

Quero agradecer pelo convite para proferir esta palestra inaugural do VI Fórum Jurídico da UNIDAS.

Tal convite tem, para mim, uma dupla e significativa importância. Por um lado — o lado institucional—, tenho a honra de representar a Câmara dos Deputados, a qual tenho o privilégio de presidir. E por outro lado, muito me honra, sob o aspecto pessoal, estar aqui para discutir o tema relacionado à assistência médica supletiva, pois desde os primórdios de minha atividade pública essa tem sido uma questão a que sempre me dediquei e acompanhei.

E quando me refiro a atividades públicas, não quero me limitar apenas ao trabalho como Parlamentar. Bem antes de representar o povo de São Paulo no Congresso Nacional, como Presidente do Sindicato dos Médicos de meu Estado e,

posteriormente, como Vice-presidente da Federação Nacional dos Médicos, estive em vários momentos defendendo a categoria nas contendas e reivindicações relacionadas ao setor supletivo.

Vem desde os tempos de universidade o meu interesse em debater e propor alternativas para um sistema nacional de saúde voltado a atender as necessidades da população brasileira. Trata-se de um tema tão antigo quanto difícil.

Quando exerci meu primeiro mandato federal, a partir de 1995, o tema da regulamentação do setor encontrava-se na ordem do dia. Muitas proposições e propostas circulavam pela Câmara e pela sociedade civil e polarizavam os corações e mentes dos que se interessavam sobre o tema. Tive, então, a oportunidade de participar ativamente das negociações, articulações, pressões e contrapressões

que levaram à aprovação do Projeto de lei de origem à Lei 9656, de 1998.

É, portanto, um momento de grande significação pessoal poder estar aqui para debater esse tema com tão preparada audiência.

O tema proposto pela coordenação do Fórum foi o de analisar as proposições que tramitam no Congresso e a Lei 9656/98. Pedirei, contudo, um pouco de paciência para uma pequena digressão histórica, de forma a que possamos situar historicamente o surgimento do setor supletivo no País e a evolução das iniciativas legislativas.

Os pesquisadores em Políticas Sociais apontam como marco inicial do setor de assistência supletiva à saúde no Brasil o convênio celebrado entre a Volkswagen e o antigo IAPI, em 1964. Por intermédio desse acordo, o Instituto deixaria de se

responsabilizar pela assistência à saúde dos empregados da empresa, que passaria a responder pelos atendimentos.

A empresa sublocava o atendimento de seus funcionários a grupos médicos recém criados e, em contrapartida, recebia uma devolução da quantia paga a título de contribuição ao Instituto.

Tal prática se difundiu entre as grandes empresas — principalmente entre as montadoras localizadas na região do ABC — e foi incorporada pelo Instituto Nacional de Previdência Social — INPS, quando da unificação dos IAPs, em 1966.

Ao longo dos anos seguintes, a prática dos chamados “convênios- empresa” se estabeleceu no âmbito previdenciário. As prestadoras de serviços assistenciais se expandiram, formando, inclusive, uma associação para representá-las — a ABRAMGE.

Já em 1977, havia mais de 4.500 convênios dessa natureza em vigor, congregando cerca de 10% da população previdenciária.

Observe-se, todavia, que alguns estudos demonstravam a concentração desses convênios em grandes empresas e nos assalariados de maior renda. Adicionalmente, apesar de viger uma regra que previa a cobrança pela Previdência em caso de atendimento a segurados das empresas realizado em hospitais próprios ou conveniados, nunca houve notícia de cobrança de tais serviços.

Há que se considerar ainda que os convênios previam várias exceções — casos em que os segurados seriam atendidos pelo INPS —, representando uma desoneração das empresas e um custo adicional ao órgão previdenciário de assistência médica.

A partir de 1974, a Previdência Social, por razões que não caberiam analisar aqui, começou a dar os primeiros sinais da crise que perdura até os dias de hoje. A assistência médica previdenciária, onerosa por se basear na compra de serviços privados e no pagamento por Unidade de Serviços — as famosas US —, praticamente sem controles eficazes para coibir os abusos e a corrupção, é bastante atingida pelas políticas de contenção de gastos. Seguem-se várias tentativas de dar racionalidade ao sistema — Plano de Pronta Ação, PREV-SAÚDE, CONASP — todas sem sucesso.

Paulatinamente, passa a não ser mais interessante para um sistema previdenciário em crise manter os “convênios-empresa” que significavam uma arrecadação menor sem a desobrigação de atendimento.

Assim, essa modalidade começa a fenecer até ser completamente extinta no início dos anos 80.

Concomitantemente à crise previdenciária, o País vivia momento importante na luta pela democracia. No campo da saúde, essa luta se consubstanciava em críticas ao modelo sanitário vigente e à formulação de propostas alternativas. Setores acadêmicos, de partidos e organizações oposicionistas e mesmo de dentro do aparelho de Estado apontavam as falhas de um modelo que gastava milhões em medicina curativa, restrita ao contingente de trabalhadores formalmente contratados, e a inexistência de ações e serviços voltados para o restante da população.

Ministério da Previdência, da Saúde, Secretarias Estaduais, Municipais, Fundação SESP, SUCAM e tantas outras instituições atuavam sem coordenação, superpondo suas ações sem um mínimo de

racionalidade e sem atingir a totalidade da população brasileira.

Inicia-se, então um movimento em prol da integração, racionalidade, eficácia e universalização das ações e serviços de saúde. Experiências regionais e nacionais de integração das diversas instituições sanitárias vão se acumulando. Primeiramente as Ações Integradas de Saúde — AIS, seguida do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde — SUDS e, posteriormente, com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde e da Assembléia Nacional Constituinte, a consagração do Sistema Único de Saúde.

Contraditoriamente, a exemplo do que ocorreu com a Educação, a integração dos excluídos ao Sistema de Saúde não se fez preservando as conquistas e qualidade já existentes. Ressalte-se que

a universalização se deu em meio a mais aguda crise do Estado Brasileiro e ao processo de hiperinflação que destruiu a capacidade de investimento das três esferas de governo.

O resultado foi aquilo que alguns pesquisadores denominaram de “universalização excludente”: o processo de extensão das políticas sociais no Brasil a todos os cidadãos não se fez pela agregação dos excluídos, mas pela expulsão dos mais bem aquinhoados, em função da brutal queda na qualidade dos serviços.

Nesse contexto, ao longo da década de 80 e 90, assistimos à explosão do ensino privado e dos planos e seguros de saúde no Brasil.

Em relação à saúde, as empresas maiores e mais competitivas, de início, passaram a oferecer planos de saúde como parte de sua política de recrutamento de

recursos humanos. Tais planos eram em parte estruturados pela própria empresa — as conhecidas autogestões — ou eram terceirizados — para medicinas de grupo ou planos de administração.

A existência de assistência supletiva à saúde passou a ser, então, item em pautas de reivindicações sindicais e mesmo empresas médias e pequenas aderiram, na medida de suas possibilidades, a essa prática.

Para os que não possuíam vínculo empregatício com tais empresas, as empresas de medicina de grupo, cooperativas, instituições financeiras e securitárias rapidamente vislumbraram o mercado de venda de planos ou seguros de saúde individuais ou familiares. O número de planos dessa modalidade sofreu uma forte expansão e multiplicaram-se as empresas atuantes no setor.

Chegamos, assim, ao início dos anos 90 com um mercado bem diversificado, em que numerosas empresas ofereciam planos das mais diversas modalidades e em que a regulamentação era nenhuma.

As queixas de usuários de planos começaram a se multiplicar e a bater às portas do Poder Judiciário que, na falta de um marco jurídico, ora tratava a questão com base no Código de Defesa do Consumidor, ora com base no Código Civil ou ainda com base na legislação de seguros.

Os abusos eram imensos: contratos poucos claros e grafados em letras microscópicas, listas de exclusões enormes e dúbias, possibilidade de rompimento unilateral do contrato, períodos de carência absurdos, planos que cobriam apenas as especialidades existentes em determinado hospital,

mudança constante dos profissionais e estabelecimentos conveniados, dentre tantas queixas dos usuários.

Inicia-se, então, forte pressão para que o Congresso Nacional regulamente o setor supletivo de saúde e os vários atores envolvidos na questão passam a se articular e a veicular suas idéias e propostas.

Pesquisa efetivada no Banco de Dados do Legislativo revela que a primeira proposição apresentada no Congresso Nacional com vistas a regular algum aspecto referente aos planos privados de assistência à saúde remonta a 1985 e, curiosamente, não tinha por objetivo tratar de questões relativas às relações entre as empresas e os consumidores, mas entre as empresas e os prestadores, pois propunha que a tabela de

honorários da Associação Médica Brasileira fosse a base para a remuneração profissional nos “convênios médicos”.

Posteriormente, em 1991, foi apresentado Projeto que obrigava as empresas de planos de saúde a manterem estabelecimentos próprios, sob pena de ressarcimento das despesas de seus beneficiários em outros hospitais.

Ambas as proposições foram arquivadas sem apreciação pelas Comissões Permanentes da Casa.

Ainda em 1991, era apresentado o Projeto de Lei n.º. 929, de autoria do nobre Deputado JOSÉ AUGUSTO CURVO, que, de fato, foi a primeira proposição visando a impor limites e obrigações aos contratos entre empresas de planos de saúde e seus beneficiários. Mais tarde essa proposição seria

apensada ao Projeto de Lei n.º 4.425, de 1994, que deu origem à Lei n.º 9.656, de 1998.

Essa última proposição, apresentada no Senado Federal em julho de 1993 pelo insigne Senador IRAM SARAIVA visava apenas e tão-somente a proibir a exclusão de patologias e outros agravos à saúde nos contratos firmados entre pessoas físicas ou jurídicas e pessoas jurídicas com vistas à cobertura de assistência médica.

Quando de sua chegada à Câmara, já tramitavam na Casa, além do citado PL 929/91, outra proposição e ambas foram apensadas à proposição do Senado, por força das disposições regimentais.

Mais tarde, como prova da relevância social e da magnitude que o tema adquirira, outros quatro projetos foram apresentados, sendo, do mesmo modo, apensados ao PL 4.425/94.

Após tramitarem por algumas das Comissões designadas, a Presidência da Casa, com base em preceitos regimentais, houve por bem instituir uma Comissão Especial para apreciar a matéria e determinou a apensação de mais oito proposições que haviam sido apresentadas desde o início da tramitação do PL 4.425/94, inclusive uma de minha própria iniciativa.

Os trabalhos da Comissão Especial foram conturbados, e o Parecer final e o Substitutivo do Relator nem chegaram a ser voltados no órgão. A Presidência da Casa, em face da enorme repercussão que o tema tomara, avoca a matéria para o Plenário e são apresentadas mais de uma centena de Emendas. O Substitutivo apresentado em Plenário foi alvo de muitas críticas por parte dos Parlamentares e órgãos

vinculados à defesa dos consumidores e à saúde e retorna ao Senado, casa iniciadora da tramitação.

A perspectiva de uma grande modificação do texto naquela Casa e a mudança de direção ocorrida no Ministério da Saúde faz com que o Executivo — até então irreduzível em situar a regulação do setor no âmbito da Superintendência de Seguros Privados — SUSEP, órgão do Ministério da Fazenda — propõe que o texto aprovado na Câmara seja aprovado integralmente e compromete-se a enviar, ato contínuo, Medida Provisória modificando os pontos mais polêmicos.

A Lei n.º 9.656 é publicada no dia 3 de junho de 1998 e no dia 4 é editada a Medida Provisória n.º 1.665, alterando seu texto.

A essa MP inicial sucederam-se 43 outras, sem que o Congresso Nacional se pronunciasse sobre seus

teores. Com a promulgação da Emenda Constitucional n.º 32, o texto da última reedição foi recepcionado como lei, até que o Congresso Nacional delibere definitivamente.

A Lei n.º 9.656/98, veio regulamentar a área dos planos de saúde que eram preferencialmente reguladas pelo próprio mercado. A falta de regulamentação gerava situação de insegurança jurídica, tanto para as operadoras quanto para os usuários; fonte constante de disputas judiciais.

A Lei e as modificações advindas de sucessivas medidas provisórias, regulamentaram, por exemplo, o acompanhamento técnico dos planos privados impondo às operadoras a necessidade de uma avaliação atuarial, fundamentada em critérios estatísticos, atuariais e financeiros, bem como sua

evolução ao longo do tempo e da constituição de reservas garantidoras.

Outras características dos planos de saúde também foram regulamentadas como as coberturas, os limites, as carências e exclusões de produtos. As operadoras, a partir de então, tiveram que oferecer o plano-referência, contendo requisitos mínimos para a assistência médica do usuário. A Lei também determinou que todos os atendimentos realizados pelo SUS em pacientes usuários de planos de saúde fossem ressarcidos ao SUS, pelos preços definidos em tabela específica.

Nesse ínterim, outra Medida Provisória, também relacionada à questão dos planos de saúde, foi encaminhada ao Congresso e aprovada, como Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000. A ANS foi, assim, criada como uma autarquia sob regime especial e

contando com autonomia financeira, administrativa, de patrimônio e de recursos humanos, vinculando-se ao Ministério da Saúde.

A legislação sobre planos de saúde logo após a sua entrada em vigor sofreu questionamentos judiciais por parte das empresas operadoras e de segmentos desse setor. Os três pontos objetos de ações judiciais foram os concernentes: à retroatividade das disposições legais em relação aos contratos anteriores à vigência da lei; ao ressarcimento ao SUS das ações e serviços prestados a beneficiários de planos de saúde; e à abrangência do poder regulamentar da ANS sobre o ramo de seguros de saúde.

O último ponto foi solucionado com a edição de Medida Provisória, convertida em Lei, obrigando as seguradoras a constituírem empresa especializada no

ramo da saúde, vedada a atuação em qualquer outro ramo securitário, a serem fiscalizadas e reguladas pela ANS.

No que concerne à questão da retroatividade o Supremo Tribunal Federal entendeu pela inconstitucionalidade de dois dispositivos constantes da Lei 9656/98, de modo a resguardar o ato jurídico perfeito constante dos contratos firmados antes da vigência da Lei, sem prejuízo a estarem submetidos aos princípios e regras insertos no Código de Defesa do Consumidor, desde que também celebrados durante sua vigência.

Já no que tange ao ressarcimento ao SUS, a questão é mais complexa, tendo a cobrança sido obstaculizada por um misto de medidas judiciais e simples desobediência à legislação em vigor. Dados de 2006, compilados pelo Tribunal de Contas da

União, davam conta que o SUS havia conseguido receber apenas 5,9% dos valores devidos pelas operadoras de planos de saúde privados por serviços prestados a seus clientes na rede pública.

Do mesmo modo que a legislação tem sido questionada no âmbito judicial, várias iniciativas parlamentares foram apresentadas ao longo dos últimos anos e, inclusive, na atual legislatura, com vistas a modificar e aperfeiçoar as disposições vigentes.

Momento significativo dessas iniciativas foi a instalação, em 2003, da Comissão Parlamentar de Inquérito com a finalidade de investigar denúncias de irregularidade na prestação de serviços por empresas e instituições privadas de Planos de Saúde — CPISAÚDE.

Essa CPI realizou um trabalho minucioso e democrático, ouvindo as diversas partes envolvidas, recebendo e compilando sugestões, documentos, denúncias e encaminhando indícios ao Ministério Público para investigações e providências.

O trabalho mais valioso, entretanto, foi sem dúvida alguma, o de produzir e apresentar Projetos de Lei de competência do Congresso Nacional e Indicações ao Poder Executivo sugerindo encaminhamento de proposições de sua iniciativa exclusiva e a adoção de medidas de caráter administrativo e de gestão.

O Projeto de Lei ordinária, de nº. 2.934, de 2004, apresentado no bojo deste esforço altera diversos dispositivos da norma jurídica em questão, tais como: inclui como benefício do plano de saúde a assistência farmacêutica, a cobertura de internação em hospital-

dia e internação domiciliar, cirurgia plástica reparadora para acidentes pessoais e reconstrução da mama; cria o instituto da mobilidade para garantir ao usuário o direito a mudança de plano; proíbe a cobrança de caução e estabelece requisitos para a elaboração de contratos; corrige omissão do texto que dava margem a questionamento da competência da ANS para fiscalizar planos coletivos; inclusão das instituições, de direito público ou privado, municipais e estaduais, que prestem serviços de assistência à saúde de seus servidores; introdução da contratualização entre operadoras e prestadores; e a criminalização das falsas operadoras de planos de saúde.

Além desse que é, indubitavelmente, o mais importante Projeto de Lei, pela sua abrangência e profundidade, diversas outras proposições já

tramitavam antes de sua apresentação ou foram apresentadas posteriormente.

A Comissão de Seguridade Social e Família — Comissão Permanente a que são afetos os temas relativos à Saúde —, diante dessa multiplicidade de proposições e em consonância com as normas regimentais, em 2005 encaminhou por intermédio de seu Presidente requerimento à Mesa solicitando a tramitação conjunta de todos os Projetos que tratavam de temas relacionados à questão dos planos de saúde.

Assim, deferido o citado requerimento, tramitam conjuntamente 21 proposições sendo que, pelo critério regimental da antigüidade, a proposição principal é o PL 4076, de 2001 que propõe a inclusão de procedimentos preventivos no âmbito das coberturas obrigatórias dos planos de saúde.

Esse conjunto de Projetos encontra-se na pauta da Comissão de Seguridade com Parecer elaborado pelo Deputado Ribamar Alves, Relator da CPI dos Planos de Saúde.

O Excelentíssimo Senhor Relator houve por bem, em seu Parecer, que aguarda apreciação pela referida comissão, votar pela aprovação do Projeto oriundo da CPI acrescido da contribuição de outros 4 Projetos que fazem parte do conjunto a ser apreciado.

Além dos assuntos antes especificados propostos no PL 2934/04, oriundo da CPI (inclui como benefício do plano de saúde a assistência farmacêutica, a cobertura de internação em hospital-dia e internação domiciliar, cirurgia plástica reparadora para acidentes pessoais e reconstrução da mama; cria o instituto da mobilidade para garantir ao usuário o direito a mudança de plano; proíbe a

cobrança de caução e estabelece requisitos para a elaboração de contratos), outros projetos – PLs 4078, 4469, 4844, e 311/03 – contribuíram com temas como a presença do acompanhante nas internações de menores de 18 anos e idosos maiores de 65 anos, a livre escolha dos profissionais, e o credenciamento universal de profissionais e prazos de carência.

Os demais, segundo a avaliação do Relator, devem ser rejeitados, sejam por tratarem de matérias já satisfatoriamente abordadas na legislação em vigor, sejam por tratarem da velha e recorrente questão das relações entre operadoras e prestadores, ou ainda por tratarem da prestação de serviços de apoio ao diagnóstico e tratamento já constantes do âmbito de serviços cobertos nos contratos.

Outra iniciativa da CPI dos Planos de Saúde foi a apresentação de Projeto de Lei Complementar

dispondo sobre normas gerais relativas ao Imposto Sobre Serviços de qualquer natureza (ISS), tendo em vista evitar a tributação de profissionais de saúde cooperados e da própria cooperativa, o que configuraria bitributação.

Outras proposições tramitam pela Casa, mas não guardam a mesma ordem de importância que as já citadas, por tratarem de aspectos secundários da Lei dos Planos de Saúde, ou por esmiuçarem aspectos que o poder regulamentar da ANS já contemplou satisfatoriamente.

Esses são, no nosso entendimento, os fatos e situações relevantes para a correta compreensão da situação relativa à legislação dos Planos de Saúde.

Espero ter trazido a este importante e seletivo encontro informações e posicionamentos relevantes

para o andamento dos trabalhos que, tenho a certeza, será extremamente proveitoso e enriquecedor.

Desejo a todos um excelente encontro e espero que, ao final, as idéias, sugestões e deliberações contribuam para o aperfeiçoamento desse setor que é extremamente importante para as vidas de milhões de brasileiros.

De nossa parte, na Câmara dos Deputados, estaremos abertos ao diálogo e sugestões que contribuam para o aprimoramento do setor, visando atender sempre melhor o usuário dos serviços e criar melhores condições de trabalho para os profissionais.