

A atuação parlamentar na saúde suplementar: Câmara dos Deputados e Senado Federal, 1998-2018.

**Denis Murahovschi
Alcinda Maria Machado Godoi
Luís Anselmo Reges Dourado
Sebastião Moreira Junior
Ana Maria Malik**

Resumo

Analisa a atividade legislativa da Câmara dos Deputados e do Senado Federal na área de saúde suplementar, para prover subsídios técnico-científicos à atuação do Parlamento no aprimoramento das normas e das políticas públicas de regulação do setor. Foi realizada uma pesquisa documental de caráter exploratório, compreendendo proposições apresentadas nas duas Casas, desde a publicação da Lei dos Planos de Saúde até o final da sessão legislativa, em 2018. As proposições foram categorizadas e analisadas quantitativamente para estabelecer o perfil da atuação parlamentar. De 1998 a 2018, foram apresentados 346 projetos de lei sobre a matéria, 82 no Senado e 264 na Câmara, com tendência de aumento nas últimas legislaturas. Na análise das categorias, destaca-se o tema “cobertura assistencial”, que abrange 22 proposições no Senado e 81 na Câmara. A pesquisa foi contextualizada considerando-se a judicialização de demandas, auditoria do TCU e reclamações dos beneficiários junto à ANS e ao IDEC.

Palavras-chave: Saúde suplementar. Atividade Legislativa. Controle externo. Judicialização da saúde suplementar. Reclamações de consumidores.

The legislative activity in private health insurance and plans: Chamber of Deputies and Federal Senate, 1998-2018.

Abstract

The purpose of this article is to analyze the legislative activity of the Chamber of Deputies and the Federal Senate in the private health insurance and plans area, in order to provide technical and scientific support to improving the standards and the public policies that regulates the sector. The adopted methodology was an exploratory documentary research, comprising the legislative propositions presented in both Legislative Houses, starting at the year of the publication of the main law that regulates the sector (1998) until the end of the legislative session, in 2018. The propositions were categorized and analyzed quantitatively, with a view to establishing a profile of the parliamentary action in the private health insurance and plans area. From 1998 to 2018, 346 bills were introduced, 82 in the Federal Senate and 264 in the Chamber of Deputies, with an upward trend in recent legislatures. In the analysis of the categories, the theme “assistance coverage” stands out, encompassing 22 proposals in the Senate and 81 in the House. The research was contextualized considering the judicialization of demands, an audit of the Federal Court of Accounts (TCU) and complaints from consumers to the National Regulatory Agency for Private Health Insurance and Plans (ANS) and the Brazilian Institute of Consumer Protection (IDEC).

Keywords: Private health insurance and plans. Legislative activity. External control. Judicialization of health care. Consumer complaints.



1 Introdução

Logo após a virada do milênio (março/2000), o número de beneficiários de planos privados de assistência à saúde ultrapassava a casa dos trinta milhões. Do total de beneficiários, 30.510.694 eram vinculados a planos privados de assistência médica de segmentação hospitalar e/ou ambulatorial, com ou sem odontologia, e 2.150.544 eram vinculados a planos de assistência exclusivamente odontológica.

O ano de 2000 também marca a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituída pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, editada pouco mais de um ano após a entrada em vigor da Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998). Essa autarquia especial, vinculada ao Ministério da Saúde, recebeu a incumbência de regular, normatizar, controlar e fiscalizar a assistência suplementar à saúde.

Passadas duas décadas da constituição do marco legal regulatório, o número de beneficiários teve um incremento significativo, passando para 47.105.097, no caso dos planos de assistência médica, e 25.386.843, nos planos exclusivamente odontológicos, segundo consulta realizada na Sala de Situação da ANS¹, ferramenta disponível no portal da Agência, com dados relativos a setembro de 2019. Isso representou um incremento de 54,4% e 1.080,5% no número de beneficiários, respectivamente.

Atualmente, o setor apresenta o seguinte perfil (setembro de 2019):

- a cobertura dos planos de assistência médica, com ou sem odontologia, é de um quarto da população brasileira (24,2%), concentrada nas Regiões Sudeste e Sul;
- a cobertura dos planos exclusivamente odontológicos é de 13,1% da população;
- o tipo de contratação mais frequente é o coletivo, majoritariamente do tipo empresarial, que ultrapassa quatro em cada cinco beneficiários;
- o mercado é constituído por cerca de mil operadoras ativas com beneficiários, três quartos delas são médico-hospitalares (729) e o restante exclusivamente de assistência odontológica (282);
- o número de internações hospitalares realizadas, em 2018, foi de 8.110.557, ou seja, 79 internações por mil beneficiários;
- o número de consultas médicas em regime ambulatorial, de caráter eletivo e de urgência ou emergência em pronto-socorro, em 2018, foi de 274.354.711, ou seja 5,8 consultas por beneficiário;
- o número de procedimentos odontológicos, em 2018, foi de 176.170.746;

¹ Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>.



De acordo com a ANS (2019), as operadoras são classificadas conforme seu estatuto jurídico, nas seguintes modalidades:

- Autogestão: empresa que opera planos de assistência à saúde destinados, exclusivamente, a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, de uma ou mais empresas, ou a participantes (e seus dependentes) de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados.
- Cooperativa médica: sociedade sem fins lucrativos, nos termos da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, formada por médicos, que opera planos de assistência à saúde.
- Cooperativa odontológica: sociedade sem fim lucrativo, nos termos da Lei nº 5.764, de 1971, formada por odontólogos, que opera exclusivamente planos odontológicos.
- Filantropia: entidade sem fins lucrativos que opera planos privados de assistência à saúde, sendo certificada como entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS).
- Administradora de benefícios: empresa que apenas administra planos de saúde financiados por outra operadora. Não possui beneficiários. Não assume o risco decorrente da operação desses planos. Não possui rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos.
- Seguradora especializada em saúde: sociedade seguradora com fins lucrativos autorizada a operar planos de saúde, vedada a operação em outros ramos de seguro.
- Medicina de grupo: demais empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde.
- Odontologia de grupo: demais empresas ou entidades que operam, exclusivamente, planos odontológicos.

É importante ressaltar, ainda, que as operadoras de planos de saúde são obrigadas, por determinação legal, a ressarcir o SUS quando um beneficiário utiliza a rede pública, desde que o atendimento realizado esteja previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, estabelecido pela ANS, e no contrato. A arrecadação desses valores é de responsabilidade da ANS e somente no ano de 2018 foram cobrados, das operadoras, 1,02 bilhões de reais referentes a despesas com internações hospitalares e atendimentos ambulatoriais de alta complexidade. Desde 2000, ano do primeiro repasse, até 2018, o total depositado no Fundo Nacional de Saúde (FNS) atingiu o valor de



2,85 bilhões de reais. Desse valor, 783,38 milhões de reais foram depositados no FNS em 2018 (ANS, 2018).

Antes da edição da Lei nº 9.656, de 1998, o Brasil não possuía legislação específica para a saúde suplementar. Apesar de o setor existir há muitas décadas – empresas de autogestão em saúde foram criadas já na década de 1930, medicinas de grupo em 1956, no processo de industrialização do ABC paulista, e cooperativas médicas (UNIMED) em 1967 –, até então, somente as seguradoras estavam sujeitas a algum tipo de regulamentação, sob fiscalização da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP). Mesmo o seguro-saúde, embora legalizado desde 1966, só foi regulamentado a partir de 1977 (CARVALHO e CECÍLIO, 2007).

No período anterior à regulamentação, as operadoras de planos de saúde notabilizaram-se por serem campeãs de reclamações nos órgãos de proteção e defesa dos direitos do consumidor, conhecidos como PROCON (SILVA, 2005). Ainda hoje, os planos de saúde continuam liderando o ranking de reclamações ao Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), pelo sétimo ano consecutivo, representando 30,2% dos registros, em 2018 (IDEC, 2019).

As ditas “falhas de mercado” – que colocam o consumidor em flagrante inferioridade na relação com as operadoras – foram determinantes para a regulação governamental na saúde suplementar (SANTOS, MALTA e MERHY, 2008). O marco regulatório do setor, constituído principalmente pelas Leis nº 9.656, de 1998, e nº 9.961, de 2000, além de normas infralegais editadas pelo Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU) e pela ANS, buscou dar conta dessas falhas.

A regulação governamental na área da saúde suplementar tem três objetivos típicos: manter a estabilidade do mercado segurador, proteger os consumidores e maximizar a participação dos consumidores no mercado privado de saúde (CHOLLET e LEWIS, 1997). A esses objetivos pode-se agregar um quarto, qual seja o do controle da assimetria de informação (ALMEIDA, 1998), que é o que ocorre quando a informação necessária para que consumidores e fornecedores cheguem a um equilíbrio não está igualmente distribuída entre todos os participantes de mercado, ou seja, uma das partes envolvidas detém informações quantitativamente ou qualitativamente superiores às da outra, e com isso obtém vantagens na negociação.

Nesse sentido, o presente artigo tem por objetivo analisar a atividade legislativa da Câmara dos Deputados e do Senado Federal na área de saúde suplementar, de forma a prover subsídios técnico-científicos à atuação do Poder Legislativo no aprimoramento das normas e das políticas públicas de regulação do setor. Para tanto, foi realizada uma pesquisa de caráter exploratório nas duas Casas Legislativas do Congresso Nacional (Senado Federal e Câmara dos Deputados), com vistas a estabelecer um perfil da atuação parlamentar na área da saúde suplementar. Essa pesquisa foi contextualizada considerando-se a judicialização de demandas, auditoria do TCU



e reclamações dos beneficiários junto à ANS e ao IDEC. Além disso, foi feito um breve histórico do marco regulatório da saúde suplementar e das alterações sofridas por essas leis ao longo das duas décadas de vigência. Ressalte-se que as normas infralegais não foram objeto deste estudo.

O primeiro levantamento de matérias foi realizado em agosto de 2019, pelo Serviço de Apoio Técnico da Consultoria Legislativa do Senado Federal, que identificou 19 matérias em tramitação e 150 com tramitação encerrada no Senado Federal. Na Câmara dos Deputados, foram encontradas 250 matérias em tramitação e 111 com tramitação encerrada.

A depuração desse banco de dados inicial foi feita por meio pesquisas nos sistemas de busca de proposições do Senado Federal e da Câmara dos Deputados, mediante o uso da ferramenta “pesquisa avançada”, nos campos “ementa” e “indexação”, com os seguintes argumentos: “saúde suplementar”, “plano de saúde” (no singular e no plural), “9.656” (com e sem ponto de separação de milhar), “9.961” (com e sem ponto de separação de milhar) e “ANS”. Também foi utilizado o Portal LexML, que permite a realização de pesquisa de proposições legislativas nas duas Casas.

As matérias pesquisadas compreenderam as seguintes proposições: proposta de emenda à Constituição (PEC), projeto de lei ordinária (PLS, no Senado, e PL, na Câmara), projeto de lei complementar (PLS Complementar, no Senado, e PLP, na Câmara) e projeto de decreto legislativo (PDS, no Senado, e PDC, na Câmara). Também foram incluídas as medidas provisórias (MPV), editadas pelo Presidente da República.

A PEC objetiva alterar a Constituição Federal (com exceção das chamadas “cláusulas pétreas”, o que é vedado). Quando for de iniciativa parlamentar, deve ser subscrita por, no mínimo, um terço dos deputados ou dos senadores. São discutidas e votadas em cada Casa do Congresso, em dois turnos, requerendo três quintos dos votos dos respectivos membros para a sua aprovação. Os projetos de lei ordinária podem regular praticamente todas as matérias de competência da União e são aprovados por maioria simples, ao contrário dos projetos de lei complementar, que requerem aprovação por maioria absoluta nas duas Casas. São sempre sujeitos à análise, normalmente nas comissões temáticas, das duas Casas Legislativas, a iniciadora (onde o projeto foi apresentado) e a revisora. Os projetos de lei de iniciativa do Presidente da República sempre têm início na Câmara dos Deputados. Os projetos de decreto legislativos regulam matérias de competência exclusiva do Congresso, entre elas a de sustar os atos normativos do Poder Executivo que exorbitem do poder regulamentar ou dos limites de delegação legislativa (art. 49, inciso V, da Carta Magna). A medida provisória é uma espécie normativa com força de lei, publicada pelo Presidente da República em caso de relevância e urgência, que pode vigorar por até 120 dias. Se aprovadas nesse período, com ou sem modificação do texto original, viram lei, ou então, perdem a validade. (PACHECO, 2013)

Grosso modo, a tramitação de uma proposição no Congresso Nacional, ou seja, o percurso que ela segue e as ações a que fica submetida no âmbito do processo legislativo, exige



sempre análise e manifestação das duas Casas. Normalmente isso ocorre por meio das comissões temáticas e, eventualmente, do Plenário. É efetuada a análise do mérito e da admissibilidade (constitucionalidade, adequação às normas orçamentárias e de responsabilidade fiscal). Ao final, será aprovada ou rejeitada, na íntegra ou com alterações, ou poderá ser arquivada por outros motivos, por exemplo em razão do final da legislatura. Caso aprovada, o final do processo é a sanção ou veto presidencial, que pode ser total ou parcial. Os trechos vetados voltam para análise do Congresso, que pode mantê-los ou derrubá-los.

O intervalo de datas definido foi 4/6/1998 (data de publicação da Lei dos Planos de Saúde) até 22/12/2018, período iniciado após a sanção da Lei dos Planos de Saúde e encerrado no final da última sessão legislativa da legislatura passada, em 2018. As estratégias de busca incluíram o uso de operadores lógicos (AND, OR, NOT), de operadores contextuais (que permitem procurar por termos que estão juntos em um documento ou determinar a distância entre eles) e de caractere do tipo “coringa” (que indica que os demais caracteres são somente uma parte da palavra procurada). As informações recuperadas foram o autor, o título e o tipo da matéria, a ementa, a data de apresentação e a situação da tramitação da matéria.

A existência de ementas “cegas”, ou seja, que não explicitam claramente o objeto da proposição e que normas foram alteradas, problemas na qualidade da indexação das proposições mais antigas e inconsistências nas respostas dos sistemas informatizados foram as principais dificuldades encontradas. Além do uso de sistemas informatizados e de planilhas do tipo “Excel”, os bancos foram depurados por meio de análises sucessivas, quando necessário, realizadas caso a caso, das ementas, da explicação da ementa e do texto integral da proposição.

Os resultados foram categorizados em uma série temática, construída a partir da leitura das ementas, da explicação da ementa, e quando necessário do texto integral da proposição e sua justificativa, que foram analisados quantitativamente.

Para a identificação de possíveis lacunas legais e contextualizar a pesquisa, foi efetuada uma análise sintética das demandas judiciais referentes à saúde suplementar, bem como das demandas dos consumidores junto aos órgãos de defesa dos consumidores e à ANS.

A revisão bibliográfica foi realizada na base de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). As principais palavras-chave pesquisadas foram “saúde suplementar”, “planos de saúde” e “projetos de lei”.

Uma revisão crítica da literatura sobre a saúde suplementar no Brasil (SESTELO, SOUZA e BAHIA, 2014), realizada entre os anos 2000 e 2010, revelou que 14,2% dos textos versavam sobre o tema da legislação da saúde suplementar na ótica do aspecto consumerista e de suas implicações nas relações contratuais entre beneficiários e operadoras, bem como do princípio constitucional da livre iniciativa e seus reflexos na comercialização de planos de saúde. A temática



da regulação aparece em 11,3% dos textos. De acordo com os autores, a recorrência desses temas ao longo de todo o período pesquisado assinala a persistência de conflitos nas relações contratuais, que demanda constantemente a participação do Poder Judiciário (judicialização) e assinala a insuficiência de uma regulamentação específica que possa esclarecer a aplicação da Lei nº 9.656, de 1998.

No que tange à análise da produção legislativa em saúde suplementar, inicialmente, em 1983, a Assessoria de Assuntos Parlamentares do Ministério da Saúde publicou um documento com a ementa das proposições legislativas sobre assuntos relacionados com a área da saúde, em tramitação no Congresso Nacional.

Uma publicação mais específica em relação ao tema do projeto (ROMERO, 2010), analisou a atuação do Congresso Nacional na regulamentação da saúde suplementar, nos seguintes aspectos: histórico e etapas do processo legislativo de regulamentação da Saúde Suplementar, características das iniciativas parlamentares, atuação da Câmara dos Deputados e do Senado Federal e a reforma da lei por iniciativa do Poder Executivo.

De acordo com o estudo, apesar da diversidade de tratamento que a matéria recebeu nas duas casas do Congresso, três características marcaram as iniciativas parlamentares de regulamentação: 1) a falta de abrangência com que a questão foi abordada; 2) o tratamento idêntico dado a planos, seguros e sistemas de autogestão; e 3) a ausência de previsão de uma agência reguladora (nos moldes da que veio, posteriormente, a ser instituída).

Ainda assim, segundo o autor, o Parlamento Federal esteve, desde cedo, sensível à necessidade de regulamentação de planos e seguros de saúde e foi muito atuante nesse sentido, sendo que a primeira proposição legislativa sobre a matéria foi apresentada, em 1991, à Câmara dos Deputados, pela Deputada Irma Passoni. Entre essa data e a aprovação da Lei dos Planos de Saúde, em 1998, vinte e oito proposições legislativas de iniciativa parlamentar tratando da regulamentação de planos e seguros privados de assistência à saúde foram apresentadas ao Congresso Nacional, enquanto uma única proposição, de iniciativa do Poder Executivo, chegou ao Parlamento.

Após intensos debates e negociação entre os atores sociais envolvidos, nas duas Casas Legislativas, a Lei nº 9.656, de 1998, foi finalmente sancionada em 3 de junho de 1998, mas, dois dias depois, o Presidente da República encaminhou ao Congresso Nacional medida provisória que alterava 26 de seus dispositivos. Igualmente, ao final de 1999, o Poder Executivo enviou outra medida provisória para criar a ANS. Transformada em projeto de lei de conversão, a MPV originou a Lei nº 9.961, de 2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar. A partir de então, conclui o autor, a iniciativa de aperfeiçoamento da regulamentação passou das mãos do Poder Legislativo para as do Poder Executivo, assumindo o Congresso Nacional, por sua inércia, o papel de mero coadjuvante.



De outro ângulo, um estudo analisou o financiamento de campanhas pelos planos e seguros de saúde nas eleições de 2010 (SCHEFFER e BAHIA, 2013). A pesquisa concluiu que, no que tange ao Congresso Nacional, o apoio financeiro dos planos de saúde contribuiu para eleger 38 deputados federais (em 2006, haviam sido eleitos 28 deputados com o apoio desse segmento) e 5 senadores. As cooperativas médicas (Unimed) foram responsáveis por 64,96% do total das doações, que, no seu todo, foram de grande espectro político-partidário.

O presente artigo se divide nas seguintes partes principais: introdução (importância do tema, escopo da pesquisa, metodologia, definições do campo da saúde suplementar); regulação da saúde suplementar no Brasil (marco legal; histórico da aprovação e alterações da Lei dos Planos de Saúde; principais temas regulados); críticas ao sistema de saúde suplementar (judicialização, auditoria sobre reajustes, reclamações dos consumidores), análise descritiva da produção legislativa sobre saúde suplementar de iniciativa parlamentar, discussão e considerações finais.

2 Regulação da saúde suplementar no Brasil

Para efeitos deste estudo, entende-se por saúde suplementar a prestação de serviços de saúde privados a beneficiários de planos de saúde contratados, em que o pagamento dos prestadores é realizado pelas operadoras dos planos. Assim, é um setor do mercado que lida com atividade altamente relevante: o atendimento assistencial para a manutenção ou a recuperação da saúde.

A despeito da importância desse mercado, o setor de saúde suplementar no Brasil cresceu à margem de qualquer regulamentação por muitas décadas, até o final dos anos 1990, quando foi editada a Lei dos Planos de Saúde (Lei dos Planos de Saúde) – Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que *dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde*. Essa regulamentação, portanto, pode ser considerada relativamente recente. Ela é fruto de forte pressão social e de grandes embates no âmbito do Congresso Nacional.

Até então, a atividade era desenvolvida no País sem qualquer regulação: as empresas se organizavam livremente para atuar no setor, submetendo-se unicamente à legislação que normatizava as operações de seguros que competiam ao seu tipo societário, com total liberdade para decidir sobre o produto a ser oferecido e o seu público, bem como sobre as condições de operação e preço. (ALMEIDA, 1998; PEREIRA, 2004; SCHEFFER, 2006; MENICUCCI, 2007; CECHIN *et al.*, 2008; CONASS, 2011).

Naquela época, a partir das reclamações dos consumidores, foram identificados os seguintes problemas sobre a natureza dos contratos e as imposições unilaterais das empresas: falhas na cobertura e exclusão de procedimentos; cobrança ou cobertura irregular para portadores de doença preexistente; exigências indevidas para a admissão de paciente; erro nas condições de validade e de



rescisão do contrato; prazos de carência irregulares; indefinição nas regras de relacionamento entre operadora e consumidor; descumprimento nas normas de atendimento de urgência e emergência; insuficiência na abrangência geográfica do seguro; falta de cobertura para doenças crônicas e degenerativas; e negação de portabilidade dos contratos (COSTA e RIBEIRO, 2001).

A ausência de regulação levou à exacerbação das falhas de mercado do setor, situação em que as empresas operavam mediante seleção de risco, com exclusões indiscriminadas de usuários de mais alto risco e de doenças e procedimentos, além de ter propiciado práticas abusivas como a não renovação ou o rompimento unilateral dos contratos.

Essas “falhas de mercado” – como assimetria de informação, seleção adversa e risco moral – sinalizavam fortemente para a necessidade de regulação do setor, conforme apontam diversos autores (ALMEIDA, 1998; COSTA e RIBEIRO, 2001; PEREIRA, 2004).

Assim, desde o início da década de 1990, foram feitos diversos movimentos no sentido da regulamentação do setor, por parte de diferentes segmentos, como órgãos do Poder Executivo e do Poder Judiciário, órgãos de defesa dos consumidores, entidades médicas e usuários de planos de saúde, além de agentes do Poder Legislativo (ALMEIDA, 1998; PEREIRA, 2003; SCHEFFER, 2006).

De acordo com Almeida (1998), a regulação do seguro privado em saúde tem três objetivos primordiais: manter a estabilidade do mercado segurador; controlar a assimetria da informação; e maximizar a participação do consumidor no mercado privado de saúde. Segundo a autora, essas três dimensões da regulação convergem para a defesa do consumidor e para níveis socialmente aceitáveis de justiça social.

A regulação voltada para a estabilidade do mercado refere-se a normas reguladoras da entrada, do funcionamento e da saída das operadoras no mercado, com a definição de regras que confirmem segurança financeira às empresas que operam no setor, como: capital financeiro mínimo inicial, capacidade de poupança e condições fiscais e garantias para os casos de insolvência. Para equilibrar as assimetrias de informação, por sua vez, são instituídas regras que regulam os contratos entre as seguradoras e os segurados, e as relações entre planos de saúde e prestadores de serviços. Já a maximização da participação do consumidor refere-se às regulações que buscam conciliar as práticas do mercado privado de seguros (em geral restritivas) com as demandas sociais por justiça e maior equidade no acesso aos serviços de assistência médica, que incluem normatizações de três tipos: proibição ou restrição de exclusões; proibição ou restrição da vinculação dos preços a condições pessoais, como saúde, idade, sexo e outras; e obrigatoriedade de cobertura para determinados serviços ou benefícios.

Nesse sentido, a regulamentação da saúde suplementar no País ocorreu a partir de duas perspectivas distintas, ambas fundamentais para a defesa dos interesses dos consumidores: 1) o



equilíbrio econômico-financeiro das operadoras; 2) a assistência à saúde propriamente dita. A primeira, de caráter econômico, tinha como protagonista o Ministério da Fazenda, enquanto a segunda, cujo foco era a proteção da saúde, tinha como ator preponderante o Ministério da Saúde.

Desde 1989, a Susep, autarquia do Ministério da Fazenda, advogava a necessidade de regulamentação dos planos e seguros de saúde, pleiteando para si as funções regulatórias desse setor, com foco eminentemente nos aspectos financeiros; não havia preocupação com os aspectos assistenciais. (ALMEIDA, 1988)

Isso conformou uma duplicidade regulatória: uma regulação sob a ótica do Ministério da Fazenda, estritamente econômica, com maior preocupação nas garantias financeiras às operadoras; e uma regulação sob a ótica do Ministério da Saúde, voltada para a garantia do acesso à atenção integral à saúde.

O projeto de lei² que originou a Lei dos Planos de Saúde foi iniciado no Senado Federal em 1993 – Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 93, de 1993 – e, após rápida tramitação, teve a sua redação final aprovada em fevereiro de 1994. Encaminhado para a revisão da Câmara dos Deputados, o projeto passou a ser denominado Projeto de Lei (PL) nº 4.425, de 1994, e teve um longo processo de tramitação, de 1994 a 1997, quando foi aprovado na forma de um substitutivo que o alterou significativamente.

O projeto originalmente aprovado no Senado Federal, de autoria do Senador Iram Saraiva, buscava garantir ampla cobertura dos planos de saúde, vedando às empresas de seguro-saúde, de planos de assistência médica, de medicina de grupo e assemelhadas incluir nos contratos de planos de assistência médica cláusulas de exclusão de qualquer doença ou lesão. O projeto excetuava dessa proibição os tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais; as cirurgias plásticas estéticas não restauradoras; os tratamentos de rejuvenescimento e de emagrecimento com finalidade estética; os acidentes, as lesões ou quaisquer consequências da ingestão de bebida alcoólica ou uso de drogas psicoativas; e as doenças ou lesões intencionalmente autoinfligidas.

Na Câmara dos Deputados, o PL nº 4.425, de 1994, foi apensado a projetos que já estavam tramitando e, posteriormente, a outros que viriam a ser apresentados naquela Casa Legislativa. O relator da matéria no âmbito da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), da Câmara dos Deputados, apresentou um relatório com substitutivo, o qual foi enfaticamente criticado por inúmeros parlamentares e por amplos setores da sociedade, que consideraram o seu texto muito favorável às empresas do setor (PEREIRA, 2004; SCHEFFER, 2006; ROMERO, 2010).

² Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 93, de 1993, que *proíbe a exclusão de cobertura de despesas com tratamento de determinadas doenças em contratos que asseguram atendimento médico-hospitalar pelas empresas privadas de seguro-saúde ou assemelhadas*, de autoria do Senador Iran Saraiva. Na Câmara dos Deputados, tramitou como Projeto de Lei (PL) nº 4.425, de 1994.



Dada a complexidade da matéria e a polêmica instalada naquela Casa, foi constituída uma comissão especial, em 1996, com o objetivo de analisar e dar parecer ao PL nº 4.425, de 1994, e aos projetos a ele apensados, de forma a compatibilizar as proposições em um único texto. A comissão especial realizou diversas audiências públicas com representantes dos segmentos interessados ou afetados pela regulação do setor. No entanto, após um ano de trabalho, a comissão não chegou a cumprir o seu objetivo, que era o de emitir um parecer sobre a proposição (PEREIRA, 2004; CECHIN *et al.*, 2008; ROMERO, 2010; CONASS, 2011).

Na Câmara, houve embates entre os diversos atores, evidenciando a grande fragmentação e heterogeneidade de interesses, inclusive dentro do próprio segmento das empresas. As seguradoras, por exemplo, que já eram reguladas e fiscalizadas pela Susep, tinham interesse na regulação, como forma de combater a atuação das empresas que não sofriam qualquer controle e que, por decorrência, praticavam concorrência desleal.

Já outros segmentos do setor, como as cooperativas médicas e as empresas de autogestão, posicionaram-se contrariamente à regulação ou, no limite, reivindicavam que fossem excluídos dela, alegando que a especificidade de seu perfil os diferenciava das empresas seguradoras (SCHEFFER, 2006; CECHIN *et al.*, 2008).

Finalmente, após intensas discussões, o PL nº 4.425, de 1994, foi aprovado na forma do substitutivo apresentado pelo Deputado Pinheiro Landim. Esse substitutivo centrou a regulação no Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), criou a Câmara de Saúde Suplementar (CSS) e deu amplos poderes de regulamentação e fiscalização à Susep, do Ministério da Fazenda.

A proposta, no entanto, encontrou resistências tanto da sociedade organizada quanto de integrantes da base governista. Posicionaram-se contrários, o Conselho Nacional de Saúde, o Fórum Permanente pela Regulamentação dos Planos de Saúde e mais de trezentas entidades que assinaram o manifesto “Saúde não é mercadoria”. Também o Ministério Público manifestou as suas críticas, por meio de um parecer assinado por procuradores gerais de vinte estados. (SCHEFFER, 2006)

Ao retornar ao Senado, na forma do mencionado substitutivo, o projeto foi alvo de críticas e discordâncias também por parte de muitos senadores. O debate se intensificou naquela Casa, tendo sido realizadas diversas audiências públicas pela Comissão de Assuntos Sociais (CAS), com a participação de entidades de defesa do consumidor, entidades representativas dos diversos segmentos das operadoras e entidades profissionais (PEREIRA, 2004; SCHEFFER, 2006; ROMERO, 2010). Segundo Romero (2010), um dos principais pontos de discordância dos senadores em relação ao texto do substitutivo da Câmara dos Deputados consistia na ausência de regras para o reajuste de mensalidades e valor do prêmio por faixa etária, além da exigência de dez anos de adesão para que a mensalidade do beneficiário maior de sessenta anos não fosse reajustada.



A posição do governo sofreu, já em 1998, uma importante inflexão: a indicação do então Senador José Serra para o Ministério da Saúde, que já se ocupava do tema planos e seguros de saúde enquanto congressista. Isso alimentou novas discussões e reabriu a agenda. (SCHEFFER, 2006; CONASS, 2011).

Um dos principais argumentos do Ministério da Saúde para justificar a premência da regulamentação do setor – além do grande volume de recursos que mobilizava e o elevado número de reclamações registradas no sistema de defesa do consumidor que envolvia esse segmento do mercado –, era o subsídio indireto que recebia do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que os beneficiários dos planos de saúde eram por ele assistidos justamente em procedimentos de maior custo, como os de alta complexidade e de urgência e emergência. (ROMERO, 2010),

A forte pressão do Ministério da Saúde resultou em um acordo que previa a aprovação pelo Senado do texto como ele havia sido encaminhado pela Câmara, apenas com as emendas supressivas apresentadas pelo relator da matéria, o Senador Sebastião Rocha. Na sequência, o Poder Executivo apresentaria uma medida provisória alterando a lei nos pontos acordados. De fato, no dia seguinte à promulgação da Lei nº 9.656, de 1998, houve a edição da Medida Provisória nº 1.665, de 4 de junho de 1998³, que a alterava segundo os entendimentos estabelecidos. Essa medida provisória foi sucessivamente reeditada, uma vez que o Congresso Nacional não conseguiu apreciar e votar a matéria, para convertê-la em lei (SCHEFFER, 2006; CECHIN *et al.*, 2008). Ao todo, foram editadas, no período de 1998 a 2001, 45 medidas provisórias para alterar a Lei nº 9.656, de 1998, sendo que dezesseis delas promoviam alterações e as demais apenas reeditavam a anterior (Quadro 1).

A partir de 2001, essa Lei também foi alterada por meio de leis ordinárias, a maioria de iniciativa parlamentar. O Quadro 2 apresenta as normas legais que alteraram a Lei nº 9.656, de 1998, até o momento da elaboração do presente trabalho, dezembro de 2019.

Como se pode observar, nesse período, foram editadas nove leis ordinárias que alteraram a Lei dos Planos de Saúde, uma delas originária de projeto de lei de conversão de medida provisória – a única lei ordinária de autoria do Poder Executivo. Entre as demais, todas de iniciativa parlamentar, seis foram originadas da Câmara dos Deputados e duas do Senado Federal.

O teor da Lei e das modificações sofridas será descrito e analisado em sessão subsequente.

2.1 Arcabouço legal da saúde suplementar no Brasil

³ Sofreu 44 reedições. A vigente é a MPV nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001. Em decisão liminar sobre a Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1931, de 10 de dezembro de 1998, incidente sobre essa MPV, o STF julgou parcialmente procedentes os pedidos formulados pela autora, a Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde), indeferindo, no entanto, questionamentos sobre dispositivos que resguardavam o direito adquirido dos beneficiários.



O arcabouço legal regulatório da saúde suplementar no Brasil, que começou a ser montado no final da década de 1990, é constituído pelo conjunto integrado pelas seguintes leis:

- Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que *dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde*;
- Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que *cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS*; e
- Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, que *dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências*.

A primeira lei decorreu de iniciativa parlamentar, originada do Senado Federal, enquanto as duas últimas são originárias de medidas provisórias, cuja iniciativa é do Poder Executivo.

A Lei dos Planos de Saúde disciplinou as relações entre as operadoras e os consumidores, trazendo ao setor da saúde suplementar um ordenamento legal e institucional que contribuiu para minimizar as falhas de existentes no mercado.

No entanto, o seu texto original priorizava a regulação do setor sob a ótica econômica, em que o Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) e a Susep, do Ministério da Fazenda, ficariam responsáveis pela regulamentação econômico-financeira dos seguros de saúde, e subsidiariamente, sob a ótica assistencial, em que o Ministério da Saúde – por meio do Consu e da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS)/Departamento de Saúde Suplementar (DESAS) – ficaria responsável pela regulamentação e fiscalização da produção de serviços de assistência à saúde. Assim, foi criado um modelo bipartite – econômico-financeiro e médico-assistencial –, que se mostrou ineficiente para responder de forma satisfatória às necessidades regulatórias do setor (PEREIRA, 2004; CONASS, 2011);

Após uma série de alterações da Lei dos Planos de Saúde, que, aos poucos, ampliava a participação do Ministério da Saúde na regulação do setor, foi, finalmente, editada a Medida Provisória nº 2.012-2, de 30 de dezembro de 1999, convertida na Lei nº 9.961, de 2000, que criou a agência reguladora da saúde suplementar: a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Essa foi a solução encontrada para dar unicidade ao modelo regulatório, mediante a criação de uma agência autônoma, ainda que vinculada ao Ministério da Saúde. (PEREIRA, 2004; CONASS, 2011).

Com isso, foi superada a dicotomia regulatória até então existente no setor, que passou a contar com uma instância reguladora única, responsável tanto pela regulação e fiscalização das operadoras e de seus aspectos econômico-financeiros, quanto dos aspectos de assistência à saúde, na defesa do direito dos beneficiários à integralidade da atenção.



A lei que criou a ANS sofreu alterações no período, conforme indicado no Quadro 3. Uma das mais importantes advém da recém promulgada Lei nº 13.848, de 25 de junho de 2019, que *dispõe sobre a gestão, a organização, o processo decisório e o controle social das agências reguladoras*, alterando diversas normas legais, inclusive a Lei nº 9.961, de 2000. Isso porque aquele diploma vedou, para cargos diretivos das agências reguladoras, a indicação de pessoa que tenha atuado em empresa ou entidade do setor sujeito à regulação exercida pela agência em que atuaria (art. 42).

Há que mencionar que, inicialmente, a Lei dos Planos de Saúde sofreu diversos questionamentos sobre a sua abrangência e constitucionalidade, o que gerou grande instabilidade jurídica. Para equacionar parte dos questionamentos, que diziam respeito à abrangência da Lei dos Planos de Saúde em relação às seguradoras, foi editado o terceiro marco legal da saúde suplementar: a Lei nº 10.185, 2001, originada da MPV nº 2.122-2, de 2001, que determinou a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde. De acordo com o art. 1º dessa Lei:

As sociedades seguradoras poderão operar o seguro enquadrado no art. 1º, inciso I e § 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, desde que estejam constituídas como seguradoras especializadas nesse seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades.

Assim, só poderiam operar no mercado da saúde suplementar as seguradoras que atuassem exclusivamente nesse segmento do mercado. Foi dado um prazo para que as seguradoras que atuavam também em outros ramos de seguro providenciassem a sua especialização, segundo o disposto no § 1º do art. 1º daquele diploma legal.

A Lei também estabeleceu que as seguradoras especializadas no ramo da saúde fossem submetidas às normas e à fiscalização da ANS (art. 1º, § 2º). Ademais, o seu art. 2º, para efeitos da Lei nº 9.656, de 1998, e da Lei nº 9.961, de 2000, enquadrou o seguro saúde como *plano privado de assistência à saúde* e a sociedade seguradora especializada em saúde como *operadora de plano de assistência à saúde*.

2.2 Lei dos Planos de Saúde

Nos seus 21 anos de existência, a Lei dos Planos de Saúde sofreu inúmeras alterações. De fato, quase todos os seus artigos foram modificados nesse período: apenas os arts. 33 e 36 não foram alterados⁴.

⁴ O art. 33 determina que, em caso de indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, seja garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional. O art. 36 é a cláusula de vigência da lei.



Essa profusão de alterações, especialmente por medidas provisórias, aliada à falta de organização interna da lei em capítulos e sessões, o que ajudaria a dar mais clareza aos temas tratados, contribuiu para que a Lei dos Planos de Saúde se tornasse uma lei confusa e de difícil interpretação.

Como mencionado, o texto promulgado pelo Congresso Nacional foi aprovado sob fortes críticas e mediante acordo de que seria imediatamente reformado por meio da edição de uma medida provisória, necessária para modificar os pontos que não eram consensuais. Isso porque, no Senado, o Substitutivo aprovado pela Câmara não poderia mais sofrer alterações, apenas emendas supressivas ou de redação.

Por conseguinte, um dia após a sua sanção, a Lei dos Planos de Saúde foi alterada pela MPV nº 1.665, de 1998, e por diversas outras subsequentes, que alteravam a anterior ou simplesmente a reeditavam. Como já foi mencionado, foram reeditadas, no período de 1998 a 2001, 44 medidas provisórias, sendo que 28 delas eram apenas cópias das anteriores e apenas 16 promoviam alterações (Quadro 1).

Quadro 1 – Medidas provisórias que alteram a Lei dos Planos de Saúde (1998 a 2001).

Norma legal	Ementa	Proposição originária	Autor
Medida Provisória nº 1.665, de 4 de junho de 1998	Altera dispositivos da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e dá outras providências.	Não se aplica	Poder Executivo
Medida Provisória nº 1.685-1, de 30 de junho de 1998, a nº 1.685-6, de 25 de novembro de 1998	Altera dispositivos da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e dá outras providências.	Não se aplica	Poder Executivo
Medida Provisória nº 1.730-7, de 7 de dezembro de 1998, a nº 1.730-8, de 6 de janeiro de 1999	Altera dispositivos da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e dá outras providências.	Não se aplica	Poder Executivo
Medida Provisória nº 1.801-9, de 28 de janeiro de 1999 a nº 1.801-14, de 17 de junho de 1999	Altera dispositivos da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e dá outras providências.	Não se aplica	Poder Executivo
Medida Provisória nº 1.908-15, de 29 de junho de 1999, a nº 1.908-20, de 25 de novembro de 1999	Altera dispositivos da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e dá outras providências.	Não se aplica	Poder Executivo
Medida Provisória nº 1.976-21, de 10 de	Altera dispositivos da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e	Não se aplica	Poder Executivo



Norma legal	Ementa	Proposição originária	Autor
dezembro de 1999, a nº 1.976-34, de 21 de dezembro de 2000	seguros privados de assistência à saúde, e dá outras providências.		
Medida Provisória nº 2.097-35, de 27 de dezembro de 2000, a nº 2.097-41, de 21 de junho de 2001	Altera dispositivos da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e dá outras providências.	Não se aplica	Poder Executivo
Medida Provisória nº 2.177-42, de 28 de junho de 2001, a nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001	Altera dispositivos da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e dá outras providências.	Não se aplica	Poder Executivo

Fonte: elaboração pelos autores.

Isso explica-se pelo fato de que, até a edição da Emenda Constitucional (EC) nº 32, de 11 de setembro de 2001, o Poder Executivo adotava a estratégia de edição de medidas provisórias como forma de elaboração legislativa. As MPV já tinham vigência imediata, mas podiam ser reeditadas indefinidamente, caso as duas Casas do Legislativo não as apreciassem. Apesar de a maioria das medidas provisórias editadas não cumprir com os requisitos de relevância e urgência, essa estratégia era uma forma de garantir o protagonismo do Poder Executivo, à margem do processo legislativo regular.

Isso gerava instabilidade jurídica. As normas legais podiam ser alteradas indefinidamente mediante medidas provisórias, com sucessivas reedições ou novas edições. Isso corria sem que o Parlamento pudesse decidir sobre elas e transformá-las, ou não, em lei ordinária, por absoluta incapacidade, em face de seu número excessivo. Com isso, não havia segurança sobre as regras vigentes, que poderiam ser modificadas no mês seguinte, quando da reedição da medida provisória.

Isso também caracterizava usurpação da atribuição legislativa do Parlamento, uma vez que as medidas provisórias tinham status de lei. A falta de representatividade de tais normas, portanto, é outro problema evidente, porque elas tinham eficácia jurídica sem ter passado pelo devido processo legislativo e sem ter sido submetidas ao debate e à aprovação dos representantes eleitos pela sociedade. A EC nº 32 muda esse quadro, ao determinar que as medidas provisórias que não fossem convertidas em lei, em determinado prazo, perderiam a eficácia.

As sucessivas reedições de medidas provisórias que alteravam a Lei dos Planos de Saúde, até 2001, foram, portanto, mais um fator de instabilidade no setor.

Além disso, contribuíram para a instabilidade jurídica os questionamentos feitos ao Supremo Tribunal Federal (STF) quanto à constitucionalidade de muitas alterações introduzidas na Lei. A Confederação Nacional de Saúde (CNS) impetrou junto ao STF, em 10 de dezembro de 1998,



a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) nº 1.931, contestando a constitucionalidade de diversos dispositivos da Lei, com a redação dada pela Medida Provisória nº 1.730 –7, de 7 de dezembro de 1998.

O Acórdão da decisão final sobre essa Adin só foi publicado em 8 de junho de 2018, nos seguintes termos:

O Tribunal, por unanimidade e nos termos do voto do Relator, **julgou prejudicada a ação no tocante aos artigos 10, inc. VI; 12, incisos I, c, e II, g, e parágrafos 4º e 5º; e 32, parágrafos 1º, 3º, 7º e 9º, todos da Lei 9.656/1998, e, na parte conhecida, julgou parcialmente procedentes os pedidos, para declarar a inconstitucionalidade dos arts. 10, § 2º, e 35-E da Lei 9.656/1998, bem como do art. 2º da Medida Provisória n. 2.177-44/2001. [grifo nosso].**

Assim, o STF reconheceu a constitucionalidade de dispositivos da Lei nº 9.656, de 1998, como os que determinam regras que asseguram coberturas para os beneficiários de planos de saúde – cobertura para tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral – e o ressarcimento ao SUS pelas operadoras. No entanto, o Tribunal julgou inconstitucionais os dispositivos da Lei que incidiam sobre os planos de saúde contratados antes do início de sua vigência, os chamados “planos antigos”.

Um dos aspectos da Lei que foram sendo gradualmente alterados pela edição das sucessivas medidas provisórias diz respeito à instância de regulamentação do setor. O texto originalmente aprovado determinava que essa instância era o Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), majoritariamente vinculado à equipe econômica do governo. Uma das principais alterações implementadas pelas MPV que alteraram a Lei dos Planos de Saúde foi ter conferido ao Ministério da Saúde atuação mais incisiva na regulação setorial, por meio da criação do Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU), órgão colegiado integrante da estrutura daquele Ministério.

Assim, passaram a coexistir dois conselhos interministeriais para deliberar sobre a regulação do setor: o CNSP e o Consu, que tinham em sua composição representantes do Ministério da Saúde e do Ministério da Fazenda, o que poderia indicar, ao menos em tese, uma atuação mais articulada entre os dois conselhos. O Ministério da Saúde, além de outras atribuições determinadas pela Lei, passa a ter função de normatização, monitoramento e fiscalização do setor (CONASS, 2011).

Houve, portanto, mudanças gradativas na estrutura organizativa governamental responsável pela regulação do setor, que, num primeiro momento, estava centrada fortemente no CNSP e na Susep, seguindo-se a uma maior participação do Ministério da Saúde, com a criação do Consu, e que culminou com a criação da ANS, que foi a solução adotada pelo Governo Federal para unificar a regulação do setor em um único agente e trazê-la com exclusividade para o campo da saúde, a função de regulação do setor.

Outras alterações relevantes da Lei dos Planos de Saúde também foram promovidas por meio das MPV. De acordo com Cechin *et al.* (2008), a mais importante delas foi relativa ao plano de



referência, que deixou de ser um item obrigatório, para se tornar o único produto passível de comercialização, em conjunto com as quatro segmentações estabelecidas. Sobre a atuação do Parlamento e do Poder Executivo nessa questão, os autores concluem que

Assim, se o Congresso havia permitido que as operadoras estruturassem planos com coberturas diferenciadas, seja para mais ou para menos, e os consumidores pudessem contratar a cobertura que mais se adequasse a seu perfil, o Poder Executivo limitou essa liberdade e determinou que todos os planos sigam um padrão mínimo de assistência pré-determinado. (Cechin *et al.*, 2008, p. 166)

Devemos observar que esses autores, ao explicitarem o entendimento de que o Poder Executivo limitou a liberdade das empresas e dos consumidores de decidir sobre a cobertura, impondo um padrão mínimo, estão externando uma avaliação sob a ótica do interesse das empresas, mais que dos consumidores. Cabe lembrar que, à época da aprovação da Lei, havia franco descontentamento por parte de entidades de defesa dos consumidores, de entidades profissionais e dos próprios Senadores com o texto do substitutivo aprovado pela Câmara dos Deputados (SCHEFFER, 2006; ROMERO, 2010), que foi visto como demasiadamente favorável às empresas, além de que as alterações promovidas pelo Poder Executivo, já haviam sido acordadas com os Senadores, de forma a viabilizar a aprovação da Lei.

Com relação à caracterização dos agentes e produtos da saúde suplementar, após a edição da MPV 1.908-18, de 1999, foi adotado o conceito de plano de assistência à saúde e de operadora de plano privado de assistência à saúde, superando a separação entre “planos” e “seguros” de saúde. O seguro-saúde, a partir de fevereiro de 2001, foi equiparado juridicamente aos antigos planos de saúde, passando a Lei, a partir de então, a dispor apenas sobre “planos privados de assistência à saúde”, o que exigiu que a sua redação fosse ajustada para contemplar o novo conceito (CECHIN, 2008; ROMERO, 2010). Segundo Costa e Ribeiro (2001), essa mudança conceitual indica o protagonismo alcançado pela ANS, frente à Susep, na regulação setorial.

Da mesma forma, com a edição da MPV 1.908-18, ficou definido o que se considera como operadora de plano de assistência à saúde e sob quais modalidades elas podem ser constituídas: sociedade civil ou comercial; cooperativa; ou entidade de autogestão. Mesmo permitindo diferentes formas de organização das entidades que atuam no mercado de saúde suplementar, a Lei, com as alterações sofridas, determina que os produtos que elas podem ofertar sejam os mesmos. Assim, as segmentações, o rol de procedimentos, a cobertura das doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), a vedação de limites de prazos, valores e quantidades valem para todas as modalidades de operadoras. A única diferença de cobertura admitida pela Lei é em relação às operadoras de planos exclusivamente odontológicos e às entidades de autogestão, que são isentas de ofertar o plano-referência (CECHIN *et al.*, 2008).

A partir de 2001, a Lei dos Planos de Saúde passou a ser modificada essencialmente por iniciativa do Congresso Nacional, que aprovou diversas leis, seja para introduzir novas regras



regulatórias, seja para ampliar a cobertura. Das nove leis editadas no período para alterar a Lei dos Planos de Saúde, oito são de iniciativa parlamentar.

No entanto, essas leis não alteraram significativamente o arcabouço legal da saúde suplementar no País, mas apenas aperfeiçoaram algumas regras para dar mais transparência ao setor, além de terem ampliado pontualmente as coberturas obrigatórias. Assim, não foram medidas estruturantes.

No período de 2001 a 2019, as seguintes leis foram editadas para alterar a Lei dos Planos de Saúde:

Quadro 2 – Normas legais que alteram a Lei dos Planos de Saúde. Brasília, dezembro/2019.

Norma legal	Ementa	Proposição originária	Autor
Lei nº 10.223, de 15 de maio de 2001	Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre a obrigatoriedade de cirurgia plástica reparadora de mama por planos e seguros privados de assistência à saúde nos casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer.	PL nº 3.107, de 2000	Deputada Jandira Feghali
Lei nº 11.935, de 11 de maio de 2009	Altera o art. 36-C da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que <i>dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde</i> . ⁵	PL nº 1.696, de 2003	Deputado Geraldo Resende
Lei nº 12.469, de 2011	Altera os valores constantes da tabela do Imposto sobre a Renda da Pessoa Física e altera as Leis nºs 11.482, de 31 de maio de 2007, 7.713, de 22 de dezembro de 1988, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.656, de 3 de junho de 1998, e 10.480, de 2 de julho de 2002. ⁶	Medida Provisória nº 528, de 2011 (PLV 18/2011)	Poder Executivo
Lei nº 12.738, de 2012	Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para tornar obrigatório o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, de coletor de urina e de sonda vesical pelos planos privados de assistência à saúde.	PL nº 7.177, de 2002	Deputada Jandira Feghali
Lei nº 12.764, de 2012⁷	Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.	PLS nº 168, de 2011	Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH) ⁸
Lei nº 12.880, de 2013	Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de	PLS nº 352, de 2011	Senadora Ana Amélia

⁵ Inclui o planejamento familiar nos casos de cobertura obrigatória, previstos no art. 35-C.

⁶ Disciplina o ressarcimento ao SUS.

⁷ Essa lei não altera a Lei dos Planos de Saúde, mas remete ao seu art. 14, para explicitar o direito da pessoa com autismo de participar de planos privados de assistência à saúde.

⁸ Sugestão legislativa apresentada à CDH pela Associação em Defesa do Autista



Norma legal	Ementa	Proposição originária	Autor
	assistência à saúde”, para incluir tratamentos entre as coberturas obrigatórias. ⁹		
Lei nº 13.003, de 2014	Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que <i>dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde</i> , com a redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, para tornar obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviços.	PLS nº 276, de 2004	Senadora Lúcia Vânia
Lei nº 13.127, de 2015	Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que <i>dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde</i> , para eximir as entidades de autogestão constituídas sob a forma de fundação, de sindicato ou de associação da obrigação de constituir pessoa jurídica independente, especificamente para operar planos privados de assistência à saúde.	PL nº 7.664, de 2014	Deputado Simão Sessim
Lei nº 13.770, de 19 de dezembro de 2018	Altera as Leis nºs 9.656, de 3 de junho de 1998, e 9.797, de 6 de maio de 1999, para dispor sobre a cirurgia plástica reconstrutiva da mama em casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer.	PL nº 4.409, de 2016	Deputado Carlos Bezerra
Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019	Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. ¹⁰	PL nº 10.331, de 2018	Deputado Osmar Terra

Fonte: elaboração pelos autores.

É importante frisar, novamente, que a maioria das leis de iniciativa parlamentar visa a ampliar a cobertura obrigatória dos planos de saúde. Das oito leis que se originaram de projeto de autoria de parlamentares, seis são voltadas para determinar a obrigatoriedade de coberturas específicas, a saber: cirurgia plástica reparadora de mama; planejamento familiar; fornecimento de produtos médicos (a exemplo de bolsa de colostomia); tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral; cirurgia plástica reconstrutiva da mama; e atendimento à violência autoprovocada e às tentativas de suicídio. As outras duas leis tratam: da relação entre operadoras e prestadores; e de regras para as operadoras da modalidade de autogestão.

A única lei originada do Poder Executivo, proveniente da conversão de medida provisória, trata do ressarcimento ao SUS.

⁹ Cobertura para tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral.

¹⁰ Acrescenta o art. 10-C na Lei nº 9.656, de 1998, para determinar a cobertura de atendimento à violência autoprovocada e às tentativas de suicídio.



Quadro 3 – Normas legais que alteram a Lei de Criação da ANS. Brasília, dezembro/2019.

Norma legal	Ementa	Proposição originária	Autor
Lei nº 9.986, de 18 de julho de 2000	Dispõe sobre a gestão de recursos humanos das Agências Reguladoras e dá outras providências.	PL nº 2.549, de 2000	Poder Executivo
Lei nº 10.850, de 25 de março de 2004¹¹	Atribui competências à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e fixa as diretrizes a serem observadas na definição de normas para implantação de programas especiais de incentivo à adaptação de contratos anteriores à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.	MPV nº 148, de 2003	Poder Executivo
Lei nº 10.871, de 20 de maio de 2004	Dispõe sobre a criação de carreiras e organização de cargos efetivos das autarquias especiais denominadas Agências Reguladoras, e dá outras providências.	MPV nº 155, de 2003	Poder Executivo
Lei nº 12.823, de 5 de junho de 2013	Altera as Leis nºs 8.691, de 28 de julho de 1993, 11.539, de 8 de novembro de 2007; cria cargos do Plano Geral de Cargos do Poder Executivo, de que trata a Lei nº 11.357, de 19 de outubro de 2006, da Carreira de Analista de Infraestrutura, de que trata a Lei nº 11.539, de 8 de novembro de 2007, do Plano de Carreiras para a área de Ciência e Tecnologia, de que trata a Lei nº 8.691, de 28 de julho de 1993, da Carreira da Previdência, da Saúde e do Trabalho, dos Planos de Carreiras e Cargos do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia e do Instituto Nacional da Propriedade Industrial, de que trata a Lei nº 11.355, de 19 de outubro de 2006, dos cargos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, de que trata a Lei nº 10.871, de 20 de maio de 2004; e dá outras providências.	PL nº 4.365, de 2012	Poder Executivo
Lei nº 13.848, de 25 de junho de 2019¹²	Dispõe sobre a gestão, a organização, o processo decisório e o controle social das agências reguladoras, altera a Lei nº 9.427, de 26 de dezembro de 1996, a Lei nº 9.472, de 16 de julho de 1997, a Lei nº 9.478, de 6 de agosto de 1997, a Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, a Lei nº 9.984, de 17 de julho de 2000, a Lei nº 9.986, de 18 de julho de 2000, a Lei nº 10.233, de 5 de junho de 2001, a Medida Provisória nº 2.228-1, de 6 de setembro de 2001, a Lei nº 11.182, de 27 de setembro de 2005, e a Lei nº 10.180, de 6 de fevereiro de 2001.	PLS nº 52, de 2013	Senador Eunício Oliveira

Fonte: elaboração pelos autores.

¹¹ Essa lei não altera diretamente a Lei de Criação da ANS, mas atribui competências à Agência.

¹² Foram apostos vetos sobre o processo de escolha dos dirigentes das Agências pelo Presidente da República e sobre o Conselho Diretor.



2.3 Temas regulados pela Lei dos Planos de Saúde

Apesar da complexidade da Lei dos Planos de Saúde, ela não está organizada por grandes áreas temáticas, nem capítulos e sessões, estando as matérias dispostas sem qualquer organização de lógica interna, o que dificulta a sua leitura e compreensão.

Por essas razões, para conferir maior visibilidade ao escopo da Lei, é necessário explicitar o seu conteúdo de forma organizada, segundo grandes eixos temáticos. Essa organização tomou por base os três objetivos primordiais da regulação da saúde suplementar, conforme postulados por Almeida (1998) e explicitados anteriormente: manter a estabilidade do mercado; controlar a assimetria da informação; e maximizar a participação do consumidor no mercado privado de saúde.

Assim, os temas tratados pela Lei dos Planos de Saúde foram agrupados nos seguintes eixos temáticos:

- I. **Organização e funcionamento do mercado** – normas reguladoras da entrada, funcionamento e saída das operadoras no mercado, que incluem definições, modalidades, produtos, participação do capital estrangeiro, competência para regulamentação e fiscalização, ressarcimento ao SUS, penalidade por infração à lei, mecanismos de recuperação e liquidação extrajudicial e responsabilidade dos administradores.
- II. **Controle das assimetrias de informação**: regras sobre contratos entre operadoras e beneficiários; relações entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços e entre beneficiários e prestadores.
- III. **Maximização da participação do consumidor**: aspectos assistenciais (padronização dos produtos; proibição ou restrição de exclusões; obrigatoriedade de cobertura para determinados serviços ou benefícios); aspectos financeiros (proibição ou restrição da vinculação dos preços às condições de saúde, idade, sexo, ou outras condições dos beneficiários; preços e reajustes das contraprestações); condições relativas aos beneficiários e dependentes (doenças e lesões preexistentes; aposentados e demitidos; idosos; situações similares).

É possível constatar, do amplo elenco de temas tratados pela Lei dos Planos de Saúde, que ela regulou o setor de forma abrangente, estabelecendo regras gerais sobre a organização e funcionamento das operadoras, sobre a competência de regulamentação do setor e sobre parâmetros de cobertura assistencial.

A seguir, apresentamos uma síntese das principais regras instituídas pela Lei dos Planos de Saúde para o setor da saúde suplementar, segundo os três eixos temáticos já explicitados.



A. Organização e funcionamento do mercado

a. Definição das empresas que podem atuar no setor.

Originalmente, a Lei dos Planos de Saúde abrangia todas as empresas que atuavam no mercado de planos e seguros-saúde. Posteriormente, ela passou a definir essas empresas, inclusive as seguradoras, como operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Ainda que não haja uma definição exaustiva sobre as modalidades das empresas que atuam no setor, há uma grande diversidade de empresas:

No entanto, no que tange aos produtos a serem ofertados no mercado, a lei confere uma padronização, obrigando a que todas as empresas, independentemente da modalidade de organização, ofereçam os mesmos produtos.

b. Condições de funcionamento e encerramento das operadoras

A Lei instituiu regras para a entrada das empresas que queiram atuar no campo da saúde suplementar, bem como regras de saída ou retirada do mercado.

c. Participação do capital estrangeiro.

De acordo com a Constituição Federal (§ 3º do art. 199) é vedada a participação de capital estrangeiro na saúde, exceto nos casos previstos em lei. A Lei nº 9.656, de 1998, regulamentou esse aspecto no âmbito da saúde suplementar, facultando a que qualquer pessoa física ou jurídica residente ou domiciliada no exterior constitua ou participe do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos de assistência à saúde.

d. Definição de regras para o ressarcimento ao SUS.

A Lei determina a operadoras de planos privados de assistência à saúde ressarcir o SUS pelo atendimento por ele prestado a beneficiário, em relação a serviços cobertos pelos produtos comercializados.

Essa medida, alvo de grande polêmica, teve sua constitucionalidade questionada junto ao STF.

Para as operadoras, a assistência à saúde no âmbito do SUS é um direito constitucional garantido a todos os brasileiros, independentemente de o indivíduo ser ou não beneficiário de plano de saúde. Residiria aí a sua inconstitucionalidade. Também argumentam que essa cobrança configura novo tributo, sem que tenha cumprido os requisitos legais para a sua instituição.

Aqueles que advogam a constitucionalidade e a legalidade da medida, por seu turno, argumentam que o atendimento de beneficiário de plano de saúde no âmbito do SUS configura enriquecimento ilícito das operadoras, que receberam para prestar um atendimento que foi feito pelo sistema público.



Por fim, em recente decisão, conforme já mencionado, o STF reconheceu a constitucionalidade da medida.

e. Competência para regulamentação e fiscalização.

A Lei configura a regulamentação e a fiscalização da saúde suplementar como atividade do Poder Público federal, criando ou atribuindo competências a órgãos do Poder Executivo.

Entre todos, essa foi a matéria que mais sofreu alterações, todas de iniciativa do Poder Executivo. Isso é até compreensível à luz do ordenamento jurídico vigente, em que a Constituição Federal atribui privativamente ao Chefe do Poder Executivo a iniciativa de propor leis que disponham sobre a criação de cargos, funções ou empregos públicos na administração direta e autárquica.

As alterações implementadas ao longo do processo de regulamentação resultaram em modelos regulatórios distintos, conforme já discutido, podendo-se identificar os seguintes marcos temporais nesse processo, com os respectivos modelos regulatórios prevalentes em cada momento (CECHIN *et al.*, 2008):

- 1º) Aprovação da Lei dos Planos de Saúde – modelo que previa a preponderância do papel do Ministério da Fazenda, via Susep, na regulamentação dos aspectos econômico-financeiros das operadoras, dos requisitos para autorização de funcionamento e de comercialização e das características dos planos e seguros a serem oferecidos. O papel do Ministério da Saúde era subsidiário.
- 2º) A partir da edição da primeira MPV – modelo binário, em que as atribuições regulamentadoras são divididas entre Ministério da Fazenda e Ministério da Saúde, o primeiro com a responsabilidade de regulamentar os aspectos econômico-financeiros das operadoras e o segundo com a responsabilidade de, mediante o recém-criado Consu, regulamentar as questões relacionadas com a assistência à saúde. Ambos compartilhavam a competência de definir os requisitos para o registro dos produtos. A fiscalização e a concessão de autorização para funcionamento continuavam na alçada da Susep. Houve gradual aumento da competência regulatória do Ministério da Saúde.
- 3º) A partir da criação da ANS – todas as funções reguladoras e fiscalizadoras da saúde suplementar, em todos os seus aspectos, foram transferidas e concentradas na Agência.

Mesmo com a criação da ANS, foi mantido o Consu, integrado pelos ministros da Saúde, da Justiça, da Fazenda e do Planejamento, mas com funções reformuladas.

f. Penalidades por descumprimento da lei.

São previstas as seguintes penalidades por infração à lei, aplicáveis às operadoras e seus administradores: advertência, multa, suspensão do exercício do cargo, inabilitação temporária para o



exercício de cargos de direção em operadoras de planos de assistência à saúde, cancelamento de autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora.

Além disso, a Lei, com as alterações determinadas pelas MPV, prevê quatro mecanismos de recuperação das operadoras que se encontram em situação econômico-financeira, administrativa ou assistencial grave, aplicáveis pela ANS segundo a gravidade do caso: direção técnica; direção fiscal; alienação da carteira e liquidação extrajudicial. Os administradores respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, por descumprimento da legislação.

B. Controle das assimetrias de informação

Nesse eixo, elencam-se as regras sobre os contratos entre as operadoras e os beneficiários e as relações entre planos de saúde e prestadores de serviços e entre beneficiários e prestadores.

a. Definição de regras diferenciadas para planos coletivos e individuais.

Em função das especificidades de cada tipo de plano, a Lei estabelece regras distintas para cada um, com o objetivo de compensar as diferenças de poder de negociação dos contratantes na relação com as operadoras. Assim, por exemplo, o reajuste de preços dos planos coletivos é de livre negociação entre as partes, enquanto no caso dos planos individuais ou familiares o reajuste deve contar com a autorização da ANS.

b. Renovação automática dos contratos e planos de saúde, sem cobrança de taxas

A renovação do contrato é automática ao final da vigência mínima estabelecida em contrato, não podendo ser cobrada nenhuma taxa ou qualquer outro valor no ato da renovação.

c. Reajuste das mensalidades em função de faixas etárias

A Lei permite o reajuste das contraprestações segundo faixa etária, de acordo com as disposições do contrato inicial, e em observância às regras da ANS. Essa regra tem por base a política de solidariedade entre as diversas faixas etárias, conhecida como “pacto intergeracional”.

De outro lado, a Lei veda a variação de preços em razão de mudança de faixa etária para pessoas maiores de sessenta anos, que estão na condição de beneficiário há mais de dez anos. No entanto, o Estatuto do Idoso veda a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade. Na interpretação de diversos autores isso corresponde a dizer que não é lícito alterar o valor da mensalidade para qualquer pessoa com mais de sessenta anos, independentemente de ela ter contribuído ou não com o plano por mais de dez anos.

d. Possibilidade de adaptação dos contratos antigos às novas regras

A Lei dos Planos de Saúde garantiu alguns direitos aos contratos antigos previstos pela nova regulamentação, o que foi considerado como inconstitucional em recém decisão do STF. Além disso, o controle mais rígido que a nova legislação impôs às operadoras acaba por beneficiar os clientes desses contratos, que não são abarcados pela Lei dos Planos de Saúde.



A Lei previu a possibilidade de migração dos contratos antigos para as novas regras, tendo estabelecido, inicialmente, um prazo para isso. No entanto, pelas dificuldades encontradas, o dispositivo que fixava prazo para a migração foi revogado, prevalecendo o direito de o beneficiário permanecer indefinidamente nos contratos antigos e, a qualquer tempo, requerer a adaptação para as novas regras.

A permanência de contratos antigos, com restrições de cobertura assistencial, principalmente nos planos individuais, ainda é um problema a ser resolvido.

e. Definição de regras sobre a relação entre as operadoras e os prestadores.

A Lei estabeleceu regras gerais que objetivam dar mais transparência e segurança jurídica à relação entre operadoras e prestadores, como: obrigatoriedade de estabelecimento de contrato entre as partes; obrigatoriedade de comunicação ao beneficiário sobre a rescisão contratual; substituição de prestador por outro equivalente, quando houver exclusão; vedação de exigência de exclusividade do prestador pela operadora etc.

f. Definição de regras sobre a relação entre as operadoras e os prestadores

Foram estabelecidas regras gerais sobre a relação entre prestadores e beneficiários, como a vedação de discriminação de beneficiário em função do tipo de plano de saúde e a marcação de consultas e exames de forma a atender às necessidades dos beneficiários, com prioridade para os casos de urgência e emergência.

C. Maximização da participação do consumidor

Nesse tópico, estão incluídas as regras que buscam dar garantias de acesso e da integralidade da atenção aos beneficiários dos planos de assistência privada à saúde.

a. Aspectos assistenciais

i. Padronização dos produtos e coberturas:

Uma das principais inovações promovidas pela Lei dos Planos de Saúde foi a instituição do plano-referência como produto de comercialização obrigatória, independentemente do tipo de operadora. Ainda que haja uma grande diversidade de modalidades de operadoras, o produto que devem oferecer ao mercado é padronizado, não comportando diferenças nas coberturas.

No entanto, a lei autorizou a oferta de produtos diferenciados para atender a necessidades específicas dos consumidores, ao prever as seguintes segmentações dos produtos: ambulatorial, hospitalar, obstétrico e odontológico. Ainda que estejam previstas diferenciações nas coberturas segundo segmentações dos produtos passíveis de serem ofertados, de acordo com as necessidades específicas dos consumidores, a lei limita a possibilidade de redução da cobertura, determinando um padrão mínimo de assistência para cada tipo de segmentação.

Essa é uma inovação bastante relevante, pois impede que, em qualquer das segmentações previstas, sejam ofertadas coberturas reduzidas, o que aproxima o setor de saúde suplementar do



preceito da integralidade da atenção em saúde preconizado pela Constituição para o sistema público de saúde.

Para o setor regulado, o arcabouço regulatório atual limita as alternativas de cobertura que as operadoras podem ofertar no mercado, já que não é possível adaptar as coberturas ofertadas às necessidades dos consumidores, inclusive para adequar os produtos e os preços correspondentes às especificidades regionais. (FENASAÚDE, 2019).

Portanto, esse é um ponto que, ainda hoje, encontra resistências por parte das operadoras, que postulam por mudanças que deem mais flexibilidade aos produtos passíveis de serem ofertados, mas que, a despeito de iniciativas isoladas, inclusive por parte do Ministério da Saúde¹³, nos últimos anos, não encontrou ainda terreno favorável no âmbito do Poder Legislativo para promover mudanças nesse sentido.

ii. Definição das segmentações que podem ser contratadas pelos consumidores, impedindo a subsegmentação dos produtos oferecidos.

As segmentações autorizadas pela Lei são: ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetrícia e odontológico.

Em todas elas, a Lei determina coberturas mínimas a serem observadas, além de estabelecer regras a serem atendidas em todas as segmentações relativas a períodos de carência, entre outras, também de cumprimento obrigatório.

iii. Definição de rol de procedimentos de cobertura mínima obrigatória

Além de determinar como de cobertura obrigatória todas as patologias constantes da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), da Organização Mundial da Saúde (OMS), a Lei atribui à ANS a responsabilidade de elaborar um rol mínimo de procedimentos de cobertura obrigatória por todos os planos de saúde, no plano referência e em suas segmentações, atualizando-o periodicamente.

Todas as operadoras ficaram obrigadas, portanto, a oferecer a seus beneficiários, de acordo com a segmentação contratada, um rol mínimo de procedimentos, definido pela ANS. Com isso, houve a padronização da cobertura, independentemente da modalidade da operadora contratada.

A definição desse rol mínimo recebeu manifestação contrária das operadoras, por considerar que haveria grande impacto nos custos assistenciais e que isso implicaria um cerceamento indevido da atividade econômica.

Essa é uma questão que suscita divergências de interpretação e que ainda leva à judicialização da saúde suplementar, quando os consumidores recorrerem à Justiça para garantir a

¹³ Vide Portaria MS/GM nº 1.482, de 4 de agosto de 2016, que institui Grupo de Trabalho para discutir projeto de Plano Saúde Acessível.



cobertura de procedimentos que não constam do rol estabelecido pela ANS. A questão que se coloca é se esse rol é exaustivo ou apenas exemplificativo.

iv. Obrigatoriedade de cobertura de determinados serviços ou procedimentos

O aspecto da cobertura assistencial recebeu a atenção dos legisladores ao longo do tempo, tendo havido o estabelecimento da obrigatoriedade de cobertura de procedimentos específicos para determinados agravos ou doenças.

As alterações promovidas na Lei dos Planos de Saúde no tocante às coberturas obrigatórias são pontuais e não alteraram estruturalmente a lei, não tendo modificado substancialmente o direito dos consumidores. Ainda assim, foram importantes para garantir a cobertura de procedimentos e de agravos cujo acesso estava vedado, a exemplo do tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral, ou que não estavam suficientemente bem estabelecidas, como o atendimento dos casos de lesões autoinfligidas ou de tentativas de suicídio.

v. Definição de regras de atendimento às urgências e emergência.

Para os planos novos é obrigatória a cobertura de procedimentos de urgência e de emergências após 24 horas da contratação. Se o plano for ambulatorial, o atendimento fica limitado às primeiras 12 horas do atendimento; ultrapassado esse período, não há mais cobertura.

b. Aspectos relativos aos beneficiários

i. Proibição ou restrição de exclusões de beneficiários

A Lei vedou o impedimento de acesso de quaisquer pessoas aos planos de assistência à saúde, em virtude da faixa etária ou em função de padecer de qualquer patologia.

ii. Definição de doenças e lesões preexistentes, para fins de contratação de planos privados de assistência à saúde, e regulamentação.

Uma inovação que a Lei trouxe, que é bastante benéfica ao consumidor, foi obrigar que, após o cumprimento de um período de carência de vinte e quatro meses contado a partir da celebração do contrato, as operadoras garantissem cobertura integral para as lesões e doenças preexistentes, isto é, que já existiam e que eram do conhecimento do beneficiário, antes do seu ingresso no plano.

Nesse caso, durante o período de carência, é oferecida a Cobertura Parcial Temporária, que exclui temporariamente as lesões e doenças preexistentes, facultando-se ao beneficiário o pagamento a mais pelo atendimento do agravo.

iii. Criação de regras para a manutenção do plano de saúde para aposentados e demitidos.

A Lei garantiu o direito dos beneficiários de planos de saúde em função de vínculo de trabalho de se manterem no plano em caso de demissão ou aposentadoria. Para tanto, há uma série de regras a serem observadas, como: tempo mínimo de contribuição, assumir integralmente o pagamento das contraprestações, prazo máximo permitido para o usufruto desse direito etc.



iv. Determinação de que os fatores moderadores estejam claramente previstos nos contratos.

A adoção de medidas que evitem os incentivos negativos para a utilização de serviços de saúde é uma forma de regular essa utilização, para racionalizar a demanda e minimizar a falha de mercado denominada “risco moral”, caracterizado como a possível mudança de comportamento do consumidor de plano de saúde, quando, por não ter que arcar com custos adicionais, passa a utilizar excessivamente os serviços de saúde.

Assim, a adoção de medidas reguladoras do comportamento do consumidor é uma forma de conter desperdícios e reduzir custos na saúde suplementar.

Os principais fatores moderadores são relacionados a mecanismos financeiros, como: franquia simples, franquia agregada e coparticipação. Outros mecanismos de regulação, não-financeiros, do uso de serviços e procedimentos são: a autorização prévia; o referenciamento ou hierarquização de acesso; juntas médicas e odontológicas para avaliação diagnóstica; segundo opinião médica ou odontológica.

A Lei dos Planos de Saúde não trata diretamente desses aspectos, apenas determina que, quando adotados, eles sejam claramente previstos nos contratos. No entanto, há que observar que esses mecanismos não podem implicar a limitação ou negação do acesso a serviços ou procedimentos.

3 Críticas ao sistema de saúde suplementar

O sistema de saúde suplementar continuou a ser alvo de críticas mesmo após a edição de seu marco legal. Tais críticas provêm não só do consumidor, mas, também, dos prestadores de serviço de saúde, inclusive profissionais de saúde, vinculados às operadoras.

Além disso, os órgãos de controle federais, como o Tribunal de Contas da União (TCU) e o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), bem como entidades de pesquisa que realizam avaliação de políticas públicas, como o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), também se manifestaram, em várias oportunidades, apontando problemas do setor.

Na sequência, serão apresentadas algumas dessas críticas, com ênfase no fenômeno da judicialização, auditoria do TCU e reclamações dos consumidores junto a entidades de defesa e à ANS.

Percebe-se, ainda, que há um caminho pouco explorado: o do cotejo direto entre as inquietações expressas nas demandas dos cidadãos que batem às portas do Poder Judiciário e as possíveis respostas do Parlamento federal.



3.1 Judicialização e recomendações do CNJ

Diversos estudiosos aceitaram o desafio de enfrentar o tema da judicialização da saúde suplementar no Brasil.

Exemplo disso é o estudo de Trettel, Kozan e Scheffer (2018), que analisou 4.059 ações judiciais, no âmbito do município de São Paulo, entre 2013 e 2014, envolvendo demandas contra planos coletivos, constatou que os principais problemas judicializados são os seguintes: exclusão de coberturas, situação do aposentado no plano de saúde e reajuste por mudança de faixa etária e por aumento de sinistralidade. O estudo apontou que, em 92,4% dos acórdãos, a decisão foi favorável ao beneficiário e concluiu que a regulação e a jurisprudência são desarmônicas.

O tema saúde suplementar é dos mais demandados nos tribunais do Brasil, especialmente na primeira instância, e com maior intensidade em alguns Estados, como Pernambuco e São Paulo, e no Distrito Federal. É o que revela o estudo denominado *Judicialização da Saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução*, elaborado pelo Instituto de Ensino e Pesquisa (INSPER) em conjunto com o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), e publicado no ano de 2019.

O problema maior parece não estar na lei em si, mas no seu descumprimento, ou no cumprimento parcial.

Corroborar esse entendimento outro achado importante do estudo do CNJ/INSPER, segundo o qual a quantidade de demandas acerca da saúde suplementar, bastante expressiva na primeira instância, tende a arrefecer de forma acentuada na segunda instância em praticamente todas as unidades da Federação pesquisadas.

Segundo o CNJ/INSPER, as operadoras de planos de saúde costumam recorrer menos à segunda instância, dado o baixo grau de reversibilidade das decisões de primeiro grau que tenham conferido razão ao consumidor.

A questão, portanto, estaria numa insistente postura, notadamente das operadoras, no sentido de não cumprir integralmente o que está legislado, o que leva o consumidor aos tribunais com alta expectativa de sucesso.

No intuito de uniformizar e balizar as decisões judiciais, o Conselho Nacional de Justiça realizou, até a presente data, três Jornadas de Direito da Saúde, todas na cidade de São Paulo.

A primeira ocorreu nos dias 14 e 15 de maio de 2014, e dela emergiram 45 enunciados.

A segunda Jornada se deu nos dias 18 e 19 de maio de 2015, produzindo 23 enunciados.

A terceira e mais recente Jornada de Direito da Saúde foi realizada nos dias 18 e 19 de março de 2019 e resultou em 35 enunciados. Este terceiro evento marcou também a revisão e reformulação de alguns enunciados oriundos da primeira e da segunda Jornadas.



Os temas tratados nos enunciados seguem, em geral, o padrão das demandas mais usuais trazidas ao Poder Judiciário, e sua formulação procura uniformizar a resposta dos juízes, orientar advogados e agentes públicos e informar a sociedade em geral, sem, no entanto, gerar efeito vinculante.

No que interessa de perto ao presente trabalho, destacam-se, nos três eventos, enunciados que versam sobre a cobertura da saúde complementar, questões contratuais, políticas públicas de saúde e fornecimento de medicamentos.

O Enunciado nº 03, por exemplo, tinha a seguinte redação quando publicado no âmbito da primeira Jornada:

“Recomenda-se, ao autor da ação, a busca preliminar sobre disponibilidade do atendimento, evitando-se a judicialização desnecessária.”

Na terceira Jornada, o texto foi revisto e ganhou redação mais sofisticada, pontuando que:

“Nas ações envolvendo pretensões concessivas de serviços assistenciais de saúde, o interesse de agir somente se qualifica mediante comprovação da prévia negativa ou indisponibilidade da prestação no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e na Saúde Suplementar.”

Percebe-se uma permanente preocupação dos juízes com o excesso de judicialização da saúde, e uma tentativa de induzir potenciais litigantes a pesquisar, antes de acionar o Judiciário, se realmente o tratamento, medicamento ou procedimento desejado não está mesmo disponível no sistema de saúde.

Na segunda redação, mais técnica e exaustiva, estende-se a recomendação tanto a quem pretende litigar contra o Estado, requerendo serviços do SUS, como contra as operadoras de planos de saúde, por meio da expressão “Saúde Suplementar”.

O Enunciado nº 20 inaugura uma série de recomendações do CNJ na questão da cobertura do sistema de saúde suplementar. No caso, trata-se da inseminação artificial e da fertilização *in vitro*. A primeira redação, elaborada na 1ª Jornada, tinha a seguinte redação:

“A inseminação artificial e a fertilização “in vitro” não são procedimentos de cobertura obrigatória pelas empresas operadoras de planos de saúde, salvo por expressa iniciativa prevista no contrato de assistência à saúde.”

A redação atual, dada pela 3ª Jornada, remove a restrição da recomendação aos contratos de assistência à saúde, e a estende aos contratos em geral firmados entre as operadoras de planos de saúde e os consumidores:

“A inseminação artificial e a fertilização *in vitro* não são procedimentos de cobertura obrigatória pelas operadoras de planos de saúde, salvo por expressa previsão contratual.”



Também na esteira do tema *cobertura em saúde suplementar*, o Enunciado nº 21 enfrenta a questão do rol de procedimentos previstos em contrato, e aqui há uma alteração substancial de orientação entre a primeira redação resultante da 1ª Jornada e sua atualização oriunda da 3ª Jornada.

A primeira redação assevera que, “nos contratos celebrados ou adaptados na forma da Lei n.º 9.656/98, recomenda-se considerar o rol de procedimentos de cobertura obrigatória elencados nas Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar, ressalvadas as coberturas adicionais contratadas.”

A segunda redação, por sua vez, reorienta a recomendação, de forma que “nos contratos celebrados ou adaptados na forma da Lei nº 9.656, de 1998, considera-se o rol de procedimentos como referência mínima para cobertura, conforme regulamentações da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, ressalvadas as coberturas adicionais contratadas.”

O rol de procedimentos deixa, portanto, de figurar como referência “obrigatória” para se tornar “mínima”, abrindo caminho para a adoção de elementos não necessariamente previstos nas resoluções da Agência de Saúde Suplementar.

O Enunciado nº 23, com a redação original da 1ª Jornada mantida até hoje, recomenda que, nas lides em que se discutam questões relacionadas à cobertura contratual vinculada ao rol de procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, seja feita uma consulta, por via eletrônica ou expedição de ofício, à própria ANS para esclarecimentos úteis ao litígio.

O Enunciado nº 24 trata de eventuais divergências entre a prescrição terapêutica adotada pelo profissional de saúde assistente e aquela recomendada pelo plano de saúde contratado. No caso, o CNJ orienta a definição do impasse por meio de junta médica ou odontológica, nos termos de resolução da ANS.

O Enunciado nº 25 trata de tema controverso envolvendo consumidores e operadoras de planos de saúde: a questão da negativa de cobertura de procedimentos de alta complexidade. O Enunciado fixa entendimento da jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, no sentido de ser abusiva a negativa de cobertura de procedimentos cirúrgicos de alta complexidade relacionados a doença ou lesão preexistente, quando o usuário não tinha conhecimento ou não foi submetido a prévio exame médico ou perícia, salvo comprovada má-fé.

O Enunciado nº 28 também versa sobre tema polêmico – o fornecimento de órteses, próteses e materiais especiais. O CNJ recomenda que o juiz não exija que a operadora de plano de saúde forneça produto de marca ou fornecedor específicos, mas apenas determine a respectiva descrição técnica.

O Enunciado nº 33 aconselha que advogados em suas petições iniciais e magistrados em suas sentenças observem os pareceres técnicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar e da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias ao SUS.



No caso da advocacia, a orientação segue a tendência de desestimular a judicialização, especialmente em casos de alta probabilidade de insucesso de demandas conflitantes com as diretrizes de órgãos técnicos da ANS e do SUS. Para a magistratura, o texto é importante para dar suporte ao juiz na prolação de decisões coerentes com o estágio atual dos procedimentos médicos corroborados pelos mesmos ANS e SUS.

O Enunciado nº 35 ataca uma prática bastante usual e polêmica das operadoras de planos de saúde: privilegiar a oferta de planos coletivos em detrimento dos individuais, dificultando ao máximo a aquisição destes últimos.

O Enunciado, então, desconstitui o caráter “coletivo” do plano ofertado quando não se conseguir comprovar o vínculo entre o consumidor e a pessoa jurídica contratante, considerando-o como “individual” para efeitos de rescisão contratual e reajuste, ainda que, nominalmente, a modalidade seja comercializada como coletiva.

O texto explicitamente não estende o rigor do Enunciado aos casos de planos de empresas e entidades em que vigore a autogestão.

O Enunciado nº 36 é mais um a tratar de cobertura, tema recorrente e que interessa de perto à presente pesquisa.

O texto assevera que, mesmo se o procedimento médico ou cirúrgico não for coberto pelo plano de saúde, suas eventuais complicações devem contar com obrigatoriedade de cobertura, respeitadas as disposições do rol de procedimentos e eventos em saúde editado pela ANS.

O Enunciado nº 73, mais recente, já editado no âmbito da 3ª Jornada de Direito da Saúde, firma o entendimento de que a ausência do nome do medicamento, procedimento ou tratamento no rol da ANS não implica exclusão tácita da cobertura contratual.

O Enunciado nº 84 trata da fixação de prazos para o cumprimento de determinações judiciais sucessivas, como o fornecimento contínuo de medicamentos seja pelo Poder Público ou pelos planos de saúde. Segundo o verbete, o juiz deve ponderar sua decisão levando em conta as dificuldades inerentes à aquisição do produto. Uma importação de medicamento pode ser demorada e de complexo desembaraço aduaneiro, por exemplo.

Entre os enunciados atuais, o de nº 86, também trata das dificuldades inerentes à aquisição de medicamentos. O texto estabelece que as multas diárias fixadas por determinações judiciais (*astreintes*) devem ser moduladas vis-à-vis as dificuldades e devem guardar proporcionalidade com o valor da prestação pretendida.

Desse extenso conjunto de enunciados que tratam direta ou indiretamente de saúde suplementar, abstrai-se que o Poder Judiciário se esforça, no limite de suas atribuições, em oferecer caminhos para uma contínua e consistente diminuição da judicialização em temas de saúde, e para a solução mais célere e eficaz das demandas presentes.



Evitar a judicialização seria o ideal em qualquer sociedade, mas, no esteio das contradições e desigualdades que marcam o contrato social no Brasil, sequer se pode vislumbrar uma redução radical na quantidade de demandas.

O que se pode esperar, e que está efetivamente sendo implementada nos últimos anos, é uma atuação mais incisiva da magistratura no sentido de estimular a composição de conflitos de forma menos gravosa, com a utilização da mediação, por exemplo, e de fixar entendimentos gerais para balizar a prolação de sentenças e até a iniciativa dos advogados em inaugurar alguma demanda.

3.2 Auditoria do Tribunal de Contas da União: reajuste dos planos de saúde

A fim de avaliar as ações da ANS em relação aos reajustes anuais dos planos de saúde individuais e coletivos, o Tribunal de Contas da União (TCU) conduziu extensa auditoria, cujas conclusões resultaram no acórdão 679/2018-TCU-Plenário. A Corte de Contas buscou analisar se os procedimentos e mecanismos utilizados pela Agência são adequados para garantir a sustentabilidade do mercado e a não onerosidade excessiva dos consumidores.

Os achados da equipe de auditoria do TCU podem ser considerados no mínimo inquietantes para a coletividade dos beneficiários dos planos de saúde. De acordo com o Tribunal, as evidências apontam que a ANS não dispõe de mecanismos idôneos para prevenção, identificação e correção de reajustes abusivos nos planos coletivos. Os dados não são analisados, criticados e confrontados com padrões de referência adequadamente construídos.

Mais especificamente, identificou-se que o Sistema de Comunicado de Reajuste de Planos Coletivos, que serve de base para a definição do índice de reajuste para os planos individuais, não possui mecanismos adequados para a validação dos dados fornecidos pelas operadoras. Do lado da ANS, o TCU informa que não identificou ações concretas e efetivas da entidade para a correção dos problemas apontados.

A Corte de Contas teceu duras críticas à regulamentação dos mecanismos de reajuste dos planos de saúde, visto não obrigar as operadoras a descrever detalhadamente a memória de cálculo do percentual de reajuste anual aplicado aos planos coletivos. Ademais, foram identificados indícios de duplicidade no lançamento de índices que impactam o reajuste dos planos coletivos.

Diante dos problemas apontados, o TCU determinou à ANS elaborar um “plano de providências” que contemple a efetiva aferição da fidedignidade das informações econômicas e financeiras por ela recebidas das operadoras, além da retomada das visitas técnicas (inspeções) às empresas e do tratamento adequado dos casos em se evidencie práticas abusivas contra os consumidores. O Tribunal exigiu ainda a imediata alteração da metodologia empregada para definição do índice máximo de reajuste anual dos planos de saúde individuais, com especial ênfase em se evitar



o cômputo em duplicidade da variação associada à atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde, que ocorre periodicamente, visto que essa variação já é obviamente considerada pelas operadoras no cálculo dos reajustes dos planos coletivos.

Os resultados da auditoria executada pelo TCU deixaram evidente que, no caso dos reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos de saúde, o mero fato de a operadora observar as normas regulamentares vigentes não afasta a possibilidade de abuso contra os consumidores. A própria metodologia adotada pela ANS, associada à falta de rigidez na fiscalização, permitiu a definição de índices de reajuste máximo excessivamente altos para os planos individuais por parte das operadoras. Tudo isso ajuda a explicar o elevado índice de insatisfação dos beneficiários, refletido diretamente nas demandas judiciais, conforme discutido no item anterior, e no grande número de reclamações junto à ANS e aos órgãos de defesa do consumidor, tema a ser analisado a seguir.

3.3 Demandas dos consumidores

Para a análise das demandas dos consumidores em relação às operadoras de planos de saúde recorreremos a duas bases de dados distintas, que oferecem diferentes perspectivas sobre o setor. Por certo, essas estatísticas não podem ser interpretadas como uma representação fidedigna do universo de problemas presente na saúde suplementar. Servem, contudo, de referência para a compreensão da atuação do Poder Legislativo a respeito dessa matéria, visto exercerem os parlamentares o papel de mediador das demandas sociais.

A principal fonte oficial de informações sobre o mercado da saúde suplementar é o *Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos*, atualizado e publicado trimestralmente pela Gerência de Padronização, Interoperabilidade e Análise de Informação da ANS. A última edição disponível, publicada em junho de 2019, traz dados e análises sobre o setor referentes ao primeiro trimestre desse ano, incluindo a quantidade de beneficiários e de operadoras e planos de saúde, rede de serviços e também demandas dos consumidores registradas junto à Agência.

Conforme apontado na Introdução deste artigo, nesse período havia 47,1 milhões de beneficiários de planos de assistência médica com ou sem odontologia e 24,5 milhões de planos exclusivamente odontológicos, representando uma redução de 196,4 mil vínculos no segmento médico-hospitalar em relação ao período imediatamente anterior (final de 2018). Segue-se, portanto, uma tendência decrescente desde o ano de 2014, quando o segmento contava com 50,4 milhões de beneficiários. De outro lado, o segmento exclusivamente odontológico mantém sua tendência de crescimento sustentado, com acréscimo de 291,9 mil beneficiários desde o final de 2018.

O número de operadoras em atividade no setor mantém-se em queda gradual, atingindo a cifra de 1.029 operadoras com beneficiários. Essas empresas operavam no primeiro trimestre um total



de 35,1 mil planos de saúde ou produtos similares e apresentaram receita de contraprestações de R\$ 50,8 bilhões no mesmo período.

Em relação às demandas dos consumidores recebidas pela ANS, os dados mostram crescimento sustentado. Nem a redução do número de beneficiários nos últimos anos impactou negativamente a quantidade de reclamações. Se considerarmos o ano de 2014 como base, tivemos redução de cerca de 6,5% no número de beneficiários de planos de saúde do segmento médico-hospitalar, frente a um aumento de quase 20% no número absoluto de reclamações registradas pela ANS até o ano de 2019.

Tomando por base um período mais amplo de tempo, temos que desde 2010 o número de beneficiários de planos de saúde do segmento médico-hospitalar subiu de 44,9 milhões para 47,1 milhões, uma variação de 4,8%, portanto, enquanto o volume de reclamações dos beneficiários apresentou elevação de 364% no período.

As reclamações dos beneficiários junto à ANS concentram-se no tema da cobertura assistencial dos planos de saúde, situando-se historicamente na faixa de 65% a 75% das demandas. Cumpre salientar que essa categoria adotada pela ANS engloba todas as demandas assistenciais, incluindo não apenas o rol de procedimentos cobertos, mas também prazos de atendimento, carência, rede conveniada, doenças preexistentes e gerenciamento das ações de saúde pela operadora.

Outra fonte relevante, ainda que não oficial, de dados sobre demandas de consumidores relacionadas aos planos de saúde é o ranking elaborado e divulgado anualmente pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC). A entidade registrou em 2018, pelo sétimo ano consecutivo, a liderança absoluta do setor de saúde suplementar na quantidade de atendimentos realizados, com 30,2% do total, quase o dobro do segundo colocado, o setor de serviços financeiros, que concentrou 16,8% das reclamações. Reforça a relevância da saúde suplementar com área de atuação das entidades de defesa do consumidor a comparação com os serviços de telefonia, contumaz causa de demandas consumeristas, mas responsável por apenas metade do número de atendimentos dedicados aos beneficiários de planos de saúde (15% do total, de acordo com o Idec).

Interessante notar a diferença de perfil das reclamações entre a ANS e o Idec. Enquanto neste a liderança é de atendimentos envolvendo reajuste das mensalidades, com 52,8% dos casos, naquela os problemas relativos a reajustes das contraprestações pecuniárias representaram apenas 8,4% do total em 2018, caindo para meros 5,9% em 2019.

Com efeito, a ANS parece não ser reconhecida pelo consumidor como um mediador privilegiado quando se trata de demandas relativas a reajuste das mensalidades dos planos de saúde, sendo acionada mais frequentemente para ajudar na solução de demandas de natureza assistencial. Ressalte-se que o tema dos reajustes se mostrou muito relevante para a sociedade brasileira, conforme se pode depreender do número de reclamações ao Idec – representou mais da metade dos

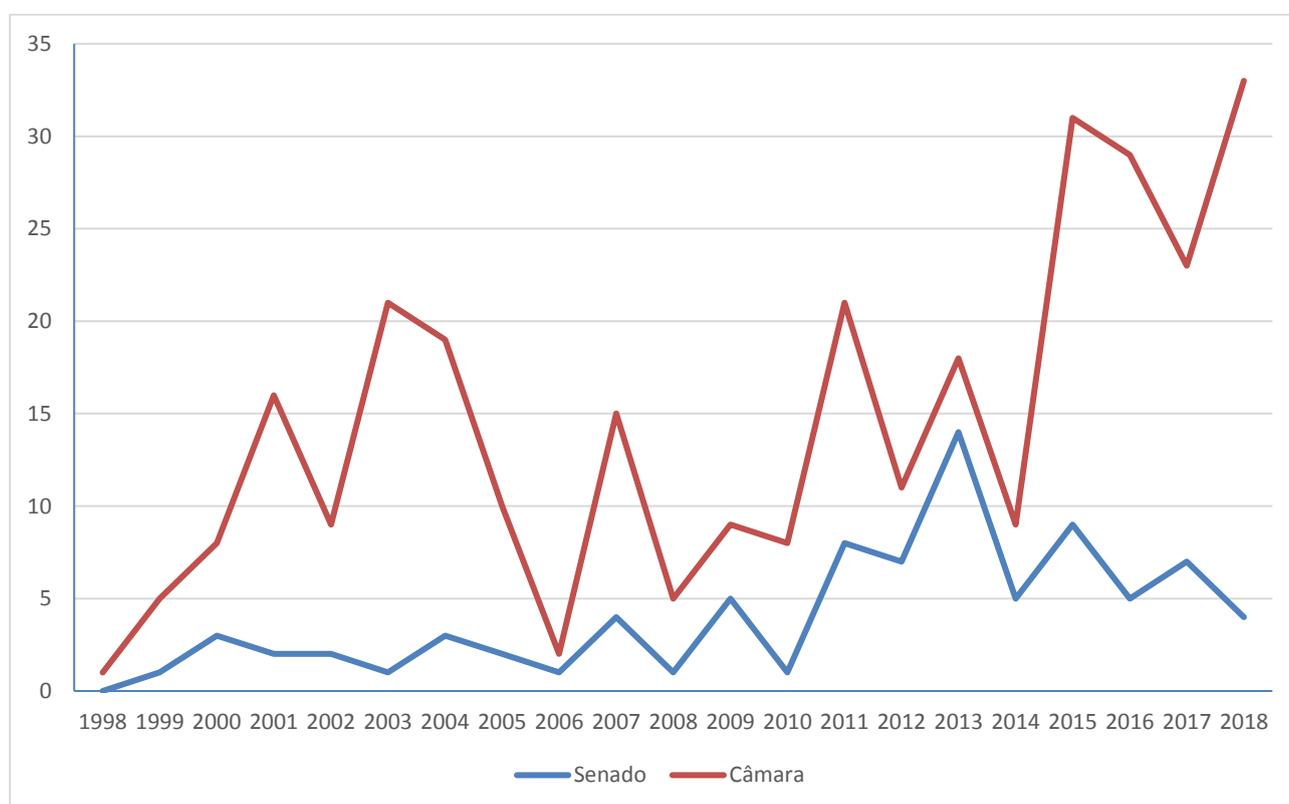


atendimentos do tema líder absoluto em seu ranking – e da repercussão sobre os Poderes Judiciário e Legislativo, conforme discutido adiante.

4 Atividade legislativa

O interesse pelo aprimoramento da legislação de saúde suplementar, por parte do Poder Legislativo federal – que pode ser aquilatado pelo número de proposições legislativas de iniciativa parlamentar sobre o tema –, tem sido constante ao longo do período posterior ao estabelecimento do marco legal do setor, com uma tendência de aumento nas últimas legislaturas.

Gráfico 1 – Proposições legislativas da área de saúde suplementar, por ano. Câmara dos Deputados e Senado Federal, 1998-2018.



Fonte: elaboração pelos autores.

De 1998 a 2018, foram apresentados, nas duas Casas, um total de 346 projetos de lei que guardam pertinência temática com a matéria, sendo cerca de um quarto deles (82), no Senado Federal e os outros três quartos (264), na Câmara dos Deputados.



Tabela 1 - Proposições legislativas sobre saúde suplementar apresentadas na Câmara dos Deputados e no Senado Federal, por ano. Brasil, 1998-2018.

Anos	Senado	Câmara	Total
1998	0	1	1
1999	1	5	6
2000	3	8	11
2001	2	16	18
2002	2	9	11
2003	1	21	22
2004	3	19	22
2005	2	10	12
2006	1	2	3
2007	4	15	19
2008	1	5	6
2009	5	9	14
2010	1	8	9
2011	8	21	29
2012	7	11	18
2013	14	18	32
2014	5	9	14
2015	9	31	40
2016	5	29	34
2017	7	23	30
2018	4	33	37
Total	85	303	388

Fonte: elaboração pelos autores.

Além dos projetos de lei ordinária, a Câmara dos Deputados, exclusivamente, apresentou também um total de 7 projetos de lei complementar, todas eles de matéria tributária.

Também foram apresentados, na sua grande maioria na Câmara dos Deputados, 33 projetos de decreto legislativo (31 na Câmara e 2 no Senado), que buscaram interferir na regulação do setor de outra forma, qual seja, pela tentativa de sustar normas infralegais editadas pela ANS. Isso, sob o argumento de que a Agência teria extrapolado suas competências normativas, invadindo seara própria do Poder Legislativo.

Em número bem reduzido, mas que merece destaque, porque a iniciativa exige a subscrição de um terço dos parlamentares da respectiva Casa, foram apresentadas, nesse período, duas propostas de emenda à Constituição (uma na Câmara e outra no Senado).



Tabela 2 - Proposições legislativas sobre saúde suplementar apresentadas na Câmara dos Deputados e no Senado Federal, por tipo. Brasil, 1998-2018.

Tipo de proposição	Senado	Câmara	Total
PLS/PL	82	264	346
PDS/PDC	2	31	33
PEC	1	1	2
PLP	0	7	7
Total	85	303	388

Fonte: elaboração pelos autores.

Em relação à autoria das proposições, majoritariamente, a iniciativa foi individual. Apenas em 6 delas, a iniciativa partiu de colegiados. Nesse caso, duas proposições foram oriundas dos trabalhos da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) dos Planos de Saúde da Câmara (2003)¹⁴, uma delas foi apresentada pela Comissão Especial do Pacto Federativo¹⁵ e três (duas da Câmara e uma do Senado) resultaram de sugestões legislativas – ideias encaminhadas pela população, que receberam apoio suficiente para serem debatidas no Parlamento, ou propostas encaminhadas por associações representativas da sociedade civil, que seguem rito próprio – transformadas em projeto de lei pela comissão que detém a atribuição de avaliar sua admissibilidade: a Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa, no Senado, e a Comissão de Legislação Participativa, na Câmara.

Tabela 3 - Proposições legislativas sobre saúde suplementar apresentadas na Câmara dos Deputados e no Senado Federal, por tipo. Brasil, 1998-2018.

Autor	Senado	Câmara	Total
Senador	84	0	84
Comissão	1	6	7
Deputado	0	297	297
Total	85	303	388

Fonte: elaboração pelos autores.

Em relação à situação dessas proposições, ou seja, a sua tramitação, existe uma diferença relevante entre a Câmara e o Senado. Nesse último, na ocasião em que foi verificada a situação das proposições (setembro de 2019), apenas 15% delas (13 proposições) continuavam tramitando. Já na Câmara, a situação se inverte, 70% ainda estão tramitando atualmente.

¹⁴ O Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde está disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/parlamentar-de-inquerito/52-legislatura/cpisaude/relatoriofinal.pdf>.

¹⁵ Comissão Especial destinada a analisar e apresentar propostas com relação à partilha de recursos públicos e respectivas obrigações da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal (Pacto Federativo)



Tabela 4 - Proposições legislativas sobre saúde suplementar apresentadas na Câmara dos Deputados e no Senado Federal, por tipo. Brasil, 1998-2018.

Em tramitação	Senado	Câmara	Total
Sim	13	214	227
Não	72	89	161
Total	85	303	388

Fonte: elaboração pelos autores.

A esse respeito, cabe notar, que a Câmara, via de regra, é considerada a casa iniciadora – inclusive para todas as proposições de autoria do Poder Executivo, entre elas, projetos de lei e medidas provisórias –, enquanto ao Senado compete, habitualmente o papel de revisor das matérias. Além disso, a diferença no número de representantes (513 deputados contra 81 senadores), bem como o papel de cada Casa no Parlamento – o Senado representando os Estados da Federação e a Câmara representando diretamente a população (conhecida como a “Casa do Povo”), também influenciam nessa produção.

Em relação à categorização das proposições, cumpre, inicialmente, explanar como ela foi feita e as dificuldades encontradas.

A despeito de existirem algumas formas de categorizar temas da saúde suplementar, nenhuma delas se mostrou adequada para os propósitos deste trabalho. A ANS, por exemplo, agrupa as reclamações dos beneficiários, segundo a natureza da demanda, em dois grupos – assistencial e não assistencial – e em subtemas: gerenciamento das ações de saúde por parte da operadora (autorizações prévias, franquias, coparticipação etc.); suspensão e rescisão contratuais; rol de procedimentos e coberturas (geográfica e assistencial); reembolso; prazos máximos para atendimento; rede de atendimento (rede conveniada); mensalidade ou contraprestação pecuniária e outros.¹⁶

A opção, então, não foi partir de categorias predeterminadas, mas criar categorias, por meio da análise do conteúdo das proposições selecionadas, que pudessem retratar a diversidade do trabalho parlamentar e que fossem, na medida do possível, autoexplicativas, a despeito de utilizarem o jargão da saúde suplementar.

Essas categorias, acompanhadas de uma breve descrição, estão apresentadas no Quadro 4 e são as seguintes: ANS (administração); antidiscriminação; beneficiário/dependentes; carência; caução; cobertura; contratação/modalidades; fator moderador; migração; multa; operadora; plano

¹⁶ Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/indice-reclamacoes/indice-geral-de-reclamacoes-igr>. Acesso em : 17/12/2019.



coletivo; prazo de atendimento; prestador (relação com beneficiário); prestador (relação com operadora); reajuste; recusa de atendimento; reembolso; relação com SUS/dupla porta; rescisão/suspensão.

Quadro 4 – Categorização das proposições legislativas da área de saúde suplementar. Câmara dos Deputados e Senado Federal, 1998-2018.

Categorias	Aspectos normatizados
ANS (administração)	Relativamente ao funcionamento (inclusive prazos e taxas), localização (sede da ANS), administração (diretoria colegiada), recursos humanos (composição, carreira, cargos, remuneração) e controle externo.
Antidiscriminação	Medidas de combate à discriminação, em termos de contratação de planos, em razão de doenças preexistentes, deficiência, doenças genéticas, predisposição genética, HIV, idade, gênero, orientação sexual.
Beneficiário/dependentes	Condições e requisitos para a admissão e a manutenção da condição de beneficiário e dependente (parentes, guarda ou tutela, estudantes), inclusive trabalhadores, empregados demitidos com e sem justa, aposentados, membros de associações.
Carência	Período, determinado em contrato, durante o qual ainda não há acesso a determinadas coberturas, a despeito de o pagamento das contraprestações já ter sido iniciado.
Caução	Exigências de garantias pelo prestador para a execução do serviço de saúde.
Cobertura	Cobertura assistencial e inclusão de novos procedimentos.
Contratação/modalidades	Segmentação dos planos de saúde, inclusive novas modalidades de contratação.
Fator moderador	Mecanismos de controle e regulação de demanda e utilização dos serviços adotados pelas operadoras, especialmente franquias ¹⁷ , coparticipação ¹⁸ e autorização prévia ¹⁹ .
Migração	Passagem de plano não regulado para plano regulado pela Lei nº 9.656, de 1998.
Multa	Aplicação de penalidades pecuniárias às operadoras por infrações, inclui destinação dos valores arrecadados, penalidades alternativas, recurso, mitigação.

¹⁷ Mecanismo de regulação financeira que consiste no estabelecimento de valor até o qual a operadora não tem responsabilidade de reembolso, nem de pagamento da assistência à rede credenciada ou referenciada. A franquia é paga pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço.

¹⁸ Mecanismo de regulação financeira que consiste na participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, em caso de plano individual e familiar, ou à pessoa jurídica contratante, em caso de plano coletivo, após a realização de procedimento.

¹⁹ Mecanismo de regulação da operadora que consiste em avaliação da solicitação antes da realização de determinados procedimentos de saúde.



Categorias	Aspectos normatizados
Operadora	Operação e a comercialização de planos privados de assistência à saúde, inclui entidades filantrópicas, autogestão, sindicatos, seguros-saúde, capital estrangeiro,
Plano coletivo	Planos contratado por pessoa jurídica, empresarial (empresa que pretende oferecer assistência de saúde a seus funcionários e dependentes) ou por adesão (pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, como conselhos, sindicatos e associações profissionais).
Prazo de atendimento	Prazos de atendimento para a realização de procedimentos.
Prestador (relação com beneficiário)	Aspectos da relação entre o prestador de serviços de saúde e o beneficiário.
Prestador (relação com operadora)	Relação entre o prestador de serviços de saúde e a operadora, inclui contratualização, honorários profissionais, gratificações, tabela de procedimentos, credenciamento e descredenciamento, credenciamento universal, livre escolha.
Reajuste	Reajuste das contraprestações pecuniárias.
Recusa de atendimento	Situações de recusa de atendimento, inclui recusa por inadimplência.
Reembolso	Ressarcimento de despesas com assistência efetuadas pelo beneficiário diretamente ao prestador de serviços. Livre escolha de prestador.
Relação com SUS/dupla porta²⁰	Relação das operadoras com o Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no caso de hospitais universitários e de ensino, tratamento diferenciado de pacientes
Rescisão/suspensão	Suspensão ou rescisão do contrato do beneficiário com a operadora.
Ressarcimento	Restituição de despesas, pelas operadoras, efetuadas por beneficiários de planos de saúde junto ao SUS.
Servidor/empregado público	Planos de saúde voltados para funcionários ou empregados públicos.
Transparência	Procedimentos que conferem maior transparência à relação entre os consumidores e os prestadores de serviços ou as operadoras.
Tributação	Benefícios tributários concedidos aos beneficiários de planos de saúde.

Fonte: elaboração pelos autores.

Cabe notar, que o setor é composto por três elementos principais: operadora, prestador de serviço e beneficiário. O quarto elemento, externo, é o órgão regulador, no caso a ANS. Assim, as proposições basicamente objetivam regular as ações e a características dos próprios elementos do

²⁰ Dupla porta de entrada – uma para usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e outra para clientela privada, especialmente em hospitais vinculados a universidades públicas. Essa prática é justificada pelo aporte adicional de recursos, mas criticada por ser discriminatória e por utilizar recursos públicos para atender pacientes particulares (SILVA - CAXIAS, 2016).



sistema e suas inter-relações. Outras, ainda, são voltadas para a regulação do sistema como um todo ou sua inter-relação com outros sistemas, tal como o tributário e o sistema público de saúde (SUS).

O número de categorias que resultou do trabalho (24 categorias) é representativo do trabalho fragmentado que é realizado, na maioria das vezes, no âmbito do Poder Legislativo.

A distribuição dos projetos por categorias, ordenadas por frequência (da maior para a menor), consta da Tabela 5.

Tabela 5 - Proposições legislativas sobre saúde suplementar apresentadas na Câmara dos Deputados e no Senado Federal, por tipo. Brasil, 1998-2018.

Categorias	Senado	Câmara	Total
Cobertura	22	81	103
Plano coletivo	9	21	30
Fator moderador	3	25	28
Beneficiário/dependentes	7	21	28
Reajuste	4	22	26
Prestador (relação com operadora)	5	19	24
ANS (administração)	7	17	24
Transparência	3	20	23
Operadora	3	18	21
Contratação/modalidades	9	12	21
Tributação	3	16	19
Ressarcimento	3	15	18
Rescisão/suspensão	5	10	15
Antidiscriminação	2	11	13
Carência	2	11	13
Recusa de atendimento	4	9	13
Prazo de atendimento	0	7	7
Prestador (relação com beneficiário)	1	5	6
Servidor/empregado público	2	4	6
Multa	1	4	5
Caução	2	3	5
Migração	0	4	4
Reembolso	1	3	4
Relação com SUS/dupla porta	1	3	4

Fonte: elaboração pelos autores.

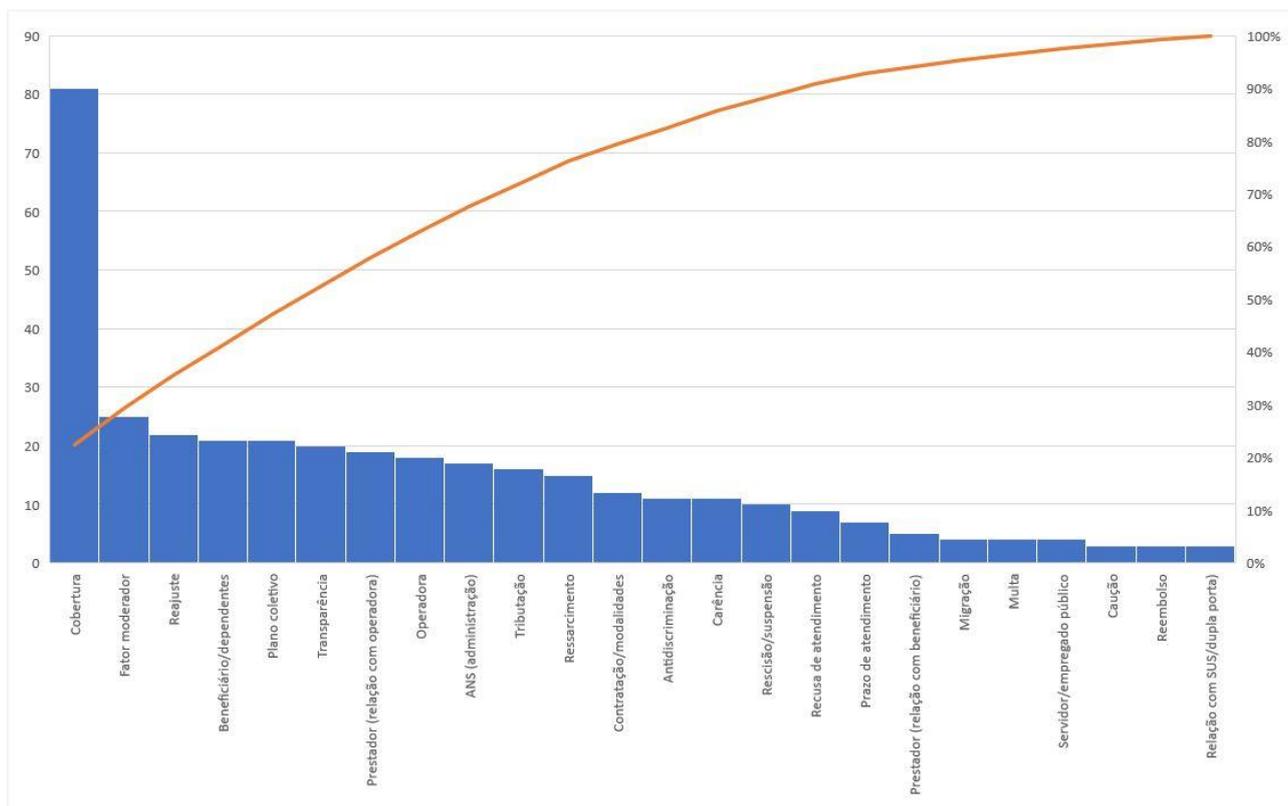
Outro indicativo disso, é que poucos projetos foram classificados em mais de uma ou em múltiplas categorias, porque a maioria deles promove apenas modificações pontuais nas leis que normatizam o setor. Essa é uma característica da maioria das proposições apresentadas.

No que tange à análise individual das categorias, destaca-se, isoladamente, o tema “cobertura”, que caracteriza 22 proposições no Senado e 81 na Câmara.



A apresentação dessas categorias em um gráfico de Pareto – que ordena as frequências de ocorrência da maior para a menor, em um gráfico de barras, com uma linha de porcentagem acumulada sobreposta –, mostra que mais da metade das proposições da Câmara dos Deputados concentram-se nas seguintes categorias: “cobertura”, “fator moderador”, “reajuste”, “beneficiário/dependentes”, “plano coletivo” e “transparência”.

Gráfico 2 – Proposições legislativas da área de saúde suplementar, por categoria. Câmara dos Deputados, 1998-2018.



Fonte: elaboração pelos autores.

Disso depreende-se que a ação do legislador se concentrou na perspectiva da defesa do consumidor, buscando assegurar, especialmente, a cobertura assistencial e a proteção contra abusos na utilização de mecanismos de controle e regulação de demanda pelas operadoras (coparticipação, franquia, autorização prévia).

O “reajuste” das contraprestações pecuniárias, que é a terceira categoria de maior frequência, também é o principal tema dos atendimentos do IDEC sobre planos de saúde (com destaque para reajuste abusivo, predominantemente de planos coletivos), contabilizado no seu Ranking de Atendimentos 2018. A elevada frequência das categorias “beneficiários/dependentes” e “planos coletivos” (cujo reajuste anual não é determinado pela ANS) evidenciam a preocupação

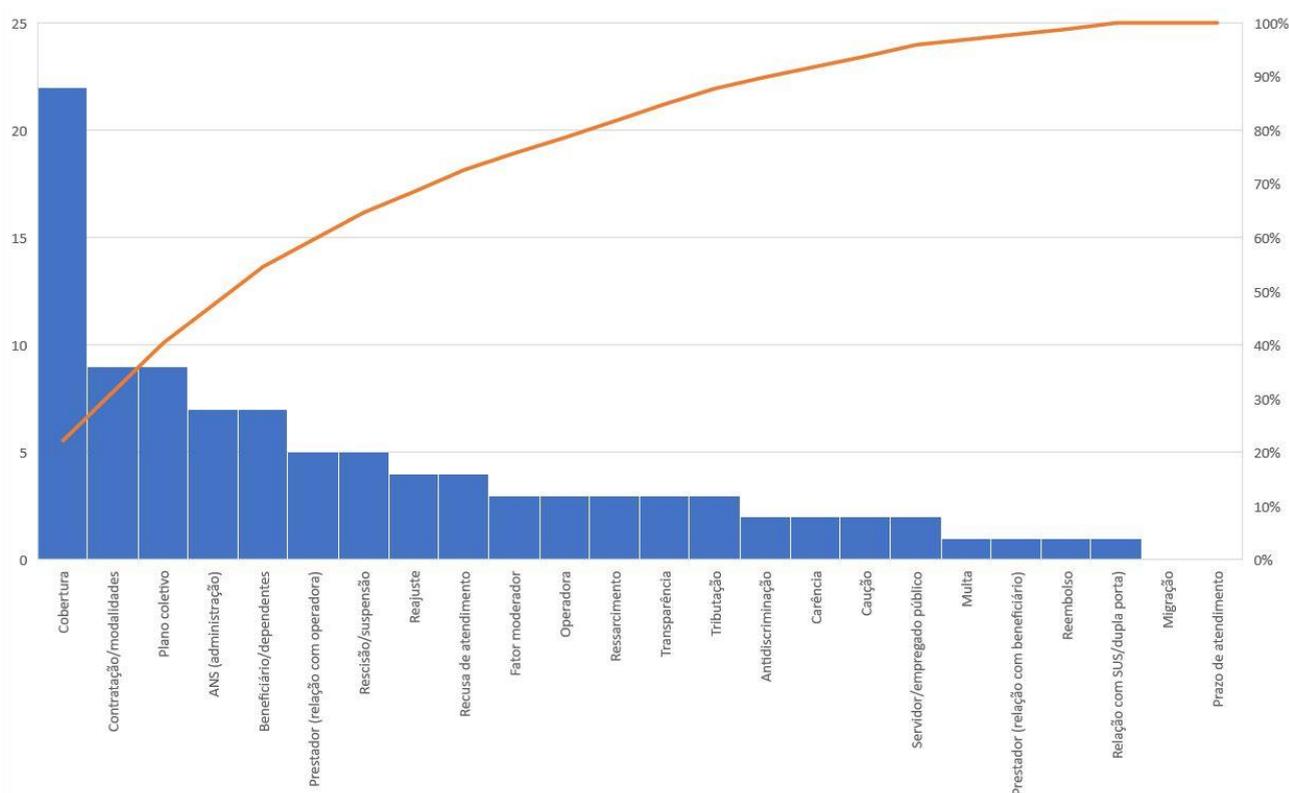


com a normatização da contratação e permanência nos planos de saúde, como beneficiário, no caso do trabalhador, tanto na situação de empregado como na de desempregado, e sua família.

Mais uma categoria que sobressai, na Câmara dos Deputados, é a da “transparência”, princípio inscrito no art. 6º, inciso III, da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor), que busca assegurar o direito de informação do consumidor nas relações de contratuais, com as operadoras, e nos serviços de saúde, com o prestador (profissionais e estabelecimentos de saúde).

No Senado Federal, o diagrama de Pareto, utilizando o mesmo corte de mais de 50% de frequência acumulada das categorias, mostra um panorama um pouco diverso. Como na Câmara, a principal categoria, com destaque, é a “cobertura assistencial”. As outras categorias de relevo são: “plano coletivo”, “contratação/modalidades”, “beneficiário/dependentes” e “ANS (administração)”. Evidencia-se, portanto, uma preocupação de ordem institucional com a própria agência reguladora e seu funcionamento (cabe lembrar que compete ao Senado, entre outras atribuições, aprovar a escolha dos diretores da ANS). Ainda assim, o beneficiário continua em evidência, com ênfase na oferta de planos individuais (que oferecem maiores garantias ao consumidor, por terem reajuste de mensalidades controlado pela ANS).

Gráfico 3 – Proposições legislativas da área de saúde suplementar, por categoria. Senado Federal, 1998-2018.



Fonte: elaboração pelos autores.



Outras categorias que aparecem nas duas Casas e que também são representativas em termos de frequência são as seguintes (em ordem decrescente): prestador (relação com operadora); operadora, tributação; ressarcimento; rescisão/suspensão; antidiscriminação; carência; recusa de atendimento; prazo de atendimento.

O último grupo é composto por categorias minoritárias (em ordem decrescente de frequência), a saber: prestador (relação com beneficiário); servidor/empregado público; multa; caução; migração; reembolso; relação com SUS/dupla porta.

5 Discussão e considerações finais

A Lei dos Planos de Saúde e de criação da ANS representaram marcos importantes dentro da saúde suplementar, tendo alterado profundamente o setor. Há que reconhecer que esse processo de transformação não se esgotou, pois é alvo continuamente de mudanças e de tentativas de reformulações, nem sempre convergentes.

A regulamentação efetuou modificações significativas no setor, ao circunscrever as entidades que podem atuar nesse campo e as características e requisitos que devem atender, estabelecendo regras de funcionamento, de entrada e de saída, exigências de garantias financeiras, além de uma série de regras sobre os produtos que devem ofertar, bem como as práticas que não podem ser utilizadas para selecionar clientela, a exemplo da seleção de risco, em que a clientela é selecionada por critérios de idade ou condição de saúde, caracterizando discriminação de segmentos vulneráveis.

Também foram estabelecidas regras para proteger os consumidores, a exemplo da limitação de carências, proibição da rescisão unilateral dos contratos, controle de reajustes, garantia de assistência integral e padronização dos produtos a serem ofertados, entre outras.

Além disso, foi determinada a cobertura de todas as doenças listadas na CID. Deve-se ressaltar, ainda, a relevância da instituição do rol de procedimentos mínimo de cobertura obrigatória, especialmente por se ter determinado à agência reguladora a competência de definir esse rol. Esse é um ponto de inflexão importante promovido pela lei, pois ela retirou a definição dos procedimentos a serem cobertos da discricionariedade das empresas, delegando-a ao Poder Público.

Observando as alterações sofridas pela Lei nos seus vinte anos de vigência, é possível constatar que a atuação do Legislativo foi positiva e pautada, via de regra, na defesa dos interesses dos consumidores e na integralidade da atenção à saúde, assim como na justiça social e na promoção da saúde.



A instituição de um órgão regulador único, vinculado ao Ministério da Saúde, também contribuiu para uma regulação mais eficiente, que sopesa tanto o equilíbrio econômico-financeiro quanto os aspectos assistenciais.

No entanto, ao longo desse período, a atuação da ANS não foi isenta de críticas, como, por exemplo, sua omissão na questão do ressarcimento ao SUS, que, durante muitos anos, foi efetivado apenas parcialmente e não contou com uma ação mais incisiva por parte da Agência. Outro ponto que ensejou muitas críticas à ANS foi a sua atuação no controle dos reajustes das contraprestações dos planos. Isso, inclusive, foi alvo de uma auditoria por parte do TCU. Esse é um dos aspectos mais judicializados na saúde suplementar.

Também tem sido alvo de críticas por entidades de defesa da saúde e dos consumidores, nos últimos anos, o fato de que muitos indicados para ocupar cargos de direção na Agência foram, ou são, pessoas com vínculos com o setor regulado, que, eventualmente, ocuparam postos importantes nas empresas que atuam na saúde suplementar.

O Congresso Nacional não ficou inerte e respondeu a essas críticas, tendo aprovado a Lei nº 13.848, de 2019, que veda a indicação, para os cargos de direção das agências reguladoras, de pessoa que tenha atuado em empresa ou entidade do setor regulado pela agência em que atuaria.

No entanto, apesar dos avanços que o marco regulatório da saúde suplementar trouxe para o setor, a judicialização e as reclamações dos beneficiários junto às entidades de defesa dos consumidores, e da própria ANS, indicam a permanência de velhos problemas e o surgimento de novos.

Há interesses conflitantes entre os atores que compõem o setor. O Poder Legislativo expressa essas diferenças. A quantidade de projetos de lei e o leque de temas por eles tratados indicam que o Legislativo está atento às demandas do setor, especialmente dos consumidores, além de buscar aperfeiçoar o aparato institucional regulatório, que diz respeito à própria ANS.

Apesar de ser observada uma tendência de que as regras basilares da regulação do setor sejam preservadas, há fortes pressões da parte do setor regulado para que haja uma flexibilização, especialmente no tocante à obrigatoriedade de oferta do plano-referência e de suas segmentações, com vedação de exclusões de coberturas.

A proposta de flexibilizar a oferta de planos de saúde com graus variados de cobertura é defendida por entidades representativas do setor regulado e conta com o apoio de agentes públicos. O próprio Ministério da Saúde chegou a instituir, por meio da Portaria GM/MS nº 1.482, de 4 de agosto de 2016, um grupo de trabalho para discutir o projeto de “plano de saúde acessível”. Essa proposta também foi apoiada por parlamentares nas duas Casas legislativas do Congresso Nacional.



No entanto, entidades de defesa dos consumidores e entidades de saúde pública, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), têm se manifestado contrárias a esse tipo de proposta.

A questão do controle da ANS sobre o reajuste das contraprestações, que atualmente incide apenas sobre os planos individuais, é outro tema recorrente na agenda parlamentar nas duas Casas do Congresso Nacional, com propostas de que esse controle seja extensível para os planos coletivos. No entanto, essas matérias não têm prosperado.

Sob a ótica das empresas do setor, existe uma excessiva regulação dos planos individuais, o que acabou levando à redução da oferta desse tipo de produto. Não é por outra razão que, atualmente, menos de 20% dos beneficiários estão vinculados a planos individuais. Portanto, defendem a desregulamentação como forma de ampliar o acesso à saúde suplementar.

As proposições que tratam de instituir a obrigatoriedade de determinadas coberturas assistenciais – como por exemplo, procedimentos de fisioterapia, atendimento psicológico, assistência à obesidade mórbida e cirurgia reparadora – conseguem maior apoio entre os parlamentares e são aquelas que alcançam, com mais frequência, a aprovação. Essa é a categoria que congrega o maior número de proposições, tanto na Câmara quanto no Senado. Há que observar que a Lei delegou para a agência reguladora o estabelecimento do rol mínimo de procedimentos de cobertura obrigatória, a ser avaliado e atualizado a cada dois anos. No entanto, não há vedação constitucional ou legal que impeça os parlamentares de legislarem sobre essa matéria, em que pese o tema ser mais apropriado para ser tratado por normas infralegais, que são mais ágeis e flexíveis para acompanhar o dinamismo da evolução técnico-científica na assistência à saúde.

O tema da extensão da cobertura assistencial, além de ser o mais prevalente no âmbito do legislativo, também está muito presente no Judiciário. De fato, a maioria dos enunciados do CNJ para orientar a atuação dos juízes nas decisões que envolvem a saúde suplementar trata de coberturas assistenciais. Os fatores que levam a isso precisam ser mais bem estudados: se há negativa indevida de procedimentos por parte das operadoras; se fatores de regulação, como autorização prévia, estão dificultando ou limitando o acesso; se há inadequação e desatualização do rol de procedimentos definido pela ANS. Outra questão que a judicialização suscitou sobre essa matéria é quanto ao caráter do rol de procedimentos previsto em lei, se exaustivo ou exemplificativo, o que impacta a extensão da cobertura obrigatória.

Além disso, os seguintes temas continuam na agenda legislativa:

- Existência de contratos anteriores à Lei nº 9.656, de 1998, que não se submetem às regras nela dispostas, o que gera uma classe de consumidores que estão à margem das garantias legais instituídas.



- Controle do reajuste de mensalidades dos planos coletivos e individuais (apesar de os reajustes dos planos individuais serem controlados pela ANS, há falhas e falta de transparência nesse controle).
- Coparticipação e outras medidas de regulação, como franquia e segunda opinião médica.
- Ressarcimento ao SUS – há diversos projetos que visam a mudar as regras de ressarcimento, inclusive propondo a descentralização para Estados e Municípios, para que o ressarcimento ocorra diretamente para o ente que realizou o atendimento. Propostas nesse sentido estão presentes nas duas Casas.
- Mudança nas penalidades aplicadas pela ANS.

Ante o exposto, verifica-se que o Senado Federal e a Câmara dos Deputados não têm sido omissos no tema da saúde suplementar.

O presente estudo explorou o histórico e o estado atual dessa questão, delineando tendências e aportando subsídios que podem contribuir para a atuação parlamentar.

No entanto, dadas as limitações de um estudo de caráter exploratório, é recomendável a realização de pesquisas mais aprofundadas, inclusive com abordagens qualitativas, para caracterizar melhor os achados quantitativos, de modo a qualificar a ação legislativa.

6 Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS) *Caderno de informação da saúde suplementar* [recurso eletrônico]: *beneficiários, operadoras e planos*. – Ano 1, n. 2 (mar. 2007). – Rio de Janeiro: ANS, ano 13, n. 2 (jun.) 2019- 2.0MB; ePUB. Trimestral.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). *Boletim Informativo Utilização do Sistema Único de Saúde por Beneficiários de Planos de Saúde e Ressarcimento ao SUS* Rio de Janeiro n. 7 p1-29 dezembro 2018

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (BRASIL). DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL. GERÊNCIA-EXECUTIVA DE PRODUÇÃO E ANÁLISE DA INFORMAÇÃO. *Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos*. Rio de Janeiro: 2019.

ALMEIDA, Célia. *O Mercado Privado de Serviços de Saúde no Brasil: Panorama Atual e Tendências da Assistência Médica Suplementar*. Brasília, novembro de 1998. Texto para Discussão Nº 599, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).



BAHIA, Lígia; RAGGIO, Ronir; SALM, Luiz Cláudio; Antonio José Leal Costa *et al.* O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: uma abordagem exploratória sobre a estratificação das demandas segundo a PNAD 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4):951-965, 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Saúde Suplementar / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: CONASS, 2011. 148 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 12)

BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas *et alli.* *Judicialização da saúde*. São Paulo: Saraiva, 2017.

CARVALHO, Eurípedes Balsanufó; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2167-2177, set. 2007.

CECHIN, José, COUTTOLENC, Bernard François; BADIA, Bruno Dutra; MARTINS, Carina Burri *et. al.* *A história e os desafios da saúde suplementar – 10 anos de regulação*. São Paulo: Saraiva: Letras & Lucros, 2008.

CHOLLET, Deborah; LEWIS, Maureen. Private insurance: principles and practice. *In: SCHIEBER, George. Innovations in health care financing. Proceedings of a World Bank Conference*, março 10-11, 1997. Washington: WB, 1997. (World Bank Discussion Paper, n.365).

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA - CNJ; INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA - INSPER. *Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução*. Brasília: 2019.

COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José Mendes. *A Política Regulatória e o Setor Saúde: Nota sobre o Caso Brasileiro*. Simpósio Regulamentação dos Planos de Saúde. Brasília, DF-2001. Editora FIOCRUZ, 2007, pp. 233-289.

FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (FENASAÚDE). *Mais saúde: uma nova saúde suplementar para mais brasileiros*. Out. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR (IDEC). *Ranking de Atendimentos 2018: Planos de Saúde seguem no topo*. 14/03/2019. Disponível em: <https://idec.org.br/noticia/ranking-de-atendimentos-2018-planos-de-saude-seguem-no-topo-confira>. Acesso em: 4 nov. 2019

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. *A regulação da assistência à saúde suplementar*. *In: Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

NOBRE, Milton Augusto de Brito; da SILVA, Ricardo Augusto Dias *et. alli.* 2. ed. *O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde*. Belo Horizonte: Fórum, 2013.

PACHECO, Luciana Botelho. *Como se fazem as leis* / Luciana Botelho Pacheco [recurso eletrônico]. – 3. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2013. 81 p. – (Série conhecendo o legislativo; n. 9).

PEREIRA, Carlos. O Marco Regulatório no Setor de Saúde Suplementar: contextualização e perspectivas. *In: MONTONE, Januário; CASTRO, Antonio Joaquim Werneck de (org.). Documentos*



técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003 / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004.

ROMERO, Luiz Carlos Pelizzari. A atuação do Congresso Nacional na regulamentação da Saúde Suplementar. *Revista de Informação Legislativa*. Brasília a. 47 n. 186 abr./jun. 2010.

SANTOS, Fausto Pereira dos; MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1463-1475, out. 2008.

SCHEFFER, Mário. *Os planos de saúde nos tribunais: uma análise das ações judiciais movidas por clientes de planos de saúde, relacionadas à negação de coberturas assistenciais no Estado de São Paulo*. São Paulo, 2006. Dissertação (mestrado): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. Área de Concentração: Medicina Preventiva. Orientador: Paulo Eduardo Mangeon Elias.

SCHEFFER, Mário; BAHIA, Lígia. O financiamento de campanhas pelos planos e seguros de saúde nas eleições de 2010. *Saúde em Debate*, v. 37, n. 96, p. 96-103, 2013.

SESTELO, José Antonio de Freitas; SOUZA, Luis Eugênio Portela Fernandes de; BAHIA, Lígia. Saúde suplementar no Brasil: revisão crítica da literatura de 2000 a 2010. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 607-623, set. 2014 .

SILVA, José Luiz Toro da. *Manual de Direito da Saúde Suplementar: A iniciativa Privada e os Planos de Saúde*. 1ª. ed. São Paulo: M.A. Pontes Editora, 2005.

SILVA, Hudson Pacifico; CAXIAS, Maiara Cristina Luiz. Benefícios para alguns, prejuízos para muitos: razões e implicações da adoção da dupla porta de entrada em hospitais universitários. *Saude soc.*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 808-820, set. 2016.

TRETTEL, Daniela Batalha; KOZAN, Juliana Ferreira; SCHEFFER, Mário. Judicialização em planos de saúde coletivos: os efeitos da opção regulatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar nos conflitos entre consumidores e operadoras. *Revista de Direito Sanitário*, v. 19, n. 1, p. 166-187, 13 jul. 2018.

