

A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas

Government regulation of the private health care market in Brazil: a history of disputes

Eurípedes Balsanufu Carvalho ¹
Luiz Carlos de Oliveira Cecílio ²

Abstract

This paper reconstructs the dispute between the main social actors with direct interests in the regulation of private health care in Brazil during the period immediately prior to the passage of Act 9.656/98, highlighting the divergences between these actors in relation to 28 central topics for shaping the regulatory framework prevailing in the country since 1998. The material used in the description and systematization of the positions in the regulatory dispute resulted from an empirical, descriptive, comparative study based on document analysis and interviews with key actors. The study systematizes the main points of controversy and consensus among the various actors, particularly highlighting the many points of agreement between proposals by medical organizations and those of users' organizations and consumer defense institutes, thereby suggesting the possibility of establishing an ethical and political bloc committed to the defense of improved health care as opposed to sheer market logic.

Supplemental Health; Government Regulation; Prepaid Health Plans

Introdução: contextualizando a discussão sobre a regulamentação do setor suplementar no Brasil

A assistência médica foi incorporada como benefício a grupos de trabalhadores brasileiros a partir da década de 1930. Em 1988, após intensa mobilização da cidadania, o direito universal à saúde foi inserido na *Constituição* brasileira como um dos direitos sociais, sendo criado o Sistema Único de Saúde (SUS) para viabilizá-lo. Porém, isso se dá numa conjuntura internacional sob hegemonia do neoliberalismo, que tem como pressuposto o Estado mínimo, a quebra dos direitos sociais, devendo o direito à saúde ser comprado no mercado como bem de consumo ou negociado como benefício trabalhista ¹. Entre 1991 e 1998, ocorre a regulamentação dos planos de saúde que culminou na aprovação da *Lei nº. 9.656/98* que, entre outras conseqüências, regulamentou a entrada do capital estrangeiro no mercado de saúde. O processo de regulamentação aconteceu em uma conjuntura internacional dominada pela globalização e internacionalização dos capitais com a criação da Organização Mundial do Comércio (OMC), em 1995, e liberalização do comércio mundial ^{2,3}.

O setor suplementar existe há mais de 70 anos. Carvalho, ⁴ com base em dados da literatura e de entrevistas realizadas em sua dissertação de Mestrado, Czapski ⁵ e Irion ⁶ mostram que as empresas de autogestões em saúde foram

¹ Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, São Paulo, Brasil.
² Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil

Correspondência

E. B. Carvalho
Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo.
Rua Doutor Diogo de Faria 1311, apto. 511, São Paulo, SP 04037-005, Brasil
euripedesbc@ajato.com.br

criadas a partir da década de 1930, as medicinas de grupo em 1956, no rastro da industrialização do ABC paulista, as cooperativas médicas (UNIMED) em 1967, como resposta ao surgimento dos grupos médicos e que o seguro saúde, embora legalizado desde 1966, só foi regulamentado a partir de 1977.

Em 1996, operavam no setor suplementar 1660 empresas que possuíam aproximadamente 40 milhões de beneficiários, com prêmios de R\$ 17.85 bilhões, para um orçamento do Ministério da Saúde de R\$ 16.15 bilhões ⁷. Na época, era possível identificar uma vigorosa ampliação do setor suplementar, sendo que os seguros cresceram 63% em 1994 e 40% em 1995 ^{8,9}.

Entre 1992 e 1996, as queixas contra planos e seguros saúde estavam entre as cinco primeiras causas de reclamações às Fundação de Defesa e Proteção do Consumidor (PROCON) de São Paulo, Brasília e Rio de Janeiro ⁴.

O Estado brasileiro tem estimulado o setor suplementar por meio de renúncias fiscais na dedução do imposto de renda (valor de R\$ 1,7 bilhão em 1977 e estimado de 2,4 bilhões em 2002) e, também como consequência da certificação de operadoras como entidades filantrópicas e da compra de planos de saúde para os funcionários públicos ¹⁰. Almeida ¹⁰ e Bahia & Viana ¹¹, utilizando dados da literatura mostram que: o mercado de saúde suplementar apresenta características particulares, como o fato do consumidor não ter autonomia para decidir o momento em que consumirá o serviço comprado/segurado; da informação para o consumidor ser incompleta e assimétrica em relação ao prestador de serviço, pois é altamente mutável no tempo o conhecimento sobre a melhor forma de controlar a saúde, assim como pela velocidade do desenvolvimento tecnológico setorial; do risco moral, que refere-se à mudança de comportamento do segurado em função de não ter de suportar o custo total do atendimento; da seleção adversa, que é a tendência do sistema de incorporar indivíduos de maior risco, e da seleção de risco, que são as barreiras impostas pelas seguradoras à entrada de segurados no sistema, peneirando os de alto risco. A tendência em mercado desregulado é o aumento do custo, o que impõe a necessidade de regulamentá-lo.

O *Decreto Lei nº. 73*, de 1966 ¹², que regulamentava os seguros de saúde, o fazia sob a concepção geral de seguro e não havia norma específica para os planos de saúde, que envolvesse operadora de planos de saúde, prestador e usuário.

A regulamentação foi inserida na agenda política nacional em função das queixas dos usuários/consumidores e dos conflitos no relaciona-

mento médico/usuário/operadoras de plano de saúde

No Movimento de Defesa dos Usuários e Consumidores, foram atores fundamentais o Instituto de Defesa do Consumidor (IDEC) e a PROCON-SP, que agiam para garantir o atendimento, por meio do acolhimento de queixas e promoção de ações judiciais, além de realizarem estudos sobre os Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde e o Fórum Nacional de Portadores de Patologia e Deficiências que apresentava as denúncias de exclusões e limitações ou falta de coberturas através de suas mobilizações e atuação cotidiana ^{4,13}.

As entidades médicas, desde a década de 1960, se colocaram em defesa da autonomia profissional e contra a intermediação do trabalho médico ¹⁴. Em 1987, o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) ¹⁵ aprovou a *Resolução nº. 19/1987* que era dirigida às operadoras de medicina de grupo do Estado do Rio de Janeiro e tratava da autonomia profissional referente a meios diagnósticos, liberdade do paciente na escolha do médico e remuneração médica.

Em 1993, o Conselho Federal de Medicina (CFM) ¹⁶ elaborou *Resolução* semelhante, de *nº. 1.401*, porém dirigida a todas as operadoras e com abrangência nacional, que foi suspensa por liminar concedida à Confederação das Misericórdias. Porém, na seqüência, mais de dez projetos sobre o tema foram apresentados ao Congresso, como mostra o avulso para votação destes projetos de Lei no plenário da Câmara dos Deputados ¹⁷. Essas foram razões políticas e sociais conjunturais e relacionadas com a estrutura do mercado dos planos de saúde que ensejaram a sua regulamentação. Por outro lado havia razões estruturais do sistema econômico e social vigente no Brasil à época, uma vez que já em 1904, Max Weber ¹⁸ (p. 29), ao analisar o desenvolvimento moderno do capitalismo, afirmava que: “*entre os fatores incontestáveis (para o desenvolvimento do capitalismo) estão as estruturas racionais das leis e da administração, pois que o moderno capitalismo racional não necessita apenas do meio técnico de produção, mas também de um sistema legal calculável e de uma administração baseada em termos de regras formais*”.

Metodologia

Este artigo tem como base a dissertação de Mestrado apresentada junto ao Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) ⁴. A investigação teve como objetivo reconstruir o processo da regulamen-

tação dos planos de saúde, com ênfase na caracterização dos projetos disputados pelos mais importantes atores sociais interessados diretamente no processo de regulação por parte do Estado. Utilizando-se do conceito de ator social de Matus¹⁹, para quem o ator social é uma personalidade, agrupamento humano ou organização, que tem capacidade de acumular força, desenvolver necessidades e interesses e atuar produzindo fatos na situação. A reconstrução do posicionamento dos atores durante o processo de regulamentação foi feita por meio da análise documental e de entrevistas.

No estudo, tiveram destaque os seguintes atores ou forças sociais: o Executivo, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), o Ministério Público, o PROCON, as diversas organizações não-governamentais (ONGs) de usuários e consumidores, as entidades médicas, as operadoras de planos de saúde (medicinas de grupo, seguradoras, autogestão e cooperativas médicas). Esses atores tiveram protagonismo destacado no processo de regulamentação que resultou na aprovação da *Lei nº. 9.656*, em 1998.

Tais atores sociais envolvidos no processo de regulamentação são, na verdade, “macroatores”, isto é, muitas vezes representam mais do que coletivos unificados por um só programa ou matriz discursiva²⁰, na medida em que também podem ser vistos como verdadeiras arenas de disputas de interesses divergentes e inconciliáveis. Como exemplo, basta analisarmos a composição do CNS e os interesses divergentes que ele congrega. O próprio “Executivo” não é um ator homogêneo, tendo em seu interior atores que atuam com lógicas diferentes, muitas vezes conflitantes, bastando ver as relações entre Ministério da Saúde e a equipe econômica da Fazenda ou os técnicos da Superintendência de Seguros Privados. De qualquer forma, e para fins do presente estudo, consideramos tais atores como dotados de certa “homogeneidade discursiva”, na medida em que era possível reconhecer seu posicionamento diante dos vários temas disputados. O campo da regulamentação foi trabalhado como um território político povoado por atores ou forças sociais, portadores de interesses na maioria das vezes incompatíveis entre si e em permanente peleja e disputa.

Além da leitura da extensa fonte de documentos escritos, que evidenciam as posições defendidas pelos atores no processo de regulação, alguns dos seus mais expressivos representantes foram entrevistados para precisar melhor as posições identificadas por meio da análise documental.

A investigação foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa da UNICAMP. Todas as entrevistas foram anotadas, digitadas e submetidas à

apreciação dos entrevistados, inclusive sofrendo alterações atendendo aos pedidos dos mesmos. Foi enviada cópia da versão final da dissertação para todos os entrevistados.

Resultados e discussão

As posições defendidas pelos atores sociais em relação aos 28 temas mais polêmicos em disputa, coletados através de análise documental e entrevistas complementares, foram sistematizadas e agrupadas em cinco grandes blocos temáticos.

Bloco temático 1: o grau e as características da regulamentação do setor suplementar (7 temas em disputa)

- 1) Contra ou a favor da regulamentação;
- 2) Regulamentação dos planos e seguros, separadamente ou conjuntamente;
- 3) A favor ou contra a entrada de capital estrangeiro;
- 4) Subordinação da Saúde Suplementar ao Ministério da Saúde ou ao Ministério da Fazenda, ou a ambos;
- 5) A favor ou contra a subordinação da saúde suplementar ao Conselho Nacional de Seguros Privados;
- 6) A favor ou contra a criação de agência estatal para regulamentar o setor supletivo;
- 7) Câmara de Saúde Suplementar de caráter consultivo ou deliberativo.

Bloco temático 2: cobertura e exclusões a doenças e problemas relacionados à saúde dos usuários/consumidores de planos (9 temas em disputa)

- 8) Instituição ou não do plano referência de assistência à saúde;
- 9) Contra ou a favor da segmentação dos planos (possibilidade de cobertura restrita a áreas ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetrícia e odontologia);
- 10) Cobertura ou não no atendimento à emergência e urgência durante o período de carência;
- 11) Exclusão ou não de cobertura às epidemias;
- 12) Existência ou não de limite de tempo máximo de internação, inclusive em unidade de terapia intensiva;
- 13) Carência ou não para partos e demais casos;
- 14) Cobertura total ou parcial dos honorários médicos nas internações e consultas ambulatoriais;
- 15) Cobertura ou não a doenças e lesões pré-existentes;
- 16) O grau de cobertura dos serviços de diagnóstico e tratamento.

Bloco temático 3: o exercício profissional e a organização do trabalho médico (6 temas em disputa)

- 17) O grau de autonomia do profissional médico e demais profissionais frente às operadoras quanto à escolha de meios diagnósticos e terapêuticos;
- 18) A possibilidade de livre escolha dos médicos, demais profissionais e prestadores pelos usuários;
- 19) O credenciamento dos médicos e demais profissionais de saúde pelas operadoras de planos de saúde;
- 20) O referenciamento dos médicos e demais profissionais de saúde pelas operadoras;
- 21) Proibição ou não da unimilitância, isto é, a criação de vínculo exclusivo do médico à operadora;
- 22) Aceitação e reconhecimento da lista de procedimentos médicos da Associação Médica Brasileira (AMB).

Bloco temático 4: a relação público-privado (4 temas em disputa)

- 23) A favor ou contra o fornecimento obrigatório de dados epidemiológicos ao Ministério da Saúde por parte das operadoras;
- 24) A favor ou contra o ressarcimento ao SUS, do atendimento feito a usuários dos planos;
- 25) A favor ou contra subsídios governamentais aos planos via dedução do Imposto de Renda;
- 26) A favor ou contra estímulos governamentais aos planos via a concessão de certificado de utilidade pública.

Bloco temático 5: continuidade de usufruto do plano após término do vínculo empregatício (2 temas em disputa)

- 27) O direito do trabalhador manter-se como beneficiário em caso de demissão;
- 28) O direito do trabalhador manter-se como beneficiário em caso de aposentadoria.

Com o material empírico coletado por meio de extensa pesquisa documental, foi construído um quadro, para cada um dos temas em disputa, no qual era possível, quase sempre, se visualizar a posição defendida pelo ator estratégico. Os quadros mostravam a posição dos diferentes atores, em relação ao tema em disputa, durante o processo de regulamentação, caracterizando sua posição como “a favor”, “contra” ou “a favor, com restrição”. Para dar uma idéia de como os quadros estavam organizados e tinham potência para mostrar, de forma sistematizada, as posições convergentes e/ou divergentes, selecionamos

um tema em cada um dos cinco blocos temáticos e com eles organizamos a Tabela 1.

Na disputa em relação ao tema *Necessidade de Regulamentação dos Planos de Saúde*, pertencente ao bloco temático 1, pode ser visto que o executivo tinha a mesma posição das seguradoras e das autogestões, disputando posição com os demais atores. O termo “a favor, com restrição” significa uma posição favorável a uma regulamentação restrita a uma parcela dos planos de saúde. As seguradoras e autogestões pleiteavam ficar fora da nova Lei, por se considerarem já regulamentados e, no caso do Executivo, por apresentarem o *Projeto de Lei nº. 3.617/97*¹⁷ que atendia o pleito das seguradoras. Pode-se dizer que o bloco temático 1, quando analisado o material completo coletado pelo estudo, abrigou alguns temas quase consensuais, entre eles a necessidade de regulamentação conjunta dos planos de saúde. Nesse tema, as seguradoras defendiam uma regulamentação separada dos planos e seguros saúde, e as autogestões e cooperativas defendiam ser excluídas da regulamentação. Chama a atenção, ainda, nesse bloco, algumas convergências de posição entre o poder executivo e as seguradoras, em particular a defesa de que os planos de saúde deveriam ser subordinados ao Ministério da Fazenda. A entidades médicas, os consumidores e usuários eram favoráveis à subordinação ao Ministério da Saúde, enquanto que o CNS, o Ministério Público, as medicinas de grupo e as cooperativas médicas eram favoráveis à subordinação tanto ao Ministério da Fazenda quanto ao da Saúde.

O tema *Cobertura dos Meios de Diagnóstico e Tratamento*, do bloco temático 2 e mostrado na Tabela 1, mostra um alinhamento das entidades médicas e das organizações de usuários e de defesa do consumidor a favor da cobertura integral, contra a posição das operadoras de medicina de grupo, seguradoras, cooperativas médicas e Executivo que eram favoráveis à segmentação, isto é, à possibilidade do atendimento apenas nas áreas ambulatorial, hospitalar, de obstetrícia e odontológico e conseqüente cobertura apenas na área contratada, excluindo as demais.

Quanto à *Autonomia do Médico para Solicitar Exames e Decidir Tratamentos*, do bloco temático 3, é possível reconhecer uma grande diversidade de posições, evidenciando-se uma questão bastante polêmica, com as entidades médicas defendendo a total autonomia do profissional, o IDEC a favor da boa técnica e os demais não se posicionando ou defendendo medidas gerenciais de controle como auditorias e outras. Os blocos temáticos 2 e 3 apresentaram, também, grandes disputas. No que se refere às coberturas e exclusões, havia, no geral, convergência

Tabela 1

Síntese das posições defendidas pelos vários atores que disputaram o processo de regulamentação dos planos, em relação a cinco dos 28 temas que compunham a pauta da regulamentação.

Atores	Necessidade da regulamentação dos planos de saúde	Cobertura dos meios diagnósticos e tratamento	Autonomia médica na escolha dos meios diagnóstico e de tratamento	Dedução no Imposto de Renda	Manutenção do plano em caso de demissão
Executivo	A favor, com restrição	Parcial	Não se posicionou	A favor	A favor
Conselho Nacional de Saúde	A favor	Total	Cobertura da CID	Não se posicionou	A favor
Ministério Público	A favor	Total	Não se posicionou	Não se posicionou	Não se posicionou
PROCON	A favor	Total	A favor	Não se posicionou	Não se posicionou
ONGs/usuário e consumidor	A favor	Total	A favor, desde que respeitada a boa técnica	IDEC questionava	A favor
Entidades médicas	A favor	Total	Ampla e total liberdade de escolha	FENAM questionava	Não se posicionou
Medicinas de grupo	A favor	Parcial	Não se posicionou	A favor	Contra
Seguradoras	A favor, com restrição	Parcial	A favor de critérios gerenciais *	A favor	Não se posicionou
Autogestão	A favor, com restrição	Total	A favor de critérios gerenciais	A favor	Contra
UNIMED	Contra	Parcial	A favor, submetida a auditorias	A favor	Não se posicionou

CID: Classificação Estatística Internacional das Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde; IDEC: Instituto de Defesa do Consumidor; PROCON: Fundação de Defesa e Proteção do Consumidor; UNIMED: Cooperativas médicas; FENAM: Federação Nacional dos Médicos.

* Critérios gerenciais como pacotes e metas referenciais.

entre consumidores, portadores de patologias, profissionais de saúde, na maioria das vezes com o apoio do CNS, Ministério Público e PROCON, em favor da maior cobertura, da não exclusão e contra as carências, ao passo que as operadoras, como era de se esperar, defendiam posição oposta. O Executivo teve posição variável em relação a este tema. No bloco temático 2, a única unanimidade foi quanto à instituição do Plano Referência de Assistência à Saúde. No bloco 3, referente ao exercício profissional dos médicos, houve grandes divergências, principalmente entre entidades médicas e operadoras de planos de saúde. Na maioria das vezes, o Executivo posicionou-se ao lado das OPS. Várias questões defendidas pelas entidades médicas tiveram o apoio dos consumidores, portadores de patologia, CNS e PROCONs.

Em relação aos *Estímulos aos Planos de Saúde de via Dedução do Imposto de Renda*, do bloco temático 4, as operadoras e o governo eram a favor, enquanto que o IDEC e a FENAM questionavam tal medida. Ainda nesse bloco, que tratava das relações público-privado, quando o tema era o fornecimento de dados epidemiológicos ao Ministério da Saúde e ressarcimento ao SUS, houve concordância entre o poder Executivo, entidades médicas e ONGs de usuários e consumidores. As operadoras de planos de saúde

concordaram, de uma maneira geral, com o fornecimento de dados para o Ministério da Saúde, porém as seguradoras ressaltaram que deveria ser sem ônus, o que é uma forma de dificultar a implantação de tal medida. Apenas as medicinas de grupo foram favoráveis ao ressarcimento, pois o atendimento na rede pública amplia a sua rede de atendimento.

Em relação à *Manutenção como Beneficiário se o Trabalhador for Demitido*, do bloco temático 5, a Tabela 1 mostra que a posição foi bancada eminentemente pelo Executivo, que adotou o *Projeto de Lei do Senado nº. 177, de 1977*²¹, com o apoio dos consumidores e CNS, sendo que as medicinas de grupo e autogestões eram contra e as seguradoras e UNIMEDs não se manifestaram.

No caso da manutenção do trabalhador beneficiário após a aposentadoria, repetiu-se o mesmo posicionamento, exceto quanto aos usuários que não se posicionaram.

O material empírico coletado permite afirmar que houve uma importante convergência entre as entidades médicas e as organizações de usuários e consumidores nos temas referentes à necessidade de regulamentação, à subordinação do setor de saúde suplementar ao Ministério da Saúde, à garantia de cobertura, a não exclusão, a não existência de carências e à defesa da autono-

mia profissional dos médicos. O poder Executivo na maioria das vezes aliou-se às operadoras de planos de saúde, em particular às seguradoras.

O governo federal, à época, tinha uma visão liberal de internacionalização da economia brasileira e desta forma buscava proporcionar marcos regulatórios seguros para os agentes financeiros nacionais e internacionais, que, como já vimos, é uma condição básica para o desenvolvimento do capitalismo.

Por outro lado, havia razões da própria área de gestão da saúde pública e da saúde suplementar, pois, segundo José Carlos Seixas, secretário executivo do Ministério da Saúde nos governos Fernando Collor de Mello (1990-1992) e Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), entrevistado durante a pesquisa: “... 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 Ministério da Fazenda e Ministério da Agricultura eram insuficientes; e interessava ao setor suplementar uma regulamentação para resolver suas contradições internas”⁴ (p. 131).

Essa afirmação é corroborada pelas posições diferentes assumidas pelas operadoras de planos de saúde quanto à necessidade de regulamentar ou não os planos de saúde, ou se os planos e seguros saúde deveriam ter sido regulamentados em conjunto ou em separado, como já foi indicado quando comentamos os resultados encontrados na investigação. Isso se deve, inclusive, entre outros fatores, às características das próprias operadoras de planos de saúde, uma vez que as medicinas de grupo possuem redes próprias de atendimento, enquanto que as UNIMEDs são cooperativas de médicos que atendem os usuários em clínicas e consultórios dos próprios cooperados, embora esteja havendo um movimento progressivo para construção de uma rede hospitalar própria, e as autogestões e seguradoras geralmente contratam serviços de prestadores pessoas físicas e jurídicas (sejam eles profissionais de saúde ou estabelecimentos de diagnose e terapêutica ou hospitalares). Outra questão é que, enquanto as medicinas de grupo e UNIMEDs têm sua receita por sistema de pré-pagamento, advindo o lucro ou “sobra”, no caso das UNIMEDs, da boa administração da assistência à saúde realizada pelos planos, as seguradoras trabalham com um lucro garantido, vendendo seus seguros-saúde sob a forma de prêmios que têm custos atuariais estimados para a população a ser atendida. As autogestões podem ratear seus custos com os eventuais patrocinadores ou mesmo com o grupo assistido

quando não há patrocinadores. Por outro lado, a maioria dos planos de saúde é coletiva, sendo que algumas operadoras de planos de saúde, como as autogestões, só têm este tipo de plano, enquanto que as demais oferecem planos individuais, embora com tendência a diminuir sua presença no mercado.

Conclusões

A aprovação da *Lei nº. 9.656/98*²² foi fruto da articulação dos movimentos dos consumidores de planos de saúde, dos portadores de patologia e dos médicos que se sentiam ameaçados. Os primeiros, em relação aos seus direitos de assistência, os últimos, em relação à sua autonomia profissional, tendo em vista a racionalização crescente das práticas das operadoras, atuando na lógica do mercado.

A aliança usuários/consumidores/profissionais de saúde/setores da academia e corpo técnico das universidades já havia ocorrido durante a Assembleia Nacional Constituinte na década de 1990, que, com o apoio dos partidos políticos vinculados à luta pela redemocratização do Brasil, inseriu na *Constituição* brasileira o direito à saúde.

Entendemos 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. A história tem mostrado que os governos atuam em consonância com consensos conquistados na luta social, e estes se transformarão em texto legal, a exemplo da *Constituição Federal* de 1988²³, da *Lei nº. 8.080/90*²⁴ e da *Lei nº. 9.656/98*²², modificada pela *Medida Provisória nº. 2.177/2001*²⁵. Por outro lado, achamos 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 a 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; isto repercutiu no reajuste das anuidades dos planos, 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 Agência Nacional de Saúde Suplementar. Passados sete anos da regulamentação, somente em 2005 foi atingido o número de usuários/consumidores apregoados na fase pré-regulamentação e apenas 61,5% dos planos são contratos novos sob as normas da *Lei n.º 9.656*²⁶. No entanto, 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 têm se constituído, juntamente com o Congresso Nacional e o Poder Judiciário, nos guardiões do processo de regulamentação, em defesa dos direitos dos cidadãos usuários/consumidores de planos de saúde.

Como pode ser visto nas Tabelas 2 e 3, a *Lei n.º 9.656/98*²² e suas modificações posteriores resultaram num arcabouço legal que tenta dar conta de um conjunto de temas que foram objeto de disputa, conforme o material empírico sistematizado pela pesquisa.

As principais mudanças determinadas na *Lei n.º 9.656* e pelas medidas provisórias subsequentes, como mostra a Tabela 3, foram a subordinação da regulamentação dos planos de saúde ao Ministério da Saúde, a criação do Conselho de

Saúde Suplementar e da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Essas posições eram reivindicadas pela articulação usuários, movimentos de consumidores, entidades médicas, com o apoio parcial dos PRO-CONs e do CNS.

A aliança profissionais e beneficiários dos planos fez prevalecer suas posições, uma vez que predominou a posição de que os planos se subordinassem à área da saúde, assim como ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar, em detrimento do Ministério da Fazenda e Conselho Nacional de Seguros Privados, criando bases mais favoráveis para que as necessidades da saúde predominassem sobre as questões econômicas.

Por outro lado, a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar retirou a regulação da saúde suplementar da órbita da Superintendência dos Seguros Privados de Saúde, criando uma nova e única estrutura governamental com condições de colocar em prática os marcos regulatórios já citados.

O estudo, por ter se restringido à caracterização e sistematização dos vários projetos em disputa no processo que antecedeu a regulamentação do setor suplementar, não se propôs a tratar das disputas, conflitos e contradições que continuaram a existir pós-marco regulatório, embora já existam investigações posteriores que atualizam a discussão.

A segmentação, as carências, as exclusões de doenças pré-existentes, as restrições aos procedimentos de alta complexidade, as características da rede que não é qualificada para atender as emergências, a pequena cobertura na área de odontologia, e a exclusão de outras áreas da

Tabela 2

Marcos legais da regulamentação dos Planos de Saúde.

Lei	Data de publicação no Diário Oficial da União	Ementa
N.º 9.656 ²² foi atualizada pela Medida Provisória n.º 2.177-44/2001 ²⁵	04/Jun/1998	Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde
N.º 9.961 ²⁹	29/Jan/2000	Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar e dá outras providências
N.º 10.185 ³⁰	14/Fev/2001	Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências

Tabela 3

Como ficaram os temas em disputa, durante o processo de regulamentação, nos textos da Lei nº. 9.656/98 e da Medida Provisória nº. 2.177-44/01.

Tema	Lei nº. 9.656/98 ²²	Medida Provisória nº. 2.177-44/01 ²⁵
Necessidade de regulamentação dos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde	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 Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde	Sim	Sim
Subordinar o setor de saúde suplementar ao Ministério da Saúde, da Fazenda ou a ambos	Ministério da Fazenda	Ministério da Saúde
Subordinar o setor de saúde suplementar ao Conselho Nacional de Seguros Privados ou ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar	Conselho Nacional de Seguros Privados	Conselho Nacional de Saúde Suplementar
Criar agência para regulamentar o setor de saúde suplementar, vinculada ao Ministério da Saúde	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
Exclusão de cobertura às epidemias	Não	Não
Limite de tempo de internação e/ou tratamento, inclusive em Unidade de Terapia Intensiva	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

(continua)

Tabela 3 (continuação)

Tema	Lei nº. 9.656/98 ²²	Medida Provisória nº. 2.177-44/01 ²⁵
Aceitação e reconhecimento da lista de procedimentos médicos da Associação Médica Brasileira	Não	Não
Fornecimento de dados epidemiológicos ao Ministério da Saúde	De informações e estatísticas	De informações e estatísticas
Ressarcimento ao SUS do atendimento prestado a seus usuários	Sim	Sim
Estímulos governamentais aos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde, via dedução no Imposto de Renda	Não trata do tema	Não trata do tema
Estímulos governamentais aos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde, 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

saúde mostram o quanto permanecem questões ainda não resolvidas pela regulação ^{4,27}.

Há autores como Mehry & Júnior ²⁸ (p. 4) 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*”.

Concordamos com Scheffer ¹³ quando afirma que as futuras disputas entre os atores sociais serão relacionadas à vinculação com a política de saúde, ao estímulo econômico e tributário do Estado aos planos de saúde, à relação

entre operadoras de planos de saúde e prestadores, à adaptação dos planos antigos, ao relacionamento entre Agência Nacional de Saúde Suplementar e Ministério da Saúde, ao caráter da Câmara de Saúde Suplementar (se deliberativa e paritária), ao controle social do setor suplementar e fornecimento de dados epidemiológicos/econômicos/financeiros ao governo e sociedade. Ou seja, uma história de disputas que se desdobrará em novas etapas, com novos temas, conseqüência da multiplicidade de interesses e projetos políticos em disputa no campo da saúde suplementar e sua regulamentação pelo Estado brasileiro.

Resumo

O artigo reconstrói a disputa travada entre os principais atores sociais interessados diretamente no processo de regulamentação da saúde suplementar no Brasil, no período imediatamente anterior à edição da Lei nº. 9.656/98, destacando convergências e divergências destes atores em relação a 28 temas centrais para a configuração do arcabouço regulatório vigente no Brasil desde 1998. O material utilizado para a descrição e sistematização das posições em disputa no processo regulatório resultou de um estudo empírico, descritivo, de natureza comparativo-contrastante, baseado em análise documental e entrevistas com atores-chave. O estudo sistematiza os principais pontos de polêmica e/ou consenso entre os vários atores, destacando, em particular, as muitas convergências das propostas das entidades médicas com aquelas defendidas pelas organizações de usuários e pelos institutos de defesa dos consumidores, apontando para a possibilidade de construção de um bloco ético-político compromissado com a defesa de uma melhor qualificação da assistência, em contraposição a uma lógica meramente de mercado.

Saúde Suplementar; Regulamentação Governamental; Planos de Saúde

Colaboradores

O artigo foi elaborado conjuntamente por todos os autores.

Referências

1. Banco Mundial. Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1993: investindo em saúde. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 1993.
2. Organización Mundial del Comercio. Con el comercio hacia el futuro. <http://www.wto.org> (acessado em 22/Ago/2002).
3. Organización Mundial del Comercio. La Organización Mundial del Comercio. <http://www.wto.org> (acessado em 22/Ago/2002).
4. Carvalho EB. A regulamentação dos planos e seguros privados de assistência à saúde no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2003.
5. Czapski J. Onze homens em torno de uma mesa: nasce a Abramge [Entrevista]. Revista Medicina Social 1991; dez:8-12.
6. Irion JEO. Fale como dono: cooperativismo médico Unimed. São Paulo: Cartaz Editorial; 1994.
7. Wiegatz W. Projeto Landim deixa dúvidas e não satisfaz as operadoras: Unimed teme pelo fim do cooperativismo na saúde. Folha de S. Paulo 1997; 19 out.
8. Alcântara L. Projeto de Lei do Senado nº. 15, de 25 de janeiro de 1996. Regulamenta os Planos de Saúde. http://www.senado.gov.br/sf/atividade/Materia/detalhes.asp?p_cod_mate=24339 (acessado em 29/Abr/2007).
9. Alcântara L. Projeto de Lei do Senado nº. 17, de 31 de janeiro de 1996. Regulamenta o Seguro-saúde http://www.senado.gov.br/sf/atividade/Materia/detalhes.asp?p_cod_mate=24430 (acessado em 29/Abr/2007).
10. Almeida C. O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Brasília: Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas; 1998.

11. Bahia L, Viana AL. Introdução. In: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, organizadores. *Regulação & saúde: estrutura, evolução e perspectiva da assistência médica suplementar*. v. 1. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2002. p. 9-18.
12. Brasil. Decreto Lei nº. 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. *Diário Oficial da União* 1996; 22 nov.
13. Scheffer M. Propostas de aprimoramento da regulamentação dos Planos de saúde. In: *Simpósio Regulamentação dos Planos de Saúde*. Brasília: Conselho Nacional da Saúde, Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 185-8.
14. Campos GWS. *Os médicos e a política de saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 1988.
15. Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro. Resolução nº. 19, de 20 de agosto de 1987. Dispõe sobre as normas a serem seguidas por empresas de medicina de grupo e, na contratação de serviços médicos <http://www.cremelj.org.br/legislacao/exibirResolucao.php?idResolucao=308> (acessado em 28/Abr/2007).
16. Brasil. Resolução nº. 1.401 de 1993. Obriga as operadoras de planos de saúde a garantir o atendimento a todas as enfermidades relacionadas no Código Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde, Organização Mundial de Saúde. *Diário Oficial da União* 1993; 24 nov.
17. Saraiva I. Projeto de Lei da Câmara dos Deputados nº. 4.425, de 1994. Proíbe a exclusão de cobertura de despesas com tratamento de determinadas doenças em contratos que asseguram atendimento médico-hospitalar pelas empresas privadas e seguro-saúde ou assemelhados <http://www2.camara.gov.br/proposicoes> (acessado em 28/Abr/2007).
18. Weber M. *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. São Paulo: Editora Martin Claret; 2001.
19. Matus C. *Política, planificación y gobierno*. Caracas: Fundação Altadir; 1987.
20. Sader E. *Quando novos personagens entram em cena: experiência e luta dos trabalhadores da grande São Paulo, 1970-1980*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra; 1988.
21. Serra J. Projeto de Lei do Senado nº. 177, de 28 de agosto de 1997. Dispõe sobre a manutenção do trabalhador aposentado ou desempregado em virtude de dispensa sem justa causa na condição de segurado ou beneficiário de seguro ou plano de saúde contratado pelo ex-empregador, por tempo definido. http://www.senado.gov.br/sf/atividade/Materia/detalhes.asp?p_cod_mate=29041 (acessado em 15/Mai/2007).
22. Brasil. Lei nº. 9.656, de 3 de Junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. *Diário Oficial da União* 1998; 4 jun.
23. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. São Paulo: Imprensa Oficial; 2001.
24. Brasil. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set.
25. Brasil. Medida Provisória nº. 2.177-44, de 24 de agosto de 2001. Altera a Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os Planos Privados de Assistência à Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2001; 27 ago.
26. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Beneficiários de Planos de Assistência à Saúde por vigência e tipo de contrato do plano*. Brasil 2000 a 2005. <http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoess/informacoess.asp> (acessado em 25/Jun/2006).
27. Malta DC, Cecílio LCO, Jorge AO, Acirole GG, organizadores. *Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2005.
28. Merhy E, Júnior HM. *Regulação pública da assistência na saúde suplementar a quem interessa?* *Jornal do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais* 2001; dez.
29. Brasil. Lei nº. 9.961, de 29 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2000; 29 jan.
30. Brasil. Lei nº. 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. *Diário Oficial da União* 2001; 14 fev.

Recebido em 02/Ago/2006

Aprovado em 01/Mar/2007