

A atuação do Congresso Nacional na regulamentação da Saúde Suplementar

Luiz Carlos P. Romero

Sumário

1. Principais etapas do processo legislativo de regulamentação da Saúde Suplementar. 2. Características das iniciativas parlamentares. 3. Atuação da Câmara dos Deputados. 4. Atuação do Senado Federal. 5. A reforma da lei por iniciativa do Poder Executivo.

1. Principais etapas do processo legislativo de regulamentação da Saúde Suplementar

A primeira proposição legislativa tratando de regulamentar planos e seguros de saúde data de 1991 e foi apresentada à Câmara dos Deputados pela Deputada Irma Passoni, do Partido os Trabalhadores, de São Paulo.¹

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 às duas casas do Congresso Nacional, enquanto uma única proposição, de iniciativa do Poder Executivo, chegou ao Congresso. Isso nos permite afirmar que o Parlamento Federal esteve, desde cedo, sensível à necessidade de regulamentação da matéria e muito atuante nesse sentido.

Luiz Carlos P. Romero é médico sanitário, Consultor Legislativo do Senado Federal.

¹ Projeto de Lei nº 513, de 1991, que “regula a prestação de assistência hospitalar em contratos relativos a planos de saúde”.

O Senado foi a primeira casa a se manifestar a respeito, aprovando, em 1993, de forma rápida, o primeiro projeto de lei sobre essa matéria, proibindo a restrição de cobertura por planos e seguros de saúde², e, em 1995, outro projeto³, que obrigava as empresas gerenciadoras de planos de saúde e as seguradoras que operam seguros-saúde a ressarcir o Sistema Único de Saúde dos gastos decorrentes do atendimento de seus beneficiários/segurados feitos na rede pública. Em 1996, seis novos projetos foram apresentados ao Senado Federal.

Na Câmara dos Deputados, o grande número de projetos em tramitação sobre a matéria – vinte, no total – obrigou a criação, em 1995, de uma Comissão Especial para apreciá-los.

Se a tramitação dos projetos apresentados ao Senado correu sem incidentes, não se pode dizer o mesmo da tramitação dos apreciados pela Câmara dos Deputados, onde a pressão das empresas operadoras de planos e seguros de saúde se fez com eficácia, contando, inclusive, com representantes seus nas bancadas de vários partidos.

De qualquer forma, em meados de 1998, a Câmara dos Deputados aprovou a regulamentação, na forma de substitutivo, e a enviou para revisão no Senado Federal – fato que transferiu para essa Casa um caloroso debate e uma árdua negociação entre os atores sociais envolvidos: usuários, empresários, operadoras, sistema de defesa do consumidor, governo e parlamentares.

A fórmula encontrada para a aprovação de um texto que atendessem a todos esses

² Projeto de Lei do Senado nº 93, de 1993, que “dispõe sobre os Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde”, de autoria do Senador Iran Saraiva. Na Câmara dos Deputados, foi denominado Projeto de Lei nº 4.425, de 1994.

³ Projeto de Lei do Senado nº 41, de 1995, que “torna obrigatório o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde pelo atendimento realizado a segurados de empresas privadas de serviços de saúde”, de autoria do Senador Lúcio Alcântara.

interesses – e da qual resultou a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 – saiu desse debate e dessas negociações sob intensa pressão do Poder Executivo pela sua aprovação rápida.

No entanto, nem bem a tinta da lei tinha secado, o Ministério da Saúde já estava promovendo sua alteração por meio de medida provisória, cuja primeira edição data de 5 de junho de 1998, isto é, a Lei nº 9.656 foi sancionada em 3 de junho de 1998 e, dois dias depois, o Presidente da República já encaminhava ao Congresso Nacional medida provisória alterando 26 de seus dispositivos. Só no primeiro ano de vigência da lei, foram expedidas 38 normas diferentes sobre a matéria pelo Poder Executivo, inclusive quinze edições daquela medida provisória, perfazendo, no total, aproximadamente 1.500 disposições diferentes.

A partir de então, a iniciativa de alteração, aperfeiçoamento e detalhamento da regulamentação, bem como a própria organização do setor de saúde suplementar, passou das mãos do Poder Legislativo para as do Poder Executivo. Raríssimas iniciativas de parlamentares prosperaram⁴, em comparação com a enxurrada de proposições legislativas originadas na Presidência da República, principalmente decorrentes de re-edições de medidas provisórias, e resoluções da agência reguladora a seguir criada – também por iniciativa do Executivo.

O Congresso Nacional nunca mais retomou suas prerrogativas em relação à regulamentação dos planos de saúde, deixada, por sua inércia, nas mãos do Poder Executivo, passando a ter um papel meramente coadjuvante.

⁴ Destacam-se, nesse sentido, a Lei nº 10.223, de 15 de maio de 2001, que inclui, entre as coberturas obrigatórias dos planos de saúde, a cirurgia plástica reconstrutiva de mama nos casos de tratamento do câncer de mama, e a Lei nº 11.935, de 11 de maio de 2009, que torna obrigatória a cobertura do atendimento nos casos de urgência e de emergência e das ações de planejamento familiar.

2. Características das iniciativas parlamentares

Apesar da enorme 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 trataram a questão;

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 proposta e instituída.

Em relação à primeira, a maioria dos projetos ocupava-se parcialmente da matéria, tratando, em geral, de apenas um tópico, sendo mais frequentes os referentes à cobertura, à natureza dos contratos e ao reajuste de mensalidades. Questões importantes como carências, fiscalização, resseguro, remuneração do trabalho médico e relações com prestadores e a própria tipificação do descumprimento do regulamento como ilícito administrativo ou penal deixaram, na maior parte das vezes, de ser contempladas nos projetos de regulamento originados nas duas casas do Congresso.

A outra característica da maioria das proposições de iniciativa parlamentar é a de tratar planos e seguros de saúde como se fossem uma mesma classe de serviços.⁵

À época, os seguros de saúde já se encontravam regulamentados há mais de dez anos, por meio de um decreto-lei⁶ e de

⁵ É bem verdade que, do ponto de vista do usuário, a prestação e o consumo do serviço de assistência à saúde, quer no âmbito de um plano, quer no âmbito de um seguro, funciona dentro da mesma lógica. No entanto, enquanto o seguro saúde era uma modalidade de seguro pessoal, oferecido e operado por uma companhia seguradora - que, à época, era proibida por lei de prestar outros tipos de serviço, inclusive de assistência médica - e tipificada como operação financeira, os planos de saúde constituíam contratos de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, oferecidos e operados por empresas ou cooperativas especializadas na venda desses serviços.

⁶ Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1976 (artigos 129 a 134), que "dispõe sobre o Sistema Nacional

resoluções da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), do Ministério da Fazenda. A autoridade reguladora e fiscalizadora era exercida por essa superintendência.

Os planos de saúde, por sua vez, não tinham, até aquele momento, regulamentação por via legal nem eram objeto de regulação de qualquer natureza.

Os projetos de lei de autoria dos deputados e senadores objetivavam, assim, regulamentar, com as mesmas normas, atividades de empresas prestadoras de assistência médica (medicina de grupo, cooperativas), seguradoras e sistemas de autogestão, como se fossem da mesma natureza.⁷

Por fim, todos os projetos originados no Senado e na Câmara atribuíam a instâncias já existentes a autoridade reguladora e fiscalizadora: à Susep e/ou ao Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), do Ministério da Fazenda - do qual o Ministério da Saúde passava a fazer parte; aos organismos de gestão estadual e municipal do Sistema Único de Saúde e, até mesmo, aos conselhos de fiscalização do exercício profissional (conselhos federais e regionais de medicina e odontologia).

Nenhuma das proposições feitas às duas casas do Congresso Nacional previa a existência de uma agência reguladora nos moldes da atual Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

3. Atuação da Câmara dos Deputados

Entre 1991 e 1997, vinte projetos foram apresentados à Câmara dos Deputados: 16 de iniciativa de deputados, três do Senado Federal e um de iniciativa do Poder Executivo. Eles tramitaram apensados e, em atenção à disposição regimental que prevê tal alternativa quando, no que tange ao mérito, a apreciação de uma matéria é

de Seguros Privados, regula as operações de seguros e resseguros e dá outras providências".

⁷ Entendimento que prevaleceu, transferindo-se para o texto da lei que foi adotada.

de competência de três ou mais comissões, foi criada comissão especial para sua apreciação.⁸

A Comissão Especial atuou por mais de três anos e, no âmbito de suas atribuições, realizou doze audiências públicas, nas quais – nas palavras do seu Relatório – “procurou-se ouvir os diversos setores da sociedade relacionados com a questão, de forma a que se possibilitasse a manifestação do contraditório e, desse modo, formar um juízo mais abrangente do problema”.

O Deputado Pinheiro Landim, na qualidade de relator da matéria na Comissão Especial, utilizou, para a elaboração do substitutivo que ofereceu, contribuições não apenas dos projetos em tramitação como dos substitutivos e pareceres exarados sobre a matéria antes da constituição da Comissão Especial, além dos subsídios fornecidos pelas audiências públicas e sugestões encaminhadas à comissão.⁹

Ele reconheceu que seu trabalho não foi fácil, uma vez que “encerrada a fase de audiências públicas, restou, ao lado do farto material colhido em todo o processo, enorme contencioso a ser trabalhado”. O substitutivo que apresentou era, ainda em suas palavras, “um documento-síntese que recebeu a contribuição competente e dedicada de muitos de seus pares, de autoridades públicas e dos demais agentes envolvidos nesse tema”.

⁸ A comissão foi criada em atendimento a requerimento do Deputado Iberê Ferreira, primeiro relator designado para a matéria, na Comissão de Seguridade Social e Família.

⁹ Em novembro de 1997, um *Anteprojeto de Regulamentação* foi aprovado pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde e oferecido como contribuição ao debate. Ainda que regulamentasse as três modalidades de planos num único instrumento, trazia formulações mais claras, bem caracterizando e distinguindo planos, seguros e autogestão, assim como as responsabilidades das três classes de “operadoras”. Em relação à cobertura, instituiu um Plano ou Seguro Básico e a permissão de contratação de planos ou seguros com redução ou extensão de cobertura. No entanto, permitia exclusões importantes como a assistência farmacêutica em tratamentos ambulatoriais e a assistência odontológica.

Dois outros substitutivos – de autoria dos Deputados Moreira Franco e José Pinotti¹⁰ – foram contrapostos ao do relator, numa tramitação tumultuada na qual não faltou nem mesmo um movimento para que a decisão fosse transferida da Comissão Especial para o Plenário da Câmara, com o objetivo de elidir o *lobby* das empresas que vendem e operam planos e seguros que vinham – com sucesso – atuando naquela comissão.

O Substitutivo Pinheiro Landim consistia em uma regulamentação abrangente do tema, ainda que deixasse de fora tópicos relevantes: a remuneração do trabalho médico, as relações entre operadoras e prestadores, e o resseguro. Sofria, no entanto, do mesmo defeito da maioria dos projetos que apreciou: tratava tudo como se fosse seguro e, em decorrência disso, oferecia soluções equivocadas para questões referentes à autoridade reguladora, à fiscalização e ao controle do setor e – o que é mais grave – excluía dessas competências o sistema de defesa do consumidor e a participação dos usuários e sub-representava o setor saúde nessas funções.

Esse era um problema sério do Substitutivo Landim, mas não era o único. A instituição de um Plano ou Seguro Padrão, por exemplo, só aparentemente permitia garantia de cobertura integral, deixando de fora a cobertura de diversos procedimentos tais como: a assistência farmacêutica em

¹⁰ O Substitutivo Pinotti, de julho de 1997, teve ampla divulgação e debate. Ele caracterizava e diferenciava claramente planos, seguros e sistemas de autogestão; garantia, de forma realística, interesses dos usuários sem pôr em risco a lucratividade e a sobrevivência das operadoras; estabelecia limites razoáveis para coberturas e encontrou a melhor forma para a questão das carências e dos reajustes de prestações, inclusive em razão de idade. Ele seria criticado, no entanto, quanto à falta de uma caracterização clara do que diferenciava o Plano Básico de outros (no Substitutivo Pinotti, a redução ou extensão de cobertura assistencial era entendida apenas como características do padrão de conforto na internação hospitalar); e à exclusão de cobertura para a assistência farmacêutica e a assistência odontológica.

tratamentos ambulatoriais, a assistência odontológica e o fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios quando não ligados ao ato cirúrgico e, nesse caso, só cobrindo próteses de fabricação nacional.¹¹

Outro ponto polêmico era o mecanismo instituído para o reajuste dos prêmios. O Substitutivo proibia o reajuste de mensalidades em razão de idade apenas para maiores de sessenta anos e após dez anos consecutivos de participação, favorecendo as operadoras que ficavam livres para, fora daquelas condições, promoverem os reajustes que quisessem com os critérios que desejassem.

Levado a Plenário, o Substitutivo Pinheiro Landim recebeu 131 emendas e outros tantos destaques e, de seu debate e votação, resultou o texto que recebeu o número 4.425-E, de 1994.

4. Atuação do Senado Federal

No Senado, o Substitutivo da Câmara dos Deputados encontrou tramitando seis dos dez projetos de lei que tinham sido apresentados à Casa desde 1993. Quatro regulavam tópicos específicos¹² e dois, de

¹¹ Essas exclusões de cobertura – presentes na maior parte das proposições em apreciação pelo Congresso Nacional, incluindo a proveniente do Poder Executivo – passaram, também, para o texto aprovado e não foram tocadas pelas alterações que o Governo promoveu nele, posteriormente, por meio de medidas provisórias, mantendo-se, até hoje, na regulamentação vigente.

¹² Redução da transferência para o Tesouro Nacional do custo patronal dos planos de previdência complementar e de saúde (PLS nº 50/96, do Senador Roberto Requião); obrigação de os planos de saúde, seguros-saúde e similares manterem os patamares de mensalidades vinculados à idade de ingresso no sistema (PLS nº 112/96, do Senador Pedro Piva); manutenção do trabalhador aposentado ou desempregado em virtude de dispensa sem justa causa na condição de segurado ou beneficiário de seguro ou plano de saúde contratado pelo ex-empregador, por tempo definido (PLS nº 177/97, do Senador José Serra); e obrigatoriedade do cadastramento, perante o Sistema Único de Saúde, de beneficiários e segurados de planos e seguros de saúde (PLS nº 197/97, do Senador José Serra).

autoria do Senador Lúcio Alcântara, de 1996, propunham regulamentações abrangentes da matéria: um regulamentava os planos de saúde e outro, o seguro saúde, baseados no entendimento de que seguros e planos eram produtos distintos em suas características básicas, da mesma forma que as empresas que os operam têm naturezas e constituições distintas.¹³

A Casa não abria mão da intenção de proceder a imediato exame dos seis projetos – que já se encontram tramitando conjuntamente na Comissão de Constituição e Justiça e Cidadania – para que o Senado pudesse produzir um projeto de lei que contemplasse todo o necessário para suprir as deficiências que ainda persistiam no texto do Substitutivo da Câmara ou para produzir um novo texto que possuísse os requisitos considerados necessários a uma adequada regulamentação do setor.¹⁴

¹³ Os dois projetos do Senador Lúcio Alcântara (PLS nºs 15 e 17, de 1996) contemplavam de forma abrangente a matéria. Em relação a coberturas, proibiam excluir qualquer doença, afecção, condição, estado, sinal, sintoma, lesão, traumatismo, transtorno, complicação, sequela e necessidade de assistência relacionada na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, da Organização Mundial da Saúde, deixando de fora apenas os tratamentos experimentais, os tratamentos de rejuvenescimento e as cirurgias plásticas não-restauradoras de função e os tratamentos de emagrecimento cuja indicação não fosse essencial para o restabelecimento da saúde física e mental da pessoa. Vedavam a estipulação de carências, facultando, no entanto, a realização de exames – com ônus para a operadora – prévia à contratação de seguro saúde. Em relação ao reajuste de mensalidades, determinava que esse só pudesse ocorrer após um ano de vigência do contrato ou de anterior reajuste e segundo índices de reajuste salarial. Da mesma forma, só poderia haver acréscimo do valor das prestações em razão de idade do contratante após cinco anos de contrato. Obrigava a existência de resseguro contra a inadimplência do usuário desempregado e a internação prolongada, no caso de o contratante ser um trabalhador autônomo; e previa a preservação dos direitos do contratante numa nova empresa, em caso de falência ou extinção da empresa contratante original.

¹⁴ Uma questão de natureza técnico-regimental complicava ainda mais a situação. O Projeto de Lei nº 4.425-E, de 1994, consistia, formalmente, em um substitutivo ao Projeto de Lei do Senado nº 93, de 1993, de

Assim, apesar e sob a pressão do Ministro da Saúde que pugnava por uma aprovação rápida do substitutivo da Câmara,¹⁵ a matéria foi submetida a uma nova série de audiências públicas na Comissão de Assuntos Sociais.

Apesar disso, ela estava tendo uma tramitação rápida: um mês após ter sido recebido pelo Senado, o substitutivo da Câmara dos Deputados, submetido à apreciação da Comissão de Assuntos Sociais, recebeu do relator, Senador Sebastião Rocha, parecer favorável com várias emendas supressivas que o modificavam bastante.

A essa solução se opunha a base governista que queria a aprovação do Substitutivo da Câmara dos Deputados sem alterações, acenando com o lançamento, logo após a sanção, de uma medida provisória para alterar os pontos mais polêmicos do texto aprovado na Câmara e com os quais não concordavam os senadores.¹⁶ Como

autoria do Senador Iran Saraiva, que tratava, apenas, da proibição de restrição de coberturas. Por se tratar da proposição mais antiga, todas as demais foram apensadas a ele, na Câmara dos Deputados. Dessa forma, para atender ao que dispõe o Regimento Interno da Casa, o texto do substitutivo da Câmara – que regulamentava extensivamente a matéria e não apenas em relação àquele aspecto – somente poderia ser alterado pelo Senado pelo acatamento ou não das alterações feitas ao texto do PLS nº 93/93 aprovado pelo Senado em 1994, atuando apenas por meio de emendas supressivas – o que contrariava os senadores que tinham interesse em participar ativamente da elaboração do novo regulamento também por meio de emendas aditivas.

¹⁵ O Ministro da Saúde (José Serra) assumiu pessoalmente a defesa dessa urgência da aprovação do texto da Câmara, perante a Comissão de Assuntos Sociais. Os argumentos do governo em ver o setor regulado eram, além da sua magnitude econômica – estimava-se que a saúde suplementar movimentava mais de 17 bilhões de reais ao ano –, a importância da renúncia fiscal (da ordem de 4,2 bilhões ao ano) e do subsídio indireto que recebia do Sistema Único de Saúde, que já arcava com a maior parte dos procedimentos de alta complexidade e dos atendimentos de urgência e emergência, exatamente os de maior custo. Além disso, os planos e seguros eram o objeto de cerca de um quarto das reclamações registradas no sistema de defesa do consumidor, a grande maioria referente a seguros de saúde.

¹⁶ Um dos principais pontos de discordância dos Senadores em relação ao texto do Substitutivo da Câmara dos Deputados consistia na ausência de regras

parte da estratégia do Governo, sua liderança, o Senador Romero Jucá, apresentou voto em separado favorável à aprovação do projeto da Câmara intacto.

Na ausência de consenso, a matéria não foi votada, tendo sido concedida vista coletiva e adiada a decisão para a seção legislativa seguinte.

Em maio de 1998, a Comissão de Assuntos Sociais aprovou, finalmente, o relatório do Senador Sebastião Rocha, favorável ao Substitutivo da Câmara dos Deputados com oito emendas supressivas e declarando prejudicado o voto em separado do Senador Romero Jucá.

A matéria subiu em regime de urgência para apreciação do Plenário da Casa que, na semana seguinte, aprovou, em globo, “dispositivos do parecer favorável, ressalvados os destaques”.

A sessão do Plenário que apreciou a matéria foi, como não poderia deixar de ser, bastante movimentada com grande número de senadores usando da palavra e oferecendo destaques – a maioria dos quais acabou rejeitada.

5. A reforma da lei por iniciativa do Poder Executivo

A lei aprovada foi sancionada em 3 de junho de 1998 – Lei nº 9.656 – e, dois dias depois, o Presidente da República já encaminhava ao Congresso medida provisória alterando vinte e seis de seus dispositivos.

A primeira edição dessa medida data de 5 de junho de 1998¹⁷, e, desde a segunda, teve seu texto alterado a cada reedição, de tal modo que a última – a 44ª – trazia alterações em 84 dispositivos da Lei nº

para o reajuste de mensalidades/valor do prêmio por idades e exigência de dez anos de adesão para que a mensalidade do usuário maior de 60 anos não fosse reajustada.

¹⁷ Medida Provisória nº 1.976, de 5 de junho de 1998, que “altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”.

9.656/98 além de acrescê-la de outros 82 e revogar 11.

A Medida, em suas várias edições, promoveu alterações em praticamente todos os artigos da Lei nº 9.656/98, inclusive a sua epígrafe, uma vez que, nesse processo, a partir de fevereiro de 2001, o seguro-saúde 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”. Uma grande parte das alterações feitas decorreu da necessidade de ajustar a redação dos diversos dispositivos a esse novo conceito.

Cento e sessenta e nove dos 210 dispositivos originais da Lei foram tocados pela Medida em suas várias edições, isto é, tiveram sua redação alterada – a maior parte –, foram revogados ou, no mínimo, reenumerados. Afora os novos dispositivos introduzidos.

A Medida Provisória nº 2.177, na sua 44ª edição, transfigurou de tal maneira a Lei nº 9.656, de 1998, que é – em verdade – uma nova lei.¹⁸

No fim de 1999, o Poder Executivo enviou outra medida provisória¹⁹ para criar a Agência Nacional de Saúde Suplementar. Transformada em projeto de lei de conversão, originou a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que “cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar”.²⁰

¹⁸ Além disso – e ainda que a ementa não dê conta desse fato – promoveu alterações também em sete artigos da Lei nº 9.961, de 2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e em um parágrafo da Lei nº 10.185, de 2001, que dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde.

¹⁹ Medida Provisória nº 2.012, de 30 de dezembro de 1999 / Projeto de Lei de Conversão nº 2, de 26 de janeiro de 2000.

²⁰ Em relação a essa questão, é interessante notar o contraste entre a solução adotada pelo Poder Executivo – criação de uma agência reguladora – e aquela adotada pelo Congresso um ano e meio antes, caracterizada por: (1) regulação pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) – cuja composição foi alterada pela lei –, ouvida, obrigatoriamente, uma Câmara de Saúde Suplementar (CSC), órgão desse CNSP, criado pela lei, que tinha competência privativa para se pronunciar

Um ano após, nova medida provisória²¹ foi, da mesma forma, rapidamente convertida na 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”.

Todas essas mudanças se fizeram por meio de proposições de iniciativa do Poder Executivo e não apenas alteraram significativamente o regulamento aprovado no Congresso como o próprio ordenamento institucional do setor.

Nesse período – de junho de 1998 a agosto de 2001 –, a atuação do Congresso resumiu-se, no início, a oferecer emendas às várias edições da medida provisória que alteravam a Lei dos Planos de Saúde²² e a aprovar rapidamente os projetos do Poder Executivo que objetivavam a organicidade do setor.

A partir do segundo semestre de 1999, no entanto, desalentados com a não-apre-

cerca de “matérias de sua audiência obrigatória” e para propor a expedição de normas (regulamentação de atividades de operadoras; condições mínimas de contratos; procedimentos de credenciamento e destituição de prestadores; mecanismos de garantia e seu próprio regimento); a lei definia a composição dessa Câmara, a forma de provimento dos cargos e seus mecanismos de funcionamento (forma de deliberação, subcomissões consultivas, prazos); (2) fiscalização pela Superintendência de Seguros Privados (Susep), segundo diretrizes do CNSP, a que competia: autorizar pedidos de constituição, funcionamento, cisão, fusão etc. de operadoras; fiscalizar atividades; zelar pelo cumprimento de normas; aplicar penalidades cabíveis; estabelecer critérios para o exercício de cargos diretivos das operadoras; proceder à liquidação e promover alienação de carteiras; a Susep teria que ouvir o Ministério da Saúde para apreciação de “questões concernentes às coberturas, aos aspectos sanitários e epidemiológicos relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares”; (3) para obter a autorização de funcionamento da Susep, os planos e seguros precisariam ter registro nos conselhos regionais de medicina e odontologia, conforme o caso.

²¹ Medida Provisória nº 2.122, de 27 de janeiro de 2001.

²² Até a 35ª edição, a Medida tinham recebido 74 emendas; 33 outras foram adicionadas quando da edição da 36ª versão, e, após a 43ª edição, 19 novas emendas foram apresentadas, perfazendo, assim, um total de 126 emendas.

ciação da medida cujo texto era modificado – com frequência de forma incisiva – a cada nova edição, os parlamentares passaram a oferecer projetos de lei, alterando diretamente o texto aprovado da Lei nº 9.656.²³

Essa tendência ganhou corpo no ano de 2000 – quando dois projetos dessa natureza foram apresentados ao Senado e seis à Câmara – e consolidou-se em 2001 – com a apresentação de um total de quinze projetos às duas Casas do Congresso, apenas no primeiro semestre. Esses projetos, no entanto, não prosperaram.

A 43ª edição da medida provisória – em virtude das radicais alterações que promoveu no regulamento²⁴ – despertou novamente o interesse da maioria dos parlamentares: os partidos políticos voltaram a se movimentar no sentido de definir a composição da Comissão Mista encarregada de apreciar a medida provisória – o que não vinha acontecendo até então, por desinteresse dos partidos e blocos do Congresso em indicar membros para a mesma.

Promovido em parceria pela Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados e Conselho Nacional de Saúde, um “Simpósio sobre Regulamentação dos Planos de Saúde” foi

²³ Também a partir de 1999, um conjunto de outras ações foi realizado por deputados, consistindo principalmente da apresentação de cerca de uma dezena de requerimentos de informação e de dois requerimentos para constituição de comissões parlamentares de inquérito.

²⁴ Entre as novidades, estava a introdução de um novo conceito: o de “categoria do plano”, a partir do que eles passam a ser classificados em: “reembolso”, “rede”, “rede e reembolso” e “acesso”. “Plano de reembolso” passou a designar o antigo seguro-saúde, isto é, aquele “produto” – expressão típica do novo arcabouço conceitual introduzido pela medida provisória – em que o usuário escolhe livremente o prestador de serviço, sendo reembolsado, dentro dos limites pactuados, do valor despendido; “Plano de rede” é o antigo plano de saúde, isto é, aquele no qual o usuário tem direito à assistência apenas por meio de uma rede de serviços pré-definida e pactuada, com livre escolha de prestador; “Plano de acesso” – uma novidade introduzida pela 43ª edição da medida

realizado em agosto de 2001, no Auditório Petrônio Portela do Senado Federal, do qual participaram mais de quinhentas pessoas, entre representantes de usuários, operadoras, prestadores de serviços, gestores do SUS e parlamentares. O Simpósio promoveu um balanço dos três anos da regulamentação e discussões sobre coberturas e modelos assistenciais, fiscalização, defesa do consumidor, regulação de preços e, principalmente, direito à saúde, e concluiu pela necessidade de aprimoramento da legislação.

Esse evento foi um marco importante na regulamentação dos planos de saúde ao promover ampla participação dos setores interessados e o debate público sobre as mudanças na regulamentação – que vinham sendo feitas unilateralmente pelo governo – e aportar contribuições.

Em decorrência, levou o governo federal a recuar na regulamentação de pontos polêmicos da Medida Provisória 2.177-43 (subsegmentação, plano de acesso e adaptação de contratos, entre outros).

– é a modalidade de plano na qual o usuário tem direito à “assistência pela garantia de acesso a uma rede hierarquizada de serviços, com mecanismos de regulação definidos pela ANS, vedado o reembolso, salvo nos casos de urgência e emergência”. São permitidos planos com características, ao mesmo tempo, de “reembolso” e de “rede”. A Agência Nacional de Saúde Suplementar passa a ter competência para “disciplinar as categorias de planos e produtos aqui previstos”. Outro problema criado pela 43ª edição era a possibilidade de serem autorizados planos com atendimento e cobertura condicionados à disponibilidade do serviço em determinada área geográfica e de planos subsegmentados. Essa mudança foi criticada no Parlamento e na imprensa como “retrocesso” e de ser “lesiva ao interesse dos consumidores”, e que recolocava a discussão da questão das coberturas no patamar em que se encontrava antes da proposição da Lei dos Planos. É importante lembrar que esse ponto foi objeto de difíceis negociações no Congresso Nacional, durante a elaboração da Lei, delas resultando a fórmula consubstanciada no art. 12, que instituiu o que mais tarde foi batizado de “segmentações”. Recolocar a questão nos termos da 43ª edição era interpretado como negar e passar por cima do que fora arduamente negociado, numa tentativa de reverter o processo, em detrimento de interesses de presentes e futuros usuários de planos.

O movimento, no entanto, logo voltou a arrefecer e a regulamentação dos planos de saúde saiu definitivamente da pauta do Congresso Nacional.