

EURÍPEDES BALSANUFO CARVALHO

*Este exemplar corresponde à versão final da
Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências
Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de
Mestre em Saúde Coletiva.*

Campinas, 7 de Fevereiro de 2003.


Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio
Orientador

***A REGULAMENTAÇÃO DOS PLANOS E SEGUROS
PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL:
A RECONSTRUÇÃO DE UMA HISTÓRIA
DE DISPUTAS.***

CAMPINAS

2003

EURÍPEDES BALSANUFO CARVALHO

***A REGULAMENTAÇÃO DOS PLANOS E SEGUROS
PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL:
A RECONSTRUÇÃO DE UMA HISTÓRIA
DE DISPUTAS.***

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre
em Saúde Coletiva.*

ORIENTADOR: Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

CAMPINAS

2003

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

C253r Carvalho, Eurípedes Balsanufu
A regulamentação dos planos e seguros privados de assistência à
saúde no Brasil: A reconstrução de uma história de disputas. /
Eurípedes Balsanufu Carvalho. Campinas, SP : [s.n.], 2003.

Orientador : Luiz Carlos de Oliveira Cecilio
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Seguro saúde. 2. Política de saúde. 3. * Assistência médica. 4.
* Assistência à saúde. I. Luiz Carlos de Oliveira Cecilio. II.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
III. Título.

UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	T/UNICAMP C253r
V	EX
TOMBO BC/	55651
PROC.	16-124103
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	17/09/03
Nº CPD	

CM00188505-5

516 id 299981

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

Membros:

1. Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

2. Profa. Dra. Ligia Bahia

3. Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 07/02/2003

DEDICATÓRIA

PARA

*Matheus E Thiago, meus bons rapazes;
Regina Parizi, amor da minha vida, e
militante incansável em defesa do direito à
saúde da população brasileira e de um
exercício profissional digno para os
médicos; Julita, minha mãe e Lucas, in
memorian, meu pai.*

AGRADECIMENTOS

A Luis Carlos Oliveira Cecílio, Regina Parizi, Rogério Carvalho, Gastão Wagner Souza Campos, Emerson Mehry, Leoci H.Takahashi Santos, Mario Scheffer, Rosely da Silva Queiroz, Zélia Santana dos Santos, Nágela Duarte Teixeira, Viviane Monteiro Campos, Luciano Aparecido Tomé, Maria Aparecida dos Santos, Solange Ferreira Gomes, Mabel Albuquerque, Jucileine Barreto Machado, Celidalva Silva da Paixão, Dinaura Paulino Franco, Eliane Maria de Medeiros e Silva; aos funcionários e professores da Comissão de Normatização e Padronização de Referências e Citações Bibliográficas da FCM/UNICAMP; aos colegas e funcionários do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital do Servidor Público Estadual e da Liderança do Partido dos Trabalhadores na Assembléia Legislativa de São Paulo; às diretorias do Sindicato dos Médicos de São Paulo - SIMESP, do Conselho Regional de Medicina de São Paulo, da Associação Médica do IAMSPE; aos militantes do movimento médico brasileiro, aos médicos(as) brasileiros que elegeram-me para a presidência do SIMESP e da Federação Nacional dos Médicos e às pessoas que foram por mim entrevistadas.

	<i>Pág</i>
RESUMO	<i>xxiii</i>
ABSTRACT	<i>xxvii</i>
CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO	35
A importância da reconstrução do processo de regulamentação dos PSS Por que regulamentar?.....	37
CAPÍTULO II - AS REFORMAS DOS SISTEMAS DE SAÚDE E O SEGURO E CONTEXTO ECONÔMICO-POLÍTICO INTERNACIONAL	51
A globalização e neoliberalismo.....	53
A criação da Organização Mundial do Comércio- OMC- e a liberalização do comércio mundial.....	57
O Consenso de Washington.....	58
Os Blocos Econômicos regionais.....	61
As reformas dos Sistemas de Saúde.....	61
O Seguro e o Seguro privado de Saúde.....	66
CAPÍTULO III – OBJETIVOS	69
CAPÍTULO IV – METODOLOGIA	73
CAPÍTULO V – O MOVIMENTO DE DEFESA DOS USUÁRIOS E CONSUMIDORES E AS ENTIDADES MÉDICAS: PROTAGONISTAS IMPORTANTES NA LUTA PELA REGULAMENTAÇÃO DOS PSS	79

A agenda da regulamentação.....	81
Instituto Brasileiro de defesa do Consumidor.....	84
Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor de São Paulo.....	86
Os usuários – Fórum Nacional de Portadores de Patologia e Deficiências.....	87
Os médicos e a regulamentação.....	88
CAPÍTULO VI – O POSICIONAMENTO DOS ATORES NO PROCESSO DE REGULAMENTAÇÃO.....	101
Entrevistas.....	119
CAPÍTULO VII – A EVOLUÇÃO DA LEGISLAÇÃO.....	133
Código Civil.....	137
Caixas de Pensões e IAPs.	138
Conselhos de Medicina.....	138
Decretos Lei 66.....	138
Decretos Lei 73.....	141
Legislação das Cooperativas.....	141
A Constituição e o Direito à Saúde.....	142
Leis dos Resseguros.....	144
Legislação sobre Direito do Consumidor e da Concorrência.....	144
CAPÍTULO VIII – DISCUSSÃO.....	147
CAPÍTULO IX – CONCLUSÃO.....	155

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	167
ANEXOS.....	181
Anexo 1. Carta entrevista.....	183
Anexo 2. LEI 9.656/98.....	187
Anexo 3. Resoluções CONSU.....	227
Anexo 4. Resoluções RDC/ANS.....	229
Anexo 5. Planos de Saúde. Paulo Evaristo, Cardeal Arns.....	239
Anexo 6. Fórum nacional de acompanhamento da regulamentação dos planos de saúde.....	241
Anexo 7. Medida provisória 2.177-43, principais alterações propostas na LEI 9.656.....	243
Anexo 8. Medida provisória 2.177-43, posicionamento das entidades.....	245

LISTA DE QUADROS

	<i>Pág</i>
QUADRO 1 : Necessidade de regulamentação dos PSS.....	105
QUADRO 2 : Regularizar só Planos, Planos e Seguros separadamente ou conjuntamente.....	106
QUADRO 3 : Ingresso do capital estrangeiro no mercado de PSS.....	106
QUADRO 4 : Subordinar o setor de saúde suplementar ao Ministério da Saúde - MS ou Ministério da Fazenda - MF ou ambos.....	107
QUADRO 5 : Subordinar o setor de saúde suplementar ao Conselho Nacional de Seguros Privados.....	107
QUADRO 6 : Criar agência para regulamentar o setor supletivo vinculada ao Ministério da Saúde.....	108
QUADRO 7 : Existência de câmara de saúde suplementar consultiva ou deliberativa.....	108
QUADRO 8 : Instituição de Plano Referência de Assistência à Saúde.....	109
QUADRO 9 : Segmentação dos PSS.....	109
QUADRO 10 : Cobertura de serviços de diagnóstico e tratamento.....	110
QUADRO 11 : Exclusão de cobertura às doenças e lesões pré existentes.....	110
QUADRO 12 : Cobertura à emergência e/ou urgência pelos PSS durante o período de carência.....	111

QUADRO 13 :	Exclusão de cobertura às epidemias.....	111
QUADRO 14 :	Existência de limite máximo de tempo de internação, inclusive em Unidade de Terapia Intensiva – UTI.....	112
QUADRO 15 :	Carências para partos e demais casos.....	112
QUADRO 16 :	Cobertura de todos os honorários médicos, na internação e das consultas médicas.....	113
QUADRO 17 :	Autonomia no exercício profissional dos médicos, quanto à escolha dos meios diagnósticos e terapêuticos.....	113
QUADRO 18 :	Livre escolha dos médicos, demais profissionais e prestadores de saúde pelos usuários.....	114
QUADRO 19 :	Credenciamento dos médicos e demais profissionais de saúde pelas operadoras de planos de saúde.....	114
QUADRO 20 :	Referenciamento dos médicos, demais profissionais de saúde pelas operadores de seguros de saúde.....	115
QUADRO 21 :	Proibição da "unimilitância" - vínculo exclusivo do médico à operadora.....	115
QUADRO 22 :	Aceitação e reconhecimento da Lista de Procedimentos Médicos da AMB.....	116
QUADRO 23 :	Fornecimento de dados epidemiológicos ao Ministério da Saúde.	116
QUADRO 24 :	Ressarcimento ao SUS, do atendimento feito à usuários dos PSS.....	117
QUADRO 25 :	Estímulos governamentais aos PSS, via dedução no Imposto de Renda.....	117

QUADRO 26 :	Estímulos governamentais aos PSS, via concessão de certificado de utilidade pública.....	118
QUADRO 27 :	Direito do trabalhador manter se como beneficiário em caso de demissão.....	118
QUADRO 28 :	Direito do trabalhador manter se como beneficiário em caso de aposentadoria.....	119
QUADRO 29 :	Marcos Legais da regulamentação dos PSS.....	146
QUADRO 30 :	Comparativo entre a Lei 9.656/98 e a MP 2.177-44/01.....	153



RESUMO

O objetivo desta dissertação foi analisar o processo de regulamentação dos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde – PSS no Brasil, através da:

- Reconstrução do processo que culminou na aprovação da lei 9.656, de três de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.
- Caracterização dos vários projetos em disputa no processo de regulamentação dos planos e seguros privados de assistência à saúde.
- Caracterização da evolução da legislação que regulamenta os PSS.

Para a realização da pesquisa, estudei os PSS utilizando dois procedimentos: a análise documental e entrevistas com atores estratégicos no processo, associados com a vivência que eu, como pesquisador, desenvolvi durante o processo de regulamentação dos planos e seguros de saúde.

A partir de 1991, desenvolve-se no Brasil o processo de regulamentação dos PSS.

A reconstrução desse processo mostrou intensa participação dos atores sociais e o papel protagonista das entidades de defesa dos direitos dos usuários/consumidores de PSS e das entidades médicas.

O processo culminou com a aprovação pelo Congresso Nacional e com sanção Presidencial da Lei 9.656, em 3 de Junho de 1998, mais a edição mensal de 44 sucessivas Medidas Provisórias entre quatro de Junho de 1998 e 24 de Agosto de 2001, estando atualmente em vigência a Lei atualizada pela MP 2.177-44/01.

A regulamentação dos PSS no Brasil é caracterizada, entre outros aspectos, pelo ingresso de capital das seguradoras multinacionais, disputando com empresas nacionais a oferta dos produtos para setores da classe média e trabalhadores organizados, e da transformação do direito a saúde para estes segmentos, em bem de consumo a ser comprado no mercado ou negociado como benefício trabalhista.

Quais as repercussões da regulamentação do setor suplementar de PSS em relação ao direito à saúde, a integralidade da assistência aos agravos à saúde e ao exercício profissional dos médicos?

A conclusão é que ocorreram avanços significativos com a regulamentação, relativos à constituição e ao funcionamento das empresas, como o disposto sobre registro, normas de funcionamento e fiscalização; exigências de reservas técnicas e ampliação da cobertura como definição do plano referência, proibição da seleção por faixas etárias e dos limites de internação; um dos fatos de inegável importância foi o maior conhecimento e divulgação dos dados do setor.

Porém, o modelo baseado na aquisição dos serviços privados de saúde não proporciona cobertura universal e integral à população, não atende o conjunto dos cidadãos nas suas necessidades relacionados às doenças e problemas de saúde, pois o que se verifica é uma cobertura assistencial proporcional ao poder de compra/situação sócio ocupacional; e ao tipo de produto, isto é, PSS adquirido, de acordo com a própria segmentação consagrada no texto legal.

Em relação ao exercício profissional e a organização do trabalho dos médicos; o anúncio da associação das seguradoras multinacionais com as operadoras de PSS brasileiras estimulou a introdução na área da saúde suplementar de técnicas internacionais de administração gerenciada ou *managed care*, resultando em uma ampliação do conflito entre médicos e outros profissionais de saúde com essas operadoras.



ABSTRACT

The aim of this dissertation was to analyze the process of regulation of the Private Health Assistance and Insurance Plans – PSS in Brazil, through:

- Reconstruction of the process that led to the approval of law 9,656, June 3, 1998, dealing with the private health assistance and insurance plans of medical assistance.
- Characterization of various projects in the process of regulation of the private health assistance and insurance plans of medical assistance.
- Characterization of the evolution of the legislation that regulates the PSS.

To accomplish the research, I studied the PSS by using two procedures: document analysis and interviews. I used strategic actors, who have the same professional experience as I as a researcher, to develop during the process of regulation of the plans and insurance of health.

The process of regulation of the PSS in Brazil started after 1991.

The reconstruction of this process showed intense participation of the social actors and the role of entities as protagonists in defense of the rights of the users/consumers of PSS and their own defense.

The process led to the approval, by the National Congress, and the establishment of the presidential law 9,656 on June 3, 1998. It also issued 44 consecutive and monthly Provisory Measures – MPs, between June 4, 1998 and August 24, 2001. Today the updated law MP 2,177-44/01 is in effect.

The regulation of the PSS in Brazil is characterized, among other factors, by the investment of capital from multinational insurance companies. They compete with national ones for the unionized market of health and individual consuming products for the middle and working classes.

How was the repercussion of such regulation in the supplemental sector of PSS in relation to the right to health, to the integration of the assistance for the aggravation of health, and to the professional work of the doctors?

In conclusion, there were significant advances in relation to the regulation, in regard to the constitution and management of the companies, with authorization to their operation, bylaws of inspection and demands of financial reserves also related to the responsibility based on the plan of reference, prohibition of the screening by age brackets and limitation of admittance in hospitals. One of the most striking factors was the disclosure and the access to files in this sector.

However, the model based on the buying of a private plan of health assistance, does not assist the universe of citizens, diseases and problems related to health. It gives proportional assistance coverage to the buying power and status employment to the type of product that the PSS acquired, according to the proper segment stated in the legal text.

To the professional exercise and organization of the work of the doctors, the announcement involving the association of the multinational insurance companies and the PSS Brazilian companies induced the introduction in the field of supplemental health of international techniques of administration supervised or "managed care". It also caused consequent amplification of conflict among doctors and other health professionals with such operating companies.



APRESENTAÇÃO

Dirigir o movimento médico e construir a cidadania na área da saúde.

Como participante do movimento médico desde 1978, fui dirigente da Associação dos Médicos Residentes do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual em São Paulo - SP, da Associação dos Médicos Residentes do Estado de São Paulo, Presidente da Associação dos Médicos e Dentistas do Hospital Municipal Arthur Ribeiro Saboya em São Paulo – SP, Presidente do Sindicato dos Médicos de São Paulo, Presidente da Federação Nacional dos Médicos por sete anos, entre 1991 e 1998; atualmente sou diretor do Sindicato dos Médicos de São Paulo. Como dirigente sindical, participei ainda da fundação da Central Única dos Trabalhadores – CUT, e mais intensamente de seus primeiros 20 anos de existência; atualmente sou suplente da CUT, em uma das comissões assessoras da Câmara de Saúde Suplementar.

No cumprimento destes mandatos, representei os médicos durante o processo de criação, regulamentação e implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, nas décadas de 1980/90, sendo atualmente Conselheiro do Conselho Estadual de Saúde de São Paulo. Fui Conselheiro de sua instância máxima de controle social, o Conselho Nacional de Saúde, entre Agosto de 1993 e Janeiro de 1998, em dois mandatos como titular e outros como suplente.

Ainda no exercício destes cargos e funções, também participei do processo de regulamentação dos Planos e Seguros privados de Saúde, iniciado na década de 1990 e ainda em curso.

Neste sentido, aproveito, na reconstituição do processo de regulamentação, momentos em que fui protagonista, como dirigente sindical, das disputas em curso.

Acompanhei toda a tramitação no Congresso Nacional, até a aprovação, da Lei 9.656/98 e a edição das sucessivas medidas provisórias que a modificaram.

Almejo, com a realização desta dissertação, perenizar meu trabalho, desenvolvido coletivamente, junto com inúmeros militantes e participantes dos movimentos médico e social, no sentido de elevar a saúde ao patamar de relevância pública assegurado pela Constituição Brasileira de 1988, qual seja, um dos direitos sociais dos Cidadãos.

Por outro lado, o desenvolvimento deste estudo para analisar o processo de regulamentação dos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde – PSS, proporcionará instrumento valioso para a intervenção social, uma vez que a lei que dispõe sobre os PSS é de 1998, e o desdobramento de sua regulamentação está em pleno curso.



CAPÍTULO 1
INTRODUÇÃO

A importância da reconstrução do processo de regulamentação dos PSS.

O Direito à Saúde, inscrito na Constituição de 1988, traduziu o acúmulo de duas décadas de luta social, e o reconhecimento de que a saúde é uma condição essencial à vida e ao exercício pleno da cidadania.

A globalização da economia na década de 90 expressa-se pelo projeto hegemônico, neoliberal, implementado mundialmente, que, entre outras diretrizes, propugna a Política de “Estado Mínimo”, a qual questiona e ataca consensos históricos, consagrados por amplas camadas sociais como direitos dos seres humanos, particularmente o direito ao Trabalho, à Aposentadoria, à Educação e à Saúde.

A saúde, sob essa ótica, passou a ser considerada como um bem de consumo individual, que deve ser comprado no mercado de acordo com as possibilidades econômicas de cada pessoa.

Assim, torna-se secundário o conceito contemporâneo de Saúde como processo coletivo, resultado do equilíbrio do ser humano com o meio ambiente à partir do patrimônio genético de cada indivíduo, submetido a fatores de risco físicos, químicos e biológicos, e determinado por fatores econômicos e sociais. Esse meio ambiente é entendido como resultado das políticas econômicas, sociais e culturais, materializadas em políticas de alimentação, habitação, segurança, lazer, transporte, comportamentais, de organização e ambiente do trabalho e de saúde propriamente dita.

A Constituição brasileira não trata da assistência privada complementar à saúde, embora assegure de maneira geral no artigo 199, que “a assistência à saúde é livre a iniciativa privada”

A partir de 1991, desenvolve-se no Brasil o processo de regulamentação dos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde - PSS. Este processo culminou com a aprovação pelo Congresso Nacional do substitutivo ao Projeto de Lei n.º 93/93, do Senado Federal, sancionado na Lei 9.656, em 3 de Junho de 1998, e com a edição mensal de 44 Medidas Provisórias sucessivas, entre 4 de Junho de 1998 e 24 de Agosto de 2001, estando em vigência atualmente a Lei atualizada pela MP 2.177-44/01.

A regulamentação dos PSS no Brasil é caracterizada, entre outros aspectos, pelo ingresso do capital de seguradoras multinacionais, que disputam com empresas nacionais a oferta da saúde como mercadoria e bem de consumo individual para setores da classe média e trabalhadores organizados.

Qual será o impacto desta realidade sobre o conceito social de saúde como direito da cidadania? Pode ter um impacto negativo sobre esse direito?

Esta preocupação foi corroborada pelas tentativas frustradas durante o primeiro mandato do Governo Federal presidido por Fernando Henrique Cardoso - FHC, entre 1995 e 1998, em mudar o artigo 196 da Constituição, onde está consagrado que “a saúde é direito de todos e dever do estado”, assim como pela adoção de políticas de atendimento tipo “cesta básica” e intervenções pontuais em nível secundário do sistema, como os “mutirões” para atender determinados eventos ou patologias, executadas entre 1995 e 2002, durante o governo FHC.

Este tipo de atendimento seria completado por um “mercado” de planos e seguros saúde, cujas operadoras oferecem atendimento e cobertura parciais e segmentados aos eventos, doenças e problemas relacionados à saúde, proporcionais ao poder de compra do cidadão.

Isto constitui-se em mais um aspecto do fenômeno de exclusão social brasileiro, pois, na faixa da população detentora de planos e seguros privados de assistência à saúde, o gasto *per capita* com saúde é pelo menos três vezes superior ao do conjunto da população¹. Para isto contribui o estímulo do Estado, através da dedução dos gastos com saúde na declaração de Imposto de Renda das pessoas físicas e jurídicas. Outra forma de estímulo estatal ao setor hospitalar privado é a concessão de certificados de filantropia, com conseqüente isenção de tributos como imposto sobre a renda, sobre serviços, predial e territorial urbano, sobre as importações e a contribuição patronal para a previdência social (Lei 8.212/91, alterada pela Lei 9.732/98).

¹ (PIOLA e BIASOTOJÚNIOR, 2001) calculam em R\$ 177,5 o gasto público brasileiro com saúde per capita, em 1996. (MONTONE, 1997) estimou o faturamento das operadoras de PSS em R\$ 17,85 bilhões, em 1996. Como a população beneficiária era de aproximadamente 40 milhões de pessoas, isto significa um valor per capita de R\$ 446,25, que somados ao gasto público resulta em um valor per capita de R\$ 623,75; 3,51 vezes maior do que o gasto público.

De outro lado, este processo tem determinado alterações na organização do trabalho médico, através da introdução de técnicas administrativas de assistência gerenciada ou *Managed Care*, o que potencializa conflitos no exercício profissional inerentes a relação entre médico, pacientes e operadoras de planos e seguros, uma vez que estas subordinam a relação médico-paciente à intermediação lucrativa do trabalho do médico.

Quais as repercussões da regulamentação do setor suplementar de planos e seguros privados de assistência à saúde em relação ao direito à saúde, a integralidade da assistência à saúde e ao exercício profissional dos médicos?

A realidade brasileira e a importância social dos PSS impuseram sua regulamentação. A complexidade e a abrangência do processo de regulamentação e os desdobramentos para a organização do setor de saúde na área pública e suplementar justificam a importância do estudo para reconstruir o processo de regulamentação dos PSS.

Por outro lado, a reconstrução do processo de regulamentação dos Planos e Seguros Privados de Assistência à saúde possibilitará o conhecimento do papel desempenhado pelos diversos atores, como Poder Executivo, Conselho Nacional de Saúde, Ministério Público, PROCON, Organizações Não Governamentais – ONGs - de defesa dos usuários e consumidores dos planos e seguros privados de assistência à saúde, Entidades representativas dos médicos e Operadoras de PSS, e seu posicionamento em temas de interesse do conjunto da sociedade, como o ingresso do capital estrangeiro na área da saúde, a regulação da assistência à saúde suplementar e a relação do poder público com o setor de saúde suplementar.

Por que regulamentar?

(AURÉLIO, 1999) no novo Dicionário Aurélio Século XXI, o Dicionário da Língua Portuguesa, registra em seus verbetes as seguintes definições e explicações para as palavras regulamentação e regulação:

Regulamentação. S. 1. Ato ou efeito de regulamentar; 2. Redação e publicação de regulamentos de associação ou instituto.

Regulamentar. V.t.d. 1. sujeitar a regulamento; regular; regularizar;

Regulamento. S. 1. Ato ou efeito de regular; 2. Prescrição, regra, norma, preceito;

3. Conjunto de regras ou normas.

Regulação. S. ato ou efeito de regular.

Regular. V.t.d. 1. Sujeitar a regras, dirigir, regrar; 2. Encaminhar conforme a lei;

3. Esclarecer e facilitar por meio de disposições (a execução da lei); regulamentar.

Portanto, a palavra regulamentação relaciona-se com a produção de atos para regulamentar, ou de regulamentos; e regulação é o ato ou efeito de regular conforme a lei.

No entanto, o modelo neoliberal, na ânsia de privilegiar os atores do mercado em detrimento do conjunto das relações sociais, procura dar uma soberania à regulação, conferir uma autonomia aos agentes reguladores acima das instituições, subordinando-os apenas às chamadas “leis do mercado”.

(CZAPSKI, JULIAN D., 1991) em entrevista à Revista Medicina Social, edição comemorativa dos 25 anos da Associação Brasileira de Medicina de Grupo – ABRAMGE, mostra que o setor de Saúde Suplementar como é conhecido hoje surgiu na década de 1950, quando apareceram os serviços médicos organizados sob a forma de Empresas de medicina de grupo na região do ABC paulista, a partir de 1956, ganhando impulso e ampliando-se a partir de 1959, como conseqüência do processo de industrialização que ocorreu naquelas cidades. Nasce ali a modalidade de plano empresa²; os médicos em grupo organizam serviços, empregando outros médicos para atender a demanda do operariado que se instala naquela região. A revista Medicina Social, em edição histórica de Dezembro de 1991, comemorativa dos 25 anos da ABRAMGE, cita que sua criação, em 8 de Agosto de 1966, foi “para lutar contra o *establishment* das entidades médicas”. O surgimento da ABRAMGE representou a institucionalização do setor.

² Este plano foi institucionalizado pelo DI 66/66, que em seu artigo 56, item III, possibilitou a existência de convênios entre as empresas e a previdência.

(IRION, 1994) mostra que outra forma de organização originária daquele período é a das empresas baseadas no trabalho cooperativo entre os médicos, que nasceu em 18 de Dezembro de 1967 na cidade de Santos – SP, tornando-se um sistema nacional sob a denominação de UNIMED.

(CURY, 2002) , que foi por eu entrevistado, afirma à página 112 que a modalidade de Autogestão, auto programas de saúde, organizados por empresas, sindicatos ou entidades jurídicas constituídas com esta finalidade, destinados a empregados, ex-empregados e seus grupos familiares, administrados por gestão própria, sem fins lucrativos, já existia na década de 1930 e expandiu-se na década de 1980.

(ALCÂNTARA, 1996) afirma que quanto ao Seguro Saúde, sua operação começou em 1977, após autorização da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

(CARVALHO, 1996) no Seminário sobre a atual problemática dos planos de saúde e das mensalidades escolares, promovido pela Comissão de Defesa do Consumidor, Meio Ambiente e Minorias, da Câmara dos Deputados, em 22 de Maio de 1996, mostrou, à partir de dados de jornais como Folha de São Paulo, de publicações e informações das operadoras de PSS e da Federação Nacional de Corretoras de Seguros, que, no Sistema Brasileiro de Saúde Suplementar, estimava-se que eram atendidas entre 35 e 40 milhões de pessoas. Desses, 15,5 milhões eram atendidos pelas empresas de Medicina de Grupo; entre 7 a 11 milhões, por planos empresa em regime de Autogestão; entre 8 a 9 milhões, pela UNIMED, e 4,5 milhões pelo seguro saúde. Os contratos individuais eram 7,35 milhões, sendo os demais – cerca de 80% do total – contratos coletivos, através de empresas, sindicatos ou associações. Circulavam no setor cerca de 10 bilhões de reais, sendo que, à época, o valor do real era equivalente ao do dólar norte-americano.

Até então não havia um conhecimento de todos as informações do sistema, que só se tornaram públicas no decorrer do processo da regulamentação.

(MONTONE, 1997) representante do Ministério da Saúde no grupo de trabalho composto pelos ministérios da Saúde, Fazenda e Justiça para tratar da regulamentação dos PSS, apresentou novas informações sobre o setor suplementar à reunião do pleno do

Conselho Nacional de Saúde, em 3 de outubro de 1997. Segundo ele, os dados do setor suplementar em 1996 seriam: valor movimentado – R\$ 17,85 bilhões, valor superior aos R\$ 16,15 bilhões gastos pelo governo federal com a saúde em 1996[dados de PIOLA e BIASOTO JR.,2001], sendo 6,15 bilhões relativos a Autogestão, 4,4 bilhões relativos a Medicina de Grupo, 3,8 bilhões relativos a UNIMED, 3 bilhões a Seguro e 0,5 bilhão relativos a outras formas de organização. População atendida estimada em 44 milhões de pessoas, sendo 17,3 milhões relativos a Medicina de Grupo, 11 milhões a UNIMED, 9 milhões a Autogestão, 4,7 milhões a Seguros e 2 milhões relativos a “Outros”. O representante afirmou também que, do gasto público total com o SUS, R\$ 24,4 bilhões, R\$ 1,9 bilhões foram destinados a atender os procedimentos de alta complexidade, que correspondiam a aproximadamente 4% dos atendimentos realizados pelo SUS.

(WIEGRATZ, 1997) citando dados da ABRAMGE, Associação Brasileira das Autogestões em Saúde Patrocinadas pelas Empresas –ABRASPE- e UNIMED, mostra a divisão das operadoras: 700 operadoras de Medicinas de Grupo, 300 Autogestões, 320 Cooperativas Médicas e 40 Seguros Saúde, portanto 1660 operadoras, em Outubro de 1997.

(ALCÂNTARA, 1996) observa que:

O número de associados e beneficiários de planos de saúde vem crescendo a um ritmo acelerado desde 1987, e, desde sua implantação, o seguro saúde vem apresentando crescimento positivo, com incremento real de prêmios arrecadados, mesmo durante períodos de recessão. Ainda assim, até recentemente atraía relativamente poucos segurados. A grande explosão do setor aconteceu em 1994, ano em que todo o mercado segurador brasileiro cresceu 63%, atingindo um faturamento de R\$ 10 bilhões, crescimento este no qual o seguro saúde teve um peso muito importante. Em 1995 repetiu-se um crescimento de 40%, com faturamento de R\$ 14 bilhões.

O número crescente de associados e beneficiários de planos de saúde e de seguros refletia a busca, pelos trabalhadores organizados e pelas classes médias, de solução para seu problema de assistência médica (frente ao abandono do Estado de seu papel constitucional de provedor universal desses serviços).

Esta solução, no entanto, vem se mostrando nem sempre satisfatória, uma vez que vem crescendo o número de queixas e processos movidos, junto aos órgãos de defesa do consumidor, contra as operadoras de planos de saúde e as seguradoras pelos seus clientes, que se sentem fraudados, enganados ou desatendidos. Entre 1992 e 1996, as queixas contra planos e seguros saúde estão entre as cinco primeiras causas de acionamentos dos PROCONs de Brasília, São Paulo e Rio de Janeiro.

Como é descrito na página 56, só a Fundação PROCON-SP “foi procurada por mais de 83 mil consumidores, entre 1989 e agosto de 1997, com dúvidas ou problemas com convênios médicos e seguros saúde. O crescimento da procura foi de 179,52% nestes últimos anos”.

(ALCÂNTARA, 1966), nos projetos já citados, afirma que:

As principais questões levadas a público e a juízo dizem respeito às coberturas restritas, que com freqüência excluíam, por exemplo, a assistência a doenças infecciosas, os procedimentos de alta complexidade tecnológica, a assistência em odontologia e farmacêutica, aos contratos com armadilhas, aos longos prazos de carência, ao rompimento unilateral de contratos e aos reajustes abusivos das prestações e prêmios.

(FSP, 1996) mostra que as empresas que comercializavam planos e seguros privados de assistência à saúde haviam praticado reajustes anuais de até 53%, para uma inflação de menos de 20%.

Estas empresas tentaram atribuir os reajustes ao valor dos honorários médicos, explicitando os conflitos existentes com os prestadores de serviços, embora estudos da Associação Médica Brasileira e do Conselho Regional de Medicina de São Paulo, a partir de dados obtidos de operadoras participantes dos segmentos das UNIMEDs e Autogestão (ABRASPE, 1996) mostraram que os honorários respondiam por 22% no custo do plano, no atendimento em consultório, e por 10% quando o atendimento era hospitalar.

Outro conflito com os médicos refere-se à questão ética, uma vez que o Código de Ética Médica afirma que a “Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e não pode, em qualquer circunstância ser exercida como comércio” .

Outro aspecto é o relacionamento entre o setor público e o setor privado. (MINISTÉRIO DA FAZENDA, 1994) através de Nota Técnica COSAR/DIPAR n.º 09/94, da Secretaria de Receita Federal, respondendo a solicitação do Conselho Nacional de Saúde, por minha iniciativa, mostra que as deduções dos gastos com saúde das pessoas físicas em 1993 e das pessoas jurídicas em 1992 somavam R\$ 4,26 bilhões. (ALMEIDA, 1998) utilizando dados fornecidos pela Secretaria da Receita Federal ao gabinete do Deputado Federal Sérgio Arouca, mostra que, de acordo com as declarações do Imposto de Renda de 1997, ano base 1996, 34,6 mil empresas deduziram 3,23 bilhões de reais sobre o lucro líquido real relativo as despesas com assistência médica, odontológica e farmacêutica, configurando uma renúncia fiscal de 808 milhões de reais (alíquota base de 25%). Quanto às pessoas físicas, alíquota base de 15%, 2,2 milhões de contribuintes deduziram 1,1 bilhões de reais, com renúncia de 168 milhões de reais; na alíquota de 25%, 1,64 milhões de contribuintes deduziram 2,9 bilhões de reais, com conseqüente renúncia de 725 milhões de reais. Somados estes grupos, as deduções foram de 7,2 bilhões de reais e a renúncia fiscal de 1,7 bilhões de reais. Por outro lado, algumas operadoras, a exemplo da Golden Cross, beneficiavam-se da condição de entidade filantrópica, pelo que devem, de acordo com seus critérios definidores, atender parte de sua clientela pelo SUS.

(BAHIA E VIANA, 2002) analisam a relação público – privado na área de saúde no Brasil e afirmam:

No plano da oferta, o sistema de saúde brasileiro é composto, principalmente, por serviços privados. E constitui-se num dos maiores mercados de compra e venda de serviços de saúde no mundo. Essa realidade forçou a separação, em nosso país, do financiamento e da provisão desses serviços antes mesmo que esta recomendação fosse incluída na de reformas do sistema sanitário.

Esse grande mercado privado, - profissionais médicos, ambulatórios, hospitais, serviços diagnósticos e terapêuticos, laboratórios – vende serviços de saúde tanto para o setor público como para os planos e seguros privados.

O mercado de serviços privados de saúde tem características especiais, se comparado com os mercados de serviços de outras naturezas: o consumidor não é soberano, nem autônomo em decidir se e quando consumir serviços de saúde, como propõe o

paradigma clássico, mas tem de consumi-los quando precisa e, com muita frequência, sem muitas alternativas quanto à escolha do fornecedor e o tipo e natureza do serviço necessário, que na maior parte das vezes desconhece. Isto coloca o consumidor de serviços de saúde em uma relação de dependência com o prestador. Esta peculiaridade, entre outras, torna necessária a intervenção do Estado na regulação deste mercado.

(ALMEIDA,1998) analisa a questão das **especificidades do mercado privado de assistência médica** (o destaque é nosso), nas páginas 40 a 44, onde afirma:

Na classificação econômica dos bens de consumo, a assistência médica em geral pode ser considerada um bem privado, isto é, um serviço que beneficia a pessoa que o consome e que, uma vez consumido por essa pessoa, não o pode ser por outras.

Obviamente, esse enquadramento econômico tem que ser qualificado para o campo da saúde, que é constituído por diversas outras dimensões interconectadas por meio da demanda e da oferta de serviços de saúde e assistência médica (incluindo outros mercados), e mediado pela concepção de direito de acesso à assistência médica como direito social, viabilizado historicamente de diversas formas, mas com importante participação do seguro saúde, principalmente público.

No mundo real, a constituição dos sistemas de serviços de saúde deu-se por meio de um profundo imbricamento público/privado, destinado a superar os problemas que a prática do mercado privado em saúde inevitavelmente traz.

De maneira geral, o seguro reduz os riscos, aumentando a previsibilidade dos eventos adversos por meio do agrupamento de grande número de riscos similares. Numa perspectiva financeira, o seguro é um arranjo que redistribui os custos de perdas inesperadas [Dorfman (1982, p. 5), apud Schieber e Maeda (1997, p. 11)].

Do ponto de vista legal, o seguro estabelece uma relação contratual, na qual uma terceira parte concorda em compensar os segurados por custos específicos que incorrem quando a perda ocorre [Hall (1994, p. 6), apud Schieber e Maeda (1997, p. 11)].

Existe consenso na literatura, nacional e internacional, sobre as especificidades do mercado de serviços de assistência médica, suas externalidades e as dificuldades decorrentes dos seguros contra os riscos em saúde. Assim, argumenta-se que, embora as questões não sejam específicas da assistência

médica, a magnitude e a interação de certos problemas são especialmente importantes nos mercados de saúde. 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 [Pauly (1968); Arrow (1985); Forns e Martinez (1986); Baar (1992); Hsiao (1995); Pereira (1995) Musgrove (1996)].

O chamado risco moral (ou *moral hazard*) [Pauly (1968)] refere-se à mudança de comportamento do segurado (aumento da utilização de serviços) em função de não ter que suportar o custo total do atendimento ('já que estou pagando vou usar', segundo o senso comum). O consumidor racional percebe que os benefícios são elevados, enquanto os custos são repartidos.

Isso significa que o preço deve cobrir o aumento de demanda que resulta da simples afiliação ou compra do seguro, que, em geral, é maior do que a assistência que a pessoa compraria se tivesse que pagar diretamente [Musgrove (1996, p. 15); Baar (1992); Pereira (1995)]. Alguns tipos de risco moral estão presentes em todos os seguros, mas são mais freqüentes nos seguros saúde, independentemente da forma de financiamento, e, acrescentamos, por si só não definem se o seguro deve ser público ou privado.

Na medida em que vários seguros privados competem entre si, há dois outros problemas relacionados: a seleção adversa, por parte dos consumidores, e a seleção de risco, por parte das seguradoras.

Denomina-se seleção adversa a tendência do sistema de seguros de incorporar indivíduos de maior risco, isto é, aqueles cuja perda esperada é maior. No caso em que a seguradora aplica um único preço para todo o grupo segurado, o sistema de seguros promove uma transferência entre indivíduos com distintos graus de risco. 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 [Forns e Martinez (1986); Pereira (1995)].

Para protegerem-se contra a combinação de baixos prêmios e alto potencial de custo, os seguradores engajam-se na seleção de risco (relacionada ao chamado *cream-skimming*), isto é, criam barreiras à entrada dos segurados no sistema, peneirando os de alto risco (tais como os idosos ou portadores de certas doenças, como câncer, AIDS, artrite reumatóide, etc.). A ineficiência toma a forma de aumento dos custos administrativos e de exclusão, além de estimativas de risco de clientela específicas pelas seguradoras. Particularmente, quando não são cobertas as condições preexistentes (por exemplo, doenças crônicas), pessoas com problemas de saúde prévios não conseguem se filiar a um seguro e, se estão seguradas por seus empregadores, pode-se chegar a certa imobilidade da força de trabalho, pois a perda do emprego acarretaria a perda do seguro [Congressional Budget Office (1994), apud Musgrove (1996, p.17)]. Uma das respostas é exatamente a diferenciação de preços segundo riscos, que traz sérias dificuldades se o mercado é deixado à sua própria sorte. Quando os riscos são mais uniformes ou predizíveis, ou mais relacionados à renda, essas falhas são menores. No que diz respeito às necessidades, a dificuldade de predição é exacerbada tanto pela imponderabilidade dos eventos, em termos de assistência médica, quanto pela rapidez das mudanças tecnológicas no setor.

Problemas adicionais relacionados com essas falhas do mercado dizem respeito à informação incompleta e à assimetria de informação, tanto no que se refere aos consumidores quanto às seguradoras e aos prestadores de serviços. Entretanto, essas dificuldades não podem ser corrigidas apenas com o fornecimento de mais informação para todos os atores envolvidos, pois, ao mesmo tempo em que pode permitir escolhas mais conscientes, pode exacerbar as falhas mencionadas. E isso se dá tanto pelo conhecimento incompleto e altamente mutável no tempo sobre as melhores formas de controlar a saúde, quanto pela velocidade do desenvolvimento tecnológico setorial e o estímulo ao uso intensivo de novas tecnologias, que também pode tomar a forma de diagnósticos mais precoces ou de sobreutilização.

Em síntese, a consequência dessas falhas é que em um mercado desregulado, competitivo, os custos administrativos serão maiores do que o necessário, mesmo com novos modelos gerenciais, que reduzem, mas não eliminam, esses problemas; sem alguma forma de intervenção estatal, tais arranjos terão pequeno efeito, remetendo ao aumento da ineficiência e da iniquidade.[...]

Ainda no mesmo texto ao analisar a **importância da regulamentação** (o destaque é nosso), afirma:

os autores apontam, em vasta literatura sobre o tema, a existência de sérios problemas referentes à coletivização do risco, ao acesso aos serviços e aos custos dos seguros privados de saúde. Muitos desses problemas ocorrem como resultado dos fatores utilizados para estabelecer os prêmios (idade, sexo, localização geográfica, etc.), assim como são decorrência dos métodos de seleção de risco adotados pelas seguradoras, para prevenirem-se contra a seleção adversa, geralmente levando a discriminações e exclusões [...]. O resultado dessa dinâmica é sempre a alta segmentação de clientelas e a diferenciação de prêmios, que impedem a efetiva coletivização de riscos. A experiência internacional evidencia grande variedade de medidas para correção destas distorções. No caso da seleção adversa, algumas têm sido bastante efetivas, como a compulsoriedade de inscrição e contribuição para todo indivíduo abaixo de determinado nível de renda, como na Alemanha, um sistema centrado no seguro nacional de saúde; ou até a obrigatoriedade de, no mínimo, 75% de empregados segurados (nos seguros vinculados ao empregador), como nos EUA [Hsiao (1995)]. Para o controle da seleção de riscos os instrumentos ainda são pouco desenvolvidos, e as formas de driblar as normas de regulação são infinitas. Já para moderar o risco moral e os custos inflacionários, têm sido utilizadas diversas práticas, entre as quais destacam-se o resseguro, os co-pagamentos e as medidas de contenção de custos sobre os prestadores.

No Brasil, quanto ao seguro, a legislação que regulamenta a importante modalidade de seguro saúde mostrava-se insuficiente, uma vez que a abordava apenas do ponto de vista das operações de seguro. Ora, como vimos, nesta modalidade de seguro, as coisas, as pessoas, os bens, as responsabilidades, as obrigações, os direitos e as garantias seguradas devem ser vistas dentro dessa outra ótica a que nos referíamos, que decorre das peculiaridades tanto da coisa segurada como da natureza dos riscos cobertos.

Quanto aos Planos, não havia qualquer norma relacionada à relação entre operadoras, prestadores de serviço e usuários, em particular concernente ao caráter integral da atenção e autonomia dos profissionais de saúde.

A regulação das condições institucionais, técnicas e dos preços com que os serviços são oferecidos e prestados no mercado de serviços privados de saúde é uma das formas de atuação do Estado, necessárias para garantir que o atendimento da demanda se faça sem grandes distorções, em relação ao seu perfil epidemiológico, econômico e social.

(INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR, 1996) realizou entre dezembro de 1995 e maio de 1996 o mais amplo estudo até então elaborado sobre planos e seguros saúde, objetivando possibilitar uma visão dos principais problemas que atingem os consumidores.

Na apresentação deste estudo, o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor - IDEC afirma:

Após cinco anos de vigência do Código de Defesa do Consumidor – CDC, constatou-se que a situação do consumidor diante dos planos de saúde pouco mudou. O IDEC chegou à conclusão que a situação dos consumidores tem que ser mudada, impondo-se limites às empresas e tentando se regulamentar suas atividades através de lei.

Esta realidade e a importância social dos PSS impuseram sua regulamentação.

Esta regulamentação culminou com a aprovação pelo Congresso Nacional do substitutivo ao Projeto de Lei n.º 93/93, do Senado Federal, promulgado na Lei 9.656 em 3 de Junho de 1998, e com a edição mensal de 44 Medidas Provisórias sucessivas, entre 4 de Junho de 1998 e 24 de Agosto de 2001, estando em vigência atualmente a Lei atualizada pela MP 2.177-44/01.



CAPÍTULO 2
AS REFORMAS DOS SISTEMAS DE SAÚDE E O
SEGURO E CONTEXTO ECONÔMICO – POLÍTICO
INTERNACIONAL

A globalização e o neoliberalismo.

O que, afinal, é a globalização? O jornal Folha de São Paulo – FSP, 2.nov.97, em caderno especial sobre a Globalização, que traz pesquisa sobre o tema, analisa esse processo e discute questões relacionadas a ele, citando opiniões de estudiosos ou instituições a respeito.

Para Eduardo Gianneti da Fonseca, a globalização resulta da combinação de três forças poderosas, a terceira revolução tecnológica, a formação de áreas de livre comércio e de blocos econômicos integrados.

Os franceses denominam a globalização de mundialização. O jornal francês *Le Monde* discorda, e lembra que o comércio entre nações é velho como o mundo, os transportes intercontinentais rápidos existem há vários decênios, as empresas multinacionais prosperam já faz meio século, os movimentos de capitais não são uma invenção dos anos 90, assim como a televisão, os satélites e a informática. A novidade é a desaparecimento do único grande sistema que concorria com o capitalismo liberal em escala planetária, ou seja, o comunismo soviético. O fim do comunismo permitiu globalizar de fato o capitalismo.¹

O especialista britânico McGrew, citado na matéria da FSP lista três tendências nos analistas da globalização, a saber, os hiperglobalizantes, os céticos e os transformalistas, que têm uma visão intermediária e acham que há um papel para os governos nacionais nessa história, desde que se adaptem a um mundo em que já não há diferença entre assuntos domésticos e internacionais.

No mundo globalizado as empresas não têm compromisso com países, mas com mercados. É o caso da Nike, que vende tênis sem ter uma única fábrica do produto, portanto não assume compromissos sociais.

¹ O Jornal Folha de São Paulo, Janeiro de 2002, repercutindo debate durante o Fórum Social Mundial em Porto Alegre, noticia que o então ministro francês da Educação Profissional Jean-Luc Melenchon afirmou que globalização é uma palavra insuficiente para descrever os dias atuais. “Já havia globalização no Império Romano. O que é novo é que isso se dá pelo capital financeiro internacional. E a desregulamentação, o desequilíbrio são instrumentos desse capital”.

Desde 1960, quando os ricos ganhavam 30 vezes mais que os pobres, a concentração de renda mundial mais que dobrou. Em 1994, os 20% mais ricos abocanharam 86% de tudo que foi produzido no mundo. O comércio mundial cresceu 12 vezes no pós-guerra, e chegou a 4 trilhões por ano na década de 1990. Com 10% da população, os países mais pobres detêm 0,3% do comércio mundial.

(BATISTA JÚNIOR, 1997) em entrevista ao jornal do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - CREMESP, sobre seu trabalho “Mitos da globalização”, produzido para o Instituto de Estudos Avançados da USP, afirma que o termo *globalização* é uma palavra nova para um fenômeno antigo, caracterizado pela expansão dos capitais, em particular o financeiro, e das atividades econômicas. O chamado neoliberalismo é uma regressão a uma filosofia econômica e política dos séculos 18 e 19. Esse regressão foi denominada indevidamente neoliberalismo, para absorver o prestígio da prefixo *neo*, de forma a dar uma injeção de novidade em um fenômeno velho, caquético em termos de história do pensamento.

(CONY, 1997) prefaciando o livro *O Horror Econômico*, afirma que:

Depois da exploração do homem pelo homem em nome do capital, o neoliberalismo e seu braço operacional, que é a globalização, criaram, mantêm e ampliam, em nome da sacralidade do mercado, a exclusão de grande parte do gênero humano. O próximo passo será a eliminação? Caminhamos para um holocausto universal, quando a economia modernizada terá repugnância em custear a sobrevivência de quatro quintos da população mundial. Depois de explorados e excluídos, bilhões de seres humanos considerados supérfluos devem ser exterminados? É um desdobramento lógico do horror econômico fabricado no laboratório dos economistas neste final de século. Horror – este sim – globalizado pelos governos que buscam resultados contábeis e condenam a ação social como jurássica.

(SILVA, C. E. L., 1999) em matéria sobre instituições multilaterais, em particular o FMI e Banco Mundial, rememora a história dessas instituições: em julho de 1944, na conferência de Bretton Woods, foram criados o Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento – Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional - FMI.

A finalidade inicial do Banco Mundial foi financiar projetos de recuperação econômica dos países atingidos pela segunda guerra mundial. Com o passar do tempo, centralizou suas atividades nos países em desenvolvimento. O *site* do banco na Internet traz a frase “nosso sonho é um mundo livre de miséria”. O maior acionista da instituição é o governo dos EUA, que tem poder de veto sobre as decisões do banco.

O Fundo Monetário Internacional foi criado com a missão principal de promover a cooperação internacional, a estabilidade cambial e favorecer a expansão e o crescimento equilibrado do comércio. Tradicionalmente, o socorro econômico do FMI é acompanhado de um programa monetarista, que tem provocado recessão e desemprego onde é adotado.

A crise do petróleo acabou levando, nos anos de 1980, à crise da dívida externa na América Latina, o que intensificou a ação do FMI na região. O governo Figueiredo(1979-85) foi um dos que recorreu à ajuda da instituição. O resultado da atuação do FMI nos anos 70 e 80 gerou críticas sobre suas políticas, que provocariam recessão de forma excessiva e desnecessária, além de perpetuar a dependência dos países pobres em relação aos ricos. Em 1997, durante a crise asiática, esta crítica repetiu-se. No caso da Rússia, parte do dinheiro emprestado foi parar nas mãos da Máfia.

Em 1999, o FMI ensaiou, juntamente com o Banco Mundial, uma proposta de combate à pobreza, visando diminuir os danos sociais de suas políticas e promover o desenvolvimento sustentável. O programa pretendia reduzir a pobreza extrema, a mortalidade infantil e materna, promover acesso a serviços de saúde reprodutiva, a igualdade entre os sexos, a preservação do meio ambiente e o acesso ao ensino primário universal. Isto não resistiu a onda conservadora decorrente da eleição de Bush, nos EUA; em 2002, o FMI obrigou um de seus melhores discípulos, a Argentina, que entrou em crise por seguir o figurino neoliberal do fundo, a repetir a receita monetarista clássica.

As polêmicas sobre as conseqüências da globalização, como as desnacionalizações, está longe do fim. (FSP, 2000) analisa o tema da desnacionalização das empresas brasileiras, arrolando argumentos contrários e a favor.

Os principais argumentos contrários à desnacionalização são os efeitos que uma companhia estrangeira pode ter sobre o balanço de pagamentos.

A Sociedade Brasileira de Estudos Transacionais e Globalização Econômica - SOBEET, diz que a remessa de lucros, segundo o Banco Central, foi, em 1994, de 2,5 bilhões de dólares americanos; em 1999, de 4 bilhões, e as estimativas para 2001 e 2002 são de 7 e 8 bilhões.

O Sistema Integrado de Contas Nacionais, do IBGE, mostra que a remessa líquida de lucros saltou de 1,54% para 3,6% do PIB, entre 1995 e 1999, segundo (CLEMENTE e BILLI, 2000).

Os argumentos a favor são a incorporação de tecnologia, maior escala de produção, mercadorias de melhor qualidade e até mais baratas e maior volume de exportação pelas companhias estrangeiras. Segundo o BNDES, em 1980, a participação das companhias estrangeiras na exportação de manufaturados estava em torno de 38%; em 1995, em 52%.

Outra consequência são as fusões e aquisições de empresas brasileiras por estrangeiras. A consultora KPMG informa que, de 94 a 99, houve respectivamente 175, 212, 328, 372, 351 e 309 fusões e aquisições desse tipo.

Em 1990 o grupo Ferruzzi compra a Bombril, em 1993 investidores liderados pelo grupo Vicunha adquirem o controle da Companhia Siderúrgica Nacional- CSN, em 1996 a alemã Mahle compra a Metal Leve, em 1997 a Companhia Vale do Rio Doce é comprada pelo consórcio Brasil, grupo de investidores liderados pela CSN, e em 1998 o sistema Telebrás é dividido em 12 empresas de telefonia fixa e móvel que são vendidas em leilão.

Em 1999, segundo o BNDES, 62% das vendas das indústrias foram efetuadas por empresas com controle nacional; em contraste, esse índice correspondeu a 88, 85, e 80%, na Alemanha, Finlândia e Estados Unidos e Suécia, respectivamente.

(FSP, 18.10.99, caderno Negócios, pg. 4) mostra exemplos de países que crescem à margem das fusões, como a Áustria, que permanece quase intocada pela atual tendência de concentração de empresas, que está levando companhias internacionais a ocupar cada vez mais espaço em muitos países. O país está conseguindo não só sobreviver como crescer em ritmo acelerado. Quase 99% das empresas são pequenas ou médias, e empregam 63% de todos os trabalhadores. A renda per capita é de US\$ 26.550 e a taxa de inflação de 0,9%.

A criação da Organização Mundial do Comércio – OMC e a liberalização do Comércio Mundial.

A OMC nasceu em 1º de janeiro de 1.995, embora seu sistema de comércio tenha quase meio século de existência. Segundo dados de apresentação do portal da própria OMC:

desde 1949, o Acordo Geral sobre Tarifas Aduaneiras e Comércio – GATT tem estabelecido as regras do sistema. Neste período, enquanto o PIB cresceu em média 5% ao ano, o comércio mundial cresceu em média 8% ao ano, e em 1997 era 14 vezes superior ao nível alcançado em 1950. A OMC é o único organismo internacional que se ocupa das normas que regem o comércio entre os países. Seu principal propósito é assegurar que as correntes comerciais circulem com a máxima facilidade, previsibilidade e liberdade possível.

Os pilares sobre os quais se apóia o sistema – conhecido como sistema multilateral de comércio – são os acordos da OMC, que têm sido negociados e firmados pela grande maioria dos países que participam do comércio mundial e ratificados por seus respectivos parlamentos. Esses acordos estabelecem as normas jurídicas fundamentais do comércio internacional. São essencialmente contratos que garantem aos países membros importantes direitos em relação ao comércio e que, ao mesmo tempo, obrigam os governos a manter suas políticas comerciais dentro dos limites negociados em benefícios de todos.

Há, dentro da OMC, um processo de solução de diferenças estabelecido nos seus acordos.

Embora sejam negociados e firmados pelos governos, os acordos têm como objetivo ajudar os produtores de bem e serviços, os exportadores e importadores, a levar adiante suas atividades. O objetivo é melhorar o bem-estar da população dos países membros.

A OMC (OMC, 2001 p.2,21) afirma que:

após ser firmado, o GATT, em 1948, originou uma organização internacional não oficial, de fato, também conhecida informalmente como GATT; ao longo dos anos, evoluiu através de várias rodadas de negociações. A última e mais importante delas foi a rodada Uruguai, que se desenvolveu entre 1986 e 1994 e deu origem à OMC. Enquanto o GATT se ocupava principalmente do **comércio de mercadorias** (o destaque é nosso), a OMC e seus acordos abarcam atualmente o comércio de serviços, e as invenções, criações, projetos e modelos que são objetos de transação comercial (propriedade intelectual).[...]

O Acordo Geral sobre o Comércio de Serviços – AGCS, é o primeiro conjunto de normas multilaterais aplicáveis juridicamente que abarca o comércio internacional de serviços.[..]

Ele é supervisionado pelo Conselho de Comércio de Serviços. Em 2000, conforme previsto no AGCS, se iniciou uma nova rodada completa de negociações sobre os serviços. O acordo abarca todos os serviços que são objeto do comércio internacional.[...]

O AGCS estabelece algumas regras, como:

Tratamento de nação mais favorecida – NMF. **Se favorece a um, se favorece a todos** (o destaque é nosso). [...] O princípio NMF se aplica a todos os serviços, embora se tenha permitido algumas exceções temporárias especiais.

Tratamento nacional. No caso dos serviços o **tratamento igual para estrangeiros e nacionais** (o destaque é nosso) se aplica de forma diferente. No caso de mercadorias – GATT e propriedade intelectual – ADPIC, é um princípio geral; no marco do AGCS, unicamente se aplica quando o País haja contraído um compromisso específico e se permitem exceções.

O Consenso de Washington.

(BATISTA, 1994) analisando O Consenso de Washington, afirma que:

Em novembro de 1989, reuniram-se na capital dos Estados Unidos funcionários do governo norte-americano e dos organismos financeiros internacionais ali sediados, FMI, BIRD e BID, especializados em assuntos

latino-americanos. O objetivo do encontro convocado pelo *Institute for International Economics*, [...] era proceder a uma avaliação das reformas econômicas empreendidas nos países da região. Para relatar a experiência de seus países também estiveram presentes diversos economistas latino-americanos. Às conclusões dessa reunião é que se daria, subsequente, a denominação informal de ‘Consenso de Washington - CW’.[...]

O valor do CW está em que reúne, num conjunto integrado, elementos antes esparsos e oriundos de fontes diversas.[...] Ele abrange disciplina fiscal, priorização dos gastos públicos, reforma tributária, liberalização financeira, regime cambial, liberalização comercial, investimento direto estrangeiro, privatização, desregulação e propriedade intelectual.[...]

Não se trata de formulações novas, mas simplesmente de registrar, com aprovação, o grau de efetivação das políticas já recomendadas, em diferentes momentos, por diferentes agências.[...]

As propostas do CW nas dez áreas a que se dedicou convergem para dois objetivos básicos: por um lado, a drástica redução do Estado ou **Estado mínimo** (o destaque é nosso) e a corrosão do conceito de nação; por outro lado, o máximo de abertura à importação de bens e serviços e à entrada de capitais de risco. Tudo em nome de um princípio: o da soberania absoluta do mercado auto regulável nas relações econômicas, tanto internas quanto externas.

O CW foi implantado pela maioria dos países latino-americanos e no Brasil, em 1990/1991, com Fernando Collor de Mello, produziu-se a adesão aos postulados neoliberais, promovendo-se uma abertura unilateral do mercado brasileiro, e a assinatura de um acordo de salvaguardas nucleares com a Argentina.

Porém, onze anos após codificado pelo economista John Williamson, o CW entra em crise, pois aumentou a pobreza e a exclusão social na América Latina. Os seus melhores alunos, como Argentina e Brasil, entram em crise. No caso da Argentina, o governo De la Rúa renuncia em dezembro de 2001; no Brasil, Luís Inácio Lula da Silva ganha as eleições em 2002. Antes, já havia acontecido mudanças eleitorais na Venezuela, México, Equador, Peru, Chile e Bolívia. Isto é parte do movimento mundial anti-globalização que tomou parte do mundo nos anos 2000 e 2001, com manifestações em

várias cidades de diferentes países, como Seattle e Gênova. Nestes anos o Brasil foi sede, em Porto Alegre, de dois Fóruns Sociais Mundiais. (SILVA, C. E. L., 1999) afirma que como parte desse processo, o então presidente do Banco Mundial, James D. Wolfensohn, disse que “atacar a pobreza é fundamental”, constatando ainda que 20% da população mundial detém 80% das riquezas e que, dos seis bilhões de seres humanos, 2,8 bilhões sobrevivem com apenas dois dólares ao dia.

(STIGLITZ, 2001) prêmio Nobel de economia, em entrevista à FSP, afirma que:

uma nova rodada de negociação pós-Doha ² é inviável, pois não resolve as questões imediatas da economia, que são resolvidas pelas políticas orçamentárias e monetárias [...].

A liberalização comercial foi planejada pelos países ocidentais, para os países ocidentais [...].

O FMI forçou a liberalização dos capitais [...].

O unilateralismo do Governo americano de George W. Bush precisa ser substituído por políticas multilaterais.

(ROSSI, 2001) mostra que, em resposta a crise do CW, uma comissão de três especialistas formulou para o Fundo Carnegie para a Paz Mundial – CEIP e para o Diálogo Interamericano – IAD, um trabalho denominado “Dissenso de Washington”, que propõe as seguintes ferramentas: disciplina fiscal regulamentada, equilibrar expansões e contrações do mercado, redes automáticas de proteção social, escolas também para os pobres, tributar mais os ricos e gastar mais com os outros, dar oportunidades para as pequenas empresas, reforçar o direito de negociação dos trabalhadores, abordar abertamente a discriminação, sanear o mercado de terras e colocar os serviços públicos a serviço dos consumidores.

² A instância máxima da OMC, a reunião ministerial, emitiu sua Declaração após a reunião em Doha, no Qatar, na qual reafirmam estarem determinados a manter o processo de reforma e liberalização das políticas comerciais; assinalam que tomaram nota das preocupações da OIT com as dimensões sociais do trabalho; e reconheceram que a vigência das normas da OMC não deverá impedir nenhum país que adote medidas para a proteção da saúde e da vida ou para proteção do meio ambiente. (RICÚPERO, R.,2003) cita que estas concessões “táticas” dos países industrializados já estão ameaçadas pelos mesmos, que tentam limitar as decisões da Conferência Ministerial

Os Blocos econômicos Regionais

O MERCOSUL, bloco comercial formado por Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai, tendo Chile e Bolívia como associados, foi contaminado pela crise dos seus sócios. Isso está acontecendo em um momento particularmente importante das negociações para a implantação da Área de Livre Comércio das Américas – ALCA, que inicialmente estava prevista para terminar em 2005, e que tem como objetivo fazer uma integração comercial à partir de 2006, objetivando zerar as tarifas para trocas comerciais. O MERCOSUL é uma proposta de mercado comum, que prevê uma integração maior entre os países, com livre trânsito de bens e serviços. (BILLI, M., 2003) cita que pesquisa do Conselho Argentino para as Relações Internacionais (CARI) no final de 2002, com 2600 argentinos, mostrou que 8 em cada 10 acham ser importante para o país a participação no

As reformas dos sistemas de saúde.

(BANCO MUNDIAL, 1993) publicou o “Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1993. Investindo em saúde”. Este documento sistematiza as reformas em saúde a serem implementadas na fase de hegemonia do modelo neoliberal. Avalia que a saúde apresentou importantes progressos, como a queda da mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida, porém levanta uma série de problemas dos Serviços de Saúde, como má alocação de recursos, desigualdade social, ineficiência e custos estratosféricos. Para que os governos tenham uma ação adequada, afirma que três princípios devem ser respeitados. Primeiro, as informações e o controle de doenças contagiosas devem ser tratados como bem público. Segundo, prestar serviços de saúde eficiente em termos de custos aos pobres é um meio eficaz e socialmente aceitável de reduzir a pobreza. Terceiro, talvez se faça necessária a atuação do governo para neutralizar problemas gerados por incertezas e por deficiências do mercado segurador.

Principais mensagens, que configuram a agenda proposta pelo relatório:

Este relatório propõe uma abordagem tríplice para políticas governamentais que promovam a saúde.

Criar um ambiente propício para que as famílias melhorem suas condições de saúde.[...] Além de promoverem o crescimento econômico geral, os governos podem também contribuir para que essas decisões sejam mais acertadas, se:

- Adotarem políticas de crescimento econômico que beneficiem os pobres.
- Expandirem o investimento em ensino, particularmente de meninas.
- Promoverem os direitos e a condição da mulher [...]

Tornar mais criteriosos os gastos públicos com a saúde

Para a maioria dos governos, o desafio está em concentrar recursos na compensação das deficiências de mercado e no financiamento eficiente de serviços que beneficiem sobretudo os pobres. Várias diretrizes de política respondem a esse desafio:

- Reduzir os gastos do governo com instalações de atendimento terciário, com capacitação de especialistas [...].
- Financiar e implementar um pacote de serviços de saúde pública a fim de combater as grandes externalidades [...]
- Financiar e garantir a implementação de um pacote de serviços clínicos essenciais [...]
- Aprimorar a administração dos serviços de saúde do governo, mediante medidas como descentralização de responsabilidades, contratação de serviços especializados de terceiros e autonomia orçamentária

Promover a diversificação e a concorrência [...] os serviços clínicos restantes poderiam ser financiados pelo setor privado ou pela previdência social. [...] Os governos podem incentivar a diversificação e a concorrência na prestação de serviços de saúde e no seguro saúde, mediante políticas que:

- Incentivem a previdência social ou privada no caso de serviços clínicos não contidos no pacote essencial.

- Incentivem a concorrência entre os fornecedores (públicos e privados) na prestação de serviços clínicos e no fornecimento de insumos [...] Não se deve proteger os fornecedores internos da concorrência internacional.
- Gerem e disseminem informações acerca de: desempenho de prestadores de serviço, equipamentos e medicamentos essenciais.[...]

Sempre que possível, isso incluiria a prestação, por parte do setor privado, de serviços de assistência médica, que seriam pagos com recursos públicos ou pelo seguro social [...].

Se a renda do país for média, o relatório propõe “incentivar o financiamento e o seguro privados (estimulando a contenção de custos) no caso dos serviços discricionários”.
Afirma ainda que:

À primeira vista pode parecer fácil adotar as principais recomendações deste relatório. Para que o pacote mínimo de serviços clínicos essenciais e de saúde pública eficaz em função dos custos atenda à maioria dos habitantes do mundo em desenvolvimento, será preciso redirecionar cerca de metade dos gastos públicos correntes com outros tipos de atendimento mais discricionários.

O apoio do Banco Mundial ao setor saúde “aumentou muito nos últimos anos, dirigido para 21 projetos nos anos de 1990-92, com um valor de 1,15 bilhões de dólares neste período”³. Em 1990, “o apoio dos doadores da comunidade internacional para a saúde foi de 4,8 bilhões de dólares”.

O relatório termina propondo a agenda acima para enfrentar os desafios da reforma da política de saúde. Afirmo também que:

muitas vezes, os livres mercados falham no caso de saúde pública e no atendimento clínico; e os governos, quando intervêm no financiamento e na prestação de serviços, como freqüentemente acontece, também podem falhar. Para impedir que isto aconteça, o governo precisa regulamentar de maneira eficaz os fornecedores privados de serviços e insumos sanitários e financiar pacotes de serviços clínicos essenciais e de saúde pública que sejam eficazes em função do custo.[...]

³ (SOLIANI, A., 2003) utilizando dados do estudo do Banco Mundial “Estratégia de Assistência ao País”, publicado em 2002 mostra que entre 1998 e 2002 o dinheiro emprestado pelo banco para projetos sociais caiu de US\$ 1,26 bilhões para US\$ 0,54 bilhão, enquanto o dinheiro emprestado para ajuste de crises cresceu de zero para US\$ 0,86 bilhão.

é igualmente importante que os governos regulamentem o seguro. Em certos países, parte da população não tem acesso ao seguro devido a seletividade do seguro privado voluntário.[...] Alguns tipos de seguro parecem também contribuir para a elevação dos custos da assistência médica; isso se aplica à perfeição no sistema de terceirização e àqueles que reembolsam hospitais e médicos, item por item, por todo serviço prestado. [...]

Para acabar com a seletividade e ampliar a cobertura dos seguros, os governos podem determinar que as seguradoras rateiem os riscos entre um grande número de pessoas. Quanto ao controle de custos, os governos dispõem de várias opções para limitar os pagamentos efetuados a prestadores de serviço.

Entre essas opções, cita o pagamento prévio de uma quantia por pessoa, como vêm fazendo as organizações privadas de manutenção de saúde – HMO, nos EUA, e o Serviço Nacional de Saúde Britânico. Outra é as seguradoras negociarem taxas uniformes em conjunto com médicos e hospitais, como fazem o sistema de previdência social do Japão, ou as seguradoras estabelecer pagamentos fixos para diagnoses específicos (pacotes), como no Brasil. Todas essas soluções são viáveis, mas têm também limitações e desvantagens.

(IRIART, 1999) parte do pressuposto que a visão neoliberal preconiza a melhora do gerenciamento da atenção, entendido exclusivamente como administração eficiente dos recursos para solucionar a crise da saúde, que, segundo esta visão, é decorrência do crescimento incessante dos custos e conseqüentes desequilíbrios econômico financeiros, faz uma análise entre processos macro e micro políticos e entre as condições estruturais e subjetivas das reformas dos Sistemas de Saúde, na América Latina, à partir dos anos de 1960, mas principalmente à partir de 1980. Ela tomou a assistência gerenciada - AG ou *managed care* como analisadora, que silenciosamente vai instituindo a reforma neoliberal. A AG se caracteriza por uma série de técnicas gerenciais, como pagamento por pessoa atendida, consulta obrigatória com médico generalista, utilização obrigatória de protocolos de atendimento pelos prestadores, que têm como objetivo reduzir os custos da assistência à saúde. Os dados obtidos correspondem a pesquisa “Atenção gerenciada na América Latina: seu papel na reforma dos sistemas de saúde”, que envolve equipes da Argentina, Brasil, Chile, Equador e Estados Unidos, da qual a autora foi a

pesquisadora principal; a pesquisa estudou as mudanças dos sistemas de saúde latino-americanos em consequência da adoção da AG. No caso do exemplo argentino, ela analisa a articulação entre os processos macro e micro político e a instituição da AG.

Em sua conclusão, ela assinala que, no campo sanitário, alguns fundamentos das reformas neoliberais estão se tornando hegemônicos, sem a devida crítica. Por exemplo:

- A crise da saúde tem causas financeiras;
- Gerenciamento introduz uma “nova” racionalidade administrativa indispensável para sair da crise;
- É imprescindível subordinar as decisões clínicas a esta nova racionalidade para diminuir custos;
- A eficiência aumenta ao se separar o financiamento do atendimento e ao se generalizar a competição entre todos os setores;
- Deve se desenvolver o mercado da saúde porque é o melhor regulador da qualidade e dos custos.

Termina afirmando que:

utiliza o termo reforma “silenciosa” do sistema de saúde, porque se observam muitas dificuldades para generalizar um debate sobre o que está acontecendo no conjunto da situação sanitária, para conectar as relações entre os microprocessos em que cada um está implicado com as macropolíticas, e ainda com as micropolíticas de cada instituição.[...] Citando MEHRY, afirma que o sistema administrativo que se pretende impor necessita que o trabalho morto comande o processo, necessita burocratizar ao máximo as relações clínicas, tirar-lhes o caráter de relações inter-subjetivas. Estas reformas se sustentam sobre a delegação de nossa potência. Delegação que se opera quando se abandona o pensamento reflexivo e se entra na repetição do discurso do outro. Impõe-se desconstruir estas propostas enquanto entidades naturalizadas, sem temer que se crie um vazio, que emergam as linhas de força. Para isso deve se globalizar a práxis, sair dos pequenos espaços onde se quer reter as pessoas e seus projetos.

(ALMEIDA, 1999) discute a agenda da reforma do Estado, avaliando seus eixos centrais, como controle da política macroeconômica, descentralização, a introdução da competição entre provedores de bens e serviços, aspecto este também reafirmado por (MILANI, 1997), em nome do Banco Mundial, a delegação de funções regulatórias a agências independentes e a criação de um quadro restrito de funcionários públicos “essenciais”, com considerável poder operacional. Aponta ainda as perspectivas de reforma setorial no Brasil, onde as propostas de separação de funções de financiamento e execução têm prosperado. Analisa as propostas de reforma na área da saúde, como a assistência gerenciada (*managed care*), competição administrada (*managed competition*), originárias dos EUA e os seus herdeiros, do mercado interno inglês e latino americano, do pluralismo estruturado colombiano. A competição administrada trabalha com a idéia do mercado trilateral, composto por consumidores, planos de saúde e sponsors (responsáveis), que são os terceiros pagadores, em oposição ao mercado bilateral (oferta e demanda). A autora reflete o quanto os países latino-americanos têm sido mais radicais nos seus processos de reforma, e aponta como tendência a possibilidade de desmonte dos sistemas anteriores, sem garantia de melhoras substantivas na cobertura e na equidade.

O seguro e o seguro privado de saúde.

(ALVIM, 1996) mostra que já em 1992 a Federação Nacional das Empresas de Seguro Privado e de Capitalização – FENASEG, manifestava, na Carta de Brasília, a sua visão de defesa do livre mercado, através da defesa da redução do excesso de regulação, da redução da presença do Estado na previdência social, da reocupação da área do seguro de acidente de trabalho, “estatizado há 25 anos” e da operação do setor de saúde em “regime de composição em que prevaleça os mesmos princípios normativos para todos os setores envolvidos na assistência à saúde”. Coerente com esta visão neoliberal, a FENASEG elaborou o Plano Setorial da Indústria do Seguro, no qual propõe fundir o Conselho Nacional de Seguros Privados e a Superintendência de Seguros Privados - Susep em um único órgão regulador, quebrar o monopólio do resseguro e cosseguro e privatizar o Instituto de Resseguros do Brasil – IRB. Quanto à reforma do sistema de previdência, defende a proposta anterior de diminuição do papel do Estado. Finalmente, o Plano afirma que o maior potencial para o mercado segurador encontra-se nos ramos ligados à

seguridade social, com os seguros de vida e previdência apresentando um potencial até 5,9 bilhões de dólares, os acidentes de trabalho, 2,5 bilhões de dólares, e o ramo saúde até 5,0 bilhões de dólares. Sob a vigência do plano Real, o setor segurador apresentou crescimento importante. A produção de 1994 atingiu 10 bilhões de reais, com um crescimento de 63% em relação a 1993, e em 1995 atingiu 14 bilhões de reais, com um crescimento de 40%, em relação ao ano anterior.

Como a OMC foi criada em 1995 e possibilita liberalizar o comércio de serviços, pesquisei junto ao Ministério da Saúde e das Relações Exteriores, em 2002, para localizar algum acordo bilateral ou multilateral do Brasil com outros países na área da saúde. Nada foi encontrado referente a seguros saúde.

Porém, (ZARILLI, 1998), mostra que a Constituição brasileira vedava a participação de firmas e capital estrangeiro na área da saúde, a não ser em caso específico, conforme estipulado por lei (artigo 199 da Constituição e artigo 52 das disposições transitórias).

Essa situação mudou em 1996, quando o Ministro da Fazenda solicitou ao Presidente da República que abrisse o mercado brasileiro a capital e a companhias estrangeiras no campo de seguro saúde. Em maio de 1996, esta autorização foi concedida, porém não era extensiva aos planos de saúde, beneficiando apenas as seguradoras. Desde a abertura do mercado segurador, cerca de 20 companhias transnacionais estabeleceram-se no Brasil, seja mediante *joint ventures* ou mediante aquisições.

Entrevista do Dr. Dagoberto Stenmeyer, assessor das operadoras de Medicina de Grupo, mostra que em 1996/7, durante um Congresso da FENASEG, em Washington, o governo brasileiro convidou as maiores seguradoras do mundo a investirem no Brasil. Tanto que em 1997 entraram no mercado brasileiro a Aetna, em *joint venture* com a Sul América, a Generali do Brasil, em *joint venture* com o Sudameris, a Cigna, em *joint venture* com a Excel e depois com a Golden e Amico, o HSBC adquiriu a Bamerindus seguradora, a AIG fez *joint venture* com o UNIBANCO, a ITT Hartford adquiriu 25% da Icatu Hartford, a Prudential fez *joint venture* com a Bradesco (50% cada).

(BERLINCK, 1.997) correspondente de O GLOBO, informa de Genebra que Estados Unidos e União Européia estavam propondo que o Brasil assinasse uma espécie de cheque em branco na área financeira, através de um compromisso antecipado, antes da aprovação de uma lei pelo Congresso, abrindo totalmente o mercado de bancos, seguros e resseguros e abolindo, pôr exemplo, a exigência de autorização da Presidência da Republica para que um banco estrangeiro se instale no país.

As propostas foram feitas em conversas informais no âmbito de uma grande negociação na OMC, envolvendo mais de 90 países, visando abolir todas as restrições no mundo para o livre trânsito de capitais. Segundo a OMC, o comércio de serviços financeiros movimenta hoje US\$ 50 bilhões por ano.

Aqueles países sugerem um prazo para regulamentar o fim do monopólio do resseguro e propõem o fim de uma antiga restrição para a entrada de seguradoras estrangeiras.

O Brasil já aceitara proposta similar para a abertura dos mercados de telecomunicações ao assumir um compromisso antecipado na área de serviços, antes da promulgação da Lei Geral de Telecomunicações.

Foi neste contexto político, econômico e social mundial, um dos principais determinantes da situação político-econômica brasileira, que desenvolveu-se o processo de regulamentação dos PSS; essa foi a arena na qual os atores sociais apresentaram seus projetos sobre os PSS e disputaram a prevalência de suas visões a respeito.



CAPÍTULO 3
OBJETIVOS

Objeto de estudo.

A regulamentação dos planos e seguros privados de assistência à saúde no Brasil.

Objetivo geral.

Analisar o processo de regulamentação dos planos e seguros privados de assistência à saúde no Brasil.

Objetivos específicos.

- 1 - Reconstituir o processo que culminou na aprovação da lei 9656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.
- 2 – Caracterizar os vários projetos em disputa no processo de regulamentação dos planos e seguros privados de assistência à saúde.
- 3 – Caracterizar a evolução da legislação que regulamenta



CAPÍTULO 4
METODOLOGIA

Para a realização da pesquisa utilizei dois procedimentos, a análise documental e entrevistas com atores estratégicos no processo, associados com a vivência que eu, como pesquisador, venho desenvolvendo durante o processo de regulamentação dos planos e seguros de saúde, conforme descrito na apresentação.

A análise documental teve como pontos principais as manifestações dos diferentes atores sociais sobre a regulamentação dos planos e seguros de saúde, os projetos de lei sobre o tema, matérias da imprensa e avulsos para votação na Câmara dos Deputados e no Senado Federal.

Nesta dissertação, adotei o conceito de ator social no mesmo sentido definido por Carlos Matus nas suas formulações do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Para ele, “ator social é uma personalidade, uma organização ou um agrupamento humano que, de forma estável ou transitória, tem capacidade de acumular força, desenvolver interesses e necessidades e atuar produzindo fatos na situação”. (MATUS, 1987). O conceito de ator social, em Matus, se aproxima ao conceito de “forças sociais”, isto é, movimentos que representam e organizam uma parte da população em torno de objetivos comuns. O que caracteriza e diferencia uma força social de um grupo social, de um estrato social ou de uma multidão desorganizada é sua constituição como organização estável, com capacidade permanente de acumulação de força e de produção de eventos mediante a aplicação dessa força.

Os meios pelos quais uma força social mantém sua unidade e identidade diferenciadas de outras forças sociais são variados. Em alguns casos pode ser um dogma, uma fé ou o carisma de um líder; em outros, pode ser uma ideologia, um projeto de defesa de interesses particulares, um projeto nacional de reprodução do sistema ou um projeto de transformação social. A coesão de uma força social reside na combinação muito particular dos elementos assinalados (MATUS, 1987).

Por essa definição, são exemplos de forças de atores sociais os partidos políticos, as organizações sindicais, as igrejas, as forças armadas, as entidades de classe, as organizações estudantis, os movimentos sociais orgânicos como o Movimento dos Sem Terra (MST) ou seu antípoda, a União Democrática Ruralista (UDR).

Matus está interessado no fato de que os atores sociais são os únicos produtores coletivos de eventos sociais e, em conseqüência, são os sujeitos da mudança situacional.

Foram analisados os posicionamentos dos seguintes atores sociais: Poder Executivo, Conselho Nacional de Saúde, Ministério Público, PROCON, Organizações de defesa dos usuários e consumidores, Entidades representativas dos médicos e demais profissionais de saúde e Operadoras de Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde.

A caracterização do debate se fez em torno das seguintes categorias:

1. Regulamentação dos PSS.

- Necessidade de regulamentação dos PSS.
- Regular só Planos, Planos e Seguros separadamente ou conjuntamente.
- Ingresso de capital estrangeiro no mercado de PSS.
- Subordinação do setor de saúde suplementar ao Ministério da Saúde, da Fazenda ou ambos.
- Criar agência para regular o setor de saúde suplementar.

2. Cobertura e exclusão de doenças e problemas relacionados à saúde dos usuários e consumidores dos PSS, em particular com relação a:

- Instituição ou não de plano referência.
- Segmentação dos PSS
- Cobertura de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.
- Cobertura das doenças pré existentes.
- Cobertura às urgências e emergências.
- Limitação de tempo de internação, inclusive em UTI.
- Carências para partos e demais casos.
- Cobertura de todos os honorários médicos, na internação e das consultas médicas.

3. Exercício Profissional dos Médicos:

- Livre escolha dos médicos, demais profissionais e prestadores de saúde pelos usuários.
- Credenciamento dos médicos, demais profissionais e prestadores de saúde pelas operadoras de planos de saúde.
- Referenciamento dos médicos, demais profissionais e prestadores de saúde pelas operadoras de seguro de saúde.
- Autonomia quanto à escolha dos meios diagnósticos e terapêuticos.
- Proibição da “unimilitância” - vínculo exclusivo do médico a operadora.
- Aceitação e reconhecimento da Lista de Procedimentos Médicos da Associação Médica Brasileira.

4. Relação entre setor público e privado:

- Fornecimento de dados epidemiológicos ao Ministério da Saúde.
- Estímulos governamentais aos PSS através da dedução dos gastos com planos e seguros no Imposto de Renda.
- Estímulos governamentais aos PSS via fornecimento de certificados de filantropia.
- Ressarcimento ao SUS do atendimento feito a usuários dos PSS.

5. Direito do trabalhador de manter-se como beneficiário em caso de demissão ou aposentadoria.

Realizei entrevistas com representantes dos atores sociais que acompanharam todo o processo da regulamentação, como José Carlos Seixas, secretário-executivo do Ministério da Saúde nas gestões de Adib Jatene, nos governos Collor e FHC; Mário

Scheffer, representante do Fórum de patologias e portadores de deficiências no CNS e do grupo Pela Vida de luta pelos direitos dos portadores do vírus HIV/AIDS; Lynn Silver, coordenadora do escritório do IDEC em Brasília durante o processo da regulamentação; Josué Rios, assessor jurídico do IDEC, durante a regulamentação; Regina Parizi, Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Vice Presidente do Conselho Federal de Medicina à época da regulamentação e representante dos médicos na Câmara de Saúde Suplementar desde a sua criação; Dagoberto Stenmeyer Lima, assessor jurídico do sistema Associação Brasileira de Medicina de Grupo – ABRAMGE, Sindicato Nacional de Medicina de Grupo – SINAMGE; João Alceu Amoroso Lima, Diretor de Saúde da Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização – FENASEG; Roberto Cury, da Associação Brasileira das Autogestões em Saúde Patrocinadas pelas Empresas – ABRASPE; Walter Lyrio do Valle, do Comitê das Entidades Fechadas de Assistência à Saúde – CIEFAS, e José Cláudio de Oliveira, assessor jurídico da UNIMED do Brasil, que acompanharam todo o processo da regulamentação.

Estas entrevistas foram realizadas com representantes dos atores sociais para confrontação com os resultados obtidos nos quadros das diferentes categorias analíticas.

Entrevistei também Pedro Kassab, ex-presidente da AMB, para pesquisar o posicionamento do movimento médico quando dos primórdios do processo de regulamentação, à época da elaboração dos decretos leis 66/66 e 73/66.

Para redação da dissertação utilizei as normas para Publicação de Dissertações e Teses da Faculdade de Ciências Médicas - FCM, da UNICAMP, segundo critérios da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e para referências e citações bibliográficas a NBR 6023 e a NBR 10520, segundo orientação da Comissão de Normatização e Padronização de Referências e Citações Bibliográficas, da FCM/UNICAMP. Mantive a terminologia planos e seguros privados de assistência à saúde – PSS - porque ela está na Lei 9.659, embora tenha havido posteriormente a especialização das seguradoras em planos privados de saúde, como registro no capítulo VII. Mantive a denominação entidades representativas dos médicos e demais profissionais de saúde; embora só tenha encontrado uma única manifestação, de uma única categoria profissional, os dentistas, sobre o tema, para ressaltar o papel protagonista das entidades representativas dos médicos.



CAPÍTULO 5
OS MOVIMENTOS DE DEFESA DOS USUÁRIOS E
CONSUMIDORES E AS ENTIDADES MÉDICAS:
PROTAGONISTAS IMPORTANTES NA LUTA PELA
REGULAMENTAÇÃO DOS PSS.

A agenda da regulamentação.

A agenda segundo comissão do Conselho Nacional de Saúde. Grupo de Trabalho da Comissão Permanente de Saúde Suplementar do Conselho Nacional de Saúde elaborou, em 21/08/2001, as “Notas Preliminares” sobre a regulamentação dos PSS, parte dos textos de referência para o Simpósio “Regulamentação dos PSS”, realizado pela Comissão de Seguridade Social e da Família da Câmara dos Deputados, pela Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal e pelo Conselho Nacional de Saúde, em Agosto de 2001, em Brasília - DF. Neste texto, o grupo faz uma análise da Agenda da Regulamentação em 1998 (período no qual fui representante dos médicos no CNS, como presidente da Federação Nacional dos Médicos). O grupo afirma que:

A regulamentação dos PSS emerge em um contexto marcado por uma vertente eminentemente econômica e outra de cunho assistencial. De um lado, as profundas reformas no mercado de seguros anunciam a necessidade de normalizar a denominada assistência médica suplementar. As proposições para a desregulamentação do sistema nacional de seguros, cujos eixos principais: a quebra do monopólio do resseguro pelo Instituto do Resseguro do Brasil - IRB e a abertura para o capital e empresas estrangeiras do setor, se apóiam em previsões sobre o crescimento do mercado de PSS combinado ao dos planos de previdência complementar e reprivatização dos seguros de acidente do trabalho.

Por outro lado, as crescentes denúncias de negação de atendimento aos clientes cobertos por planos privados de saúde e a elevação dos preços dos prêmios ecoam nas entidades de defesa do consumidor e em organizações não governamentais, e passam a ser objeto de inúmeras intervenções de órgãos do judiciário. Adicionalmente, as entidades médicas passam a se posicionar contra o controle da utilização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, as políticas de credenciamentos e os valores praticados pelas operadoras de PSS.

A agenda da regulamentação do final da década de 1990, conformada pelos interesses expressos por essas duas vertentes, trouxe ao debate quatro temas. Dois desses temas têm origem no Ministério da Fazenda e se referem à abertura do sub segmento à atuação do capital das empresas estrangeiras, e à padronização das regras para a constituição de reservas e demonstração de solvência para a permanência das empresas no mercado. O terceiro, que diz

respeito às ampliações de cobertura, é trazido à pauta pelas entidades médicas e pelos órgãos de defesa do consumidor. Um quarto ponto da agenda da regulamentação, o das relações público-privado envolvidas com a utilização de procedimentos de alto custo/complexidade, inspira-se inicialmente nas idéias de universalização de uma cesta básica e criação de fundos para o financiamento dos atendimentos mais complexos. Mas adquire outro teor por iniciativa dos gestores do SUS, que propõem um ressarcimento pelos atendimentos aos clientes de planos e seguros saúde realizados nas dependências de estabelecimentos públicos ou conveniados com o SUS.

Sob a pressão dos múltiplos interesses das empresas de diversas modalidades que atuam no mercado, dos consumidores, das entidades médicas e de técnicos do Ministério da Fazenda e do Ministério da Saúde, um quinto tema emerge na arena do debate - a disputa interministerial pela institucionalização da regulamentação. Esses cinco temas integram o núcleo da regulamentação e sobre eles incidem as normas operacionais e as controvérsias da Lei que foi aprovada de n.º 9.656 de 1998, das mais de 40 reedições da Medida Provisória 2.177, que a modificou, e das resoluções da ANS.

Considero que a análise do “Grupo” referente ao papel das entidades médicas, dos gestores municipais e a respeito da disputa interministerial é incompleta.

As entidades médicas condenaram a Medicina de Grupo desde a sua criação, por ser “anti-ética e assalariar os médicos”, e questionaram de forma organizada a intermediação do trabalho médico e suas implicações, a partir da década de 1960. Os gestores municipais não participaram de forma organizada no processo de regulamentação dos PSS, e na verdade o ressarcimento já havia se tornado lei no Estado de São Paulo através da Lei 9.058/94, de iniciativa do Dep. Arlindo Chinaglia, ex-presidente do Sindicato dos Médicos de São Paulo, por sugestão deste Sindicato, então por mim presidido, e na Cidade do Rio de Janeiro, através da Lei 2.147/94, do Vereador Milton Nahon, que regulamentou o artigo 375 da Lei Orgânica do Município.. As posições divergentes dos Ministérios não se explicitaram no processo de regulamentação. A posição governamental emanava do Gabinete Presidencial. Na área da saúde, isto só mudou quando assumiu o novo Ministro da Saúde, já definido pelo presidente como um dos seus eventuais sucessores, e que contava com o apoio do empresariado e do capital financeiro. Este

ministro articula a edição de uma medida provisória modificando a Lei, um dia após a sua sanção presidencial. Entretanto, reproduzi esta “agenda” por identificar os eixos principais da regulamentação, sob o ponto de vista desta comissão assessora do CNS; registro à seguir a posição dos movimentos de usuários/consumidores e médicos, protagonistas que empunharam em primeira hora a bandeira da regulamentação dos PSS.

O movimento de defesa dos direitos dos usuários e consumidores.

(AURÉLIO, 1999), no novo Dicionário Aurélio Século XXI, o Dicionário da Língua Portuguesa, registra as seguintes definições e explicações para as palavras usuário e usar.

Usuário. Adj. 1. Que possui ou desfruta de alguma coisa pelo direito do uso; 2. Dizia-se do escravo de quem se tinha o uso, mas não a propriedade; 3. Cada um daqueles que usam ou desfrutam alguma coisa coletiva, ligada a um serviço público ou particular.

Usar. V.t.d. 1. Ter por costume; costumar; 2. Exercer, praticar; 3. Fazer uso, servir-se.

Já a Lei 8.078/90, Código de Defesa do Consumidor - CDC, em seu artigo 2.º, define como consumidor toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final. Seu artigo 3.º define fornecedor como pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como entes despersonalizados, que desenvolvem atividades [...] ou comercialização de produtos ou prestação de serviços. O parágrafo primeiro define produto como qualquer bem, móvel ou imóvel, material ou imaterial, e o segundo define serviço como qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista.

Portanto, enquanto a palavra usuário está mais relacionada com o direito de usar, a palavra consumidor tem o significado de utilizar ou adquirir produto ou serviço, caracterizando uma relação comercial, de compra.

Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor – IDEC.

Documento do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor - IDEC, de 22 de agosto de 1996, afirma:

Cláusulas leoninas, arbitrariedades e imposição de reajustes abusivos, eis a face da perversa relação entre fornecedor e consumidor no âmbito das empresas que operam com planos de saúde. A omissão do estado e a imprescindibilidade dos serviços de saúde colocam milhões de consumidores sob a chantagem dos mercadores de plantão. São empresas que atentam contra a concorrência, com práticas comerciais uniformes, violam a ética médica em detrimento dos pacientes, exploram a insegurança da população através de milionária publicidade, conceituada depois como “custos médicos”, e ostentam o jogo bruto do poder econômico através dos seus *lobbies*, no mercado de consumo e nas entranhas deste subserviente “ Poder Público” [...].

A crise dos reajustes abusivos impostos pelas empresas de planos de saúde é antiga, tornando-se um fato de repercussão pública alarmante a partir do Plano Cruzado, em fevereiro de 1986. É que, com a implantação do regime de preços controlados, como veio a ocorrer com os planos econômicos seguintes, a situação das empresas que vivem da prática de reajustes abusivos tornou-se mais evidenciada.

A prática lesiva é tradicionalmente justificada pelas empresas sob o argumento de que precisam fazer o repasse dos chamados custos médicos hospitalares ou custos operacionais, custos básicos e coisas do gênero. Na prática, estes novos benfeitores da saúde acabam se revelando como verdadeiros ‘atravessadores’ entre, de um lado, os custos dos serviços médicos, das despesas hospitalares, da mão de obra dos demais funcionários e das despesas operacionais do sistema, da publicidade e sabe-se lá mais do que gastam essas empresas e, do outro lado, os consumidores, que, pelas circunstâncias da essencialidade do serviço e temerosos de perderem por inadimplência os planos de saúde, se vêem forçados a pagar os referidos custos ditados pelos donos desse fantástico negócio.

Para dar uma aparência de legalidade ao repasse de tais custos, as empresas colocam na cláusula contratual de reajuste salarial um índice (por exemplo, o Índice Geral de Preços – IGP), mas inserem a ressalva de que, não sendo

suficiente o critério proposto, os custos excedentes serão repassados.[...] Outras vezes as empresas não colocam índice algum no contrato, inserindo apenas a fórmula vaga de “custos médico- hospitalares”, como critérios de reajustamento das mensalidades [...].

(IDEC, 1996) realizou, entre dezembro de 1995 e maio de 1996, o mais amplo estudo já elaborado sobre PSS, tendo como objetivo possibilitar a visão geral do sistema privado de saúde no Brasil, apontando inclusive os principais problemas que atingem os consumidores.

Foi confeccionado um guia detalhado das principais armadilhas encontradas embutidas nos contratos das empresas analisadas, com um estudo comparativo de 93 planos, oferecidos por 30 empresas.[...]

O estudo mostrou que:

Após 5 anos de vigência do Código de defesa do Consumidor, constatou-se que a situação do consumidor diante dos planos de saúde pouco mudou, ou quase nada mudou. As empresas continuam a inserir em seus contratos cláusulas abusivas, que afrontam os direitos do consumidor, perpetuando o estado de insegurança instaurado pela falência do sistema público de saúde. A análise feita checou os itens oferecidos nos contratos como hospedagem, vigência, abrangência, carências, exclusões e limitações. Também foram analisados os preços praticados pelos PSS. Na análise dos contratos, foi estudado também o limite de idade, rede credenciada, limite de internação, limite para tratamentos, comunicação em 24 horas em casos de internação por emergência, exclusões de doenças pré-existentes, reajuste das mensalidades e dos prêmios, vigência e cancelamento dos contratos, responsabilidade das empresas pelos atos de seus profissionais credenciados. Este estudo também revelou e elencou uma série de informações que não chegam ao consumidor, trazendo armadilhas contratuais que levam à falta de cobertura ou exclusão no atendimento; com isso, o consumidor, que paga por um benefício, fica na mão na hora de se utilizar do plano. Muitas das restrições impostas pelas empresas infringem o Código de Defesa do Consumidor e podem ser questionadas na Justiça. As seguradoras bem ou mal são fiscalizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, mas as outras empresas prestadoras de serviços de assistência médica não estão sujeitas a qualquer tipo de controle oficial.

Hoje, a prática de credenciar e descredenciar médicos, hospitais e laboratórios é direito das empresas, assim como rescindir unilateralmente os contratos, limitar o tempo de internação no hospital, enfim, são regras que vão contra o Código de Defesa do Consumidor, que considera nulas as cláusulas que “colocam o consumidor em desvantagem exagerada”, como aquelas que autorizam ao fornecedor a modificação unilateral do contrato, sem a concordância do consumidor, e que restringem direitos fundamentais que estão ligados à natureza do contrato.

O IDEC concluiu que o estudo elaborado mostrou que a situação dos consumidores tem que ser mudada, impondo-se limites às empresas e tentando-se regulamentar suas atividades através de lei.

Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor de São Paulo - Fundação PROCON SP.

Documento da Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor de São Paulo - Fundação PROCON SP, subordinada à Secretaria da Justiça e Defesa da Cidadania do Governo do Estado de São Paulo, convocando entrevista coletiva para a Imprensa em 27/10/97, afirma que:

A polêmica sobre a regulamentação dos PSS vai continuar até que princípios básicos de proteção ao consumidor sejam considerados na formulação da lei. Entre 1989 e 1997, a procura por esclarecimento e atendimento de reclamações nos órgãos de defesa do consumidor tem aumentado de forma assustadora. Neste período, mais de 83 mil consumidores procuraram a Fundação PROCON SP com dúvidas ou problemas com convênios médicos e seguro saúde. O crescimento das reclamações foi de 179,52% .

Dados como esses mostram a urgência de uma regulamentação específica dos PSS.

As questões envolvendo os convênios médicos, em não havendo lei específica, têm sido enquadrados no Código de Defesa do Consumidor, de forma a garantir os direitos básicos dos consumidores. Por isso torna-se importante que sejam levados em conta avanços propiciados desde 1991 pelo Código de Defesa do Consumidor, no sentido de resguardar o equilíbrio na relação usuário - plano de saúde.

O entendimento praticamente generalizado dos organismos de proteção ao consumidor é que uma lei regulamentando o segmento garantiria o atendimento aos serviços privados de saúde. A assistência privada à saúde é suplementar ao SUS, devendo ser assumida integralmente pelas empresas que comercializam estes serviços.

Deve ser lembrado, entre outros dispositivos, o disposto no artigo 51, parágrafo primeiro do Código de Defesa do Consumidor, que considera exagerada, entre outros casos, a vantagem que:

- I- ofende os princípios fundamentais do sistema jurídico a que pertence;
- II- restringe direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de modo a ameaçar seu objeto ou equilíbrio contratual;
- III- se mostra excessivamente onerosa para o consumidor, considerando se a justeza e o conteúdo do contrato, o interesse das partes e outras circunstâncias peculiares ao caso.

Os Usuários – Fórum Nacional de Portadores de Patologia e Deficiências.

Os usuários organizam-se no fórum acima, formado por 29 entidades ou movimentos nacionais que representam portadores de patologia, como portadores do vírus HIV/AIDS, diabéticos, renais crônicos, hansenianos e portadores das diversas deficiências, auditivas, visuais, de locomoção e outras.

Embora voltado principalmente à defesa do Sistema Único de Saúde - SUS, o Fórum sempre atuou através de suas representações no Conselho Nacional de Saúde na discussão da regulamentação dos PSS.

Quanto aos interesses representados no Fórum, a principal questão relacionada aos PSS diz respeito às coberturas, uma vez que, embora a maioria das pessoas representadas pelo mesmo fossem atendidas pelo SUS, a parcela que tinha PSS enfrentava restrição no atendimento por falta de cobertura devido a exclusão das doenças pré existentes, infecciosas ou deficiências presentes ao nascimento. Por outro lado, os que queriam ingressar nos PSS sofriam estas mesmas restrições.

Desta forma, a questão sempre esteve presente nas manifestações e posicionamentos do Fórum, à partir de suas duas reuniões anuais e de sua atuação permanente no CNS; sempre foram favoráveis a regulamentação no sentido de ampliar as coberturas e contrários à exclusão de doenças pré existentes.

Os médicos e a regulamentação.

Os Médicos, A Autonomia Profissional e a Intermediação do Trabalho Médico.

(CAMPOS,1988) estudou o movimento dos médicos no período entre 1970 e 1984, e suas relações com a evolução da estrutura da assistência médico-sanitária e com os processos mais amplos da própria sociedade brasileira, vistos sob a ótica da categoria analítica “corrente política”, do que denominou “movimentos médicos”, para o qual interferiram dois fatores necessários e complementares, o ideológico e o operacional. Neste trabalho ele identifica três correntes: o Kassabismo, o Movimento de Renovação Médica- REME e a denominada de Neoliberalismo.

Estas correntes, embora tivessem várias divergências que as caracterizavam, tinham visões comuns ou bastante próximas em temas referentes à prestação de serviços para empresas ou instituições que intermediavam o trabalho médico, como na sua relação com os produtores privados de saúde, na qual interferem tanto “o ideal de autonomia” e os princípios éticos, de cunho mais geral e ideológicos, como também interferem fatores ligados aos interesses imediatos dos médicos no exercício de sua profissão, como nível de rendimento auferido, controle exercido sob seu trabalho e as próprias condições de trabalho.

O autor ressalta que havia também um consenso entre as correntes em sua oposição à Medicina de Grupo, devido a esta modalidade de PSS superexplorar o trabalho médico, exigindo uma grande produtividade, pagando valores abaixo do mercado e exercendo maior controle sobre a força de trabalho do médico do que em qualquer outro tipo de serviço.

As Empresas de medicina de grupo tendem a trabalhar com o monopólio da clientela. De fato, as Empresas de medicina de grupo significam a submissão quase que absoluta do empregado médico à lógica do capital. Estas empresas “constrangiam” os médicos a trabalharem como “falsos autônomos”, isto é, sob condições típicas de assalariados, mas sem desfrutar dos direitos trabalhistas inerentes a esta modalidade, caracterizando uma burla ao vínculo do emprego, reconhecida como tal pela justiça trabalhista.

Outro consenso entre as correntes foi a oposição à implantação do sistema de pagamentos das Autorizações de Internações Hospitalares - AIH, por procedimentos, em substituição as Unidades de Serviços - US, por atos médicos. Esta alteração interferia com a relação dos médicos autônomos e dos hospitais contratados com o INAMPS.

Havia também consenso em relação à prática autônoma e liberal da medicina, materializada na proposta do “credenciamento universal” dos médicos pelo INAMPS, embora houvesse olhares diferentes quanto às cooperativas médicas e ao credenciamento dos médicos no consultório; sobre isso, o REME não se posicionava contra, e a corrente neoliberal atribuía a isso a função de atender a maior parte da população brasileira.

Entre as conclusões do autor, inclui-se a previsão de prováveis intervenções dos médicos na política de saúde nos próximos períodos, objetivando a manutenção e a ampliação do exercício autônomo da profissão, tentando ganhar espaço em relação à Medicina de Grupo e aos serviços do Estado. Outra vertente provável seria a luta por melhor remuneração, em particular relativa a Tabela de Honorários da AMB, cuja eventual efetivação interessa à prática liberal e autônoma da profissão.

A seguir há alguns exemplos destas posições das correntes políticas médicas.

Nas eleições para o Sindicato dos Médicos de São Paulo- SIMESP, em 1977, a Plataforma do Movimento Renovação Médica,

criticava o controle da prática médica exercido pelas empresas de medicina de grupo, que impunham excessivo número de pacientes por hora, limitação de exames complementares e de tratamentos, e proibição de fornecimentos de atestados médicos a usuários mesmo quando doentes e também a precariedade das condições de trabalho¹.

¹ Plataforma do Movimento de Renovação Médica de São Paulo, citado por CAMPOS

Nas eleições para a Associação Médica Brasileira - AMB e para a Associação Paulista de Medicina - APM, em Agosto de 1979, os programas das chapas Renovação Médica - REME colocaram-se “contra a mercantilização da medicina em qualquer de suas formas e o aluguel do trabalho médico, e pelo credenciamento automático e sem discriminação de qualquer natureza de todos os médicos pela Previdência Social²” .

Nas eleições para o Sindicato dos Médicos de São Paulo, de Abril de 1981, o programa da chapa Renovação Médica, propõe “o fim dos convênios e da intermediação lucrativa do trabalho médico e o reconhecimento do vínculo empregatício e cumprimento dos direitos trabalhistas dos médicos³” .

Nas eleições de 1983 para a Associação Médica Brasileira, o programa da chapa REME tem como uma de suas propostas ser “contra a intermediação lucrativa ou qualquer outra forma de exploração do trabalho médico⁴” .

Nas eleições para a Associação Paulista de Medicina, de Agosto de 1987, o programa da chapa União e Defesa do Médico, presidida por Nelson Proença, líder da corrente neoliberal, afirmava que:

são estruturas legítimas para a prestação de assistência ao doente as formas de organização que não têm intermediação lucrativa: entidades filantrópicas, cooperativas médicas éticas (UNIMEDs), serviços próprios de empresas e sindicatos, sociedades éticas entre profissionais; que viabilizam, em sua proposta de trabalho, a profissão em caráter liberal, e não são legítimas as formas de organizações mercantilistas que, no processo de assistência ao doente, geram intermediação lucrativa⁵.

² Programa da chapa Renovação Médica, para a eleição da AMB, 1979.

Programa da chapa Renovação Médica, para a eleição da APM, 1979

³ Programa da chapa Renovação Médica, para a eleição do SIMESP, 1981.

⁴ Programa da chapa Renovação Médica, para a eleição da AMB, 1983.

⁵ Programa da chapa União e Defesa do Médico, para a eleição da APM, 1987.

No programa da chapa REME, para as eleições da AMB, em Agosto de 1979, seu candidato a presidente, Matheus Papaleo Neto, afirmava que:

A crise da assistência médica e os problemas de saúde do povo brasileiro tornam mais próximos, a cada dia, as reivindicações dos médicos e da população. E, quando nossa plataforma defende a extinção dos convênios da Previdência social com as Indústrias e as empresas de Medicina de grupo, ela não identifica apenas o aspecto mais crítico da mercantilização da medicina e da exploração do trabalho médico, mas vai ao encontro dos interesses da massa de segurados, vale dizer de todo o povo. O sistema de convênios se implantou a partir de 1965, sendo responsável pela proliferação e florescimento das empresas de grupo que monopolizam o atendimento médico nos grandes centros urbanos [...] A intermediação da prática médica que os convênios consagram é a maior responsável pelos baixos salários e pelas más condições de trabalho dos médicos que nem sequer têm seus direitos trabalhistas respeitados.

As empresas de medicina de grupo não se limitam a explorar o trabalho do médico, mas também o cerceia em sua prática, obrigando-o a limitar ao máximo os exames complementares e a concessão de licenças para tratamento de saúde dos empregados, o que fere indistintamente os direitos e necessidades dos médicos e segurados. Também defendo o credenciamento automático de todos os médicos pela Previdência Social, sem discriminação ou triagem de qualquer natureza [...], pois o que consideramos inadiável é terminar com a intermediação, a exploração do médico e a prática da medicina voltada para os interesses de grupos preocupados com a lucratividade de suas empresas ⁶.

A carta de princípios da plataforma da chapa REME para as eleições do Sindicato dos Médicos de São Paulo, em Abril de 1981 afirma que:

a crise da assistência médica resulta da transferência de recursos da previdência social para o setor privado. Essa insatisfação da população e dos profissionais de saúde, que questionam a atual política de saúde, coloca a necessidade de sua mudança [...] a partir de 1964 e em função desta política implantou-se um modelo de prestação de serviços médicos que se caracteriza pela compra desses serviços ao setor privado, através dos convênios.

⁶ Programa da chapa renovação Médica, para a eleição da AMB, agosto de 1979

Desses surgiram as empresas de medicina de grupo, instalaram-se empresas médicas de diversos tipos, constituíram-se hospitais de propriedade privada, uns e outros, invariavelmente às custas dos recursos públicos. O assalariamento dos médicos e o aviltamento das nossas condições de trabalho decorrem destes convênios, deste modelo e desta política. As várias deficiências dos hospitais do estado, os baixos salários pagos aos profissionais de saúde do setor público, a recusa do governo federal em pagar suas próprias contribuições à Previdência Social, fazem parte desta política deliberada para favorecer o setor privado. É óbvio que esta política e este modelo de assistência médica só puderam ser impostos com a eliminação, em 1964, da participação do trabalhador, dentre outras, da direção da Previdência Social ⁷.

Pesquisa Perfil dos Médicos

(MACHADO, 1977) analisa a pesquisa Perfil dos Médicos, realizada em 1995, iniciativa do Conselho Federal de Medicina, da Associação Médica Brasileira e da Federação Nacional dos Médicos, realizada através de convênio entre o CFM e a FIOCRUZ, e emite sua opinião sobre o exercício profissional e o mercado de trabalho médico, que está reproduzida a seguir:

tipologia do mercado - ao analisar as formas de inserção do médico no mercado de trabalho, deparamo-nos com as dificuldades metodológicas de realizar uma análise sócio-econômica detalhada, pelo fato de tratar-se de um mercado de prestação de serviços complexo e de difícil compreensão. Poucos são os médicos que adotam ou podem adotar “formas puras” de exercer seu ofício. As análises de mercado empreendidas na década de 1970 e 1980, tomando emprestadas as categorias macro e micro da economia (Donnangelo, Médici, Nogueira, Machado e Girardi, entre outros), não foram sensíveis o bastante para captar as dimensões explicativas que compreendem, efetivamente, este universo. Portanto, no mundo do trabalho médico, é praticamente impossível propor análises de tipos puros (assalariados ou liberal). Essas dimensões, até então tidas como força explicativa, não resistiriam a uma investigação mais rigorosa, com base, por exemplo, na economia política ou na sociologia econômica. Um bom exemplo de tal “incapacidade analítica” é o estudo de CAMPOS, 1988, que descreveu a inserção dos médicos no mercado de trabalho em liberal, assalariados, proprietários e autônomos. [...]

⁷ Plataforma da chapa Renovação Médica, para a eleição do Sindicato dos Médicos de São Paulo, Abril de 1981

Apesar de CAMPOS, apropriadamente, refutar a conotação de “residual” conferida ao “autônomo”, ele a atribui aos “liberais” e confere, no entanto, aos autônomos o caráter de ‘forma possível de organização da pequena produção de serviços de saúde’ num contexto econômico marcado pela interferência do estado, do capital financeiro e da indústria.[...] .

Vejamos, portanto, quem são os autônomos descritos por CAMPOS, já que ele exclui os “liberais” [...]. São os “médicos credenciados pelo INAMPS, para atender previdenciários em seus consultórios”, “os médicos filiados às UNIMEDS [...] os que trabalham em convênios com a indústria, o comércio ou com as seguradoras privadas” (CAMPOS, 1988:32). Ora, é sobre os que atuam, em seus consultórios ou clínicas, no sistema baseado no pré pagamento (subordinado a terceiros), público ou privado, que este sistema mais interfere, limitando esses profissionais em sua autonomia técnica e econômica.

Em estudo recente, Machado (1966) assinala que os médicos “liberais”, em seus consultórios dependentes de convênios, com forte vocação racionalizada, têm a autonomia médica tolhida em vários aspectos. [...] Estes médicos destituídos de liberdade profissional, devem ser injustamente chamados de autônomos? Certamente que não. Eles exercem sua profissão como liberais, embora sejam cerceados nesta prática. [...]

A partir dessa nova ordem de problemas, adotamos o recurso da sociologia de tipificar realidades e, a partir daí, flexibilizar a análise das mesmas. Assim, estaremos examinando os tipos médicos [...] por meio da análise dos “assalariados”, dos “liberais”, dos novos “empresários médicos” e dos “especialistas”.

No entanto, afirma MACHADO:

os convênios⁸, portanto, são hoje uma realidade na vida dos médicos que decidem assumir a atividade tipicamente liberal da profissão, a fim de assegurar clientela e manter seu estabelecimento aberto, sem sofrer sérios prejuízos. Mas há um preço para essa nova modalidade de captação da clientela: a autonomia do médico ficará condicionada aos interesses e exigências.

⁸ Denomina-se convênios ao vínculo do médico com os PSS, ou mesmo convênios com o setor público, através do Sistema Único de Saúde

Continua analisando as restrições ao exercício profissional, ao citar um trabalho anterior de sua autoria:

para manter seu consultório aberto, os médicos têm que se submeter a estes convênios, porquanto cada vez mais deles dependem tanto econômica quanto financeiramente. Mesmo estando em seu consultório particular, terão que atender a várias exigências burocráticas – preenchimento de papeletas, formulários, guias especiais – e obedecer as normas e códigos organizacionais de cada convênio. Além do mais, o valor de seus serviços estará predeterminado, não sendo permitidas extrapolações e alterações de qualquer.

A pesquisa do Perfil dos Médicos mostra que 74,7% dos médicos mantêm atividade em consultório particular, 69,7% atuam em estabelecimentos públicos e 59,3% em estabelecimentos privados. Apenas 8,5% trabalham só no consultório. Dos médicos que atuam em consultório, 79,1% participam em convênios. Os médicos podiam mencionar mais de um convênio, sendo que 32,6% citaram a Unimed, 23,9% a Medicina de Grupo e o Seguro Saúde; 19,4% o SUS; 17% as Auto Gestões e 6,4% outras cooperativas.

Os Conselhos de Medicina: relação com o trabalho médico.

(PARIZI,1993-2002) através de vários editoriais no Jornal do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP; e de entrevista a este pesquisador, expressa a posição dos médicos, como presidente do CREMESP e também representante do Conselho Federal de Medicina - CFM, na Câmara de Saúde Suplementar desde sua criação:

Os médicos no Brasil sempre tiveram uma relação de conflito com as empresas que vendem serviços de assistência médica, tanto assim que o próprio Código de Ética Médica no seu artigo 92 prevê que é vedado ao médico: “Explorar o trabalho médico como proprietário, sócio ou dirigente de empresas ou instituições prestadoras de serviços médicos, bem como auferir lucro sobre o trabalho de outro médico, isoladamente ou em equipe”.

Tal pressuposto surge na década de 70 em decorrência de serviços médicos organizados sob a forma de “Medicina de Grupo” na região do ABC paulista, durante a década de 1950, concomitante com o processo de industrialização que ocorreu naquelas cidades. Nasce ali a modalidade de plano empresa e os médicos em grupo organizam serviços, empregando outros médicos.

Outra medida originária daquele período é a formação de empresas sob a forma de trabalho cooperativo entre os médicos, que nasceu em 1967 na cidade de Santos – SP, tornando-se um sistema nacional sob a denominação de “UNIMED”. Tal proposta ganhou força entre a categoria em contraposição às propostas de empresas que auferiam lucro do trabalho médico. Essa modalidade de operadora congregava cerca de 70 mil médicos dos 198 mil em atividade, de acordo com a pesquisa Perfil dos Médicos no Brasil, realizada em 1995.

A década de 80, por sua vez, é marcada por enfrentamentos entre o “movimento médico” e as empresas de plano de saúde. Novos segmentos entram na disputa desse mercado, constituindo-se principalmente na modalidade de seguro saúde, dessa vez liderado pelo setor financeiro do país, particularmente os bancos.

A Associação Médica Brasileira e sociedades de especialidades organizam uma Tabela de Honorários Médicos com o objetivo de instrumentalizar os médicos nas negociações sobre remuneração tanto com o setor público, quanto com as empresas que operavam no setor privado.

No final da década surge também a primeira tentativa de regulação dos planos de saúde, mediante resolução editada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro – Resolução CREMERJ 19/87. Essa, embora dirigida especialmente às operadoras de Medicina de Grupo, já apontava para questões fundamentais como autonomia profissional do médico na realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, cobertura das enfermidades, liberdade do paciente na escolha do médico, assim como a questão do pagamento dos honorários médicos.

Na década de 90, o Conselho Federal de Medicina elabora a resolução 1401/93, que procura disciplinar a matéria para todas as modalidades de empresas que operavam no mercado com planos de saúde como medicina de grupo, cooperativas, seguros de saúde, autogestão, plano hospitalar, entre outros. Trata como questão central a cobertura a todas enfermidades previstas no Código Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, e a autonomia do médico e do paciente na livre escolha dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

A resolução teve validade jurídica curta, pois logo o Judiciário concedeu liminar às empresas, por questionamento da Confederação das Santas Casas de Misericórdias, Hospitais e Entidades Filantrópicas. Entendeu-se que, embora a matéria realmente necessitasse de regulamentação, o fórum adequado não era o Conselho Federal de Medicina. No entanto, a resolução ocupou grande espaço na sociedade e na mídia nacional. Na Câmara dos Deputados Federais, onde havia um único projeto, foram apresentados mais nove, passando a contar com 10 projetos de lei para regulamentação dos planos e seguros de saúde.

Federação Nacional dos Médicos - FENAM.

A FENAM, juntamente com o Conselho Federal de Medicina e Associação Médica Brasileira, foram as entidades médicas gerais, de representação nacional, que participaram do processo de regulamentação dos PSS.

Eu fui presidente da FENAM por 7 anos, entre 1991 e 1998, sendo que uma das prioridades do nosso mandato foi a intervenção no processo da regulamentação dos PSS. Neste sentido, participamos de inúmeras atividades, e reproduzimos a seguir aquelas que ocorreram no Congresso Nacional.

No Seminário sobre a problemática dos planos de saúde e das mensalidades escolares promovido pela Comissão de Defesa do Consumidor, Meio Ambiente e Minorias, da Câmara dos Deputados, em 22 de Maio de 1996, apresentei uma análise do sistema brasileiro de assistência suplementar à saúde que resumo a seguir. Até então, não havia um conhecimento de todas as informações do sistema, que só se tornaram públicas no decorrer do processo da regulamentação.

Composição do setor – estimava-se que eram atendidas entre 35 a 40 milhões de pessoas, 15,5 milhões pelas empresas de Medicina de Grupo, entre 7 a 11 milhões por planos empresa em regime de Autogestão, entre 8 a 9 milhões pela UNIMED e 4,5 milhões pelo seguro saúde. Os contratos individuais eram 7,35 milhões, sendo os demais contratos coletivos, através de empresas, sindicatos ou associações. O setor movimentava cerca de 10 bilhões de reais, sendo que, à época, o valor do real era equivalente ao do dólar.

Regulamentação do setor - Não havia uma regulamentação que abrangesse a operação de todas as empresas. O seguro saúde era regulamentado pelo Decreto Lei 73-66, a UNIMED subordinava-se a uma legislação das cooperativas, sob o comando do Ministério da Agricultura, e os planos de Autogestão e das Medicinas de Grupo não tinham regulamentação específica.

Tramitação no Congresso – à época tramitava na Câmara dos Deputados um substitutivo ao projeto original do Senado Federal de n.º 93/93, ao qual estavam apensados 23 outros projetos de lei, que, ao final, foi substituído por outro texto, de autoria do deputado Pinheiro Landim, antes da votação final.

Política de preços - As empresas que comercializavam planos e seguros privados de assistência à saúde haviam praticado reajustes anuais de até 53%, para uma inflação de menos de 20%. As empresas tentavam atribuir os reajustes ao valor dos honorários médicos, embora os estudos das entidades médicas mostrassem que estes respondiam por 22% no custo do plano, no atendimento em consultório, e por 10% quando o atendimento é hospitalar.

Fui ouvido em Audiência Pública da Comissão Especial destinada a apreciar e proferir parecer sobre projetos que regulamentam os PSS, em 4 de Março de 1997, quando reproduzi as afirmações apresentadas no seminário da Comissão de Defesa dos Consumidores e Minorias, acrescentando os seguintes aspectos:

Questão Ética - o Código de Ética Médica estabelece que “A medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza”, e “a medicina não pode, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, ser exercida como comércio”.

Regulamentação de setor - Defendi em nome da FENAM uma regulamentação que previsse o atendimento integral das doenças, sem restrição de meios diagnósticos e terapêuticos, e sem limitação de período de internação hospitalar; que o setor fosse subordinado ao Ministério da Saúde; que as empresas fossem obrigadas a se inscrever nos Conselhos Regionais que fiscalizam o exercício profissional; que não houvesse o controle do mercado de trabalho dos médicos através do credenciamento e que não houvesse carências. Afirmo que o acesso livre dos pacientes aos médicos seria fator importante de melhoria da qualidade, assim como de barateamento da assistência médica, ao se estimular a assistência à saúde. Assim, apoiamos a contribuição aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde de 7 de Novembro de 1996, sob a forma de um anteprojeto de lei, com os seguintes adendos:

1. Assegurar a livre escolha dos médicos pelos usuários, sem qualquer lista referencial de profissionais.
2. Os honorários e procedimentos médicos devem ser remunerados através da Lista de Procedimentos Médicos da AMB, e
3. O setor de assistência médica supletiva deve estar subordinado à política geral de saúde do país, e, portanto, sua autorização e fiscalização deve estar subordinada ao Ministério da Saúde.

Em novembro de 1997, após o projeto que tratava da regulamentação dos PSS ser aprovado na Câmara dos Deputados, foi encaminhado ao Senado Federal, onde, em Audiência na Comissão de Assuntos Sociais, reproduzi as afirmações acima, corrigindo o dado referente aos recursos envolvidos no setor, que segundo dados da comissão interministerial, composta pelos Ministérios da Saúde, Justiça, Fazenda, apresentados pelo representante do ministério da saúde Januário Montone, à plenária do Conselho Nacional de Saúde em 3 de outubro de 1997, era de R\$ 17,85 bilhões, valor aproximado ao do orçamento do governo federal para a área da saúde.

A Declaração dos princípios éticos dos médicos para o Mercosul.

(CIMS, 1997) mostra que a assembléia das entidades médicas que fazem parte da Comissão de Integração dos Médicos do Mercosul, realizada em Assunção, em 18 de maio de 1995, aprovou a declaração dos princípios éticos dos Médicos para o Mercosul, que afirma, entre outros princípios, que a “Medicina não pode ser praticada sob a intenção primária de comércio, nem o trabalho médico deve ser alvo de exploração por terceiros com objetivo de lucro, finalidade política ou religiosa”.

Os médicos e as Reformas dos Sistemas de Saúde.

Os médicos da América Latina e Caribe organizam-se na Confederação Médica da América Latina – CONFEMEL.

Objetivando discutir a realidade mundial da profissão, foi realizado em Brasília, em 1977, O Seminário Internacional: profissão médica, promovido por CFM, FENAM, AMB e Fundação Osvaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública. Estiveram presentes o

presidente da Associação Médica Americana, o Secretário Geral da Associação Médica Mundial e o responsável pela sessão de empregados assalariados e trabalhadores profissionais do gabinete internacional do trabalho da OIT. Os países latino americanos que estiveram presentes neste seminário realizaram, através da CONFEMEL, o Seminário Internacional: Reforma en Salud Y Seguridad Social, em 1998, em Lima – Peru, organizado pelo colégio Médico del Perú e pela Federacion Médica Peruana. Entre outros objetivos, o encontro visava elaborar materiais de trabalho sobre o tema do seminário para o I Congresso Médico da CONFEMEL, a realizar-se em Dezembro, no Chile.



CAPÍTULO 6
OS POSICIONAMENTOS DOS ATORES DURANTE O
PROCESSO DA REGULAMENTAÇÃO.

As posições defendidas pelos atores.

Os resultados estão expressos nos quadros de 1 a 28, nas entrevistas, em que são analisados estes quadros, e nos sucessivos posicionamentos dos atores no seio do processo da regulamentação.

A posição defendida pelos atores está contida nos 28 quadros, nos quais são estudadas as categorias analíticas escolhidas, que envolvem as principais questões abordadas pela sociedade, em particular pelos usuários/consumidores de PSS e pelos profissionais e prestadores de serviços, no processo de regulamentação dos PSS.

As categorias analíticas podem ser agrupadas em cinco grandes blocos de questões relacionadas a regulamentação do setor de saúde suplementar através de uma legislação específica; a abrangência da cobertura dos PSS e exclusões de doenças e procedimentos; ao exercício profissional e organização do trabalho médico; a relação entre o setor público e o privado e a possibilidade de continuar como beneficiário em caso de desemprego ou aposentadoria.

Os quadros de 1 a 7 mostram a pertinência da regulamentação dos PSS, a amplitude de operadoras a serem englobadas, assim como questões referentes ao ingresso do capital estrangeiro, à subordinação do setor ao Ministério da Saúde ou da Fazenda e ao Conselho Nacional de Seguros Privados, à criação de Agência para regular o setor supletivo e ao caráter da Câmara de Saúde Suplementar, se consultiva ou deliberativa.

Os quadros de 8 a 16 analisam a cobertura e exclusões a doenças e problemas relacionados à saúde dos usuários/consumidores de PSS, assim como aos métodos diagnósticos e de tratamento para os mesmos. Estas questões organizaram-se em torno da cobertura do plano referencial e da possibilidade de sua segmentação, com cobertura restrita à área ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetrícia e odontológica, assim como quanto a cobertura de serviços de apoio diagnóstico e tratamento, a exclusão de doenças pré existentes, a cobertura à emergência e urgência, a cobertura às epidemias, a limitação de tempo de internação, inclusive em Unidade de Terapia Intensiva, a carência para partos e demais casos, e a cobertura dos honorários médicos.

Os quadros de 17 a 22 analisam o exercício profissional e a organização do trabalho médico, sendo que a principal questão refere-se à autonomia profissional dos médicos e dos demais profissionais de saúde frente às operadoras de PSS, questão relacionada à livre escolha dos médicos pelos usuários, ao credenciamento e referenciamento dos profissionais pelas operadoras de PSS, à escolha dos meios diagnósticos e terapêuticos, à aceitação e remuneração pela Lista de Procedimentos Médicos – LPM, da Associação Médica Brasileira – AMB e à proibição da “unimilitância”, caracterizada pela exigência de vínculo exclusivo do profissional a uma única operadora. Essa exigência tem sido atribuída às cooperativas médicas, embora a UNIMED rejeite este conceito, defendendo a “fidelidade associativa à cooperativa, significando que o médico não pode associar-se a outro plano de saúde, embora possa atender qualquer pessoa, inclusive beneficiário de PSS, desde que pague como se fosse consulta particular”.

Os quadros 23 a 26 analisam a relação entre o setor público e o privado. Esta traduz-se no fornecimento dos dados epidemiológicos ao Ministério da Saúde, no estímulo governamental aos PSS e no ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS, do atendimento feito por estes a pessoas usuárias de PSS.

Por último, os quadros 27 e 28 analisam a possibilidade do trabalhador continuar como beneficiário dos PSS em caso de demissão ou aposentadoria.

Material de pesquisa

Para compor os quadros utilizei como fontes de informações o Projeto de Lei n.º 3.617/97, de autoria da Presidência da República, enviado à Câmara dos Deputados; o Anteprojeto do Conselho Nacional de Saúde - CNS dispondo sobre a regulamentação dos PSS, aprovado em seu plenário em 7 de Novembro de 1996; o documento enviado ao Senado Federal em Março de 1998 por CNS, PROCONs, Instituto Brasileiro de Defesa dos Consumidores – IDEC, Federação Nacional dos Médicos, Associação Brasileira dos Médicos – AMB, Conselho Federal de Medicina – CFM, com o consenso destas instituições, e com 11 anexos, explicitando posições de entidades como Conselho Nacional dos Procuradores Gerais de Justiça dos Ministérios Públicos Estaduais e da UNIMED; depoimentos e participações de representantes dos diversos atores nas Comissões da

Câmara dos Deputados, no Senado Federal e no plenário do Conselho Nacional de Saúde; entrevistas feitas por mim com representantes de diversos atores como usuários/consumidores, entidades médicas e operadoras de PSS; várias matérias publicadas em órgãos da imprensa escrita, como jornais e revistas, alguns representativos de classes ou segmentos sociais; avulso do PL n.º 4.425-D/94, contendo 23 projetos de leis apensados, posições das comissões e relatores sobre os projetos e substitutivo para votação na Câmara dos Deputados; projetos de Lei n.º 15,17,50,112, de 1996, e 177 e 197, de 1997, do Senado Federal, e posições e pareceres do Senado Federal sobre o substitutivo da Câmara ao PLS 93/93.

Quadro 1. Necessidade de regulamentação dos PSS.

Atores	Posição defendida
Executivo	a favor, com restrição
Cons. Nac. de Saúde	a favor
Ministério Público	a favor
PROCON	a favor
ONGs/usuário e consumidor	a favor
Entidades médicas	a favor
Operadoras	
Medicinas de grupo	a favor
seguradoras	a favor, com restrição
autogestão	a favor, com restrição
Unimed	contra

Quadro 2. Regularizar só Planos, Planos e Seguros separadamente ou conjuntamente.

Atores	Posição defendida
Executivo	inicialmente só planos na sanção da lei, ambos
Cons. Nac. de Saúde	PSS conjuntamente
Ministério Público	PSS conjuntamente
PROCON	PSS conjuntamente
ONGs/usuário e consumidor	PSS conjuntamente
Entidades médicas	PSS conjuntamente
Operadoras	
Medicinas de grupo	PSS conjuntamente
seguradoras	PSS separadamente
autogestão	excluir autogestão
unimed	só planos, excluir cooperativas médicas

Quadro 3. Ingresso do capital estrangeiro no mercado de PSS.

Atores	Posição defendida
Executivo	a favor
Cons. Nac. de Saúde	contra
Ministério Público	não se posicionou
PROCON	sem consenso
ONGs/usuário e consumidor	contra
Entidades médicas	contra
Operadoras	
Medicinas de grupo	a favor
seguradoras	a favor
autogestão	não se posicionou
unimed	contra

Quadro 4. Subordinar o setor de saúde suplementar ao Ministério da Saúde - MS ou Ministério da Fazenda - MF ou ambos.

Atores	Posição defendida
Executivo	MF
Cons. Nac. de Saúde	ambos
Ministério Público	ambos
PROCON	ambos
ONGs/usuário e consumidor	MS
Entidades médicas	MS
Operadoras	
medicinas de grupo	ambos
seguradoras	MF
autogestão	MS
unimed	planos, no MS e seguros, no MF

Quadro 5. Subordinar o setor de saúde suplementar ao Conselho Nacional de Seguros Privados.

Atores	Posição defendida
Executivo	a favor
Cons. Nac. de Saúde	não se posicionou
Ministério Público	não se posicionou
PROCON	não se posicionou
ONGs/usuário e consumidor	contra
Entidades médicas	contra
Operadoras	
medicinas de grupo	contra
seguradoras	a favor
autogestão	contra
unimed	contra

Quadro 6. Criar agencia para regulamentar o setor supletivo vinculada ao Ministério da Saúde.

Atores	Posição defendida
Executivo	não se posicionou
Cons. Nac. de Saúde	não se posicionou
Ministério Público	não se posicionou
PROCON	não se posicionou
ONGs/usuário e consumidor	não se posicionou
Entidades médicas	não se posicionou
Operadoras	
medicinas de grupo	favorável
seguradoras	não se posicionou
autogestão	favorável
unimed	favorável

Quadro 7. Existência de câmara de saúde suplementar consultiva ou deliberativa.

Atores	Posição defendida
Executivo	a favor e consultiva
Cons. Nac. de Saúde	não se posicionou
Ministério Público	não se posicionou
PROCON	não se posicionou
ONGs/usuário e consumidor	a favor, de espaço de controle social deliberativo
Entidades médicas	a favor, desde que fosse deliberativa e paritária
Operadoras	
medicinas de grupo	a favor e deliberativa
seguradoras	não se posicionou
autogestão	a favor e deliberativa
unimed	não se posicionou

Quadro 8. Instituição de Plano Referência de Assistência à Saúde.

Atores	Posição defendida
Executivo	a favor
Cons. Nac. de Saúde	a favor
Ministério Público	a favor
PROCON	a favor
ONGs/usuário e consumidor	a favor
Entidades médicas	a favor
Operadoras	
medicinas de grupo	a favor
seguradoras	a favor
autogestão	a favor
unimed	a favor

Quadro 9. Segmentação dos PSS.

Atores	Posição defendida
Executivo	a favor
Cons. Nac. de Saúde	a favor, com cobertura CID*
Ministério Público	contra
PROCON	contra
ONGs/usuário e consumidor	contra
Entidades médicas	contra
Operadoras	
medicinas de grupo	a favor
seguradoras	a favor
autogestão	contra
unimed	a favor

* CID - Classificação Estatística Internacional das Doenças e Problemas relacionados com a Saúde.

Quadro 10. Cobertura de serviços de diagnóstico e tratamento.

Atores	Posição defendida
Executivo	a favor
Cons. Nac. de Saúde	a favor
Ministério Público	a favor
PROCON	a favor
ONGs/usuário e consumidor	a favor
Entidades médicas	a favor
Operadoras	
medicinas de grupo	a favor da segmentação
seguradoras	a favor da segmentação
autogestão	a favor
unimed	a favor da segmentação

Quadro 11. Exclusão de cobertura às doenças e lesões pré - existentes.

Atores	Posição defendida
Executivo	contra
Cons. Nac. de Saúde	contra
Ministério Público	contra
PROCON	contra
ONGs/usuário e consumidor	contra
Entidades médicas	contra
Operadoras	
medicinas de grupo	a favor
seguradoras	a favor
autogestão	contra
unimed	a favor

Quadro 12. Cobertura à emergência e/ou urgência pelos PSS durante o período de carência.

Atores	Posição defendida
Executivo	a favor, exceto conseqüente a doença pré existente
Cons. Nac. de Saúde	a favor
Ministério Público	a favor
PROCON	a favor
ONGs/usuário e consumidor	a favor
Entidades médicas	a favor
Operadoras	
medicinas de grupo	só resultante de acidente pessoal ou gestação ou risco de vida
seguradoras	só resultante de acidente pessoal ou gestação ou risco de vida
autogestão	a favor
unimed	só resultante de acidente pessoal ou gestação ou risco de vida

Quadro 13. Exclusão de cobertura às epidemias.

Atores	Posição defendida
Executivo	a favor
Cons. Nac. de Saúde	contra
Ministério Público	contra
PROCON	contra
ONGs/usuário e consumidor	contra
Entidades médicas	contra
Operadoras	
medicinas de grupo	a favor
seguradoras	a favor
autogestão	contra
unimed	a favor

Quadro 14. Existência de limite máximo de tempo de internação, inclusive em Unidade de Terapia Intensiva – UTI.

Atores	Posição defendida
Executivo	não inferior a 90 dias em enfermaria e 60 em UTI
Cons. Nac. de Saúde	não inferior a 90 dias em enfermaria e 60 em UTI
Ministério Público	contra
PROCON	contra
ONGs/usuário e consumidor	contra
Entidades médicas	contra
Operadoras	
medicinas de grupo	a favor
seguradoras	contra
autogestão	contra
unimed	a favor

Quadro 15. Carências para partos e demais casos.

Atores	Posição defendida
Executivo	270 dias para parto, 180 dias para demais casos
Cons. Nac. de Saúde	não inferior a 90 dias em enfermaria e 60 em UTI
Ministério Público	contra qualquer carência
PROCON	contra qualquer carência
ONGs/usuário e consumidor	IDEC aceitava e FÓRUM* era contra
Entidades médicas	contra qualquer carência
Operadoras	
medicinas de grupo	a favor
seguradoras	contra
autogestão	contra
unimed	máxima, igual à metade da duração do contrato

*FÓRUM - Fórum Nacional de Portadores de Patologias e Deficiências

Quadro 16. Cobertura de todos os honorários médicos, na internação e das consultas médicas.

Atores	Posição defendida
Executivo	não se posicionou
Cons. Nac. de Saúde	não se posicionou
Ministério Público	a favor
PROCON	a favor
ONGs/usuário e consumidor	a favor
Entidades médicas	a favor
Operadoras	
medicinas de grupo	a favor dos pacotes e metas referenciais
seguradoras	a favor dos pacotes e metas referenciais
autogestão	a favor dos pacotes e metas referenciais
unimed	a favor dos pacotes e metas referenciais

Quadro 17. Autonomia no exercício profissional dos médicos, quanto à escolha dos meios diagnósticos e terapêuticos.

Atores	Posição defendida
Executivo	não se posicionou
Cons. Nac. de Saúde	cobertura obrigatória da CID*
Ministério Público	não se posicionou
PROCON	a favor
ONGs/usuário e consumidor	a favor, desde que respeitada a boa técnica
Entidades médicas	ampla e total liberdade de escolha
Operadoras	
medicinas de grupo	não se posicionou
seguradoras	a favor de critérios gerenciais
autogestão	a favor de critérios gerenciais
unimed	a favor, submetida a auditorias

* CID - Classificação Estatística Internacional das Doenças e Problemas relacionados com a Saúde.

Quadro 18. Livre escolha dos médicos, demais profissionais e prestadores de saúde pelos usuários.

Atores	Posição defendida
Executivo	não se posicionou
Cons. Nac. de Saúde	a favor
Ministério Público	não se posicionou
PROCON	a favor
ONGs/usuário e consumidor	a favor, com restrição
Entidades médicas	a favor
Operadoras	
medicinas de grupo	contra
seguradoras	a favor, com opção de referenciamento.
autogestão	contra
unimed	contra

Quadro 19. Credenciamento dos médicos e demais profissionais de saúde pelas operadoras de planos de saúde.

Atores	Posição defendida
Executivo	a favor
Cons. Nac. de Saúde	a favor da contratação, não cita credenciamento
Ministério Público	não se posicionou
PROCON	a favor credenciar e livre escolha pelos usuários
ONGs/usuário e consumidor	livre escolha pelos usuários
Entidades médicas	contra
Operadoras	
medicinas de grupo	a favor
seguradoras	a favor, de listas referenciais
autogestão	a favor
unimed	a favor da fidelidade associativa à cooperativa

Quadro 20. Referenciamento dos médicos, demais profissionais de saúde pelas operadores de seguros de saúde.

Atores	Posição defendida
Executivo	a favor
Cons. Nac. de Saúde	a favor, com livre escolha dos profissionais
Ministério Público	não se posicionou
PROCON	não se posicionou
ONGs/usuário e consumidor	livre escolha dos profissionais pelos usuários
Entidades médicas	contra
Operadoras	
medicinas de grupo	contra
seguradoras	a favor, de listas referenciais
autogestão	não se posicionou
unimed	não se posicionou

Quadro 21. Proibição da "unimilitância" - vínculo exclusivo do médico à operadora.

Atores	Posição defendida
Executivo	a favor
Cons. Nac. de Saúde	não se posicionou
Ministério Público	não se posicionou
PROCON	não se posicionou
ONGs/usuário e consumidor	não se posicionou
Entidades médicas	não se posicionou
Operadoras	
medicinas de grupo	a favor
seguradoras	a favor
autogestão	a favor
unimed	a favor da fidelidade associativa à cooperativa

Quadro 22. Aceitação e reconhecimento da Lista de Procedimentos Médicos da AMB.

Atores	Posição defendida
Executivo	contra
Cons. Nac. de Saúde	não se posicionou
Ministério Público	não se posicionou
PROCON	não se posicionou
ONGs/usuário e consumidor	pagar remuneração digna
Entidades médicas	a favor
Operadoras	
medicinas de grupo	contra
seguradoras	contra
autogestão	contra
unimed	contra

Quadro 23. Fornecimento de dados epidemiológicos ao Ministério da Saúde.

Atores	Posição defendida
Executivo	a favor
Cons. Nac. de Saúde	a favor
Ministério Público	não se posicionou
PROCON	não se posicionou
ONGs/usuário e consumidor	a favor
Entidades médicas	a favor
Operadoras	
medicinas de grupo	a favor
seguradoras	a favor, sem ônus
autogestão	a favor
unimed	a favor

Quadro 24. Ressarcimento ao SUS, do atendimento feito à usuários dos PSS.

Atores	Posição defendida
Executivo	a favor
Cons. Nac. de Saúde	a favor
Ministério Público	não se posicionou
PROCON	não se posicionou
ONGs/usuário e consumidor	a favor
Entidades médicas	a favor
Operadoras	
medicinas de grupo	a favor
seguradoras	contra
autogestão	contra
unimed	contra, mas PL apoiado pela mesma era a favor

Quadro 25. Estímulos governamentais aos PSS, via dedução no Imposto de Renda.

Atores	Posição defendida
Executivo	a favor
Cons. Nac. de Saúde	não se posicionou
Ministério Público	não se posicionou
PROCON	não se posicionou
ONGs/usuário e consumidor	IDEC questionava
Entidades médicas	FENAM questionava
Operadoras	
medicinas de grupo	a favor
seguradoras	a favor
autogestão	a favor
unimed	a favor

Quadro 26. Estímulos governamentais aos PSS, via concessão de certificado de utilidade pública.

Atores	Posição defendida
Executivo	a favor
Cons. Nac. de Saúde	não se posicionou
Ministério Público	não se posicionou
PROCON	não se posicionou
ONGs/usuário e consumidor	IDEC era contrário
Entidades médicas	contra
Operadoras	
medicinas de grupo	contra
seguradoras	não se posicionou
autogestão	a favor
unimed	a favor

Quadro 27. Direito do trabalhador manter-se como beneficiário, em caso de demissão.

Atores	Posição defendida
Executivo	a favor
Cons. Nac. de Saúde	a favor
Ministério Público	não se posicionou
PROCON	não se posicionou
ONGs/usuário e consumidor	a favor
Entidades médicas	não se posicionou
Operadoras	
medicinas de grupo	contra
seguradoras	não se posicionou
autogestão	contra
unimed	não se posicionou

Quadro 28. Direito do trabalhador manter-se como beneficiário, em caso de aposentadoria.

Atores	Posição defendida
Executivo	a favor
Cons. Nac. de Saúde	a favor
Ministério Público	não se posicionou
PROCON	não se posicionou
ONGs/usuário e consumidor	não se posicionou
Entidades médicas	não se posicionou
Operadoras	
medicinas de grupo	Contra
seguradoras	não se posicionou
autogestão	Contra
unimed	não se posicionou

Entrevistas.

No segundo semestre de 2002, realizei entrevistas com representantes dos atores sociais que acompanharam todo o processo da regulamentação, como José Carlos Seixas, secretário executivo do Ministério da Saúde nas gestões de Adib Jatene, nos governos Collor e FHC; Mario Scheffer, representante do FÓRUM de patologias e portadores de deficiências no CNS e do grupo Pela Vidda, de luta pelos direitos dos portadores do vírus HIV/AIDS; Lynn Silver, coordenadora do escritório do IDEC em Brasília durante o processo da regulamentação; Josué Rios, assessor jurídico do IDEC durante a regulamentação; Regina Parizi, Presidente do Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo, Vice Presidente do Conselho Federal de Medicina à época da regulamentação e representante dos médicos na Câmara de Saúde Suplementar desde a sua criação; Dagoberto Stenmeyer Lima, assessor jurídico do sistema Associação Brasileira de Medicina de Grupo – ABRAMGE, Sindicato Nacional de Medicina de Grupo – SINAMGE; João Alceu Amoroso Lima, Diretor de Saúde da Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização – FENASEG; Roberto Cury, da ABRASPE; Walter Lyrio do Valle, do CIEFAS, e José Claudio de Oliveira, assessor jurídico da UNIMED do Brasil, que acompanharam todo o processo da regulamentação.

Estas entrevistas foram realizadas com representantes dos atores sociais para confrontação com os resultados obtidos nos quadros das diferentes categorias analíticas.

Entrevistei também Pedro Kassab, ex-presidente da AMB, para pesquisar o posicionamento do movimento médico quando dos primórdios do processo de regulamentação, à época da elaboração do decreto lei 73/66.

Entrevista com Dr. Dagoberto Steinmeyer Lima, assessor jurídico do sistema ABRAMGE e SINAMGE.

Histórico da regulamentação. O Dr. Dagoberto, meu conhecido há cerca de 15 anos, mostrou ser um dos entrevistados com maior grau de informação sobre a regulamentação dos PSS, o que também me pareceu ser resultado das atuações intensas do segmento que assessora no processo de articulação dos PSS.

Segundo ele, a primeira articulação para uma regulamentação ampla do setor ocorreu através de uma comissão interministerial envolvendo os Ministérios do Trabalho, Previdência e Saúde, no governo Sarney. Foi elaborado um anteprojeto de Decreto-Lei, que seria assinado pelo Presidente da República; porém, na mesma época houve a decisão da Assembléia Constituinte obrigando a apreciação pelo Congresso Nacional dos Decretos-Lei editados dois meses antes da promulgação da Constituição até dois meses após sua promulgação. Caso contrário perderiam sua validade. Com isto, o DL não foi editado.

Em 1991, novamente o segmento fez um Projeto de Lei, apresentado pelo Deputado Reinold Stephanes, propondo a criação do Conselho Nacional de Medicina de Grupo – CONAMGE, que foi derrubado na comissão de Trabalho.

Em 1992, no Governo Collor, quando o Ministro da Saúde era Adib Jatene, houve uma nova comissão, coordenada pelo Dr. José Carlos Seixas, que construiu um projeto de Lei, o qual, com a queda de Collor, não foi apresentado.

Também no governo Collor houve uma iniciativa das seguradoras em regulamentar o setor, exclusivamente de acordo com a lógica do seguro; porém, devido a pressão da MG e das UNIMEDs, não foi à frente.

Em 1993, o Deputado Genésio Bernardino apresentou um projeto de Lei referente a um Plano Básico de Assistência Médica – PBAM, que dispunha sobre dedução na contribuição previdenciária para empresas que oferecessem PSS para seus funcionários. Este projeto também foi barrado pela Comissão de Trabalho.

Em relação, à regulamentação, o entrevistado afirmou que a posição do setor era favorável, e que os seguros saúde deveriam seguir estritamente o DL 73/66, praticando tão somente o reembolso.

Quanto ao arcabouço legal sobre o qual as MGs se sustentavam, apontou dispositivos como o Artigo 1118 e seguintes do Código Civil, a Lei 3.268/57, do exercício profissional, Legislação e resoluções do Conselho Federal de Medicina e o Código de Defesa do Consumidor.

Quanto ao artigo 135 do DL 73/66, que dispunha sobre o pré-pagamento para entidades sem fins lucrativos, disse que nunca chegou a ser regulamentado por lobbie permanente do setor segurador. Citou inclusive que a GOLDEN CROSS e a INTERCLÍNICAS qualificaram-se como filantrópicas buscando beneficiar-se deste artigo.

Quanto ao ingresso do capital estrangeiro, informou que em 1996/7, durante um Congresso em Washington da FENASEG, o governo brasileiro convidou as maiores seguradoras do mundo a investirem no Brasil. Tanto que em 1997 entraram no mercado brasileiro a AETNA, em *joint venture* com a SUL AMÉRICA, a GENERALI do Brasil, em *joint venture* com o SUDAMERIS, a CIGNA, em *joint* com A EXCEL e depois com a GOLDEN e AMICO, o HSBC adquiriu a BAMERINDUS seguradora, a AIG fez *joint* com o UNIBANCO, a ITT HARTFORD adquiriu 25% da ICATU HARTFORD, a PRUDENTIAL fez *joint* com a BRADESCO (50% cada).

Disse que, em visita em 2002 à BLUE CROSS/BLUE SHIELD, maior plano de saúde do mundo, com 62 milhões de vidas, foi dito ao entrevistado que não estão investido no Brasil porque primeiro aguardam consolidação do ambiente regulatório e dos serviços dos planos, e também porque a AETNA e a CIGNA vieram para o Brasil e se deram mal.

A GOLDEN CROSS continua dirigida pelo grupo de Milton Afonso.

Atualmente, há três empresas com mais de um milhão de vidas: a Intermédica, que inclusive assumiu os planos de saúde antes operados pela AIG, a Sul América e o Bradesco. Com mais de 500 mil estão a AMIL e MEDIAL.

A carteira de saúde do Banco Itaú atualmente é administrada pela OMINT.

A Lei 10.185/01, que criou seguradoras especializadas em planos de saúde, implicou em isenção de imposto de renda para esta mudança, porque senão as empresas que eram seguradoras e se transformassem em operadoras de planos “teriam que oferecer à tributação os valores relativos às reservas feitas”.

Atualmente há 41 seguradoras autorizadas a operar planos de saúde; apesar do número relativamente alto, o Bradesco e a Sul América detêm 83% do mercado.

Em relação à Lista de Procedimentos Médicos, o entrevistado afirma não ser contra uma lista de procedimentos, mas sim à sua transformação em tabela, e às resoluções dos Conselhos de Medicina que usam este referencial como “preço vil”. O papel de negociar remuneração é dos Sindicatos e não das Associações. Sobre este assunto citou duas Leis, a 8.884/90, anti truste, e a 3.268/57, do exercício profissional.

Em relação à Filantropia, lembrou que o artigo 199, parágrafo 2º da Constituição Federal veda o caráter de filantropia para empresas lucrativas. Quanto à Câmara de Saúde Suplementar, disse que a proposta inicial foi da ABRAMGE, segundo a qual deveria ter caráter deliberativo, diferente do que veio a acontecer.

Quanto ao referenciamento, sua posição era contrária porque entendia que esta prática pelos seguros saúde os equipararia aos planos de saúde.

Quanto às carências, afirmou que as carências médias vigentes antes da regulamentação eram de 10 meses para parto e em média de 18 meses para os demais eventos.

Quanto aos estímulos governamentais para setor lucrativo, lembrou a proibição emanada do parágrafo 2º do artigo 199, da Constituição.

Entrevista com Dr. José Cláudio R. Oliveira, assessor jurídico da Unimed do Brasil.

O Dr. José Cláudio foi indicado pelo Dr. Celso Barros, presidente da Unimed do Brasil, para esta entrevista por ser quem assessorou a Unimed durante a tramitação da regulamentação dos PSS.

Apresentei as tabelas, que foram corrigidas por ele. Em relação à necessidade ou não de regulamentar os PSS, ele explicou que a Posição da Unimed era contrária, e que as empresas de medicina de grupo e as seguradoras eram favoráveis.

As UNIMEDs eram contra a regulamentação, pois entendiam que:

1. A relação entre usuário e operadora deveria observar o Código de Defesa do Consumidor.
2. A relação entre operadora e sócios seria regulada para as cooperativas, pela Lei 5.764/71, para as seguradoras através do Decreto Lei 73/66 e Lei das S/A e para as Medicinas de Grupo pelo Código Civil Brasileiro e Código Comercial.

Entrevista com Dr. Roberto Cury, Superintendente da Associação Brasileira das Autogestões em Saúde Patrocinadas pelas Empresas - ABRASPE.

A ABRASPE foi criada em Outubro de 1980. Durante o Plano COLLOR ocorreu sua divisão, pois as empresas públicas estavam legalmente proibidas de praticar reajustes. Então, criou-se um comitê de negociação; a idéia teve acolhida favorável, e o CIEFAS (Comitê de Integração das Entidades Fechadas de Assistência à Saúde) foi oficializado cinco anos após. Porém em Outubro de 2002 foi deliberado pelas Assembléias da ABRASPE e do CIEFAS sua unificação a partir do primeiro semestre de 2003, formando a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS.

As autogestões - AG foram criadas a partir da década de 1930, sendo que a SAMS, do Moinho Santista o foi em 1936. Não havia legislação específica sobre elas. No geral, eram fruto de negociação coletiva, através de acordo coletivo entre sindicato patronal e de trabalhadores, e eram administradas pelo setor de recursos humanos ou administrativo das empresas. Portanto, constituíam-se em um benefício.

Quanto a regulamentação dos PSS, a posição do governo em incluir as autogestões – AG, visava viabilizar a lei, pois, se estas ficassem fora, as empresas transformariam seus planos coletivos em AG, administradas pelas operadoras. Ao mesmo tempo, as seguradoras e empresas de medicina de grupo não queria que as AG ficassem fora.

Após a Lei 9656/98, as AG se classificam em patrocinadas e não patrocinadas. As patrocinadas deveriam, em tese, estar excluídas da regulamentação, pois qualquer empresa deveria saber aquilo que pode ou não fornecer ao seu empregado. A consequência da regulamentação foi que as empresas que não podem fornecer o plano de referência não fornecem nada.

Havia um pleito permanente das AG, que era mudar a terminologia da Lei de empresas que **operam** para **comercializam** (o destaque é nosso).

Quanto a assistência gerenciada, o entrevistado relatou a utilização de técnicas como o médico do ambulatório acompanhar a internação do paciente, e outras, visando o atendimento integral, o que compreende a promoção e atenção à saúde.

Era contra o ressarcimento ao SUS, pois a AG trabalha com pós-pagamento; portanto, não há como ressarcir algo pelo qual ela não recebeu.

Era contra os trabalhadores manterem-se como beneficiários em caso de demissão ou aposentadoria, pois as AG necessitariam transformar-se em operadoras, emitindo boletos e adotando outros procedimentos alheios a sua finalidade.

Entrevista com Dr. Walter Lyrio do Valle, diretor do Comitê de Integração das Entidades Fechadas de Assistência à Saúde - CIEFAS.

Em relação à subordinação ao MS/MF, afirmou que o CIEFAS era contrário à eram contrários à era regulamentação das autogestões. Porém, como isto não foi possível, foram favoráveis a subordinar o setor de saúde suplementar ao Ministério da Saúde.

Em relação a cobertura de todos os honorários médicos, na internação, e das consultas médicas, concordou com minha pesquisa de que o CIEFAS não se posicionou a respeito, divergindo do superintendente da ABRASPE, pois muitas empresas pequenas tinham restrição a vários procedimentos, embora a direção e as grandes empresas fossem favoráveis à cobertura integral.

Em relação à autonomia no exercício profissional dos médicos, defendiam que o médico das autogestões pudesse intervir junto ao médico assistente, para evitar abusos de ambos os lados, assim como a criação de protocolos.

Em relação à existência de câmara de saúde suplementar, eram favoráveis a participar de uma instância deliberativa, a exemplo do CONSU, porém, como não foi esta a posição acatada no congresso, apoiaram a câmara.

Quanto à questão aos demitidos e aposentados, as empresas tinham muitas dúvidas, principalmente quanto aos demitidos.

Entrevista com Dr. João Alceu Amoroso Lima, Diretor de Saúde, da Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização.

O entrevistado informou que atualmente existem 13 operadoras de seguro saúde no mercado, que são:

- Sul América – vende seguro individual;
- Bradesco – vende seguro individual;
- Brasil Saúde – vende só seguro coletivo;
- Porto Seguro – vende só seguro coletivo;
- Marítima – vende só seguro coletivo;
- HSBC – vende só seguro coletivo;
- Unibanco– vende só seguro coletivo;

- AGF Saúde - vende só seguro coletivo;
- Notredame– vende só seguro coletivo;
- Unimed seguradora – o seguro saúde é um complemento do plano de saúde, que é a atividade principal e não concorre com o plano. O público principal são os médicos cooperados da Unimed, executivos e diretores de empresas que adquirem planos coletivos e querem um produto diferenciado;
- Itaú seguradora de Saúde – é uma carteira residual, atualmente administrada pela Omint. Não vende novos seguros.
- Gralha Azul Saúde. Adquirida pelo Banco Itaú em 2001. Situação semelhante à da Itaú seguradora de Saúde e
- AMIL Seguradora – Carteira pequena para atender demanda específica das empresas de plano de saúde do grupo AMIL.

Quanto ao posicionamento das operadoras de seguro privado de saúde, em relação à regulamentação, manifestou a opinião de que o seguro saúde já era regulamentado pela SUSEP; a natureza distinta da operação de seguro saúde justificava a diferenciação e a manutenção da regulamentação da seguradora sob a SUSEP, e portanto a regulamentação da ANS deveria abranger apenas os planos de saúde.

Quanto a necessidade da regulamentação, afirma que o pêndulo da regulamentação saiu de total carência para forte interferência e controle. A regulamentação deve se restringir às regras básicas de solvência, autorização e coberturas básicas, deixando mais espaço para o mercado se acomodar e expandir. A prioridade deveria ser dada aos aspectos atuariais e de reserva de capital.

Quanto à entrada do capital estrangeiro, a FENASEG continua favorável, embora, dada a conjuntura atual do setor de saúde privada no Brasil, não acredite que novos investidores entrem no mercado.

Quanto a segmentação dos planos, afirma que só este mecanismo permitirá o desenho de planos acessíveis às camadas mais pobres da população. Na forma engessada em que a regulamentação se encontra, os planos tornaram-se caros e inacessíveis à maioria dos consumidores individuais.

Quanto à exclusão de cobertura às doenças e lesões pré-existentes, manifestou-se a favor, já que se trata de um conceito, risco certo, que fere os princípios técnicos do seguro. Quanto a atual forma, de 24 meses para exclusão, não vê grande problema desde que não haja obrigatoriedade de fornecimento de opções de agravo, e desde que as empresas seguradoras possam ajustar seus preços livremente.

Quanto à cobertura às emergências e urgências, é a favor, desde que bem definidos os parâmetros da cobertura, procurando-se evitar a má-fé e a cobertura de doenças pré existentes. O plano padrão da SUSEP, compreensivo, já o obrigava.

Quanto à cobertura de atendimento às epidemias, era a favor desde que bem definida e declarada pela autoridade competente, pois, numa situação dada, toda a solvência do sistema pode ficar comprometida.

Quanto a existência de limites de tempo de internação e tratamento, inclusive em UTI, manifestou-se, contrário alegando que há muitos anos, antes mesmo da nova lei da saúde, a maioria das seguradoras já havia eliminado tal restrição de suas condições gerais.

Quanto às carências, acham que o prazo padrão de seis meses é pouco.

Quanto a livre escolha dos médicos pelos usuários, é a favor, por tratar-se de uma característica do seguro. No entanto, os planos restritos, segmentados, podem estar associados a redes referenciadas.

Quanto ao ressarcimento dos atendimentos feitos pelo SUS, a FENASEG questiona a constitucionalidade de tal procedimento, e aguarda julgamento pelo Supremo Tribunal Federal da Ação Direta de Inconstitucionalidade sobre o assunto. Há várias seguradoras efetuando o ressarcimento ao SUS dentro das regras atuais.

Quanto ao fornecimento de dados epidemiológicos ao Ministério da Saúde, não fazem objeção, desde que não impliquem em aumento dos gastos operacionais. Não concorda com o ônus do agravo de tais dados, já que, muitas vezes os prestadores não disponibilizam tais informações dentro do nível de detalhamento desejado, inclusive por sigilo médico.

Defende que deveria haver mais incentivos fiscais às empresas como estímulo para que ofereçam planos de saúde aos seus funcionários.

Quanto a subordinação ao Conselho Nacional de Seguros Privados, afirma não fazer objeção à forma como o sistema está estruturado hoje.

Quanto à Câmara de Saúde Suplementar, apoiam e participam da mesma, embora reconheçam que tem sido pouco eficaz nas deliberações sobre o mercado.

Quanto à manutenção de trabalhador como beneficiário em caso de demissão ou aposentadoria, há dúvida ainda hoje sobre a forma como esta extensão deva ser operacionalizada.

Em relação à autonomia no exercício profissional dos médicos, diz que “saúde não tem preço mas tem custo”. Não se pode deixar que os médicos decidam livremente sobre os meios diagnósticos e terapêuticos, há um limite financeiro para tal autonomia.

Quanto ao *managed care*, diz ser um conceito bem mais amplo do que comumente se discute no Brasil. Todo o sistema privado já incorporou em suas rotinas várias de suas técnicas, tais como “pré-autorização, auditoria médica, co-participação”, etc.

Entrevista com Dra. Lynn Silver, coordenadora do escritório do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor-IDEC, em Brasília, durante a regulamentação dos PSS. Atualmente residindo na Suécia, sua entrevista foi respondida por carta, em 23/08/2002.

Quanto ao marco legal, havia consenso entre as entidades de defesa dos consumidores e a justiça que pelo menos as operadoras de medicina de grupo e de seguros eram sujeitas à legislação do código de defesa do consumidor.

Além da questão acima, havia dois pontos chave para a regulamentação, que eram a capacidade do governo em regular economicamente o setor em relação a aspectos como reajustes, faixas etárias, prêmios, e o fim de práticas contratuais abusivas, a exemplo do cancelamento unilateral do contrato.

Quanto ao ingresso do capital estrangeiro, não havia consenso; alguns achavam que poderia trazer mais eficiência e outros eram contrários à expansão da atividade lucrativa em geral na saúde.

Defendia subordinar o setor de saúde suplementar ao Ministério da Saúde.

Quanto a cobertura de todos os honorários médicos, na internação e das consultas médicas, era favorável à cobertura de todas as consultas necessárias e de pagamento digno aos médicos. Não defendia o pagamento indiscriminado de qualquer fatura de honorário médico.

Quanto à assistência gerenciada - *managed care*, era contrária à implantação de métodos restritivos pelos serviços, com finalidade de lucro.

Eram à favor da autonomia no exercício profissional dos médicos, desde que respeitada a boa técnica.

Eram à favor de um cadastro das operadoras, que seria um instrumento importante para o ressarcimento.

Eram contra a isenção tributária.

Apoiou a necessidade de espaço deliberativo de controle social do setor suplementar.

Apoiou o direito do trabalhador manter-se beneficiário, em caso de demissão.

Entrevista com Dra. Regina Ribeiro Parizi Carvalho, Presidente do Conselho Regional de Medicina de São Paulo.

A Dra. Regina contribuiu com uma entrevista escrita para o texto *Os Conselhos de Medicina: relação com o trabalho médico*, contido no capítulo IV. Além disso, acrescentou que, em relação à manutenção dos benefícios para os trabalhadores demitidos, entendia que foi proposta pelo executivo, devido ao grande número de desempregados, com conseqüente sobrecarga ao SUS. Quanto ao conceito de *Managed Care*, afirmou que este só foi explicitado como tal após a aprovação da Lei 9.656/98.

Entrevista com Mário Scheffer, representante do FÓRUM de patologias e portadores de deficiências no CNS e do grupo Pela Vidda- Valorização, Integração e Dignidade do Doente da AIDS.

A entrevista do Sr. Mário Sheffer, um dos principais militantes do movimento pelo direito à Saúde dos usuários na sociedade brasileira e no SUS, está contida no texto, *Os usuários – Fórum Nacional de Portadores de Patologias e Deficiências*, parte do capítulo V.

Entrevista com Josué Rios, assessor jurídico do IDEC durante a regulamentação

Josué Rios conta que as principais reclamações dos usuários eram referentes a preço, limite de duração da internação, limite a doenças pré existentes, aumento por faixas etárias, entre outras.

Isso, associado com a questão do trabalho médico, que segundo ele configura um **segundo SUS** (o destaque é nosso), deveria ser o foco da regulamentação, sendo desnecessário o emaranhado de legislação atualmente existente.

Entrevista com Pedro Kassab, presidente da AMB no final da década de 1960 e durante a década de 1970

Afirmou o Dr. Pedro que a AMB defendia a livre escolha dos médicos pelos usuários e o seguro social, e era contra mercantilização da medicina.

No Governo Costa e Silva através do Plano Leonel Miranda, tentou se colocar em prática os princípios defendidos pela entidade. Porém, com a morte do Presidente, o plano se inviabilizou.

Quanto ao Decreto Lei 73/66, a AMB desenvolveu intensa pressão, desde o momento que foi editado, em 1966, para que não fosse regulamentado, o que só veio a ocorrer em 1976. O intervalo abrange os governos dos Presidentes Militares Castelo Branco, Costa e Silva e Emílio G. Médici.

Entrevista com José Carlos Seixas, secretário executivo do Ministério da Saúde nas gestões do Ministro da Saúde Adib Jatene, nos governos Fernando Collor de Mello e FHC.

Afirmou que a motivação do Governo era que o setor governamental tivesse um papel regulamentador no setor suplementar, tanto em relação à qualificação, como em relação à natureza e as condições de trabalho.

Interessava ao setor público que houvesse regulamentação, pois as regras existentes do MF e MA eram insuficientes; e interessava ao setor suplementar uma regulamentação para resolver suas contradições internas.

Ele desconhecia que houvesse algum acordo específico do Brasil, no âmbito da OMC, relativo a PSS.



CAPÍTULO 7
A EVOLUÇÃO DA LEGISLAÇÃO

Houve sucessivos posicionamentos do movimento médico sobre as empresas de medicina de grupo, desde o seu aparecimento, em função de serem intermediadoras do trabalho médico e restringirem a autonomia profissional dos médicos. Já em 1966, quando foram editados os Decretos Lei 66/66 e 73/66, dispendo respectivamente sobre modificações da então Lei 3.807/60, lei orgânica da Previdência Social; e sobre Seguros, criando o Seguro Saúde e possibilitando a existência de empresas de “pré-pagamento”, a Associação Médica Brasileira – AMB - atuou junto à Presidência da República impedindo sua regulamentação, o que veio ocorrer em 1976. À época, já havia solicitações e pressões por parte do então secretário da AMB, Pedro Kassab, para que os Conselhos de Medicina disciplinassem a atuação dos PSS. No entanto, o primeiro ato normativo sobre a regulamentação dos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde pelos Conselhos de Medicina foi em 1987, com a resolução nº 19 do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro – CREMERJ -, que se aplicava aos médicos e empresas daquele Estado.

A regulamentação assumiu relevância na agenda política brasileira com a resolução 1401, do Conselho Federal de Medicina – CFM, em 1993, que proibia a exclusão de doenças, métodos diagnósticos e procedimentos terapêuticos e consagrava a livre escolha dos médicos pelos usuários.

A resolução teve validade jurídica curta, pois logo o judiciário concedeu liminar às empresas, por questionamento da Confederação das Santas Casas de Misericórdias, Hospitais e Entidades Filantrópicas, como relatou a então vice presidente do CFM Dra. Regina Ribeiro Parizi, em depoimento registrado à página 70. Entendeu-se que, embora a matéria realmente necessitasse de regulamentação, o fórum adequado não era o Conselho Federal de Medicina. De qualquer forma, a resolução ocupou grande espaço na sociedade e na mídia nacional.

Até então, o setor de Seguro Saúde era regulamentado pelo Decreto-lei nº 73 de 1966, embora seu artigo 135 dispusesse que “entidades organizadas sem objetivo de lucro, por profissionais médicos e paramédicos, ou por estabelecimentos hospitalares [...] podem operar sistemas de pré-pagamento de serviços médicos hospitalares”.

A UNIMED subordinava-se à Lei 5.764, de 1971, que trata da política cooperativa nacional e institui o regime jurídico das cooperativas; a lei aborda os aspectos jurídicos, a estrutura organizacional e as atividades econômicas das cooperativas.

Quanto à atuação das empresas de Medicina de Grupo e as chamadas Autogestões, o decreto lei 73/66 abria a possibilidade de planos de pré pagamento, o que não foi efetivado na prática devido à oposição do setor segurador e da AMB. A Lei 6.435/77 dispunha sobre a previdência privada complementar, fechada e aberta, porém não havia qualquer legislação específica sobre estas modalidades.

Na falta de lei específica, as questões envolvendo os PSS, em particular os Planos de Saúde e os Seguros Saúde, eram enquadradas na Lei 8.078/90, Código de Defesa do Consumidor - CDC, a partir do início de sua vigência, em 1991, de forma a garantir os direitos básicos dos consumidores; porém, as normas do Código não eram suficientes para dar conta da multiplicidade de questões existentes no cotidiano do setor. Chamo a atenção para o fato de que essa lei é da mesma época das leis que regulamentaram a Constituição de 1998, como a Lei 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e também conhecida como Lei Orgânica da Saúde ou do SUS.

Em função dos conflitos existentes no mercado de saúde suplementar e da conseqüente mobilização social, este assunto ganhou relevo na agenda do poder legislativo federal. 34 proposições legislativas, dispendo em especial sobre a questão da cobertura, foram apresentadas às duas casas do Congresso Nacional sobre essa matéria desde 1991, e durante oito anos, entre 1991 e 1998, ocorreu no Congresso Nacional a discussão e tramitação dos projetos de lei referentes à regulamentação dos PSS.

Relatório da Comissão de Seguridade Social e da Família da Câmara dos Deputados, de Dezembro de 1993, mostra que essa Comissão criou um grupo de trabalho sobre “Regulamentação dos Planos e Seguros Privados”, que elaborou entre Outubro e Novembro de 1993 uma proposta para sua regulamentação, composta de várias sugestões e dez anteprojetos de lei, cuja intenção era no sentido da ampliação da cobertura e da proteção aos consumidores; essas sugestões afinal não foram incorporadas pela Comissão.

(CFM ,1995) através de relatório de acompanhamento da regulamentação dos PSS, mostra que em 1994, o Ministro da Saúde, Henrique Santillo, elaborou uma proposta de Decreto com conteúdo similar à resolução 1401, o qual não foi assinado pelo então presidente da República, Itamar Franco.

Em função da importância, complexidade e amplitude do tema, a Presidência da Câmara dos Deputados, atendendo solicitação dos líderes partidários, criou, em 27 de Agosto de 1996, uma Comissão Especial destinada a apreciar e proferir parecer sobre os projetos de lei referentes aos Projetos de Lei que ali tramitavam, apensados ao Projeto de Lei do Senado 93, de 1993, do Senador Iram Saraiva, que na Câmara dos Deputados ganhou o n.º 4.425/94.

Só em 12 de Setembro de 1997, seis anos após o início da discussão, o poder executivo definiu uma posição sobre a regulamentação dos PSS e enviou ao Congresso o Projeto de Lei 3.617/97, que dispunha sobre os planos privados de assistência à saúde.

A realidade brasileira e a importância social dos PSS impuseram sua regulamentação.

Esta regulamentação culminou com a aprovação pelo Congresso Nacional do substitutivo ao Projeto de Lei n.º 93/93, do Senado Federal, promulgado como Lei 9.656 em 3 de Junho de 1998, e através da edição mensal de 44 sucessivas Medidas Provisórias entre 4 de Junho de 1998 e 24 de Agosto de 2001, estando em vigência atualmente a Lei atualizada pela MP 2.177-44/01. A seguir apresento as principais leis relacionadas com os PSS.

Lei 3.071, de 1º de Janeiro de 1.916. Dispõe sobre o Código Civil.

Em seus artigos 1.118 e seguintes trata dos contratos aleatórios, por dizer respeito a coisas futuras e à partir do artigo 1.122 trata das várias espécies de contratos. À partir de Janeiro de 2003, está em vigência o Novo Código Civil (Lei 10.406/02). As diversas empresas como Medicinas de Grupo e outras submetiam se a esses contratos.

Caixas de Pensões e Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAPs.

(BRAGA e PAULA, 1981) mostram que a Lei 4. 268 de 1923 [Lei Elói Chaves] criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões, que eram financiadas pela União, Empresas e Empregados e eram organizadas por empresas e além do benefício da aposentadoria , também proporcionava a assistência médica curativa e o fornecimento dos medicamentos. Em 1930 são criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões, que duram até 1967, apesar da tentativa de sua unificação em 1960, pela Lei Orgânica da Previdência Social. Estes são autarquias públicas e organizam se por categorias profissionais. Eles não são sucessores das caixas, cujas estruturas são inicialmente mantidas. Os IAPs procuram responder às reformas e alterações do aparelho do Estado, assim como a Legislação trabalhista elaborada na década de 1930 e reforçada no Estado Novo.

Lei 3.268, de 30 de Setembro de 1957. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências.

Art. 2º - O Conselho Federal de e os Conselhos Regionais Medicina são órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente.

O Código de Ética médica, resolução CFM n.º 1.246/88, tem entre seus princípios fundamentais:

Art. 9º - A medicina não pode, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, ser exercida como comércio

Art. 10 – O trabalho médico não pode ser explorado por terceiros com objetivo de lucro, finalidade política ou religiosa.

Decreto Lei 66, de 21 de Novembro de 1966.

O decreto-lei foi um instrumento de exceção usado pelo regime militar para editar leis em substituição ao Congresso Nacional.

No dia 21 de Novembro de 1966, o governo militar editou mais de 200 decretos leis (DL), entre os quais os de números 66 e 73, que eram complementares. O DL 66 modificou a Lei 3.807/60. Esta lei dispunha sobre a Lei Orgânica da Previdência Social, e seu capítulo XIII, tratava da assistência médica. Ela data da época em que a assistência médica aos trabalhadores era proporcionada inicialmente pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões; em função da crise destes institutos, o regime militar os unificou posteriormente no Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, passando a assistência médica aos trabalhadores a ser prestada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS. Com o advento da Constituição de 1998, o direito à saúde foi universalizado, sendo aprovada, em 1990, a Lei 8.080, que disciplina o Sistema Único de Saúde, após a qual foi extinto o INAMPS (Lei 8.689/93). Os artigos do DL 66/66 referentes a assistência médica estão reproduzidos à seguir. Destaco que o parágrafo 1º do artigo 45 possibilita o pagamento da assistência médica, através de **diária global** (o destaque é nosso), que inclui os honorários médicos, conceito que aparece também no parágrafo único do artigo 56, prática semelhante aos pacotes, que fazem parte do instrumental utilizado pelo *managed care* para redução de custos e aumento de lucros, adotado pelas operadoras de PSS. Outra ferramenta utilizada pelo *managed care* também previsto neste parágrafo é o pagamento *per capita*. Está previsto também no parágrafo 2º a subvenção a entidades **sem fins lucrativos** (o destaque é nosso), que são regulamentadas no DL 73/66; assim como a dedução dos gastos das empresas com a assistência de seus empregados, no ato do recolhimento de suas contribuições à previdência social, de acordo com o parágrafo único do artigo 56. O item III da nova redação dada ao artigo 56, possibilita a existência de convênio entre a previdência e as empresas, visando prestar assistência médica, constituindo-se no arcabouço legal do “plano empresa”, pelo qual havia um convênio entre previdência social, medicina de grupo e empresa compradora de serviço. Esse conceito é semelhante à competição administrada ou *managed competition*.

Art 12. O artigo 45 e seus parágrafos da Lei nº 3.807, passam a ter a seguinte redação:

"Art. 45. A assistência médica compreenderá a prestação de serviços de natureza clínica, cirúrgica, farmacêutica e odontológica aos beneficiários, em ambulatório, hospital, sanatório ou domicílio, com a amplitude que os recursos

financeiros e as condições locais permitirem e na conformidade do que estabelecerem esta lei e o seu regulamento. § 1º É permitido à previdência social, na prestação da assistência médica ambulatorial ou hospitalar aos beneficiários, contratar serviços de terceiros ou das próprias empresas, mediante pagamento de preços ou diárias globais, ou *per capita*, que cubram a totalidade do tratamento, nele incluídos os honorários dos profissionais. § 2º Para a prestação dos serviços de que trata este artigo, poderá a previdência social subvencionar instituições sem finalidade lucrativa, ainda que já auxiliadas por outras entidades públicas. § 3º Nos convênios com entidades beneficentes que atendem ao público em geral, a previdência social poderá colaborar para a complementação das respectivas instalações e equipamento, ou fornecer outros recursos materiais, para melhoria do padrão de atendimento dos beneficiários. § 4º Para fins de assistência médica, a locação de serviço entre profissionais e entidades privadas, que mantém contrato com a previdência social, não determina, entre esta e aqueles profissionais, qualquer vínculo empregatício ou funcional". [...]

Art 14. O artigo 56 da Lei nº 3.807, passa a ter a seguinte redação:

"Art. 56. Mediante convênio entre a previdência social e a empresa, poderá esta encarregar-se de: I - processar os pedidos de benefícios, preparando-os e instruindo-os de maneira que possam ser despachados; II - submeter os empregados segurados a exames médicos, inclusive complementares, encaminhando à previdência social os respectivos laudos, para a concessão dos benefícios que dependem de avaliação de incapacidade; III - prestar aos segurados a seu serviço e respectivos dependentes, diretamente, ou por intermédio de estabelecimentos e profissionais contratados, desde que obedecidos os padrões fixados para a previdência social, a assistência médica por esta concedida nos termos do art. 45; IV - efetuar pagamentos de benefícios e prestar outros quaisquer serviços à previdência social; Parágrafo único. O reembolso dos gastos correspondentes aos serviços previstos nos itens II e III deste artigo poderá ser ajustado por um valor global, conforme o número de empregados segurados de cada empresa, dedutível, no ato do recolhimento das contribuições, juntamente com as importâncias correspondentes aos pagamentos de benefícios, ou de outras despesas efetuadas nos termos dos convênios firmados".

Decreto Lei n.º 73, de 21 de Novembro de 1966.

O decreto-lei 73/66 dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, regula as operações de seguros e resseguros e dá outras providências. A seção I do Capítulo XI, que trata das Disposições Gerais e Transitórias, dispõe sobre o Seguro Saúde; a seguir reproduzo alguns artigos.

Artigo 129. Fica instituído o seguro Saúde para dar cobertura aos riscos de assistência médica e hospitalar.

Art. 130. A garantia do seguro Saúde consistirá no **pagamento em dinheiro** (o destaque é nosso), efetuado pela Sociedade seguradora, à pessoa física ou jurídica prestante da assistência médico hospitalar ao segurado. [...] **A livre escolha do médico e do hospital é condição obrigatória** (o destaque é nosso)” diz seu parágrafo segundo.

Art. 133. É vedado às Sociedades Seguradoras acumular assistência financeira com assistência médico hospitalar. [...]

Art. 135. As entidades organizadas sem objetivo de lucro, por profissionais médicos e paramédicos ou por estabelecimentos hospitalares, visando a institucionalizar suas atividades para a prática da **medicina social** (o destaque é nosso) e para melhoria das condições técnicas e econômicas dos serviços assistenciais, isoladamente ou em regime de associação, poderão operar sistemas próprios de pré-pagamento de serviços médicos e/ou hospitalares, sujeitas ao que dispuser a regulamentação desta lei, às resoluções do CNSP e a fiscalização dos órgãos competentes.”

Embora tenha sido instituído em 1966, o seguro Saúde só foi implantado em 1977, quando a modalidade foi normalizada através da resolução n.º 11-76, do Conselho Nacional de Seguros Privados.

Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971.

A Unimed, cooperativa de trabalho médico, que comercializa Planos de Saúde, desde o seu início está subordinada a esta legislação.

Esta lei define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas e dá outras providências, e revogou o Decreto-lei 59, de 21 de Novembro de 1966, e o Decreto 60597, de 19 de abril de 1967.

Seu artigo 92 submete todas as cooperativas, exceto as de crédito e de habitação, à fiscalização e controle do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária - INCRA.

Seu artigo 95 dispõe que a orientação geral da política cooperativista nacional caberá ao Conselho Nacional de Cooperativismo - CNC, sob a presidência do **Ministro da Agricultura** (o destaque é nosso).

A Constituição de 1988 e o direito à Saúde.

O Art. 6º da Carta Magna consagra “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho [...]”

O Título VIII, Capítulo II, da Seguridade Social, reza:

Art. 194 – A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Os artigos 196 a 200 referem-se à Saúde:

Art. 196 – A saúde é direito de todos e dever do Estado[...]

Art. 197 – São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. [...]

Art.199 – A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. [...]

Parágrafo 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

Parágrafo 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, **salvo nos casos previstos em Lei.**(o destaque é nosso)

A inscrição do direito universal à saúde na constituição de 1988, como um dos direitos sociais dos cidadãos, foi o resultado de mais de duas décadas de lutas do movimento social, em particular dos movimentos de usuários do sistema de saúde, dos trabalhadores e profissionais, do movimento sindical, articulados com pensadores progressistas da academia brasileira. A regulamentação deste direito e dos artigos da Constituição relacionados a ele deu-se através das Leis 8.080 e 8.142 de 1990, que tratam da organização e controle do SUS.

- Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1.990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes
- Lei n.º 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

Leis da Previdência.

Até 1998, a Assistência Médica aos trabalhadores do mercado formal de trabalho era prestada pela previdência social, de acordo com a Lei 3.807, de 26 de Agosto de 1960, que dispunha sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. Na Constituição, universalizou-se o direito à saúde e as leis que regulamentaram a previdência tratam de aposentadorias, benefícios e extinção do INAMPS. É importante assinalar que antes da aprovação da Constituição já estavam em andamento as Ações Integradas de Saúde, que buscavam universalizar a assistência a saúde através da integração entre Previdência, Estados e Municípios.

- Leis 8.212 e 8.213 de 24 de Julho de 1991, que dispõem respectivamente sobre os planos de contribuição e benefícios da Previdência Social.
- Lei n.º 8.689, de 27 de Julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

Leis da Previdência complementar .

Parte das Autogestões de saúde organizavam-se legalmente à partir da Lei 6.435/77, que foi substituída pela Lei Complementar 109/2001.

- A Lei Complementar n. 109, de 29 de Maio de 2001, dispõe sobre o Regime de Previdência Complementar. Ela revogou a Lei n.º 6.435, de 15 de Julho de 1977, que dispunha sobre as entidades de previdência privada.

Leis dos Resseguros

Como parte do processo de reformas liberais, e atendendo pleito da FENASEG, como mostrei no capítulo II, a Lei n. 9.932, de 20 de Dezembro de 1999, que dispõe sobre a transferência de atribuições da IRB–Brasil Resseguros S.A. para a Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, transferiu as funções regulatórias e de fiscalização atribuídas à IRB-Brasil, para a SUSEP e criou condições legais para preparar o processo de privatização do IRB- Brasil.

Leis sobre Direitos do Consumidor e da concorrência.

O inciso XXXII do Art. 5º da Constituição estabelece que “o Estado promoverá, na forma da lei, a defesa do consumidor”. A Lei 8.078, de 11 de Setembro de 1990, “dispõe sobre os direitos do consumidor”, regulamentando a constituição.

Leis referentes a esfera da concorrência entre os agentes econômicos, que interferem com os consumidores e com as relações contratuais e de prestação de serviço:

- A Lei n.º 8.137, de 27 de Dezembro de 1990, define os crimes contra a ordem tributária, econômica e contra as relações de consumo
- A Lei n.º 8.884, de 11 de Junho de 1994, transforma o Conselho Administrativo de Defesa Econômica(CADE) em Autarquia; e dispõe sobre a prevenção e a repressão às infrações contra a ordem econômica.

A legislação que regulamenta os PSS.

O processo de luta pela regulamentação dos PSS culminou com a aprovação pelo Congresso Nacional do substitutivo ao Projeto de Lei n.º 93/93, do Senado Federal, promulgado como Lei 9.656 em 3 de Junho de 1998, e através da edição mensal de 44 sucessivas Medidas Provisórias entre 4 de Junho de 1998 e 24 de Agosto de 2001, estando em vigência atualmente a Lei atualizada pela MP 2.177-44/01.

A Lei n. 9.656, de 3 de Junho de 1998, dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e é a essência do meu trabalho e da avaliação desta dissertação.

(MONTONE, J.,2000) divide o período pós regulamentação em três etapas. A primeira caracterizada pela edição da Medida Provisória n.º 1.665, em 4 de Junho de 1.998, que modificou a Lei 9.656/98 um dia após sua promulgação. Como ele mesmo afirma,

O projeto aprovado na Câmara dos Deputados em 1997 foi objeto de intenso debate no Senado Federal, e as modificações introduzidas pelo executivo e pelos senadores foram uma resposta às reivindicações da sociedade, representada pelas diversas entidades que participaram da discussão. Essas alterações foram efetivadas pela MP 1.665, previamente negociada, como opção política do Congresso e do Governo¹.

A MP criou o Conselho Nacional de Saúde Suplementar, órgão vinculado à estrutura do Ministério da Saúde, presidido pelo ministro²; os aspectos de assistência à saúde passaram para a alçada do MS, ficando os aspectos econômicos e financeiros e de solvência no MF. A vinculação da regulação dos PSS ao Ministério da Saúde era uma das principais reivindicações da maioria dos atores sociais. O principal retrocesso à partir da MP 1.665, de 4 de Junho de 1998, foi prorrogar o prazo para a adaptação dos contratos antigos de 3 meses (Art. 35, da Lei 9.656) para 15 meses; sendo que a atual MP 2.177-44/01 não fixa qualquer prazo para adaptação dos contratos. A Câmara de Saúde Suplementar também foi transferida do Conselho Nacional de Seguros Privados- CNSP, para o CONSU. Portanto, nesta fase, em 1999 havia uma dupla regulação dos MS e MF. Entre 1999 e 2000 ocorre a unificação da regulação no MS, em duas etapas, que constituem a segunda e a terceira etapas denominadas por (MONTONE, J., 2000).

Na Segunda etapa,

introduziu-se o conceito legal de Plano Privado de Assistência à Saúde para enfrentar a discussão de inconstitucionalidade da inclusão das seguradoras no universo da regulação. Submetido a legislação específica, o setor de seguros

¹ Em nenhum momento o Congresso Nacional divulgou acordo como o relatado por (MONTONE, J. , 2002). Sem dúvida alguma, houve intensa pressão da sociedade sobre o Senado contra este projeto e pela sua rejeição.

² Atualmente o CONSU é presidido pelo Ministro da Justiça (Dec. 4.004, de 6.12.2001).

questionava a legalidade de tal inclusão na esfera de abrangência da regulação. Optou-se por definir a abrangência pelo tipo de produto e não pela característica das empresas ou entidades que o oferecem.

Este processo culminou na aprovação da Lei n. 10.185, em 14 de Fevereiro de 2001, que dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde.

A terceira etapa do processo foi a criação da ANS através da Lei n. 9.961, de 29 de Janeiro de 2000. O processo desta criação foi o desaguadouro de “mudanças iniciadas em Setembro de 1999, durante a Segunda etapa, e que definiram o MS, através do CONSU e da estrutura do MS, como único responsável pelos dois níveis da regulação do setor: o econômico-financeiro e o de assistência à saúde”.

Abaixo está o quadro que sistematiza os marcos legais da regulamentação dos PSS.

Quadro 29. Marcos legais da regulamentação dos Planos de Saúde.

Nº da Lei	Data de publicação no Diário Oficial da República Fed. do Brasil	Ementa
9.656	04.06.1998 Foi atualizada pela MPV 2.177-44/2001	Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde
9.961	29.01.2000	Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar e dá outras providências
10.185	14.02.2001	Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências

A medida provisória n.º 2.177-44 de 24 de Agosto de 2001, ainda não foi apreciada pelo Congresso Nacional.

Existem também 23 resoluções CONSU e aproximadamente 100 resoluções de Diretoria Colegiada – RDC, da ANS; além das várias portarias, sobre a regulação dos PSS.



CAPÍTULO 8
DISCUSSÃO

Os resultados estão expressos nos quadros de 1 a 28, nas entrevistas, em que são analisados estes quadros, e nos sucessivos posicionamentos dos atores no seio do processo da regulamentação.

A posição defendida pelos atores está contida nos 28 quadros, nos quais são estudadas as categorias de análise escolhidas, que envolvem os principais questões abordadas pela sociedade, em particular pelos usuários/consumidores de PSS e pelos profissionais e prestadores de serviços, no processo de regulamentação dos PSS. As entrevistas enriquecem, esclarecem e ilustram o posicionamento dos atores registrados nos quadros.

As categorias de análise podem ser agrupadas em cinco grandes blocos de questões relacionadas à regulamentação do setor de saúde suplementar através de uma legislação específica; a abrangência da cobertura dos PSS e exclusões de doenças e procedimentos; ao exercício profissional e à organização do trabalho médico; a relação entre o setor público e o privado e a possibilidade de o segurado continuar como beneficiário em caso de desemprego ou aposentadoria.

Os quadros mostram que, embora todos os atores defendessem a regulamentação dos PSS, havia divergências quanto a englobar todas as operadoras, assim como quanto ao ingresso do capital estrangeiro, à subordinação do setor ao Ministério da Saúde - MS ou da Fazenda - MF e ao Conselho Nacional de Seguros Privados, à criação de Agência para regular o setor supletivo e ao caráter da Câmara de Saúde Suplementar, se consultiva ou deliberativa.

Por exemplo, quanto à regulamentação as Operadoras de Medicina de Grupo eram favoráveis, devendo-se regulamentar os PSS conjuntamente, enquanto que as seguradoras eram a favor de regulamentar separadamente. Ambas eram favoráveis à entrada do capital estrangeiro. A maioria dos atores foi a favor de regulamentar os PSS em conjunto, exceto a UNIMED, as seguradoras e as autogestões, que queriam tratamento individualizado; a UNIMED e as autogestões queriam ser excluídas da regulamentação e as seguradoras queriam separar a regulamentação dos planos da do seguro, que já era regulamentado pelo DL 73/66. Meus estudos permitem concluir que a Medicina de Grupo

era favorável porque entendia que, com a regulamentação, o setor seria moralizado, uma vez que a ABRAMGE representava principalmente os grandes grupos médicos e tinha pouco controle sobre as pequenas empresas.

Quanto às seguradoras, eram a favor pois achavam que sofriam concorrência desleal, uma vez que já eram reguladas pelo DL 73-66. Para melhor compreensão desta questão verificar as entrevistas dos representantes das operadoras e dos usuários.

Quanto ao órgão regulador, os únicos a defender a subordinação ao Ministério da Fazenda foram as seguradoras, órgão ao qual já eram vinculadas. O poder executivo teve uma posição semelhante a esses atores. A UNIMED teve uma posição semelhante aos consumidores/usuários, que se colocaram contra o ingresso do capital estrangeiro. Defendia que os planos ficassem vinculados ao MS e os seguros ao MF. Os PROCONs e usuários eram a favor de regulamentar, e a vinculação poderia ser a ambos os ministérios. Quanto à Agência, quem a defendeu foi principalmente as Empresas de Medicina de Grupo e as UNIMEDs, com os demais atores não se posicionando. Quanto à Câmara de saúde suplementar, houve concordância dos usuários/consumidores, entidades médicas e empresas de medicina de grupo, de que fosse deliberativa. Os demais atores, exceto o poder Executivo, não se posicionaram.

Neste grupo de questões, relacionadas à Política Econômica do Governo, em geral houve concordância entre as posições do poder executivo e das empresas operadoras de PSS, com os médicos sendo contrários e os usuários às vezes colocando-se contra.

Quanto as questões relativas a cobertura e exclusões de doenças e problemas relacionados à saúde dos usuários/consumidores de PSS, assim como aos métodos diagnósticos e de tratamento para os mesmos, estas organizaram-se em torno da cobertura do plano referencial e da possibilidade de sua segmentação com cobertura restrita à área ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetrícia e odontológica, havendo divergências quanto a esta segmentação, assim como quanto a cobertura de serviços de apoio diagnóstico e tratamento, exclusão de doenças pré-existentes, cobertura a emergência e urgência, cobertura às epidemias, limitação de tempo de internação em Unidade de Terapia Intensiva, carência para partos e demais casos e cobertura dos honorários médicos. Todos os atores foram favoráveis ao plano referência.

No geral, a posição das entidades médicas coincidiu com a dos usuários/consumidores e com a dos PROCONs e do Ministério Público. A posição do governo em alguns aspectos também foi neste sentido. Quanto a segmentação, limitação de tempo de internação e carências, a posição do Executivo coincidiu com a maioria das Operadoras de PSS, com divergências pontuais de algumas delas. Quanto à exclusão de cobertura às epidemias, o Executivo foi à favor, coincidindo com algumas operadoras.

Quanto ao exercício profissional e a organização do trabalho médico, a principal questão refere-se à autonomia profissional dos médicos e demais profissionais de saúde, frente às operadoras de PSS, materializada na livre escolha dos médicos pelos usuários, no credenciamento e referenciamento dos profissionais pelas operadoras de PSS, na escolha dos meios diagnósticos e terapêuticos, e na aceitação e remuneração pela Lista de Procedimentos Médicos – LPM, da Associação Médica Brasileira – AMB. Outra questão importante era a proibição da “unimilitância”, caracterizada pela exigência de vínculo exclusivo do profissional a uma única operadora, atribuído às cooperativas médicas, embora a UNIMED rejeite este conceito, defendendo a “fidelidade associativa à cooperativa”, significando que o médico não pode associar-se a outro plano de saúde, embora possa atender pacientes como particulares, o que possibilita o reembolso do valor gasto, no todo ou em parte, dependendo da tabela de remuneração praticada pelo PSS.

Nesse grupo de questões se acentuou a divergência entre os médicos e as operadoras, em particular em relação ao credenciamento/referenciamento e a autonomia para escolha dos meios diagnósticos e terapêuticos, e aos valores e forma de remuneração. Os usuários/consumidores no geral aliaram-se aos médicos, e o governo aos empresários.

Quanto à relação entre o setor público e o privado, esta traduz-se no fornecimento dos dados epidemiológicos ao Ministério da Saúde, no estímulo governamental aos PSS e no ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS - do atendimento feito pelo mesmo a pessoas usuárias de PSS.

Quanto ao fornecimento dos dados epidemiológicos, todos os atores que se posicionaram foram favoráveis. Em relação ao estímulo fiscal do Estado aos PSS, o governo e os empresários das operadoras eram favoráveis, e os médicos e

usuários/consumidores eram contra os certificados de filantropia e questionavam a dedução no Imposto de Renda. Quanto ao ressarcimento, a maioria das operadoras eram contrários, exceto as Empresas de medicina de grupo.

Por último, os quadros 27 e 28 analisam a possibilidade do trabalhador continuar como beneficiário em caso de demissão ou aposentadoria, sendo que as operadoras que se posicionaram foram contrárias. O Executivo foi quem patrocinou esta questão, e os projetos de lei no Senado foram do Senador José Serra, depois Ministro da Saúde. Os usuários foram favoráveis à continuidade em caso de demissão, e não se posicionaram em caso de aposentadoria; médicos, PROCONs e Ministério Público não se posicionaram neste tema.

Os quadros retratam a tramitação do PL do Senado N.º 4.425 – D/94 (PL 93/93, no Senado), contendo 23 PLs apensados na Câmara dos Deputados, onde houve uma discussão intensa durante cinco anos, embora o primeiro projeto de lei apresentado na Câmara dos Deputados fosse de 1991. O substitutivo aprovado pela Câmara ao PL 4.425/94, relatado pelo Deputado Pinheiro Landim, foi amplamente favorável às propostas das operadoras. O movimento dos usuários e consumidores, associados com as entidades médicas e com a UNIMED, fizeram forte pressão social, através da mídia e diretamente no próprio Senado. Isso, associado com a fato de ser nomeado Ministro da Saúde o Senador José Serra, com o projeto de ser posteriormente candidato à Presidência da República, fez com que ao final de aproximadamente seis meses de discussão no Senado fosse aprovada a Lei 9.656/98, e no dia seguinte fosse editada uma Medida Provisória, de N.º 1.665/98, que incorporou várias das questões defendidas pelos usuários/consumidores, médicos, PROCONs e Ministério Público, e algumas defendidas por algumas operadoras como UNIMED e Empresas de Medicina de Grupo, como a subordinação ao Ministério da Saúde e a criação do Conselho Nacional de Saúde Suplementar – CONSU. Os quadro seguinte compararam a Lei 9.656/98 com a última MP, editada em Agosto de 2001.

Quadro 30. Comparativo entre a Lei 9656/98 e a MP 2177-44/01

Categoria	Lei 9656/98	M.P. 2177-44/01
Necessidade de regulamentação dos PSS.	Sim	sim
Regulamentar só planos, planos e seguros separadamente ou em conjunto.	planos e seguros	planos e seguros
Ingresso de capital estrangeiro no mercado de PSS.	sim	sim
Subordinar o setor de saúde suplementar ao ministério da Saúde, da Fazenda ou a ambos.	MF	MS
Subordinar o setor de saúde suplementar ao CNSP ou ao CONSU	CNSP	CONSU
Criar agência para regulamentar o setor de saúde suplementar, vinculada ao MS.	não	sim
Existência de Câmara de Saúde Suplementar Consultiva ou Deliberativa	consultiva	consultiva
Instituir plano referência	sim	sim
Segmentação em relação ao plano referência	sim: ambulatorial, hospitalar, com e sem obstetrícia e odontológico	sim: ambulatorial, hospitalar, com e sem obstetrícia e odontológico
Cobertura de serviços de apoio diagnóstico e tratamento.	de acordo com a segmentação	de acordo com a segmentação
Exclusão de cobertura às doenças e lesões pré existentes.	até 24 meses da vigência do contrato ou agravamento	até 24 meses da vigência do contrato ou agravamento
Cobertura às urgências e emergências	de acordo com as definições da lei	de acordo com as definições da lei
Categoria	Lei 9656/98	M.P. 2177-44/01
Exclusão de cobertura às epidemias	não	não
Limite de tempo de internação e/ou tratamento, inclusive em UTL	não	não
Carência para partos e demais casos.	sim	sim
Cobertura de todos os honorários médicos na internação e das consultas médicas.	sim	sim

Assistência gerenciada – <i>managed care</i>	não	não
Livre escolha dos médicos e demais profissionais de saúde pelos usuários.	sim para seguros e não para planos	sim
Credenciamento dos médicos e demais profissionais de saúde pelas operadoras.	sim	sim
Referenciamento dos médicos e demais profissionais de saúde pelas operadoras.	sim	sim
Autonomia no exercício profissional dos médicos, quanto à escolha dos meios diagnósticos e terapêuticos.	de acordo com a segmentação	de acordo com a segmentação
Proibição da "unimilitância" – exigência de vínculo exclusivo do médico à operadora.	sim	sim
Aceitação e reconhecimento da lista de procedimentos médicos da AMB.	não	não
Fornecimento de dados epidemiológicos ao MS	de informações e estatísticas	de informações e estatísticas
Ressarcimento ao SUS do atendimento prestado a seus usuários.	sim	sim
Categoria	Lei 9656/98	M.P. 2177-44/01
Estímulos governamentais ao PSS, via dedução no Imposto de Renda.	não trata do tema	não trata do tema
Estímulos governamentais ao PSS, via concessão de certificado de utilidade pública.	mantido	mantido
Direito do trabalhador manter se como beneficiário em caso de demissão	sim	sim
Direito do trabalhador manter se como beneficiário em caso de aposentadoria	sim	sim



CAPÍTULO 9
CONCLUSÃO

As operadoras dos PSS, em particular as Empresas de medicina de grupo, sempre se colocaram como uma alternativa mais eficaz de assistência médica à população, porém a regulamentação dos PSS vigente há mais de 4 anos mostra que a saúde suplementar gasta pelo menos três vezes a mais que o setor público, e não é uma alternativa para assegurar o direito à saúde ao conjunto da população. Isto ficou muito evidente durante a epidemia da Dengue, em particular durante o ano de 2002, quando as operadoras de PSS reivindicaram do governo estímulos para cobrir os seus beneficiários acometidos pela Dengue.(ALMEIDA, 2002) explicita esta posição em editoriais e entrevistas à imprensa. Por outro lado, a Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios – PNAD, do IBGE, de 1998, mostrou que:

- Dos 20,5 milhões de pessoas que procuraram os serviços de saúde nos quinze dias que antecederam a pesquisa, 49,3% utilizaram o SUS e 35,8% os PSS
- 96% das pessoas que não procuraram serviço de saúde não o fizeram porque não sentiram necessidade.
- Cinco milhões de pessoas (equivalente a 25% dos que buscaram atendimento) necessitaram mas não procuraram um serviço de saúde, por falta de recursos financeiros.

Pesquisa de Condições de Vida da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – PCV/SEADE, realizada no Estado de São Paulo, entre 1994 e 1998, mostrou que:

- 44,2% da população paulista possuía planos de saúde;
- 27,3% da população procurou serviços de saúde nos últimos 30 dias, sendo que 51,9 % foi atendida na seguridade social e 38,6 % no setor suplementar e
- 38,6 % das pessoas atendidas no setor público foram atendidas no setor de emergência, e 48,5 % com consultas marcadas antecipadamente.

Estes dados atestam a magnitude do atendimento suplementar e público; mesmo em São Paulo, onde existe o maior número de beneficiários de PSS, a procura pelo SUS foi até maior que a média nacional, embora sejam pesquisas diferentes.

(BARROCA, J. L., 2002) mostra que no Estado de São Paulo 40,65% da população é beneficiária de PSS registrados na ANS até Abril de 2002, enquanto no Distrito Federal esta porcentagem é 30,9% e no Rio de Janeiro de 29%. Nos Estados do Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina, a porcentagem oscila entre 20,6% e 15,4%. No Rio Grande do Sul, Pernambuco, Ceará, Amazonas, Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Norte e Goiás oscila entre 11,6 e 8,1%. Nos 13 demais estados é menor que 8%, e em seis deles é igual ou menor que 4%. A média no Brasil é de 19,3%. Mostra também que 78.6% das operadoras de PSS com registro provisório localizam-se nas regiões Sudeste (60,80%) e Sul (17,26%).

Também chama atenção na PNAD, que um quarto das pessoas que sentiram necessidade de procurar o serviço de saúde não o fizeram por falta de dinheiro, o que faz supor que não poderiam adquirir um plano de saúde privado, a não ser que fosse subvencionado pelo governo.. A PNAD também mostrou que dos aproximadamente 7% das pessoas atendidas no SUS eram beneficiários dos PSS

Por outro lado a própria segmentação em planos ambulatoriais, hospitalares com e sem obstetrícia e odontológico demonstra que o setor suplementar tem como objetivo a solvência de suas carteiras, e não assegurar o direito à saúde ao conjunto de seus usuários/consumidores, pois um plano ambulatorial ou odontológico não proporcionará cobertura completa à saúde de seu comprador, devendo os demais atendimentos de prevenção, cura e reabilitação ser feitos pelo setor público. Esta segmentação e a falta de habilitação da rede credenciada pelas operadoras dos PSS faz com que as áreas de Emergência e de Alto Custo, as mais caras, sejam atendidas pelo poder público, o que é atestado pelo alto número do atendimentos do SUS em São Paulo, na área de emergência, e pelo gasto de aproximadamente 40% dos recursos do SUS na área hospitalar e ambulatorial com a Alta Complexidade. (ALMEIDA, 1998) cita dados de Chollet e Lewis de 1997, complementados por HIAA de 1996 sobre a experiência americana, e mostra que, embora os Estados Unidos da América tivessem o maior gasto em saúde, em nível mundial, de

US\$ 3.510,00 *per capita*/ano em 1994, e um sistema de saúde com cerca de 58% de responsabilidade do setor privado e 27% de responsabilidade do setor público, 40 milhões de pessoas, aproximadamente 15% da população, principalmente pessoas que trabalham em pequenas empresas, desempregados ou com baixa renda (ainda que superior aos limites do programa de MEDICAID) não tinham cobertura de qualquer sistema de saúde. (BARROCA, J. L., 2002) mostra que até o momento, os dados de cobertura populacional do setor suplementar registrados na ANS, em Abril de 2002, são de 32.7 milhões, revelando se inferiores à estimativa de 40 a 44 milhões anunciados no período pré regulamentação. Do total de 32.7 milhões, 2.55 milhões são relativos a planos odontológicos, que não faziam parte dos dados mencionados no período pré regulamentação. Dados da ANS de junho de 2001 mostravam 29 milhões de beneficiários, porém não foram discriminados os planos odontológicos; não há certeza se estão incluídos. Pode haver operadoras que não registraram os planos junto à Agência, porém a PNAD – IBGE de 1998 mostrou que 38,7 milhões de pessoas estavam cobertas por planos de saúde privados (29 milhões) e de instituto ou instituição patronal de assistência ao servidor público civil ou militar (9,7 milhões).

Outro aspecto é o aumento por faixas etárias, fazendo com que pessoas idosas não ingressem nos planos, assim como outras os abandonem por falta de condições de pagamento. A PNAD citada mostrou que o coeficiente de internação foi de 14.8 pessoas por 100 pessoas acima de 65 anos, enquanto no grupo de 5 a 19 anos foi de 3.7 por 100 pessoas. As pessoas portadoras de patologias e com deficiências não têm acesso aos PSS, devido às exclusões. Portanto, o modelo baseado na compra privada dos serviços de saúde destina-se a realizar uma cobertura assistencial proporcional ao tipo de produto, isto é, PSS, adquirido, por exemplo, no caso do parto, para uma gravidez planejada e sem complicações, pois, se a gestante apresentar uma complicação durante o período de carência, não será atendida.

Quanto a integralidade, a própria segmentação consagrada no texto legal, assim como a exclusão às doenças pré existentes, as carências de 270 dias para partos e de 180 dias para os demais eventos, as restrições aos procedimentos de alta complexidade, as características da rede, que não é qualificada para atender às emergências, a pequena

cobertura na área de odontologia, a exclusão de outras áreas da saúde como psicologia mostram que o modelo de atendimento não destina-se a atender o conjunto das doenças e problemas relacionados com a saúde.

Na verdade, o serviço está voltado para pessoas saudáveis e que adoecem pouco.

(ALMEIDA,1998) analisa as dificuldades técnicas e o custo para se tentar corrigir as falhas do mercado em saúde:

Com base nas experiências internacionais, pode-se afirmar que, de maneira geral, é difícil, inclusive do ponto de vista técnico, e bastante caro, em termos de financiamento, custo e gasto, corrigir as falhas do mercado em saúde, sobretudo nos seguros privados. Segundo dados de Hsiao(1995, p.138), usar o mercado privado de seguros em saúde para alcançar maior eficiência requer medir as perdas da ineficiência do financiamento público em relação aos custos adicionais de transação no mercado de seguros privados. Assim, no mercado desregulado do *managed care* das Filipinas, esses custos mais os lucros totalizam 45% das receitas dos prêmios; no Chile, um mercado regulado, os custos de transação respondem por mais de 30% da receita dos prêmios; e nos EUA, onde os preços médicos são muito altos e o mercado bastante regulado e subsidiado, esses custos alcançam 25% dos prêmios. Em contrapartida, outros sistemas centrados em seguros nacionais de saúde, como Canadá, Japão e Alemanha, têm gastos equivalentes a menos de 10% de suas receitas com esses custos. Os exemplos internacionais também mostram que a regulação dos seguros privados não é capaz de corrigir as falhas do mercado no sentido de assegurar cobertura ampla para a população, mesmo se o Estado proporciona subsídios para os idosos, pobres e deficientes, como nos EUA. Em síntese, existem evidências suficientes de que um sistema mais equitativo em termos de financiamento só pode ser alcançado com forte intervenção estatal, principalmente com filiação compulsória de todo cidadão, e com a estrita regulação do sistema operador de seguros e prestador de serviço.

Em relação ao exercício profissional e a organização do trabalho dos médicos, a principal questão refere-se ao credenciamento e ao referenciamento. O Decreto-lei 73/66 estabelece que o seguro saúde caracteriza-se pelo reembolso, isto é, pagamento em dinheiro, efetuado pela Sociedade Seguradora às pessoas físicas ou jurídicas prestantes da

assistência médica/hospitalar ao segurado, e que a livre escolha do médico e do hospital é condição obrigatória nesta modalidade de seguro. No entanto, a Lei 9.656/98 consagra os procedimentos do credenciamento para os planos de saúde e o referenciamento para os seguros saúde, transferindo do usuário para a operadora de PSS a escolha dos profissionais e serviços que prestarão atendimento para os usuários/consumidores de PSS. Esta mudança na relação contratual, inserida na Lei, cerceia a autonomia profissional dos médicos, ao deslocar sua relação contratual com os pacientes/usuários para as operadoras de PSS, na medida em que o credenciamento /referenciamento transforma-se numa guilhotina sobre a relação de trabalho entre médico e operadora, que a qualquer momento pode ser acionada pela operadora, eliminando o médico de sua rede de credenciados ou referenciados. Este tipo de relação contratual inédita e sem paralelo em outras categorias profissionais, que ofende a legislação trabalhista brasileira, relacionada à entrada do capital financeiro, através das seguradoras multinacionais associadas com as brasileiras, possibilitou a instituição na área de saúde suplementar das técnicas internacionais de administração gerenciada ou *managed care*. Isto tem ampliado o conflito dos médicos e outros profissionais de saúde com as operadoras de PSS¹, que se explicita na posição das entidades médicas em relação ao desc credenciamento unilateral dos profissionais, à redução significativa dos honorários, à oferta de **pacotes** de atendimento, com valores pré-fixados; **contratação de equipes de atendimento por um valor fixo** para atender uma determinada quantidade *percapita* de usuário de planos; à restrição de exames diagnósticos e procedimentos terapêuticos; a utilização de **metas referenciais**, em que se estipulam uma série de metas baseada em média de procedimentos, em geral de exames complementares; à fixação de prazos mínimos entre consultas médicas, à exigência de personalidade jurídica na relação de prestação de serviço e à falta de registro das empresas operadoras nos Conselhos Regionais de Medicina. Houve uma tentativa de institucionalizar estas técnicas gerenciais através da Medida Provisória –MP- 43, uma das várias reedições das MPs que

¹ As entidades médicas nacionais AMB, CFM, FENAM, Confederação Nacional dos Médicos – CMB, realizaram, em 8 de Maio de 2002, O Dia Nacional de Mobilização contra os Piores Planos de Saúde; à seguir, à partir de experiência da Associação Médica Americana, foi realizada uma pesquisa junto aos médicos para avaliar os piores planos de saúde quanto a interferência na autonomia dos médicos, sendo que os principais problemas apresentados foram relativos a restrições a doenças pré existentes, glosar procedimentos ou medidas terapêuticas, atos diagnósticos e terapêuticos mediante designação de auditores, tempo de internação dos pacientes e período de internação pré-operatório. No dia 14 de Junho foram divulgados os piores planos para a maioria dos Estados brasileiros.

modificaram a Lei 9.656/98, em Julho de 2001, que foi derrubada com a reedição da última MP de n.º 44, que modificou a Lei 9.656/98, em função da reação do Fórum de Acompanhamento da Regulamentação dos PSS e do próprio Congresso Nacional. A MP 43 foi a síntese das pressões das operadoras para incorporar no texto legal os instrumentos da assistência gerenciada ou *managed care*. (ALMEIDA, 1998) mostra que nos EUA, isto aconteceu no Governo de Richard Nixon, em 1973, através do *Health Maintenance Organizations Act*. Esta medida teve a sustentação de pesquisadores do campo sanitário, que buscaram fazer uma revisão do texto legal através do “fortalecimento do poder regulador da Agência Nacional de Saúde Suplementar”. O falso argumento é adotar a lógica do setor público de saúde, “publicizando” o setor privado de saúde suplementar, para na prática dotar as operadoras de PSS de armas na relação com os médicos e profissionais de saúde, sem qualquer proteção adicional para os usuários/consumidores. Ao contrário, estava prevista a sub-segmentação dos planos e a regionalização das operadoras. Como mostrei no capítulo II, isso segue a lógica das propostas de reformas do setor de saúde, de estimular o setor privado para atender os serviços discricionários e fortalecer o papel regulador do Estado, para moldar o mercado de serviços de saúde.

(ALMEIDA,1998) analisa outras conseqüências da entrada das empresas estrangeiras em função da aprovação da lei:

A concorrência entre o capital estrangeiro e o nacional, e entre os mercados dos diversos países, torna ainda mais frágil a legislação nacional, pois, além de não se restringir ao campo setorial, por um lado, pode aumentar os preços, contrariamente ao que se apregoa; por outro, traz os riscos de concentração do mercado em mãos de grande empresas, que, além da âncora financeira que em geral já possuem, carregam a experiência de atuação em outros mercados extremamente regulados. Nada garante, porém, que se conduzam no mercado nacional segundo aqueles parâmetros. Ao contrário, é mais lógico pensar que se aproveitem das facilidades locais. Em síntese, o projeto de regulamentação nesse aspecto, volta-se para o padrão de competição das empresas, mas não leva em consideração a possível desestruturação do mercado nacional com a entrada do capital estrangeiro.

O Balanço Anual, do Jornal Gazeta Mercantil, e dados da ANS mostram, abaixo, um exemplo da situação do mercado de saúde suplementar

(ORSINI, S., 2002) utilizando os balanços de 2001, mostra que a receita líquida da INTERMÉDICA SAÚDE foi R\$ 430 milhões; da INTERCLÍNICAS, R\$ 354 milhões, e da UNIMED BH, R\$ 469,4 milhões. (GUIMARÃES, S.,2002) usando os mesmos balanços, mostra que as duas seguradoras que dominam a maior parte do mercado de seguros (aproximadamente 85%) arrecadaram mais de R\$ 4 bilhões, sendo que a SULAMÉRICA AETNA SAÚDE arrecadou R\$ 2,77 bilhões e o BRADESCO SAÚDE arrecadou R\$ 2,07 bilhões.

(BARROCA, J. L.,2002) mostra que 47 operadoras, correspondentes a 3% do total (1775 operadoras) reúnem 52,41% dos beneficiários ativos dos planos de saúde, e que 7 destas operadoras têm cada uma mais de 500 mil beneficiários, representando em seu conjunto 22,73% do total.

Há autores como (MEHRY, E. e JÚNIOR, H. M., 2002) que defendem a necessidade “da qualificação da assistência na saúde suplementar, em torno do mundo das necessidades de saúde dos usuários e com a necessária garantia das boas práticas profissionais, o que só uma poderosa regulação pública pode fornecer a este país”.

Entendo que aqui, na arena de disputas do setor privado, assim como ocorreu na arena pública durante a regulamentação do Direito à Saúde, o fator fundamental foi a identidade de posições entre os atores que representavam os trabalhadores e profissionais de saúde e os usuários/consumidores, na defesa do direito à vida e à saúde, em sintonia com os pensadores progressistas do campo sanitário. Penso que os governos atuarão em consonância com consensos conquistados na luta social, e que estes se transformarão em texto legal, a exemplo da Constituição de 1988, da Lei 8.080/90 e da Lei 9.656/98, modificada pela MP 2.177/2001. Por outro lado, acho que o maior conhecimento do setor privado evidenciou os seus estrangulamentos, demonstrando a necessidade de um sistema público universal para viabilizar o direito à saúde ao conjunto da população.

A conclusão é que ocorreram avanços significativos com a regulamentação, relativos à constituição e ao funcionamento das empresas, como o disposto sobre registro, normas de funcionamento e fiscalização; exigências de reservas técnicas e ampliação da cobertura como definição do plano referência, proibição da seleção por faixas etárias e dos limites de internação; um dos fatos de inegável importância foi a maior divulgação e o maior acesso aos dados do setor.

No entanto há lacunas importantes, em parte inerentes às próprias características comerciais destas organizações, que não apresentam suas planilhas de custo alegando confidencialidade, sob o manto da legislação comercial, e por razões de disputa de mercado; isso repercute no reajuste das anuidades dos PSS, uma vez que suas contas não são de conhecimento nem mesmo dos órgãos governamentais, muito menos dos seus usuários/consumidores. Outro aspecto é o próprio registro dos planos junto à ANS; passados quatro anos da regulamentação, não foi atingido o número de usuários/consumidores apregoados na fase pré-regulamentação e apenas 25% dos PSS estão sob as normas da Lei 9.656 (ANS, 2001). No entanto, nesta área houve a constituição do Fórum de Acompanhamento da Regulamentação dos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde, reunindo entidades representativas dos usuários/consumidores e profissionais de saúde; que tem se constituído, juntamente com o Congresso Nacional e o Poder Judiciário, nos guardiães do processo de regulamentação, em defesa dos direitos dos cidadãos usuários/consumidores de PSS. À partir da exposição de Mário Scheffer, representando o Conselho Nacional de Saúde, no Simpósio Regulamentação dos PSS, promovido pelo Conselho Nacional de Saúde, pela Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados e pela Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, em 28 e 29 de Agosto de 2001, no Senado Federal, e de meus estudos e reflexões em torno da regulamentação, entendo que o debate sobre o tema deverá continuar tendo em vista, entre outras, as seguintes questões :

- Vinculação à lógica do conceito de saúde e do direito à saúde;
- Estímulo do Estado aos PSS e financiamento dos prêmios e dos serviços de saúde;

- Relação entre operadoras e prestadores de serviço, em particular a questão do credenciamento e referenciamento dos profissionais junto às operadoras, da remuneração e da qualidade do atendimento;
- Estender a abrangência da regulamentação aos planos coletivos que compreendem 70 a 80 % dos PSS, assim como aos planos individuais e familiares pré Lei 9.656/98;
- Relacionamento da Agência Nacional de Saúde com o Ministério da Saúde;
- Composição paritária e poder deliberativo da Câmara de Saúde Suplementar;
- Controle Social do Setor Suplementar pelo Conselho Nacional de Saúde, que tem como atribuições formular estratégias e acompanhar a execução da Política Nacional de Saúde e
- Divulgação dos dados epidemiológicos referentes aos beneficiários dos PSS e ao atendimento aos mesmos, a oferta e qualidade da assistência das operadoras, os custos dos PSS, os valores de remuneração praticados e os preços dos prêmios.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCÂNTARA, L. Projeto de Lei 15 do Senado Federal. Dispõe a regulamentação dos Planos de Saúde. Brasília: Senado Federal. 7 p. mimeo

ALCÂNTARA, L. Projeto de Lei 17 do Senado Federal. Dispõe a regulamentação dos Seguros de Saúde. Brasília: Senado Federal. 6 p. mimeo

ABRASPE. Planilha de custos das autogestões. São Paulo: ABRASPE, 1996. 1p. mimeo.

ALMEIDA, A. Dengue: pública ou privada. **Medicina Social**, 117:3, 2002.

ALMEIDA, C. **O mercado privado de Serviços de Saúde no Brasil**: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Brasília: IPEA, 1998. Texto para discussão disponível em <http://www.ipea.gov.br>

ALMEIDA, C. Reforma do Estado e reforma dos sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência & saúde coletiva**, 4(2): 263 – 86, 1.999.

ANDREAZZI, M. F. S. **Capital financeiro x Saúde**: a oligopolização da medicina brasileira pós 80, Rio de Janeiro 1991. (Dissertação – Mestrado - Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ).

ALVIM, P. **Política Nacional de Seguros**: neoliberalismo, globalização e mercosul. São Paulo: Ed. Manuais Técnicos de Seguros, 1996. p. 90-140.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DE GRUPO. **Revista Medicina Social**: edição comemorativa 25 anos. São Paulo: ABRAMGE, 1991. 34p.

BAHIA, L.; VIANA, A. L.. Introdução . In: Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Regulação & Saúde**: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: ANS,2002. p. 9-18. v. 1

BANCO MUNDIAL. **Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1993**: investido em saúde. Rio de Janeiro: FGV, 1993. 347p.

BARROCA, J. L. Modelos de garantias assistenciais. Mecanismos de regulação. In: II oficina sobre os projetos n.º 12 e n.º 27. **Apresentação....** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2002. 30p. mimeo.

BATISTA, P. N. **O consenso de Washington**: a visão neoliberal dos problemas latino – americanos. São Paulo: PEDEX, 1994. 55p.

BATISTA JUNIOR, P. N. Globalização: retórica vaga para iludir os incautos. **Jornal do Conselho Regional de Medicina de São Paulo** São Paulo, 1997. p. 4

BERLINCK, D. OMC quer que o Brasil abra os mercados de seguros e bancos **O Globo**. Rio de Janeiro, Novembro de 1997, caderno economia. p. 19

BRAGA, J. e PAULA, S. **Saúde e Previdência**: estudo de política social. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1981. p.48-67.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Comissão de seguridade Social e da Família. **Proposta para a regulamentação de planos e seguros de saúde privados**. Brasília: CFM, Dezembro de 1993, mimeo.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei n.º 4.425-B(Projeto de Lei originário do Senado Federal de n.º 93/93), tendo apensados os de números 929/91, 4.214/93, 4.417/94, 4.572/94, 237/95, 825/95, 944/95, 1.289/95, 1.390/95, 1.405/96, 1.930/96, 1.975/96, 2.104/96, 2.419/96, 2.420/96, 2.842/97, 2.870/97, 3.079/97, 3.160/97, 3.581/97, 3.586/97, 3.607/97 e 3.617/97, tendo pareceres das Comissões de Defesa do Consumidor, Meio Ambiente e Minorias e da Comissão de Seguridade Social e da Família e do relator em substituição à comissão especial. **Avulso para votação**. Brasília, 14 de Outubro de 1997. 392 p. mimeo.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira, Federação Nacional dos Médicos e Fundação Oswaldo Cruz. **Pesquisa Perfil dos Médicos no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996. 100 p. v 1.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Minuta de Decreto do Ministro da Saúde, Henrique Santillo. Dispõe sobre a regulamentação dos planos e seguros de saúde privados e dá outras providências. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1995, 3 p. mimeo.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução 1246 de 8 de Jan. de 1988: Código de Ética Médica. **Diário Oficial da União** de 26 de Jan. de 1988.

BRASIL Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1401 de 1993. Obriga as operadoras de PSS a garantir o atendimento a todas as enfermidades relacionadas no Código Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde, da Organização Mundial da Saúde.

BRASIL Conselho Nacional de Saúde; IDEC; PROCONS; Conselho Federal de Medicina., Associação Médica Brasileira ; Federação Nacional dos Médicos. **Regulamentação dos PSS**: subsídios ao Senado Federal. Brasília: CFM, 1988. 42 p.. mimeo.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: **Imprensa Oficial**, 2001. 113p.

BRASIL. Decreto Lei n. 66, de 21 de Novembro de 1966. Altera a Lei n.º 3.807 de 26 de agosto de 1.960 e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br>

BRASIL. Decreto Lei n. 73, de 21 de Novembro de 1966. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, regula as operações de seguros e resseguros e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br>

BRASIL. Lei Complementar n. 109, de 29 de Maio de 2001. Dispõe sobre o Regime de Previdência Complementar e dá outras providências. Revogou a Lei n.º 6.435, de 15 de Julho de 1977, que dispunha sobre as entidades de previdência privada. Disponível em <http://www.planalto.gov.br>

BRASIL. Lei 3.071, de 1º de Janeiro de 1.916. Dispõe sobre o Código Civil. Disponível em <http://www.planalto.gov.br>

BRASIL. Lei 3.268, de 30 de Setembro de 1957. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br>

BRASIL. Lei 3.807, de 26 de Agosto de 1960. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. Disponível em <http://www.planalto.gov.br> Foi substituída pelas leis 8.212 e 8.213 de 24 de Julho de 24 de Julho de 1991 que dispõem respectivamente sobre os planos de contribuição e benefícios da Previdência Social.

BRASIL. Lei n. 5.764, de 16 de Dezembro de 1971. Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br>

BRASIL. Lei 8.078, de 11 de Setembro de 1990. Dispõe sobre os direitos do consumidor e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br>

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1.990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br>

BRASIL. Lei n.º 8.137, de 27 de Dezembro de 1990. Define crimes contra a ordem tributária, econômica e contra as relações de consumo, e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br>

BRASIL. Lei n.º 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. Disponível em <http://www.planalto.gov.br>

BRASIL. Lei n.º 8.212, de 24 de Julho de 1991. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Planos de Custeio e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br>

BRASIL. Lei n.º 8.213, de 24 de Julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br>

BRASIL. Lei n.º 8.689, de 27 de Julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br>

BRASIL. Lei n.º 8.884, de 11 de Junho de 1994. Transforma o Conselho Administrativo de Defesa Econômica(CADE) em Autarquia, dispõe sobre a prevenção e a repressão às infrações contra a ordem econômica e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br>

BRASIL. Lei n. 9.656, de 3 de Junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em <http://www.saude.gov.br>

BRASIL. Lei n. 9.732, de 11 de Dezembro de 1998. Altera dispositivos da Lei n.º 8.212 e Lei n.º 8.213 ambas de 24 de julho de 1991, da Lei n.º 9.317 de 5 de Dezembro de 1996 e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br>

BRASIL. Lei n. 9.656, de 3 de Junho de 1998, atualizada pela Medida Provisória 2.177 – 44, de 24 de Agosto de 2001. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em <http://www.planalto.gov.br>

BRASIL. Lei n. 9.932, de 20 de Dezembro de 1999. Dispõe sobre a transferência de atribuições da IRB–Brasil Resseguros S.A. – IRB-Brasil Re para a Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br>

BRASIL. Lei n. 9.961, de 29 de Janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br>

BRASIL. Lei n. 10.185, de 14 de Fevereiro de 2001. Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br>

BRASIL. Medida Provisória n.º 1.665 de 4 de Junho de 1.998. Altera dispositivos da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre planos e seguros privados de assistência à saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil n.º 106**, Brasília, 5 de Junho de 1998. Seção I. Páginas 2 a 5.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Nota Técnica COSAR/DIPAR n.º 09/94, de 28 de Julho de 1994. Assunto: Renúncia Fiscal, conforme solicitado pelo Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Fazenda, 1994, 2p. mimeo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Integração do setor de saúde suplementar ao Sistema de Saúde Brasileiro**. Rio de Janeiro: ANS, 2001. 35p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório técnico da assessoria do Ministério da Saúde sobre acordos multilaterais no âmbito da OMC. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. mimeo.

CAMPOS, G. W. S. **Os Médicos e a Política de Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1988. 214 p..

CARVALHO, E. Apresentação no Seminário sobre a problemática dos planos de saúde e das mensalidades escolares. Brasília: Câmara dos Deputados. Comissão de Defesa do Consumidor, Meio Ambiente e Minorias, em 22 de Maio de 1996. 2p. mimeo.

CLEMENTE, I.; BILLI, M. País dobra remessa para o exterior em cinco anos. **Jornal Folha de São Paulo**, 7 Dezembro 2000, p. B 6.

CONTANDRIOPOULOS, A-P; CHAMPAGNE, F.; POTVIN, L.; DENIS, J-L; BOYLE, P. **Saber Preparar Uma Pesquisa: definição, estrutura, financiamento**. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1999. P. 18-28.

CZAPSKI, J. Entrevista. **Revista Medicina Social**: edição comemorativa 25 anos. São Paulo: ABRAMGE, 1991. P 8-12.

FOLHA DE SÃO PAULO. Planos culpam honorários por reajustes. **Jornal Folha de São Paulo**, 17 de Maio de 1996, p.2.3.

FORRESTER, V. **O Horror Econômico**. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1997. Orelha do livro.

GUIMARÃES, S. Temporada de Crescimento. **Balanço Anual.**, 26: 426-30.

HOLANDA, A. B. **Dicionário Aurélio Século XXI**, o Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. p. 1805, 2168.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. **Os Planos de Saúde e a defesa do consumidor.** São Paulo: IDEC, 1996. 10 p. mimeo.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. **Planos de Saúde – Guia do Consumidor.** São Paulo: IDEC, 1999. 127 p..

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios, 1998. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>

IRIART, C. B. **Atenção Gerenciada: instituinte da reforma neoliberal.** Campinas, São Paulo, 1999. (Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas)

IRION, J. E. O. **Fale como dono: cooperativismo médico Unimed.** São Paulo: Cartaz Editorial, 1994. p. 19.

KINNON, C. M.. Comércio mundial: hacer partícipe a la salud. **Foro Mundial de la Salud:** p. 406-16, 1998.

MATUS, C. **Política, Planificación y Gobierno.** Caracas – Venezuela: Fundação Altadir, 1987. P. 283, 754.

MACHADO, M. H. (coord.). **Os Médicos no Brasil: um retrato da realidade.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1977. p. 99 – 122.

MERHY, E. ; JÚNIOR, H. M. Regulação pública da assistência na saúde suplementar: a quem interessa ? **Medicina Geraes**, Jornal do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais. Dezembro, 2001. p. 4.

MILANI, P. Políticas Internacionais de Cooperação. In: Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde, XIV, 1997. **Relatório....** Brasília: CONASEMS, 1.997, p.134 -136.

MONTONE, J. **O impacto da regulamentação do setor de saúde suplementar**. Rio de Janeiro: Ministério da saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, 2000. 38p.

MONTONE, J. Apresentação ao pleno do Conselho Nacional de Saúde em 3 de Outubro de 1997. Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 1997. 18p., mimeo.

PIOLA, S. e BIASOTO JR. O financiamento do SUS nos anos 90. In NEGRI, B.; GIOVANI, G. D. (Org.) **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas, SP: UNICAMP. IE, 2001. p. 219-32.

NEGRI, B.; GIOVANI, G. D. (Org.) **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas, SP: UNICAMP. IE, 2001. 588 p..

ORGANIZACION MUNDIAL DEL COMERCIO. **Con el comercio hacia el futuro, 2ª ed., revisada**. Genebra, Suíça: OMC 2001. 57 p.. Disponível em <http://www.wto.org>
Acesso em 22/8/02

ORGANIZACION MUNDIAL DEL COMERCIO. **Declaracion Ministerial. Doha, Qatar, 2001**. Genebra, Suíça: OMC, 2001. 19 p.. Disponível em <http://www.wto.org>
Acesso em 22/8/02

ORGANIZACION MUNDIAL DEL COMERCIO. **La Organización Mundial del Comercio**. Genebra, Suíça: OMC, p.1-4. Disponível em <http://www.wto.org> Acesso em 22/8/02.

ORSINI, S. Hospitais com jeito de Hotel. **Balanço Anual**, 26: 312-7

PARAGUAI. Ata da plenária das entidades médicas participantes da Comissão de Integração dos Médicos do Mercosul. Assunção, Paraguai: Circulo Médico do Paraguai, 1995. mimeo.

PARIZI, R. R. Editoriais **Jornal do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo**, São Paulo, 1993, 2000 e 2001.

PERU. Colegio Medico del Peru. Defensa Y Desarrollo de la Seguridad Social. In: SEMINARIO INTERNACIONAL REFORMA EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL.

Anais... Lima, Peru: Colegio Medico del Peru, 1998. 106p.

RICUPERO, R.. Direito à saúde e à vida. **Folha de São Paulo**, 12 de Janeiro de 2003, p. B6.

RIO DE JANEIRO (estado). Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro. Resolução n. 19, de 20 de Agosto de 1987. Determina que a contratação de Serviços médicos por empresas de Medicina de Grupo, obedecerá entre outros os critérios de ampla e total liberdade de escolha do médico pelo paciente, ampla e total autonomia profissional do médico e pagamento dos honorários pela Tabela de Honorários Médicos.

RIO DE JANEIRO (município). Lei Municipal n.º 2.147/94. Dispõe sobre a cobrança das despesas de atendimento médico-hospitalar, nas Unidades de Saúde do Município, de pacientes alcançados pela cobertura de contrato individual ou coletivo com empresas prestadoras de serviços de Assistência Médica, Administradoras de Planos de Saúde e congêneres. Disponível em <http://www.camara.rj.gov.br>

ROSSI, C. Dissenso de Washington. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 26 Ago. 2001 p.A 12.

ROSSI, C.(editor) Globalização. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 2 Novembro 1997. Caderno especial. 12 p..

SÃO PAULO. Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo. **Cadernos do Fórum São Paulo Século XXI**. São Paulo, 2000. Caderno 1, p. 101-4.

SÃO PAULO (estado). Lei n.º 9.058, de 29 de Dezembro de 1994. Dispõe sobre a obrigatoriedade do recebimento pelos órgãos e instituições do SUS do estado e dos municípios, a título de reembolso de valores correspondentes a seguro-saúde e outras modalidades de medicina de grupo referentes a beneficiários atendidos, gratuitamente, na rede pública e no setor privado conveniado ou contratado. Disponível em <http://www.al.sp.gov.br>

SÃO PAULO. Matéria sobre desnacionalização de empresas brasileiras. **Folha de São Paulo**, 2 de julho de 2000, caderno dinheiro, p. B1 e B6

SÃO PAULO. Matéria sobre exemplos de países que crescem à margem das fusões de empresas. **Folha de São Paulo**, 18 de Outubro de 1999, caderno negócios p. 4.

SÃO PAULO (estado). Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania. Fundação de Defesa e Proteção do Consumidor – PROCON SP. **Planos de Saúde: lei para o setor deve ser equilibrada**. São Paulo, 1997. 2p.mimeo.

SCHEFFER, M. Propostas de aprimoramento da regulamentação dos Planos de Saúde. In: SIMPÓSIO REGULAMENTAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE, Agosto, 2001, Brasília. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. **Relatório....**, versão preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 185-8.

SENADO FEDERAL. Projetos de Lei n.º 15,17,50,112, de 1996, e 177 e 197, de 1997, do Senado Federal, e pareceres do relator na Comissão de Assuntos Sociais e voto em separado da bancada do Governo no Senado Federal sobre o substitutivo da Câmara dos Deputados ao PLS 93/93. Brasília, 1998. Mimeo.

SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE A PROFISSÃO MÉDICA, Outubro, 1997, Brasília. **Arquivos....** Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1997. 120 p.

SILVA, C. E. L. Nova Agenda. Fundo gasta U\$ 200 bi. com crises nesta década e enfrenta desconfiança de formadores de opinião. Mudança é de tom, não de conteúdo. **Folha de São Paulo**, 30 Setembro 1999, caderno Brasil, p. 6.

SIMPÓSIO REGULAMENTAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE, Agosto, 2001, Brasília. **Textos de referência**. Ministério da saúde. Conselho Nacional da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 60 p.

(SOLIANI, A.) BIRD reduz empréstimos ao Brasil. **Folha de São Paulo**, 20 de Janeiro de 2003. p. A 5.

STIGLITZ, J. Liberalização foi feita para ricos. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 6 Novembro 2001. p. B 5.

WIEGRATZ, W. Projeto Landim deixa dúvidas e não satisfaz as operadoras: Unimed teme pelo fim do cooperativismo na saúde. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 19 de Outubro de 1997. Caderno dinheiro, p. 5.

ZARILLI, S. Comércio internacional de serviços de saúde: o caso do Brasil. 1.998, 10 p. mimeo.



ANEXOS

CARTA ENTREVISTA

Caro(a)

Estou fazendo tese de mestrado em Saúde Coletiva, sobre Regulamentação de Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde, no departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Como é do vosso conhecimento, a discussão sobre a regulamentação dos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde - PSS começou à partir de 1987 com a resolução do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro de nº 19, sendo impulsionada pela resolução de nº 1401, do Conselho Federal de Medicina, em 1993. Até então, o setor de Seguro Saúde, era regulamentado pelo Decreto Lei nº 73 de 1966, embora seu artigo 135 disponha que “entidades organizadas sem objetivo de lucro, pôr profissionais médicos e paramédicos, ou pôr estabelecimentos hospitalares(...) podem operar sistemas de pré pagamentos de serviços médicos hospitalares”, a UNIMED subordinava-se à Lei 5.764, de 1971, que trata da política cooperativa nacional e institui o regime jurídico das cooperativas, abordando os aspectos econômicos e jurídicos da atividade cooperativa. Quanto a atuação das empresas de Medicina de Grupo e as chamadas Auto Gestões não havia qualquer legislação específica sobre as mesmas. Entre 1991 e 1998, pôr 8 anos, ocorreu no congresso nacional, a discussão e tramitação dos projetos de lei referentes à regulamentação dos PSS.

Os principais aspectos disputados pelos diversos atores que participaram do processo da regulamentação, se situaram em relação a:

- 1- Haver uma regulamentação para o setor de saúde suplementar.
- 2- Regulamentar apenas os planos de saúde, ou planos e seguros em conjunto ou separadamente.
- 3- Ingresso do capital estrangeiro no mercado de PSS.

- 4- Subordinar o setor ao Ministério da Saúde ou ao Ministério da Fazenda, ou ambos.
- 5- Subordinar se ao CNSSP e SUSEP.
- 6- Criar uma Agência para gerir o setor.
- 7- Cobertura das doenças e procedimentos hospitalares e ambulatoriais, internação hospitalar e UTI, atendimento ao recém nascido e procedimentos odontológicos (plano ou seguro referência).
- 7- Exclusões de doenças e procedimentos.
- 8- Exclusões das doenças pré-existentes.
- 9- Fixação de carências.
- 10- Cobertura as urgências e emergências.
- 11- Obrigatoriedade de credenciamento para médicos e demais prestadores de serviço que atendem Plano de Saúde.
- 12- Existência de lista referencial – “referenciamento”, de médicos e demais prestadores de serviço que atendem Seguro Saúde.
- 13- Proibição de vínculo exclusivo a uma única operadora de PSS – “unimilitância”.
- 14- Observar a lista de procedimentos médicos para pagamento de honorários e procedimentos médicos.
- 15- Ressarcir o SUS, dos atendimentos prestados pelo mesmo a beneficiários de PSS.
- 16- Estímulos governamentais aos PSS, via dedução dos gastos com os mesmos no Imposto de Renda e através certificação de instituição de utilidade pública a operadoras de Planos de Saúde ou prestadores de serviços hospitalares.
- 17- Obrigatoriedade das operadoras de PSS em fornecerem os dados epidemiológicos de sua população beneficiária ao Ministério da Saúde.

Através da minha vivência e pesquisa de documentos da Câmara dos Deputados e Senado Federal e de arquivo pessoal e inúmeras fontes construí tabelas que mostram a posição do poder executivo, do conselho nacional de saúde, do ministério público, dos PROCON, das organizações de defesa dos consumidores e dos portadores de patologia, das entidades representativas dos médicos e das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde frente às questões acima e outras que se colocaram ao final da regulamentação como por exemplo a manutenção do direito de beneficiário aos desempregados e aposentados.

Solicito a V. Sa. que verifique se a posição da instituição que assessorou ou representou, durante o processo da regulamentação, está corretamente identificada em cada uma das tabelas.

Comprometo me ao final do trabalho a lhe enviar uma cópia da tese.

Atenciosamente.

Eurípedes Balsanufó Carvalho.

LEI 9.656 ATUALIZADA PELA MP 2.177-44/01

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998.

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

Atualizado em 16.5.01 Última MPV 2.177-44, de
24.8.01 Lei 10.223, de 15.5.2001

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

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 MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

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; *(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

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; *(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

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. ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como: ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

- a) custeio de despesas; ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***
- b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada; ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***
- c) reembolso de despesas; ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***
- d) mecanismos de regulação; ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***
- e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***
- f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

Art. 2º ~~Para o cumprimento das obrigações constantes do contrato, as pessoas jurídicas de que trata esta Lei poderão:~~
I ~~nos planos privados de assistência à saúde, manter serviços próprios, contratar ou credenciar pessoas físicas ou jurídicas legalmente habilitadas e reembolsar o beneficiário das despesas decorrentes de eventos cobertos pelo plano;~~
II ~~nos seguros privados de assistência à saúde, reembolsar o segurado ou, ainda, pagar por ordem e conta deste, diretamente aos prestadores, livremente escolhidos pelo segurado, as despesas advindas de eventos cobertos, nos limites da apólice.~~
Parágrafo único. ~~Nos seguros privados de assistência à saúde, e sem que isso implique o desvirtuamento do princípio da livre escolha dos segurados, as sociedades seguradoras podem apresentar relação de prestadores de serviços de assistência à saúde.~~ *(Revogado pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

Art. 3º ~~Sem prejuízo das atribuições previstas na legislação vigente e observadas, no que couber, as disposições expressas nas Leis nºs 8.078, de 11 de setembro de 1990, e 8.080, de 19 de setembro de 1990, compete ao Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP, ouvido, obrigatoriamente, o órgão instituído nos termos do art. 6º desta Lei, ressalvado o disposto no inciso VIII, regulamentar os planos privados de assistência à saúde, e em particular dispor sobre:~~
I ~~a constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de planos privados de assistência à saúde;~~
II ~~as condições técnicas aplicáveis às operadoras de planos privados de assistência à saúde, de acordo com as suas peculiaridades;~~
III ~~as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras de planos privados de assistência à saúde;~~

- ~~IV as normas de contabilidade, atuariais e estatísticas, a serem observadas pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;~~
- ~~V o capital e o patrimônio líquido das operadoras de planos privados de assistência à saúde, assim como a forma de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima de capital;~~
- ~~VI os limites técnicos das operações relacionadas com planos privados de assistência à saúde;~~
- ~~VII os critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores, a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;~~
- ~~VIII a direção fiscal, a liquidação extrajudicial e os procedimentos de recuperação financeira.~~

~~Parágrafo único. A regulamentação prevista neste artigo obedecerá às características específicas da operadora, mormente no que concerne à natureza jurídica de seus atos constitutivos. (Revogado pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)~~

~~Art. 4º O art. 33 do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, alterado pela Lei nº 8.127, de 20 de dezembro de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação:~~

~~"Art. 33. O Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP será integrado pelos seguintes membros:~~

- ~~I - Ministro de Estado da Fazenda, ou seu representante legal;~~
- ~~II - Ministro de Estado da Saúde, ou seu representante legal;~~
- ~~III - Ministro de Estado da Justiça, ou seu representante legal;~~
- ~~IV - Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social, ou seu representante legal;~~
- ~~V - Presidente do Banco Central do Brasil, ou seu representante legal;~~
- ~~VI - Superintendente da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, ou seu representante legal;~~
- ~~VII - Presidente do Instituto de Resseguros do Brasil - IRB, ou seu representante legal.~~

~~§ 1º O Conselho será presidido pelo Ministro de Estado da Fazenda e, na sua ausência, pelo Superintendente da SUSEP.~~

~~§ 2º O CNSP terá seu funcionamento regulado em regimento interno."~~

~~(Revogado pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)~~

~~Art. 5º Compete à Superintendência de Seguros Privados — SUSEP, de acordo com as diretrizes e resoluções do CNSP, sem prejuízo das atribuições previstas na legislação em vigor:~~

~~I autorizar os pedidos de constituição, funcionamento, cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário das operadoras de planos privados de assistência à saúde;~~

~~II fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao funcionamento dos planos privados de saúde;~~

~~III aplicar as penalidades cabíveis às operadoras de planos privados de assistência à saúde previstas _____ nesta _____ Lei;~~

~~IV estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde, segundo normas definidas pelo CNSP;~~

~~V proceder à liquidação das operadoras que tiverem cassada a autorização para funcionar no _____ País;~~

~~VI promover a alienação da carteira de planos ou seguros das operadoras.~~

~~§ 1º A SUSEP contará, em sua estrutura organizacional, com setor específico para o tratamento das questões concernentes às operadoras referidas no art. 1º.~~

~~§ 2º A SUSEP ouvirá o Ministério da Saúde para a apreciação de questões concernentes às coberturas, aos aspectos sanitários e epidemiológicos relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares. *(Revogado pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*~~

~~Art. 6º É criada a Câmara de Saúde Suplementar como órgão do Conselho Nacional de Seguros Privados — CNSP, com competência privativa para se pronunciar acerca das matérias de sua audiência obrigatória, previstas no art. 3º, bem como propor a expedição de normas _____ sobre:~~

~~I regulamentação das atividades das operadoras de planos e seguros privados de assistência à _____ saúde;~~

~~II fixação de condições mínimas dos contratos relativos a planos e seguros privados de assistência _____ à _____ saúde;~~

~~III critérios normativos em relação aos procedimentos de credenciamento e destituição de prestadores de serviço do sistema, visando assegurar o equilíbrio das relações entre os consumidores e os operadores de planos e seguros privados de assistência à saúde;~~

- ~~IV estabelecimento de mecanismos de garantia, visando preservar a prestação de serviços aos consumidores;~~
- ~~V o regimento interno da própria Câmara. (Revogado pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)~~

~~Art. 7º A Câmara de Saúde Suplementar é composta dos seguintes membros:~~

- ~~I Ministro de Estado da Saúde, ou seu representante legal, na qualidade de presidente;~~
- ~~II Ministro de Estado da Fazenda, ou seu representante legal;~~
- ~~III Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social, ou seu representante legal;~~
- ~~IV Ministro de Estado do Trabalho, ou seu representante legal;~~
- ~~V Secretário Executivo do Ministério da Saúde, ou seu representante legal;~~
- ~~VI Superintendente da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, ou seu representante legal;~~
- ~~VII Secretário de Direito Econômico do Ministério da Justiça, ou seu representante legal;~~
- ~~VIII um representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde - CNS, dentre seus membros;~~
- ~~IX um representante de entidades de defesa do consumidor;~~
- ~~X um representante de entidades de consumidores de planos e seguros privados de assistência à saúde;~~
- ~~XI um representante indicado pelos órgãos superiores de classe que representem os estabelecimentos de seguro;~~
- ~~XII um representante indicado pelos órgãos superiores de classe que representem o segmento de autogestão de assistência à saúde;~~
- ~~XIII um representante indicado pelos órgãos superiores de classe que representem a medicina de grupo;~~
- ~~XIV um representante indicado pelas entidades que representem as cooperativas de serviços médicos;~~
- ~~XV um representante das entidades filantrópicas da área de saúde;~~
- ~~XVI um representante indicado pelas entidades nacionais de representação da categoria dos médicos;~~
- ~~XVII um representante indicado pelas entidades nacionais de representação da categoria~~

~~dos~~ ~~odontólogos;~~
~~XVIII um representante indicado pelos órgãos superiores de classe que representem as~~
~~empresas de odontologia de grupo;~~
~~XIX um representante do Ministério Público Federal.~~
§ 1º ~~As deliberações da Câmara dar-se-ão por maioria de votos, presente a maioria absoluta~~
~~de seus membros, e as proposições aprovadas por dois terços de seus integrantes exigirão~~
~~igual quorum para serem reformadas, no todo ou em parte, pelo CNSP.~~
§ 2º ~~Em suas faltas e impedimentos, o presidente da Câmara será substituído pelo~~
~~Secretário Executivo do Ministério da Saúde.~~
§ 3º ~~A Câmara, mediante deliberação de seus membros, pode constituir subcomissões~~
~~consultivas, formadas por representantes dos profissionais e dos estabelecimentos de~~
~~serviços de saúde, das entidades vinculadas à assistência à saúde ou dos consumidores,~~
~~conforme dispuser seu regimento interno.~~
§ 4º ~~Os representantes de que tratam os incisos VIII a XVII serão indicados pelas~~
~~respectivas entidades e designados pelo Ministro de Estado da Saúde.~~
§ 5º ~~As matérias definidas no art. 3º e em seus incisos, bem como as de competência da~~
~~Câmara, têm prazo de trinta dias para discussão e votação, após o que poderão ser avocadas~~
~~pelo CNSP para deliberação final. (Revogado pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)~~

Art. Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS: *(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

I - registro nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, conforme o caso, em cumprimento ao disposto no art. 1º da Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980;

II - descrição pormenorizada dos serviços de saúde próprios oferecidos e daqueles a serem prestados por terceiros;

III - descrição de suas instalações e equipamentos destinados a prestação de serviços;

IV - especificação dos recursos humanos qualificados e habilitados, com responsabilidade técnica de acordo com as leis que regem a matéria;

V - demonstração da capacidade de atendimento em razão dos serviços a serem prestados;

VI - demonstração da viabilidade econômico-financeira dos planos privados de assistência à saúde oferecidos, respeitadas as peculiaridades operacionais de cada uma das respectivas operadoras;

VII - especificação da área geográfica coberta pelo plano privado de assistência à saúde.

§ 1º São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos VI e VII deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, citadas no § 2º do art. 1º. ***(Redação dada pela MPV nº2.177-44, de 24.8.2001)***

§ 2º A autorização de funcionamento será cancelada caso a operadora não comercialize os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS. ***(Redação dada pela MPV nº2.177-44, de 24.8.2001)***

§ 3º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS: ***(Redação dada pela MPV nº2.177-44, de 24.8.2001)***

a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade; ***(Redação dada pela MPV nº2.177-44, de 24.8.2001)***

b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento; ***(Redação dada pela MPV nº2.177-44, de 24.8.2001)***

c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde; ***(Redação dada pela MPV nº2.177-44, de 24.8.2001)***

d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS. ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

Art. 9º Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias, para as administradoras de planos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, e observado o que dispõe o art. 19, só poderão comercializar estes produtos se: ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS. ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

§ 1º O descumprimento das formalidades previstas neste artigo, além de configurar infração, constitui agravante na aplicação de penalidades por infração das demais normas previstas nesta Lei. ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

§ 2º A ANS poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados. ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

§ 3º A autorização de comercialização será cancelada caso a operadora não comercialize os planos ou os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS. ***(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

§ 4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial. ***(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto: *(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III - inseminação artificial;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; *(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

~~VIII - procedimentos odontológicos, salvo o conjunto de serviços voltados à prevenção e manutenção básica da saúde dentária, assim compreendidos a pesquisa, o tratamento e a remoção de focos de infecção dentária, profilaxia de cárie dentária, cirurgia e traumatologia bucomaxilar; *(Revogado pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*~~

IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. ***(Redação dada pela MPV nº2.177-44, de 24.8.2001)***

§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos.***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. ***(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. ***(Artigo incluído pela Lei nº 10.223, de 15.5.2001)***

Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o **caput**, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS..***(Parágrafo incluído pela MPV nº2.177-44, de 24.8.2001)***

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas: ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

I - quando incluir atendimento ambulatorial:

- a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente; ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

II - quando incluir internação hospitalar:

- a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos; ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***
- b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente; ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***
- c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar; ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro; e ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;

III - quando incluir atendimento obstétrico:

a) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto;

b) inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção; ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

IV - quando incluir atendimento odontológico:

a) cobertura de consultas e exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo odontólogo assistente;

b) cobertura de procedimentos preventivos, de dentística e endodontia;

c) cobertura de cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral;

V - quando fixar períodos de carência:

a) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo;

b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos;

c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência; ***(Alínea incluída pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

VI - reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada; ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

VII - inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante.

§ 1º Após cento e vinte dias da vigência desta Lei, fica proibido o oferecimento de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei fora das segmentações de que trata este artigo, observadas suas respectivas condições de abrangência e contratação. ***(Redação dada pela MPV nº 22.177-44, de 24.8.2001)***

§ 2º A partir de 3 de dezembro de 1999, da documentação relativa à contratação de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações de que trata este artigo, deverá constar declaração em separado do consumidor, de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do plano referência, e de que este lhe foi oferecido ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

~~§ 3º Nas hipóteses previstas no parágrafo anterior, é vedado o estabelecimento de carências superiores a três dias úteis. ***(Revogado pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***~~

Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação. ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

Parágrafo único. Os produtos de que trata o **caput**, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas: ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

I - a recontagem de carências; *(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

II - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período 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; e *(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular. *(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. *(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E. *(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o caput para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos. *(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

Art. 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei devem constar dispositivos que indiquem com clareza: *(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

I - as condições de admissão;

II - o início da vigência;

- III - os períodos de carência para consultas, internações, procedimentos e exames;
- IV - as faixas etárias e os percentuais a que alude o *caput* do art. 15;
- V - as condições de perda da qualidade de beneficiário; ***(Redação dada pela MPV nº2.177-44, de 24.8.2001)***
- VI - os eventos cobertos e excluídos;
- VII - o regime, ou tipo de contratação: ***(Redação dada pela MPV nº2.177-44, de 24.8.2001)***
- a) individual ou familiar; ***(Redação dada pela MPV nº2.177-44, de 24.8.2001)***
- b) coletivo empresarial; ou ***(Redação dada pela MPV nº2.177-44, de 24.8.2001)***
- c) coletivo por adesão; ***(Redação dada pela MPV nº2.177-44, de 24.8.2001)***
- VIII - a franquia, os limites financeiros ou o percentual de co-participação do consumidor ou beneficiário, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica; ***(Redação dada pela MPV nº2.177-44, de 24.8.2001)***
- IX - os bônus, os descontos ou os agravamentos da contraprestação pecuniária;
- X - a área geográfica de abrangência; ***(Redação dada pela MPV nº2.177-44, de 24.8.2001)***
- XI - os critérios de reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias.
- XII - número de registro na ANS. ***(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

Parágrafo único. A todo consumidor titular de plano individual ou familiar será obrigatoriamente entregue, quando de sua inscrição, cópia do contrato, do regulamento ou das condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as suas características, direitos e obrigações. ***(Redação dada pela MPV nº2.177-44, de 24.8.2001)***

~~§ 2º A validade dos documentos a que alude o *caput* condiciona-se à aposição da rubrica do consumidor ao lado de cada um dos dispositivos indicados nos incisos I a XI deste artigo. (Revogado pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)~~

Art. 17. A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos. *(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

§ 1º É facultada a substituição de entidade hospitalar, a que se refere o **caput** deste artigo, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor. *(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

§ 2º Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o § 1º ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato. *(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

§ 3º Excetuam-se do previsto no § 2º os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor. *(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando: *(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

I - nome da entidade a ser excluída; *(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão; ***(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e ***(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor. ***(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, implicará as seguintes obrigações e direitos: ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano;

II - a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos;

III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional. ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular. ***(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS. ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

§ 1º Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das empresas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a comercialização ou operação dos produtos a que alude o **caput**, a partir de 2 de janeiro de 1999. ***(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

§ 2º Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos a que alude o **caput** deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos, independentemente de outros que venham a ser exigidos: ***(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica; ***(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

II - nome fantasia; ***(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

III - CNPJ; ***(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

IV - endereço; ***(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

V - telefone, fax e e-mail; e ***(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam. ***(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

§ 3º Para registro provisório dos produtos a serem comercializados, deverão ser apresentados à ANS os seguintes dados: ***(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

I - razão social da operadora ou da administradora; ***(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

II - CNPJ da operadora ou da administradora; ***(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

III - nome do produto; ***(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

IV - segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, odontológica e referência); ***(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

V - tipo de contratação (individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão); ***(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

VI - âmbito geográfico de cobertura; ***(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

VII - faixas etárias e respectivos preços; ***(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

VIII - rede hospitalar própria por Município (para segmentações hospitalar e referência); ***(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

IX - rede hospitalar contratada ou referenciada por Município (para segmentações hospitalar e referência); e ***(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

X - outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS. ***(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

§ 4º Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica da ANS. ***(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

§ 5º Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades do registro provisório, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de produtos a que alude o **caput**, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta Lei e em seus regulamentos, para cada segmentação definida no art. 12. ***(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

§ 6º O não-cumprimento do disposto neste artigo implica o pagamento de multa diária no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) aplicada às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º. ***(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

§ 7º As pessoas jurídicas que forem iniciar operação de comercialização de planos privados de assistência à saúde, a partir de 8 de dezembro de 1998, estão sujeitas aos registros de que trata o § 1º deste artigo. ***(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

Art. 20. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas as suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32. ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

§ 1º Os agentes, especialmente designados pela ANS, para o exercício das atividades de fiscalização e nos limites por ela estabelecidos, têm livre acesso às operadoras, podendo requisitar e apreender processos, contratos, manuais de rotina operacional e demais documentos, relativos aos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei. ***(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

§ 2º Caracteriza-se como embaraço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, a imposição de qualquer dificuldade à consecução dos objetivos da fiscalização, de que trata o § 1º deste artigo. ***(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

Art. 21. É vedado às operadoras de planos privados de assistência à saúde realizar quaisquer operações financeiras:

I - com seus diretores e membros dos conselhos administrativos, consultivos, fiscais ou assemelhados, bem como com os respectivos cônjuges e parentes até o segundo grau, inclusive;

II - com empresa de que participem as pessoas a que se refere o inciso I, desde que estas sejam, em conjunto ou isoladamente, consideradas como controladoras da empresa. ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

Art. 22. As operadoras de planos privados de assistência à saúde submeterão suas contas a auditores independentes, registrados no respectivo Conselho Regional de Contabilidade e na Comissão de Valores Mobiliários - CVM, publicando, anualmente, o parecer respectivo, juntamente com as demonstrações financeiras determinadas pela Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976.

§ 1º A auditoria independente também poderá ser exigida quanto aos cálculos atuariais, elaborados segundo diretrizes gerais definidas pelo CONSU.

§ 2º As operadoras com número de beneficiários inferior a vinte mil usuários ficam dispensadas da publicação do parecer do auditor e das demonstrações financeiras, devendo, a ANS, dar-lhes publicidade. ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas a falência ou insolvência civil, mas tão-somente ao regime de liquidação extrajudicial. ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

§ 1º As operadoras sujeitar-se-ão ao regime de falência ou insolvência civil quando, no curso da liquidação extrajudicial, forem verificadas uma das seguintes hipóteses: ***(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

I - o ativo da massa liquidanda não for suficiente para o pagamento de pelo menos a metade dos créditos quirografários; ***(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

II - o ativo realizável da massa liquidanda não for suficiente, sequer, para o pagamento das despesas administrativas e operacionais inerentes ao regular processamento da liquidação extrajudicial; ou ***(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

III - nas hipóteses de fundados indícios de condutas previstas nos arts. 186 a 189 do Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945. ***(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

§ 2º Para efeito desta Lei, define-se ativo realizável como sendo todo ativo que possa ser convertido em moeda corrente em prazo compatível para o pagamento das despesas administrativas e operacionais da massa liquidanda. **(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

§ 3º À vista do relatório do liquidante extrajudicial, e em se verificando qualquer uma das hipóteses previstas nos incisos I, II ou III do § 1º deste artigo, a ANS poderá autorizá-lo a requerer a falência ou insolvência civil da operadora. **(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

§ 4º A distribuição do requerimento produzirá imediatamente os seguintes efeitos: **(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

I - a manutenção da suspensão dos prazos judiciais em relação à massa liquidanda; **(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

II - a suspensão dos procedimentos administrativos de liquidação extrajudicial, salvo os relativos à guarda e à proteção dos bens e imóveis da massa; **(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

III - a manutenção da indisponibilidade dos bens dos administradores, gerentes, conselheiros e assemelhados, até posterior determinação judicial; e **(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

IV - prevenção do juízo que emitir o primeiro despacho em relação ao pedido de conversão do regime. **(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

§ 5º A ANS, no caso previsto no inciso II do § 1º deste artigo, poderá, no período compreendido entre a distribuição do requerimento e a decretação da falência ou insolvência civil, apoiar a proteção dos bens móveis e imóveis da massa liquidanda. **(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

§ 6º O liquidante enviará ao juízo prevento o rol das ações judiciais em curso cujo andamento ficará suspenso até que o juiz competente nomeie o síndico da massa falida ou o liquidante da massa insolvente. **(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

Art. 24. Sempre que detectadas nas operadoras sujeitas à disciplina desta Lei insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a ANS poderá determinar a alienação da carteira, o regime de direção fiscal ou técnica, por prazo não superior a trezentos e sessenta e cinco dias, ou a liquidação extrajudicial, conforme a gravidade do caso. *(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

§ 1º § 1º O descumprimento das determinações do diretor-fiscal ou técnico, e do liquidante, por dirigentes, administradores, conselheiros ou empregados da operadora de planos privados de assistência à saúde acarretará o imediato afastamento do infrator, por decisão da ANS, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, assegurado o direito ao contraditório, sem que isto implique efeito suspensivo da decisão administrativa que determinou o afastamento. *(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

§ 2º § 2º A ANS, **ex officio** ou por recomendação do diretor técnico ou fiscal ou do liquidante, poderá, em ato administrativo devidamente motivado, determinar o afastamento dos diretores, administradores, gerentes e membros do conselho fiscal da operadora sob regime de direção ou em liquidação. *(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

§ 3º No prazo que lhe for designado, o diretor-fiscal ou técnico procederá à análise da organização administrativa e da situação econômico-financeira da operadora, bem assim da qualidade do atendimento aos consumidores, e proporá à ANS as medidas cabíveis. *(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

§ 4º O diretor-fiscal ou técnico poderá propor a transformação do regime de direção em liquidação extrajudicial. *(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

§ 5º A ANS promoverá, no prazo máximo de noventa dias, a alienação da carteira das operadoras de planos privados de assistência à saúde, no caso de não surtirem efeito as medidas por ela determinadas para sanar as irregularidades ou nas situações que impliquem risco para os consumidores participantes da carteira. *(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

Art. 24-A. Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde em regime de direção fiscal ou liquidação extrajudicial, independentemente da natureza jurídica da operadora, ficarão com todos os seus bens indisponíveis, não podendo, por qualquer forma, direta ou indireta, aliená-los ou onerá-los, até apuração e liquidação final de suas responsabilidades. **(Artigo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

§ 1º A indisponibilidade prevista neste artigo decorre do ato que decretar a direção fiscal ou a liquidação extrajudicial e atinge a todos aqueles que tenham estado no exercício das funções nos doze meses anteriores ao mesmo ato. **(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

§ 2º Na hipótese de regime de direção fiscal, a indisponibilidade de bens a que se refere o **caput** deste artigo poderá não alcançar os bens dos administradores, por deliberação expressa da Diretoria Colegiada da ANS. **(Artigo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

§ 3º A ANS, **ex officio** ou por recomendação do diretor fiscal ou do liquidante, poderá estender a indisponibilidade prevista neste artigo: **(Artigo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

I - aos bens de gerentes, conselheiros e aos de todos aqueles que tenham concorrido, no período previsto no § 1º, para a decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial; **(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

II - aos bens adquiridos, a qualquer título, por terceiros, no período previsto no § 1º, das pessoas referidas no inciso I, desde que configurada fraude na transferência. **(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

§ 4º Não se incluem nas disposições deste artigo os bens considerados inalienáveis ou impenhoráveis pela legislação em vigor. **(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

§ 5º A indisponibilidade também não alcança os bens objeto de contrato de alienação, de promessa de compra e venda, de cessão ou promessa de cessão de direitos, desde que os respectivos instrumentos tenham sido levados ao competente registro público, anteriormente à data da decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial. **(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

§ 6º Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde respondem solidariamente pelas obrigações por eles assumidas durante sua gestão até o montante dos prejuízos causados, independentemente do nexo de causalidade. **(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

Art. 24-B. A Diretoria Colegiada definirá as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal e do responsável pela alienação de carteira, podendo ampliá-las, se necessário. **(Artigo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

Art. 24-C. Os créditos decorrentes da prestação de serviços de assistência privada à saúde preferem a todos os demais, exceto os de natureza trabalhista e tributários. **(Artigo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

Art. 24-D. Aplica-se à liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e ao disposto nos arts. 24-A e 35-I, no que couber com os preceitos desta Lei, o disposto na Lei nº 6.024, de 13 de março de 1974, no Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945, no Decreto-Lei nº 41, de 18 de novembro de 1966, e no Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, conforme o que dispuser a ANS. **(Artigo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, sujeitam a operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente: **(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

I - advertência;

II - multa pecuniária;

III - suspensão do exercício do cargo;

IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde; ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

V - inabilitação permanente para exercício de cargos de direção ou em conselhos das operadoras a que se refere esta Lei, bem como em entidades de previdência privada, sociedades seguradoras, corretoras de seguros e instituições financeiras.

VI - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora. ***(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores de planos privados de assistência à saúde, conforme o caso, em consequência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias. ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

Art. 27. A multa de que trata o art. 25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, com valor não inferior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19. ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

~~Parágrafo único. As multas constituir-se-ão em receitas da SUSEP. ***(Revogado pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***~~

~~Art. 28. Das decisões da SUSEP caberá recurso ao CNSP, no prazo de quinze dias, contado a partir do recebimento da intimação. ***(Revogado pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***~~

Art. 29. As infrações serão apuradas mediante processo administrativo que tenha por base o auto de infração, a representação ou a denúncia positiva dos fatos irregulares, cabendo à ANS dispor sobre normas para instauração, recursos e seus efeitos, instâncias e prazos. ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

I - cessar a prática de atividades ou atos objetos da apuração; e ***(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

II - corrigir as irregularidades, inclusive indenizando os prejuízos delas decorrentes. ***(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

§ 2º O termo de compromisso de ajuste de conduta conterà, necessariamente, as seguintes cláusulas: ***(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

I - obrigações do compromissário de fazer cessar a prática objeto da apuração, no prazo estabelecido; ***(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

II - valor da multa a ser imposta no caso de descumprimento, não inferior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou da prestadora de serviço. ***(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

§ 3º A assinatura do termo de compromisso de ajuste de conduta não importa confissão do compromissário quanto à matéria de fato, nem reconhecimento de ilicitude da conduta em apuração. ***(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

§ 4º O descumprimento do termo de compromisso de ajuste de conduta, sem prejuízo da aplicação da multa a que se refere o inciso II do § 2º, acarreta a revogação da suspensão do processo. ***(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

§ 5º Cumpridas as obrigações assumidas no termo de compromisso de ajuste de conduta, será extinto o processo. ***(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

§ 6º Suspende-se a prescrição durante a vigência do termo de compromisso de ajuste de conduta. ***(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

§ 7º Não poderá ser firmado termo de compromisso de ajuste de conduta quando tiver havido descumprimento de outro termo de compromisso de ajuste de conduta nos termos desta Lei, dentro do prazo de dois anos. **(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

§ 8º O termo de compromisso de ajuste de conduta deverá ser publicado no Diário Oficial da União. **(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

§ 9º A ANS regulamentará a aplicação do disposto nos §§ 1º a 7º deste artigo. **(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

Art. 29-A. A ANS poderá celebrar com as operadoras termo de compromisso, quando houver interesse na implementação de práticas que consistam em vantagens para os consumidores, com vistas a assegurar a manutenção da qualidade dos serviços de assistência à saúde. **(Artigo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

§ 1º O termo de compromisso referido no **caput** não poderá implicar restrição de direitos do usuário. **(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

§ 2º Na definição do termo de que trata este artigo serão considerados os critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços a serem oferecidos pelas operadoras. **(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

§ 3º O descumprimento injustificado do termo de compromisso poderá importar na aplicação da penalidade de multa a que se refere o inciso II, § 2º, do art. 29 desta Lei. **(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assumo o seu pagamento integral. **(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o **caput** será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses. *(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

§ 2º A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

§ 3º Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo.

§ 4º O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

§ 5º A condição prevista no **caput** deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego. *(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar. *(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assumo o seu pagamento integral. *(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no **caput** é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assumo o pagamento integral do mesmo. *(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do art. 30. *(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, 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. *(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

§ 1º O ressarcimento a que se refere o **caput** será efetuado pelas operadoras à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao SUS, mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pela ANS. *(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor. *(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o décimo quinto dia após a apresentação da cobrança pela ANS, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao respectivo fundo de saúde, conforme o caso. *(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos: *(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração; *(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

II - multa de mora de dez por cento. *(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos. **(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde. **(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

§ 7º A ANS fixará normas aplicáveis ao processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo. **(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei. **(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

Art. 33. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.

Art. 34. As pessoas jurídicas que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei deverão, na forma e no prazo definidos pela ANS, constituir pessoas jurídicas independentes, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos privados de assistência à saúde, na forma da legislação em vigor e em especial desta Lei e de seus regulamentos. **(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei. **(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS. **(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado. *(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original. *(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora. *(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros. *(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização. *(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

§ 7º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas. *(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adaptação dos contratos de que trata este artigo. *(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para: ***(Artigo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar; ***(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

II - aprovar o contrato de gestão da ANS; ***(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS; ***(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre: ***(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

a) aspectos econômico-financeiros; ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***zb) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas; ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima; ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores; ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras; ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões *.(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU. *.(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado: (composição: vide Dec.4.044, de 6.12.2001) *(Artigo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente; *(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

II - da Saúde; *(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

III - da Fazenda; *(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

IV - da Justiça; e *(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

V - do Planejamento, Orçamento e Gestão. *(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, **ad referendum** dos demais membros. *(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

§ 2º Quando deliberar **ad referendum** do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação. *(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto. *(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

§ 4º O Conselho reunir-se-á sempre que for convocado por seu Presidente. ***(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República. ***(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS. ***(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU. ***(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos: ***(Artigo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; e ***(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional. ***(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35. ***(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei. ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que: ***(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade estará sujeita à autorização prévia da ANS; *(Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela ANS; *(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei; *(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente. *(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

§ 1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em sessenta anos ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições: *(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

I - a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art. 15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que, aplicado a cada ano, permita atingir o reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada; *(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior; *(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)*

III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação; ***(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS; ***(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo. ***(Inciso incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS. ***(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

§ 3º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo. ***(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes. ***(Artigo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990. ***(Artigo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)***

Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em consequência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia. **(Artigo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica. **(Artigo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais. **(Artigo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo. **(Artigo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS. **(Parágrafo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores. **(Artigo incluído pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001)**

Art. 36. Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.

Brasília, 3 de junho de 1998; 177º da Independência e 110º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Renan Calheiros

Pedro Malan

Waldeck Ornélas

José Serra

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 4.6.1998

RESOLUÇÕES DO CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU)

Resoluções do Conselho de Saúde Suplementar	
Resolução CONSU n.º 01	Regimento Interno do CONSU
Resolução CONSU n.º 02	Dispõe sobre a definição de cobertura às doenças e lesões preexistentes previstas no inciso XII do artigo 35ª e no artigo 11 da Lei n.º 9.656/98.
Resolução CONSU n.º 03	"Dispõe sobre a fiscalização da atuação das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde."
Resolução CONSU n.º 04	Dispõe sobre as condições e prazos previstos para adaptações dos contratos em vigor à data de vigência da legislação específica.
Resolução CONSU n.º 05	Dispõe sobre a caracterização de Autogestão mediante a Lei n.º 9.656/98 e dentro do segmento supletivo de assistência à saúde no Brasil.
Resolução CONSU n.º 06	Dispõe sobre critérios e parâmetros de variação das faixas etárias dos consumidores para efeito de cobrança diferenciada, bem como de limite máximo de variação de valores entre as faixas etárias definidas para planos e seguros de assistência à saúde.
Resolução CONSU n.º 07	Dispõe sobre informações a serem disponibilizadas ao Ministério da Saúde por todas as operadoras, inclusive as de autogestão, previstas no artigo 1º da Lei n.º 9656/98.
Resolução CONSU n.º 08	Dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde.
Resolução CONSU n.º 09	Dispõe sobre o ressarcimento dos serviços de atendimento à saúde prestados a usuários de plano ou seguro de saúde por instituições públicas ou privadas integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.
Resolução CONSU n.º 10	Dispõe sobre a elaboração do <u>Rol de procedimentos</u> e eventos em saúde que constituirão referência básica e fixa as diretrizes para a cobertura assistencial;
Resolução CONSU n.º 11	Dispõe sobre a cobertura aos tratamentos de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à saúde.
Resolução CONSU n.º 12	Dispõe sobre a cobertura de transplante e seus procedimentos por parte das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde.
Resolução CONSU n.º 13	Dispõe sobre a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência.

<u>Resolução CONSU n.º 14</u>	Dispõe sobre a definição das modalidades de planos ou seguros sob o regime de contratação individual ou coletiva, e regulamenta a pertinência das coberturas às doenças e lesões preexistentes e a exigibilidade dos prazos de carência nessas modalidades.
<u>Resolução CONSU n.º 15</u>	Dispõe sobre as alterações nas Resoluções CONSU, publicadas no D.O.U de 04 de Novembro de 1998.
<u>Resolução CONSU n.º 16</u>	Dispõe sobre a desobrigação, ou isenção parcial da segmentação de cobertura de planos de assistência à saúde perante a Lei 9.656/98, no mercado supletivo de assistência à saúde.
<u>Resolução CONSU n.º 17</u>	Dispõe sobre os agravos a que se refere a Resolução CONSU n.º 2, de 03.11.1998
<u>Resolução CONSU n.º 18 Anexo (download)</u>	Dispõe sobre o rito e prazos do processo administrativo para apuração de infrações e aplicação de penalidades previstas na <u>Lei 9656/98</u>
<u>Resolução CONSU n.º 19</u>	Dispõe sobre a absorção do universo de consumidores pelas operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde que operam ou administram planos coletivos que vierem a ser liquidados ou encerrados
<u>Resolução CONSU n.º 20</u>	Dispõe sobre a regulamentação do artigo 30 da Lei n.º 9.656/98.
<u>Resolução CONSU n.º 21</u>	Dispõe sobre a regulamentação do artigo 31 da Lei n.º 9.656/98.
<u>Resolução CONSU n.º 22</u>	Altera as Resoluções CONSU n.ºs 7 e 9/98, que dispõem sobre informações ao MS, ressarcimento dos serviços de atendimento à saúde prestados a beneficiários de plano privado de assistência à saúde, por instituições públicas ou privadas integrantes do SUS
<u>Resolução Consu n.º 23 - Anexo (download)</u>	Dispõe sobre a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos -TUNEP para fins de ressarcimento dos atendimentos prestados aos beneficiários de plano privado de assistência à saúde, por instituições públicas ou privadas

RESOLUÇÕES / DIRETORIA COLEGIADA DA ANS.

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

RESOLUÇÕES RDC

Atualizado em 27/8/2002

LEGISLAÇÃO	Data de publicação no D.O.U	EMENTA	LEGISLAÇÃO VINCULADA
RESOLUÇÕES ANS			
<u>Res. RDC 95</u> <u>Anexo I</u> <u>Anexo II</u>	05.02.2002	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências.	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 9.986</u>
<u>Res. RDC 94</u>	16.01.2002	Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal na UNIMED DE SÃO PAULO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA. e nomeia o Diretor Fiscal.	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 9.656</u> - <u>MP 2177-44</u>
<u>Res. RDC 93</u>	17.12.2001	Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal na PRÓ-SAÚDE ASSISTÊNCIA MÉDICA S/C LTDA. e nomeia o Diretor-Fiscal.	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 9.656</u> - <u>MP 2177-44</u>
<u>Res. RDC 92</u>	17.12.2001	Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal na SAÚDE ASSISTÊNCIA MÉDICA DO ABC S/C LTDA. e nomeia o Diretor-Fiscal.	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 9.656</u> - <u>MP 2177-44</u>
<u>Res. RDC 91</u>	17.12.2001	Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal na RAPS - REPÚBLICA ADMINISTRADORA DE PLANOS DE SAÚDE S/A e nomeia o Diretor-Fiscal.	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 9.656</u> - <u>MP 2177-44</u>
<u>Res. RDC 90</u>	17.12.2001	Dispõe sobre a instauração do regime de Direção Fiscal na MJA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA. e nomeia o Diretor Fiscal.	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 9.656</u> - <u>MP 2177-44</u>
<u>Res. RDC 89</u>	17.12.2001	Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal na SAMCIL CONVÊNIO MÉDICOS HOSPITALARES LTDA. e nomeia o Diretor-Fiscal.	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 9.656</u> - <u>MP 2177-44</u>
<u>Res. RDC 88</u>	30.11.2001	Resolução Administrativa
<u>Res. RDC 87</u>	28.9.2001	Dispõe sobre a instauração do regime de Direção Fiscal na SAMP SISTEMA ASSISTENCIAL MÉDICO PARAMINENSE S/C LTDA. e nomeia o Diretor Fiscal.	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 9.656</u> - <u>Res. RDC 40</u>

<u>Res. RDC 86</u>	28.9.2001	Dispõe sobre a decretação do Regime de Liquidação Extrajudicial no PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA MILLER LTDA e nomeia o Liquidante.	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 9.656</u> - <u>Res. RDC 40</u> - <u>MP 2177-44</u>
<u>Res. RDC 85</u>	25.9.2001	Institui o Sistema de Informações de Produtos – SIP para acompanhamento da assistência prestada aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.	- <u>Lei 9.961/00</u> - <u>Lei 9.656</u>
<u>Res. RDC 84</u>	21.9.2001	Dispõe sobre a determinação da alienação de carteira das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, e dá outras providências.	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 9.961/00</u> - <u>Lei 9.656</u>
<u>Res. RDC 83</u>	22.8.2001	Dispõe sobre a transferência de controle societário de Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - OPS.	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 9.656</u>
<u>Res. RDC 82</u>	22.8.2001	Estabelece regras para a alienação compulsória de carteira de planos privados de assistência à saúde e altera dispositivo da RDC n.º 24 de 13 de junho de 2000.	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 9.961/00</u> - <u>Lei 9.656</u>
<u>Res. RDC 81(*)</u> Republicada	15.8.2001	Classifica os procedimentos médicos constantes do Rol estabelecido pela RDC n.º 67 de 8 de maio de 2001 de acordo com as segmentações autorizadas pelo art. 12 da Lei 9.656 de 3 de junho de 1998. <u>Download dos Anexos</u>	- <u>Res. RDC 67</u> - <u>Lei 9.656</u>
<u>Res. RDC 80</u>	10.8.2001	Dispõe sobre a decretação do Regime de Liquidação Extrajudicial na CLIMOJ - ASSISTÊNCIA MÉDICA DE JACAREPAGUÁ LTDA e nomeia o Liquidante.	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 9.656</u> - <u>Res. RDC 47</u>
<u>Res. RDC 79</u>	10.8.2001	Institui normas para o exercício do cargo de administrador das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - OPS	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 9.961/00</u>
<u>Res. RDC 78</u>	23.7.2001	Prorroga o prazo estabelecido no Art. 4º da Resolução-RDC n.º 64, de 10 de abril de 2001, que dispõe sobre a designação do médico responsável pelo fluxo de informações relativas à assistência médica prestada aos consumidores de planos privados de assistência à saúde.	- <u>Res. RDC 64</u> - <u>Decreto 3.327</u>
<u>Res. RDC 77</u>	19.7.2001	Dispõe sobre os critérios de constituição de garantias financeiras a serem observados pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde -OPS.	- <u>Lei 9.656</u> - <u>Lei 9.961</u>
<u>Res. RDC 76</u>	29.6.2001	Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal na ASSOCIAÇÃO AUXILIADORA DAS CLASSES LABORIOSAS e nomeia o Diretor-Fiscal.	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 9.656</u> - <u>Res. RDC 40</u>

Res. RDC 75	13.6.2001	Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal na SERVI SAÚDE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA. E nomeia o Diretor-Fiscal.	- Decreto 3.327 - Lei 9.656
Res. RDC 74	13.6.2001	Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal na SAMP ESPÍRITO SANTO – ASSISTÊNCIA MÉDICA S/C LTDA. E nomeia o Diretor-Fiscal.	- Decreto 3.327 - Lei 9.656
Res. RDC 73	12.6.2001	Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal na SAMP SÃO PAULO – ASSISTÊNCIA MÉDICA S/C LTDA e nomeia o Diretor-Fiscal.	- Decreto 3.327 - Lei 9.656
Res. RDC 72	6.6.2001	Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal na Unimed de Volta Redonda Cooperativa de Trabalho Médico e nomeia o Diretor-Fiscal.	- Decreto 3.327 - Lei 9.656 - Res. RDC 47
Res. RDC 71	4.6.2001	Define os Diretores responsáveis pelas Diretorias de Desenvolvimento Setorial e de Gestão.	- Decreto 3.327
Res. RDC 70	4.6.2001	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar e dá outras providências.	- Decreto 3.327 - Lei 9.986
Res. RDC 69	6.6.2001	Dispõe sobre a decretação do Regime de Liquidação Extrajudicial na BIO MED ASSISTÊNCIA MÉDICA S/C LTDA e nomeia o Liquidante	- Decreto 3.327 - Lei 9.656 - Res. RDC 47
Res. RDC 68 download anexo	8.5.2001	Estabelece normas para a adoção de cláusula de cobertura parcial temporária, e institui o Rol de Procedimentos de Alta Complexidade.	- Decreto 3.327 - Lei 9.656
Res. RDC 67 download anexo	8.5.2001	Atualiza o Rol de Procedimentos Médicos instituído pela Resolução CONSU nº 10, de 3 de novembro de 1998.	- Resolução CONSU 10 - Decreto 3.327 - Lei 9.961/00 - Lei 9.656
Res. RDC 66 download anexo	4.5.2001	Estabelece normas para reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde .	- Decreto 3.327 - Lei 9.961/00
Res. RDC 65	24.4.2001	Dispõe sobre as sociedades seguradoras especializadas em saúde.	- Decreto 3.327
Res. RDC 64	17.4.2001	Dispõe sobre a designação de médico responsável pelo fluxo de informações relativas à assistência médica prestada aos consumidores de planos privados de assistência à saúde.	- Decreto 3.327 - Lei 9.961/00
Res. RDC 63	6.4.2001	Dispõe sobre a instauração do regime de Direção Fiscal na CLIMOJ ASSISTENCIA MÉDICA DE JACAREPAGUÁ LTDA, e nomeia o Diretor Fiscal.	- Decreto 3.327 - Lei 9.656

<u>Res. RDC 62</u>	29.3.2001	Estabelece as normas para o ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998.	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 9.961/00</u>
<u>Res. RDC 61</u>	14.3.2001	Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal no SMB Sistema Médico Brasileiro Ltda. E nomeia o Diretor-Fiscal.	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 9.656</u>
<u>Res. RDC 60</u>	14.3.2001	Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal e de Direção Técnica na Plano de Assistência Médica Miller Ltda. E nomeia o Diretor-Fiscal e o Diretor-Técnico.	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 9.656</u>
<u>Res. RDC 59</u>	09.3.2001	Acrescenta alínea ao inciso I do art. 51 da Resolução de Diretoria Colegiada RDC nº 30, de 19 de julho de 2000.	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>RDC 30</u>
<u>Res. RDC 58</u>	05.3.2001	Transforma cargos comissionados e altera o Anexo II da RDC nº 30, 19 de julho de 2000.	- <u>RDC 30</u>
<u>Res. RDC 57</u>	05.3.2001	Dispõe sobre o termo de compromisso de ajuste de conduta das operadoras de planos privados de assistência à saúde.	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 9.656</u> - <u>Lei 9.961</u>
<u>Res. RDC 56</u>	14.2.2001	Dispõe sobre a nomeação de novo Diretor-Fiscal na Unimed de São Paulo Cooperativa de Trabalho Médico	- <u>Decreto 3.327</u>
<u>Res. RDC 55</u>	16.2.2001	Dá nova redação ao inciso III do art. 3º da Resolução de Diretoria Colegiada RDC nº 24, de 13 de junho de 2000.	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 9.656</u> - <u>Lei 9.961</u>
<u>Res. RDC 54</u>	14.2.2001	Dispõe sobre a exclusão de ex-administrador de operadora de plano de saúde do rol de administradores alcançados por indisponibilidade de bens.	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 9.656</u>
<u>Res. RDC 53</u>	01.2.2001	Dispõe sobre a indisponibilidade de bens dos administradores da BIO MED Assistência Médica S/C Ltda.	- <u>Decreto 3.327</u>
<u>Res. RDC 52</u>	01.2.2001	Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal na Bio Med Assistência Médica S/C Ltda., e nomeia o Diretor-Fiscal.	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 9.656</u>
<u>Res. RDC 51</u>	24.1.2001	Dispõe sobre a nomeação de novo Liquidante na Adress – Administração, Representação de Sistemas de Saúde Ltda.	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 9.656</u> - <u>Res. RDC 47</u>
<u>Res. RDC 50</u>	15.1.2001	Resolução Administrativa	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>RDC 30</u>
<u>Res. RDC 49</u>	8.1.2001	Dispõe sobre a indisponibilidade de bens dos administradores da Adress – Administração, representação de Sistemas de Saúde Ltda. E da Saúde Unicolor Assistência Médica Ltda.	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 9.656</u>

<u>Res. RDC 48</u>	5.1.2001	Dispõe sobre a decretação do Regime de Liquidação Extrajudicial na Adress - Administração, Representação de Sistemas de Saúde Ltda. e na Saúde Unicor Assistência Médica Ltda., e nomeia os respectivos Liquidantes.	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 9.656</u>
<u>Res. RDC 47</u>	5.1.2001	Dispõe sobre a liquidação extrajudicial das operadoras de planos de assistência à saúde.	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 9.656</u> - <u>Lei 9.961</u>
<u>Res. RDC 46</u>	29.12.2000	Altera as Resoluções de Diretoria Colegiada nº28 e 29, de 26 de junho de 2000.	- <u>RDC nº 28</u> - <u>RDC nº 29</u>
<u>Res. RDC 45</u>	27.12.2000	Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal na Adress - Administração, Representação de Sistemas de Saúde Ltda e Saúde Unicor Assistência Médica Ltda UNICOR, e nomeia os Diretores-Fiscais.	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 9.656</u>
<u>Res. RDC 44</u>	26.12.2000	Dispõe sobre a instauração dos Regimes de Direção Fiscal e de Direção Técnica na Unimed de São Paulo Cooperativa de Trabalho Médico e nomeia o Diretor-Fiscal e o Diretor-Técnico.	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 9.656</u>
<u>Res. RDC 43</u>	19.12.2000	Altera a redação do art. 4º da Resolução de Diretoria Colegiada -RDC nº 25, de 15 de junho de 2000.	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 9.961</u> - <u>Res. RDC 25</u>
<u>Res. RDC 42</u>	15.12.2000	Estabelece normas para a adoção de cláusula de cobertura parcial temporária, no caso de doenças ou lesões preexistentes.	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 9.656</u>
<u>Res. RDC 41</u>	15.12.2000	Altera o <u>Rol de Procedimentos Médicos</u> instituído pela Resolução CONSU nº 10, de 3 de novembro de 1998.	- <u>Lei 9.961</u> - <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 9.656</u>
<u>Res. RDC 40</u>	14.12.2000	Dispõe sobre os Regimes de Direção Fiscal e de Direção Técnica das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 9.656</u>
<u>Res. RDC 39</u>	30.10.2000	Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.	- <u>Lei 9.656</u> - <u>Lei 9.961</u>
<u>Res. RDC 38</u>	30.10.2000	Institui o <u>Plano de Contas Padrão</u> , aplicável às Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde-OPS.	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 9.656</u> - <u>RDC 30 anexo1</u>
<u>Res. RDC 37</u>	26.10.2000	Resolução Administrativa.	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>RDC 30</u>
<u>Res. RDC 36</u>	24.10.2000	Resolução Administrativa.	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>RDC 30</u>
<u>Res. RDC 35</u>	26.09.2000	Dispõe sobre o prazo de que trata o § 2º do art. 1º da Lei n.º 9656, de 3 de junho de 1998.	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 9.656</u> - <u>MP 1976/30</u>

<u>Res. RDC 32</u>	25.08.2000	Dispõe sobre a remuneração de pessoal em regime de contratação temporária .	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 9.961</u> - <u>Lei 8.745</u> - Portaria conjunta ANS/SRH/MP Nº
<u>Res. RDC 31</u>	15.08.2000	Altera os Anexos I e II da RDC nº 30, de 19 de julho de 2.000.	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 9.986</u>
<u>Res. RDC 30</u>	20.07.2000	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar e dá outras providências.	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 8.078</u> - <u>Lei 9.656</u> - <u>Lei 9.961</u> - <u>Lei 9.986</u>
<u>Res. RDC 29</u>	28.06.2000	Estabelece normas para reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos e produtos privados de assistência suplementar à saúde.	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 9.656</u> - <u>Lei 9.961</u> - <u>RDC 4</u> - <u>RDC 10</u> - <u>Resolução CONSU 06</u> - <u>Resolução CONSU 08</u> - <u>Resolução CONSU 14</u>
<u>Res. RDC 28</u>	28.06.2000	Altera a RDC nº 4, de 18 de fevereiro de 2000, e institui a Nota Técnica de Registro de Produto.	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 9.656</u> - <u>Lei 9.961</u> - <u>RDC 4</u> - <u>Resolução CONSU 06</u> - <u>Resolução CONSU 15</u>
<u>Res. RDC 27</u>	23.06.2000	Estabelece os procedimentos para solicitação de Revisão Técnica pelas operadoras de planos e produtos privados de assistência suplementar à saúde.	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 9.656</u> - <u>Lei 9.961</u>
<u>Res. RDC 26</u>	23.06.2000	Dispõe sobre o prazo de que trata o § 2º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 9.656</u> - <u>MP 1976-27</u>
<u>Res. RDC 25</u>	19.06.2000	Dispõe sobre as operações voluntárias de alienação de carteiras de planos ou produtos privados de assistência à saúde. <u>Clique aqui para mais informações.</u>	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 9.656</u> - <u>Lei 9.961</u>
<u>Res. RDC 24</u>	16.06.2000	Dispõe sobre a aplicação de penalidades às operadoras de planos privados de assistência à saúde. <u>Clique aqui para mais informações.</u>	- <u>Decreto 3.327</u> - <u>Lei 9656</u> - <u>MP 1976-26</u> - <u>Resolução CONSU 01/2000</u> - <u>Resolução CONSU 18</u>

Res. RDC 23	07.06.2000	Altera a Resolução RDC n.º 10, de 3 de março de 2000, institui a Ficha de Compensação, estabelece a padronização para envio de informações que menciona e dá outras providências.	- Decreto 3.327 - RDC 10
Res. RDC 22	02.06.2000	Cria instrumento para acompanhamento econômico-financeiro das Operadoras.	- Decreto 3.327 - Lei 9656 - Lei 9961
Res. RDC 21	15.05.2000	Revoga o rol de procedimentos publicado no anexo da Resolução CONSU 10. Clique aqui para mais informações.	- Lei 9656 – art. 10 e 12 - Resolução CONSU 10
Res. RDC 20	28.04.2000	Informa o novo endereço da sede da ANS – RJ, para efeito de encaminhamento de requerimentos e solicitações de registros possíveis de produtos e alteração de dados.	- Decreto 3.327 - RDC 4, art.6º, caput - RDC 6, art. 3º caput
Res. RDC 19	07.04.2000	Resolução Administrativa.	- Resolução RDC Nº 1
Res. RDC 18	05.04.2000	Regulamenta o ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei 9656/98, 03 de junho de 1998. Clique aqui para mais informações.	- Decreto 3.327 - art. 9º - Lei 9656 – art. 32 - RDC 17 - Resolução CONSU 07 - Resolução CONSU 09 - Resolução CONSU 22 - Resolução CONSU 23
Res. RDC 17	04.04.2000	Dispõe sobre a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos TUNEP para fins de ressarcimento dos atendimentos prestados aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, por instituições públicas ou privadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.	- Decreto 3.327 - Lei 9656 – art. 32
Res. RDC 16	03.04.2000	Define os Diretores responsáveis pela Diretoria de Normas e habilitação de Operadoras e pela Diretoria de Gestão.	- Decreto 3.327
Res. RDC 15	31.03.2000	Dispõe sobre concessão de diárias aos ocupantes de Cargos Comissionados de Saúde Suplementar.	- Decreto 3.327 - Lei 9.961, art. 12

Res. RDC 14	31.03.2000	Dispõe sobre o recolhimento das multas aplicadas às operadoras de Saúde Suplementar.	- Decreto 3.327 - Lei 9.961 – art. 4º § 1º Lei 9.961 - art. 24 - Lei 9.656 – art. 19 § 6º - MP 1976-24
Res. RDC 13	31.03.2000	Dispõe sobre a alteração de prazo de que trata o § 2º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998. Clique aqui para mais informações.	- Lei 9.656 - art. 1º § 1º
Res. RDC 12	31.03.2000	Dispõe sobre a alteração do Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar e dá outras providências. Clique aqui para mais informações.	- RDC Nº 1 – Anexo II
Res. RDC 11	13.03.2000	Regulamenta o § 2º do art. 12 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 e dá outras providências. Clique aqui para mais informações.	- Decreto 3327 - Lei 9.961 , art. 12 § 2º - Lei 8.112/90 , art. 3º - parágrafo único
Res. RDC 10	10.03.2000	Dispõe sobre o recolhimento da Taxa de Saúde Suplementar por plano de assistência à saúde. Clique aqui para mais informações.	- Decreto 3.327/00 - Lei 9.961/00 , art. 19 e 23 - Lei 9.961/00 , art. 20, Inciso I
Res. RDC 09	22.02.2000	Aprova o Regulamento de Licitações e Contratações da Agência Nacional de Saúde Suplementar.	- Decreto 3.327 - Lei 9.961/00 – art. 35 e 36
Res. RDC 08	22.02.2000	Dispõe sobre o custeio de estadia de empregados ou servidores para os cargos e nas situações mencionadas e dá outras providências. Clique aqui para mais informações.	- Decreto 3.327/00 - Decreto 1.840/96
Res. RDC 07	22.02.2000	Dispõe sobre o plano referência de que trata o art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, com as alterações da Medida Provisória nº 1.976-23, de 10 de fevereiro de 2000. Clique aqui para mais informações.	- Lei 9656/98 , art. 10 - MP 1976-23
Res. RDC 06	22.02.2000	Dispõe sobre a Taxa de Saúde Suplementar por registro de produto, registro de operadora, alteração de dados referente ao produto, alteração de dados referente à operadora, pedido de reajuste de contraprestação pecuniária e dá outras providências.	- Decreto 3.327 – inciso III, art. 9º e § 2º do art. 26 - Lei 9.961 , art. 20 § 5º e art. 22 - Lei 9.656 , art. 19 § 4º - MP 1976-23

		Clique aqui para mais informações.	
Res. RDC 05	22.02.2000	Aprova normas sobre os procedimentos administrativos para requerimento e concessão de registro provisório das operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Clique aqui para mais informações.	- Decreto 3.327/00, inciso III, art. 32. - Lei 9.656, inciso II, § 3º do Art. 1º - MP 1976-23 - Lei 9.961/00 – art. 20, inciso II - Circular SUSEP 068/98 - Circular SUSEP 077/99
Res. RDC 04	22.02.2000	Dispõe sobre alteração de rotina do registro provisório de produtos, e dá outras providências. Clique aqui para mais informações.	- Decreto 3.327/00 - Lei 9.961/00, art. 18
Res. RDC 03	24.01.2000	Aprova normas de fornecimento de informações para cadastros de beneficiários. Clique aqui para mais informações.	- Decreto 3.327/00 - Lei 9.656/98 - MP 1976 -27
Res. RDC 02	07.01.2000	Define o Diretor responsável pelas Diretorias de Desenvolvimento Setorial, Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos e Diretoria de Fiscalização Clique aqui para mais informações.	- Decreto 3.327, art. 9º, inciso IV
Res. RDC 01	07.01.2000	Aprova o Regimento Interno e dá outras providências. Clique aqui para mais informações.	- Decreto 3.327, art. 9º, inciso IV - Lei 9.656/98

PLANOS DE SAÚDE - 17/09/97

PAULO EVARISTO, CARDEAL ARNS

Meus amigos, católicos, cristãos, homens que buscam a Deus e que seguem a consciência na procura da verdade e do bem:

Na hora em que a Câmara dos Deputados em Brasília discute o projeto de lei para regulamentar os planos privados de saúde, sentimos o imperioso dever de também nos manifestar. Como Igreja, temos o dever de imitar a Cristo Jesus, que passou a maior parte do tempo de sua vida pública cuidando da saúde e defendendo sobretudo as pessoas mais necessitadas.

Achamos em primeiro lugar que os nossos representantes em Brasília deverão cuidar que todas as doenças recebam a cobertura indispensável para o tratamento. Seria contrário ao cristianismo e ao bom senso se, justamente, as doenças que afligem o povo fossem excluídas dos exames e do tratamento indispensável. Pensemos, sobretudo, nas vítimas de enfermidades altamente contagiosas, mas também no câncer, nas portadoras da aids e em outras semelhantes. É justamente nesta hora que deve revelar-se a eficiência do plano de saúde, em favor da paz na família e na sociedade brasileira. É um ato de patriotismo que exprime bem a solidariedade que deve dominar o ambiente nos próximos anos de um Brasil desejoso de praticar a justiça social.

É evidente que, neste caso, as doenças crônicas congênitas e pré-existentes merecem atenção toda especial, porque causam tanta aflição às famílias.

Apoiamos igualmente a livre escolha dos médicos por parte dos usuários. A confiança sempre foi a enfermeira mais eficiente de todos os doentes, particularmente daqueles que lutam há mais tempo, sem os resultados esperados. O médico não é apenas o técnico da saúde, mas em primeiro lugar o amigo que socorre, porque conhece e estima as pessoas abatidas pela enfermidade muitas vezes inesperada e traiçoeira. Aliás, os próprios professores mais abalizados de nossas Faculdades de Medicina insistem na colaboração íntima entre o enfermo e o profissional a quem se confia em hora decisiva.

Os que até hoje acreditavam que os planos de saúde só eram escolhidos pela classe média devem convencer-se de que já temos no Brasil cerca de quarenta milhões que gastam os

seus pobres proventos para a hora sempre inesperada da doença grave. Aos poucos, o Brasil inteiro deve chegar a usufruir dos benefícios que essa privatização do tratamento da saúde proporciona à população toda inteira.

É por isso mesmo que ressarcimento ao SUS deve entrar dentro da consideração das normas que estão sendo elaboradas neste momento em Brasília. O povo merece respeito e os vencimentos de mais de 90% de brasileiros não atingem a quantia necessária para um tratamento adequado em casos graves.

Defendemos em primeiro lugar a saúde daqueles que recorrem aos institutos mantidos pelo próprio governo. As longas filas e os prazos marcados nos levam sempre a pensar que a primeira meta para a conservação da vida está longe de ser alcançada em nossa terra. Tanto o pobre, quanto aqueles que dispõem de alguns bens sabem que somos uma grande família, se quisermos ser autêntica Pátria com cidadãos respeitados.

Meus amigos: o Ministério da Saúde nunca recebeu o tratamento devido, nem os recursos indispensáveis ao longo de nossa história. Com a regulamentação dos planos de saúde os nossos deputados federais deveriam esmerar-se para criar um novo clima, garantindo a todos os brasileiros o que há de mais indispensável: os meios de conservar a saúde no ambiente em que vivem, lutam e sofrem, em favor de um Brasil mais justo e mais fraterno.

Que Deus inspire atodos que lutam pela saúde do povo! PAI NOSSO...

Fórum Nacional de Acompanhamento da Regulamentação dos Planos de Saúde

CARTA DE PRINCÍPIOS

O Fórum Nacional de Acompanhamento da Regulamentação dos Planos de Saúde é uma associação livre, sem fins lucrativos, apartidária, independente, que, sem distinção de nacionalidade, credo, raça, orientação sexual e gênero, se caracteriza por uma articulação de entidades da sociedade civil, organizações não governamentais, entidades de classe, conselhos profissionais, sindicatos, fundações e outros que atuam na defesa dos direitos de usuários, consumidores, pacientes e profissionais de saúde vinculados a planos privados de saúde, seja na modalidade de medicina de grupo, seguro-saúde, cooperativa médica, autogestão e afins.

São finalidades do Fórum:

1. Garantir o acesso e a qualidade da assistência em saúde aos usuários de planos privados de saúde
2. Acompanhar e divulgar a regulamentação dos planos de saúde, tornando públicas as decisões das instâncias governamentais instituídas.
3. Influenciar na legislação pertinente no sentido de conquistar e assegurar novos direitos ou alterar dispositivos contrários ou prejudiciais aos usuários de planos de saúde.
4. Atuar perante os poderes Executivo, Legislativo, Judiciário, Ministério Público, fóruns de controle social em saúde e meios de comunicação.
5. Orientar, acompanhar e denunciar qualquer tipo de violação das leis vigentes, que prejudiquem os direitos dos usuários de planos privados de saúde.
6. Denunciar todas as formas de omissão, transgressão e violação dos direitos humanos, civis e sociais, bem como preconceito e discriminação contra usuários de planos privados de saúde, buscando mecanismos para punir os infratores.

7. Apoiar e repercutir as ações dos membros do Fórum, sempre que vá de encontro aos princípios coletivos, prevalecendo as identidades, autonomia, personalidade jurídica, estatutos sociais e dinâmicas próprias das entidades.
8. Defender os princípios do Sistema Único de Saúde aplicados à regulamentação do setor de saúde suplementar
9. Produzir e difundir informações, estudos e avaliações na área de atuação do Fórum.
10. Organizar e promover reuniões, encontros, seminários, cursos e eventos.

Para atingir seus objetivos o Fórum é administrado por uma Plenária de Entidades e uma Diretoria Executiva, contando com o apoio dos integrantes, em sistema de revezamento, para manutenção da secretaria e convocação das reuniões.

Sede do Fórum - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

Rua da Consolação, 753, 8 º andar, CEP: 01301-910. Tel: (11) 3017-9393

FAX: (11) 3259-5240. Home-page: www.planosdesaude.org.br

**MEDIDA PROVIÓRIA 2.177-43, PRINCIPAIS ALTERAÇÕES PROPOSTAS NA
LEI 9.656**

Data 14/08/2001 Jornal O Globo Págs. 21
ECONOMIA

Editoria de Arte

As principais alterações



Segundo o Idec, o Procon-SP e a OAB, a nova medida provisória proibiria o usuário de escolher livremente os prestadores de serviço (médicos, laboratórios, hospitais), mesmo entre os credenciados pelo plano ou seguro saúde



O paciente teria de passar primeiro por um "médico porteiro", clínico geral (a medida provisória usa a imagem de "triadores"), que vai definir ou não a necessidade de consulta com um especialista.



A MP condicionaria o atendimento e cobertura do plano à disponibilidade de serviços numa determinada área geográfica. O consumidor que necessitar de um serviço inexistente na região onde mora não teria o atendimento



A medida provisória anularia a necessidade de registro das operadoras nos Conselhos de Profissionais de Saúde (Medicina, Odontologia etc), prevista inicialmente na lei dos planos de saúde. Isto vai impedir uma fiscalização mais efetiva da qualidade dos serviços



A medida provisória obrigaria o consumidor a adaptar o contrato antigo (que foi assinado até dezembro de 1998) até dezembro de 2003. Depois disso, o consumidor terá de negociar livremente com a empresa que presta o serviço. Os contratos novos (assinados depois de dezembro de 1998) serão adequados automaticamente às regras do novo texto



Instituiria o chamado Plano Especial de Adesão, válido para os contratos antigos. Acena com um percentual único de aumento das mensalidades para atrair uma migração em massa dos contratos antigos. Mas o percentual de reajuste não está especificado e vai variar de empresa para empresa



A lei em vigor que disciplina o funcionamento das empresas de plano e seguro saúde foi promulgada em 1998. Desde então, o governo já editou 43 medidas provisórias alterando o texto original da lei



Estima-se em 40 milhões o número de usuários do sistema privado de saúde. Deste total, apenas 30% aderiram às novas formas de planos estipuladas pela lei de 1998

Fonte: Idec, Procon-SP e OAB

MEDIDA PROVIÓRIA 2.177-43, POSICIONAMENTO DAS ENTIDADES.

Data 14/08/2001 Folha de São Paulo Págs. B - 6
DINHEIRO

MEDICINA DE GRUPO *Novas regras atendem aos interesses das operadoras e prejudicam consumidores, dizem associações*

Entidades rejeitam MP que modifica planos de saúde

MARCOS CÉZARI
DA REPORTAGEM LOCAL

A medida provisória 2.177-43, que modifica a legislação dos planos de saúde, representa um retrocesso e precisa ser rejeitada pelo Congresso, pois pode prejudicar milhões de brasileiros.

Essa foi a conclusão a que chegaram diversas associações e entidades de defesa dos consumidores durante reunião realizada ontem em São Paulo para analisar as regras da MP.

A reunião contou com a presença de representantes dos consumidores, usuários, médicos e profissionais de saúde como o Procon (Fundação Procon de São Paulo), Idec (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor), Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira, Fórum de Entidades Nacionais de Defesa dos Portadores de Patologias e Deficiências e Fórum Nacional de

acompanhamento da Regulamentação dos Planos de Saúde.

Em comunicado conjunto distribuído após a reunião, as entidades afirmam que a MP, assinada em 27 de julho, atende apenas aos interesses das operadoras e representa um retrocesso ao "rasgar" a lei 9.656/98 (lei dos planos de saúde) e descaracterizar a já deficiente e excludente regulamentação dos planos implementada nos últimos três anos.

Segundo as entidades, "a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) engana a população e afronta o Congresso ao fazer editar medidas tão arbitrárias e lesivas aos usuários".

Entre as medidas arbitrárias está a que proíbe o usuário de escolher o prestador de serviço de saúde.

de (médico, laboratório, hospital), mesmo dentro da rede credenciada.

A criação dos chamados "médicos porteiros" (médicos triadores) também é criticada pelas entidades. Para elas, isso impedirá que o consumidor tenha acesso direto ao atendimento, ou seja, precisará se consultar primeiro com um clínico-geral para depois, eventualmente, ser encaminhado a um especialista — o que é o falido sistema "managed care".

Diversos outros pontos da MP também foram criticados pelas entidades. Um deles é o que condiciona o atendimento e a cobertura à disponibilidade de determinada área geográfica. Dessa forma, o consumidor que necessitar de um serviço inexistente na região não poderá ser atendido.

A MP também "agrava a fragmentação da assistência à saúde, possibilitando a oferta de planos 'subsegmentados', isto é, legalizando exclusões e restrições ainda maiores de cobertura."

As entidades dizem que "a MP força o consumidor a adaptar o seu contrato até dezembro de

2003. Depois disso, o consumidor terá que negociar livremente, ficando refém das imposições das operadoras".

Ao instituir o "plano especial de adesão a contrato adaptado", as entidades dizem que a MP visa a migração coletiva de contratos antigos (anteriores à lei) com percentual único de aumento das mensalidades, com regra específica para faixa etária e isenção de carências.

Porém o "plano especial" (adaptado) dá ao consumidor a falsa ilusão de que haverá a contratação de um plano com cobertura total. Além disso, os aumentos únicos, que não estão definidos na MP, poderão ser abusivos, afirma o documento.

Diante de todos esses problemas, "as entidades conclamam os parlamentares a não aprovar a MP, pois ela trará prejuízos irreversíveis a milhões de usuários de planos de saúde".