UERJ
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

IMS INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

MESTRADO PROFISSIONAL
EM ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE

O Processo de Regulamentação da Assistência Médica Suplementar no Brasil

PAULO HENRIQUE MELO

ORIENTADORA: PROFA. CELIA PIERANTONI

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:

Gestão de Sistemas de Saúde

2002

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

O PROCESSO DA REGULAMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA SUPLEMENTAR NO BRASIL

Paulo Henrique Melo

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Administração de Saúde - Área de Concentração em Gestão de Sistemas de Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Profa. Celia Pierantoni

Rio de Janeiro
2002

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

M528 Melo, Paulo Henrique.
O processo de regulamentação da assistência médica suplementar no Brasil / Paulo Henrique Melo. - 2002.
93f.
Orientadora: Celia Pierantoni.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.
1. Seguro-saúde - Regulamentação - Teses. 2. Organizações de manutenção da saúde - Regulamentação – Teses. 3. Investimentos na saúde – Teses. I. Pierantoni, Celia. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 369.22(81)

RESUMO

O Processo de Regulamentação da Assistência Médica Suplementar no Brasil

O objetivo do estudo foi o desenvolvimento de investigações sobre a construção da assistência médica suplementar no Brasil e sua respectiva regulação, a partir de pesquisas acadêmicas disponíveis a respeito desse segmento do sistema de saúde, publicações das entidades representativas das operadoras, artigos publicados e dados estatísticos gerados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e pelas próprias operadoras. O mercado de planos e seguros de saúde apresentou um crescimento significativo nas últimas décadas, demandando do poder público a construção de um novo regime regulador, fato que traz a necessidade de aprofundar os conhecimentos dessa área, traçando um panorama da situação atual do setor e suas tendências no contexto da realidade do País, bem como procedendo à análise da dinâmica dessa expansão recente e suas possíveis repercussões na implantação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Palavras-chaves: Regulamentação; Saúde Suplementar Mercado Privado de Saúde

ABSTRATC

The Regulation Process of the Supplementary Medical Assistance in Brazil

The aim of the study was the development of investigations over the construction of the supplementary medical assistance in Brazil and its respective regulation, beginning with available academic researches on this segment of the health system, publishings of the representative entities of the operators, published articles and statistical data produced by the Supplementary National Health Agency – (ANS) and by the operators themselves. The health and insurance plans market showed an important increase in the last decades, demanding from the authorities the construction of a new regulator norm, a fact that brings out the necessity to increase the knowledge on this area, plotting a picture of the present situation and its tendencies in the context of the Nation's reality, as well as proceeding in the analysis of the dynamics of this recent expansion and its possible repercussions in the Sole Health System – SUS implantation.

Key words: Regulation; Supplementary Health; Private Health Market

1. INTRODUÇÃO

A assistência médica suplementar representa hoje importante segmento no cenário do sistema de saúde do País. Parte significativa da população vem aderindo, de forma gradual, a esse mercado de serviços privados de saúde ao longo das últimas décadas, principalmente a partir dos anos 80, quando a clientela dos planos de saúde saltou de 15,0 milhões, excetuando-se os possuidores planos próprios, para cerca de 34,1 milhões, ou seja, aproximadamente, um quinto da população brasileira.

O Sistema Único de Saúde – SUS, resultado do movimento pela Reforma Sanitária iniciada nos anos 70, nasceu com o propósito de eliminar as desigualdades na oferta da assistência médica. Embora se configure como um dos modelos mais avançados para países em condições sócio-econômicas semelhantes a do Brasil, o SUS é duramente criticado pela baixa qualidade de gestão e pretensão de cobertura universal.

Ainda que as relações público/privado no setor saúde tenham sido objeto de estudos já publicados, a produção acadêmica a respeito dessa temática é ainda incipiente, dada a importância desse segmento privado no sistema de saúde brasileiro. Some-se a isso as dificuldades de produção de informações desse mercado, que ainda se apresenta em nível exploratório, principalmente quando se refere a dados confiáveis de conjuntura.

Pode-se afirmar, no entanto, que os sistemas de saúde de uma maneira geral, convergem para a integração e/ou iniciativas públicas e privadas que variam de acordo com as características e evolução de cada país, com o Estado deixando de concentrar as funções de financiador, proprietário e gestor desses sistemas, para renunciar a essas responsabilidades em face da introdução de mecanismos de mercado no setor.

Nesse contexto, os riscos são distribuídos entre Estado, mercado e família, ao contrario do antigo sistema de proteção social – *Welfare State*, com expectativa de crescimento, o que requer novas atribuições e postura do Estado diante dessas mudanças, tais como regulação, controle e avaliação, o que configura uma nova tendência na relação público/privado.

No caso do sistema de saúde brasileiro, a oferta e a estrutura dos serviços é dada principalmente pela iniciativa privada, que comercializa esses serviços para o setor público e privado, bem como para planos e seguros saúde, consolidando-se como um importante mercado de compra e venda de serviços, onde os componentes de financiamento e provisão desses mesmos serviços se viram forçados a se separarem, independentemente das diretrizes e recomendações da Reforma Sanitária.

Em que pesem todos os argumentos sobre a expansão dos planos privados no País, seja pela incapacidade operacional atribuída ao setor público, seja pela perda do poder aquisitivo da classe média ao final dos anos 70 ou pela concentração de renda gerada principalmente com a implantação do Plano Real em 1994, o fato é que a partir do final da década de 80, foi significativo o aumento do número de consumidores de planos e seguros privados de saúde.

Em resumo, a tese que relaciona essa expansão com a queda do nível de qualidade dos serviços públicos de saúde nos anos 60 e 70 e a tese do agravamento decorrente da Reforma Sanitária na década de 80, na realidade, são argumentos que se somam a outros apontados em toda retrospectiva histórica e na literatura nacional, que, em seu conjunto, explicam os fatores que influenciaram nessa expansão do mercado privado de saúde, sobretudo, por se tratar de um ambiente competitivo.

Consolidado esse processo de expansão, surge um movimento de consenso em torno do qual é reconhecida a necessidade da regulamentação estatal sobre a atuação das operadoras de planos de saúde, com expectativa de profundas repercussões nesse mercado, uma vez que seria a primeira experiência efetiva de normatizar esse segmento na busca do fim do desequilíbrio econômico-financeiro entre as operadoras e seus usuários, além de outros aspectos críticos.

Com a promulgação da Lei 9.656/98, é restaurada a presença estatal no setor com algumas reações e divergências das operadoras, como o receio da abertura do mercado interno para empresas estrangeiras que traria, em conseqüência, o desmonte do mercado nacional. De uma maneira geral, a regulamentação procurava corrigir falhas do mercado como distorções de seleção de riscos, ressarcir o Sistema Único de Saúde - SUS , evitar monopólios, etc.

Pode-se constatar que, com a possibilidade de maior proteção aos consumidores via regulamentação, as empresas médicas e as seguradoras resistiram naquele momento a ampliar o alcance de suas coberturas, inclusive com ameaças de falência por parte das operadoras de pequeno porte e de aumento dos preços praticados.

Com essas reações, a intensidade e o alcance dessa regulamentação seguem a partir daí de forma negociada pelas instâncias de governo, a saber, Conselho de Saúde Suplementar e Ministério da Saúde, onde se revelaram uma imensa pauta de dificuldades e conflitos entre operadoras e clientes.

O nível de pressões culmina, inclusive, com a adesão das entidades de defesa do consumidor, o que levou o Ministério da Saúde, por exemplo, a recuar na adaptação dos contratos antigos para novas coberturas previstas na Medida Provisória nº 1.908-17.

Concretamente, o início da regulamentação dirigida a esse mercado implica na necessidade de uma análise criteriosa da incidência dessas normas sobre os atores envolvidos com sua aplicação. O ponto de partida seria a edição da Lei 9.656/98, reflexo de uma realidade que restaura a presença estatal no campo de atuação da assistência médica suplementar, com algumas conquistas importantes para o consumidor, resultado desse início de ensaios regulatórios, como definição de doenças e lesões preexistentes, cobertura para urgências e emergências, cobertura em saúde mental, assistência ao recém – nascidos nos primeiros 30 dias de vida e o próprio ressarcimento ao SUS, entre outras.

Com relação a este último ponto, o ressarcimento ao SUS, criado para remunerar a rede pública no que se refere aos atendimentos realizados a clientes de planos e seguros de saúde, nos dois últimos anos

foram identificados 270 mil atendimentos devidos pelas operadoras, possibilitando a cobrança de aproximadamente R$ 177,0 milhões pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, apesar dos procedimentos e dificuldades para receber essas dívidas, como os recursos administrativos impetrados pelas operadoras.

De qualquer maneira, a performance melhorou muito se comparado há um ano atrás, quando a Agência tinha recebido algo em torno de R$ 4,0 milhões, contra cerca de R$ 30,0 milhões de ingressos registrados no primeiro semestre de 2002.

A própria criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar com a missão de ampliar o marco regulatório do setor, assegura, em tese, aos consumidores desses planos e seguros de saúde, a existência de uma instância de governo responsável pela defesa de seus direitos. Isso tem gerado disputas judiciais importantes entre a Agência e as operadoras, em função dos conflitos com relação às normas e as ações regulatórias. A regulação de planos e seguros de saúde é, portanto, uma atividade governamental com um objetivo bem claro que é o de corrigir falhas desse mercado nas relações contratuais entre os clientes e respectivas empresas.

Não obstante, é neste contexto de demandas de consumidores insatisfeitos e de demandas geradas no interior do próprio Governo, que se propõe o desenvolvimento deste trabalho sobre a trajetória do processo de regulação do setor. Nele serão identificados alguns pontos observados no decorrer das pesquisas, como a baixa participação de atores institucionais importantes na trajetória do marco regulatório , ressaltando ainda as dificuldades de incorporação dessa nova cultura pelos próprios quadros dirigentes do Ministério da Saúde.

1.1. OBJETIVOS:

1. O primeiro objetivo do texto é apresentar um resumo dos aspectos importantes do processo de regulação do setor, a partir de iniciativas pioneiras de legislação sobre o tema, considerando os anos 20 como período marcante e caracterizar a assistência médica suplementar desde a sua origem até as modalidades existentes hoje no Brasil.
2. O segundo é avaliar a dinâmica de expansão recente do mercado de Assistência Médica Suplementar e suas vinculações com o SUS, descrevendo o panorama atual em que se encontra o novo regime regulador exercido pelo Estado, por intermédio da Agência Nacional de Saúde, com especial destaque para a atuação e trajetória da Câmara de Saúde Suplementar e as possíveis tendências dessa instância consultiva.
3. Por fim, o terceiro objetivo procura examinar as dificuldades de incorporação desse segmento de planos e seguros de saúde, na pauta de debates dos gestores e de entidades consagradas no âmbito do sistema público de saúde brasileiro, ressaltando as contradições entre o SUS e o mercado de saúde suplementar.

1.2. METODOLOGIA

Fundamentado em GIL (1996), este estudo é uma pesquisa descritiva- exploratória, na medida em que tem como objetivo relatar as principais características do setor de serviços privados de saúde no Brasil e, também, proporcionar maior familiaridade ao leitor com a evolução histórica da assistência médica suplementar, por meio da legislação da época e de publicações bibliográficas sobre o tema

O estudo foi delineado para obter os dados de fontes documentais, tais como atas de reuniões da Câmara e Saúde Suplementar, ciclos de legislações, normas técnicas e portarias além de documentos "secundários", como relatórios de pesquisa. As investigações de cunho acadêmico realizadas partir desses documentos, possibilitaram uma melhor visão da Assistência Médica Suplementar no Brasil e as informações essenciais foram fundamentadas na análise do conteúdo latente e manifesto dos textos.

Assim, Inicialmente a dinâmica do texto percorre a retrospectiva histórica que permitiu a construção desse importante componente do mercado de serviços privados de saúde no Brasil, denominado, atualmente, como segmentos da "Assistência Médica Suplementar", segundo definição apropriada de Bahia (1977,p.1), procurando, como primeiro movimento, sintetizar o processo de regulação do setor, a partir de iniciativas pioneiras de legislação até a atual situação em que se encontra o novo regime regulador,

especialmente, porque as normas em vigor ampliam o poder do Estado nessa área, a contar da edição da Lei nº 9.656/98 e da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

No segundo capítulo deste estudo, traçamos um panorama da evolução histórica da assistência médica suplementar, a partir do resgate da gênese do sistema, por meio de legislações da época e de publicações bibliográficas sobre o tema, procurando relatar e comentar trabalhos de pesquisas acadêmicas realizadas, na perspectiva de ilustrar aspectos críticos do sistema de proteção social brasileiro, bem como relacionar características institucionais e operacionais das atividades de comercialização de planos de saúde, conectadas às políticas dos últimos 30 anos do século passado, destacando a diversidade do sistema de saúde brasileiro e descrevendo as modalidades das operadoras existentes no mercado.

No capítulo terceiro, realizamos o mesmo procedimento por meio da análise dos trabalhos publicados referentes aos anos 70 a 90, traçando paralelos entre a opção pela assistência médica suplementar e as conseqüências políticas do movimento pela Reforma Sanitária, que conquistou a incorporação da universalização do acesso e o reconhecimento da saúde como direito universal e dever do Estado, no texto da Constituição de 1988.

Ainda neste capítulo, selecionamos um conjunto de trabalhos de autores que influenciaram o pensamento sobre as relações entre Estado/Sociedade e o mercado de planos e seguros-saúde, com o objetivo de identificar referenciais e subsídios para análise de tendências, na busca por elementos que elucidem a criação e participação do segmento da assistência médica suplementar no sistema de saúde brasileiro, por meio da recuperação de documentos e matrizes teóricas e metodologias, utilizadas pelos pesquisadores que se detiveram sobre o empresariamento dos serviços de saúde.

A revisão da literatura considera dois ciclos de expansão do mercado das empresas de planos e seguros delimitados por contextos político-institucionais específicos, particularmente pela Constituição de 1988. No primeiro ciclo, a produção de conhecimentos está marcada por abordagens mais empíricas envolvidas por análises das relações entre as políticas previdenciárias e os empresários do setor saúde. Em seguida, os trabalhos estarão voltados para a tentativa de compreender a expansão de clientelas para os planos e seguros em face da universalização da saúde, por intermédio de hipóteses que sugerem inadequações das intenções reformistas.

Finalizando, o capítulo quarto aborda a experiência reguladora recente no setor privado de saúde brasileiro, que passa por um momento vigoroso de transformação com a aprovação e o início da vigência da Lei 9.656/98, seguida da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar que herda a tradição já então introduzida e cultivada por setores do Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Assistência à Saúde, que é dispor de uma instância de discussão para os impasses setoriais instituída como Câmara de Saúde Suplementar.

2. HISTÓRICO EVOLUTIVO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR NO BRASIL

2.1. GÊNESE

Em 1923, com a Lei Eloy Chaves que criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões, formou-se o primeiro esboço da Assistência Médica e do Sistema Previdenciário do País. Bastante simplificado, este benefício era um "seguro social" originado pelas relações contratuais entre o capital e o trabalho. (CORDEIRO, 1984:20)

Para um melhor entendimento, se deve fazer uma retrospectiva das especificidades da época. A década de 20 foi constituída por uma crise mundial, que culminou com a quebra da bolsa de valores americana em 1929. O Brasil, afetado intensamente por essa crise, reviu suas questões sociais e nesta tomada de posição ficou clara a necessidade de ações no âmbito da saúde, que passa a ser uma das prioridades da época, surgindo então, as CAP (Caixas de Aposentadorias e Pensões), que vão legitimar as formas de atendimento médico e seguro social.

Esta medida legislativa foi a primeira que encontrou condições favoráveis de implementação, dentro do painel da legislação trabalhista e social da República Velha e do período de crise do liberalismo oligárquico de 1922 a 1930. (CORDEIRO, 1984:20)

As CAP forneciam atendimento médico próprio, e também em hospitais e consultórios particulares. Era um grande avanço para o trabalhador, que, em troca de pequena contribuição, tinha assegurado o direito a serviços médicos. Este direito advinha de obrigação contratual estabelecida entre empregados e empregadores, mediada pelo Estado, com a finalidade de amparo aos trabalhadores que estivessem sem condições de exercer suas atividades. A cada ator era estabelecida uma contribuição, sendo que, para os empregados, esta era de 3% dos seus vencimentos; para os empregadores 1% da renda bruta da empresa e para a União 1,5% das tarifas prestadas pelas empresas a que as caixas se referiam (CORDEIRO: 1984:21).

Em 1933, um anteprojeto elaborado pelo Conselho Nacional do Trabalho previu aumento na contribuição do trabalhador e transformação dos serviços médicos e hospitalares em facultativos.

Paralelo as CAP surgem os IAP – Institutos de Aposentadorias e Pensões, no então Regime Vargas. Esses eram autarquias que funcionavam sob a supervisão do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) e ao seu tempo, foram os dispositivos de grandes transformações previdenciárias. Seu objetivo era o de ampliar este direito a um número maior de trabalhadores (o que foi conseguido), incorporados a esses institutos por meio de categoria profissional.

O Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos – IAPM, foi o primeiro a ser criado por decreto em 1933, tornando-se assim uma dessas autarquias na qual se agrupava a categoria profissional dos marítimos.

O poder de barganha política dos trabalhadores de cada categoria é que vai determinar a maior ou menor flexibilidade dos sistemas, com maiores ou menores benefícios. A partir de 1935, também as CAP vão ser agrupadas posteriormente em uma única caixa para cada categoria profissional.

A política social do governo Vargas volta-se para:

> "a ordem da cidadania regulada (que) irá condicionar o sistema de desigualdades decorrentes da política oficial de previdência, por um lado, e o desenvolvimento de um conflito, ao mesmo tempo político e intraburocrático, por outro." (CORDEIRO, 1984:22)

QUADRO 1
GÊNESE DA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL.

1923	Lei Eloy Chaves → criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (Caps)
1928	Anteprojeto elaborado pelo Conselho Nacional do Trabalho → prevê aumento na contribuição de 3% e transformação dos serviços médicos e hospitalares em facultativos.
1933	(Regime Vargas) → criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAP
1933	Criação do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM)

FONTE: CORDEIRO, H. As Empresas Médicas. *Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1984*

Após o fim da ditadura de Vargas, em 1945, o quadro de contenção de recursos que marcou os últimos 15 anos do sistema previdenciário sofre significativa mudança que é mais fortemente sentida na assistência médica e hospitalar. Retoma-se a importância conferida a esta última nos primórdios do regime de previdência brasileiro nos anos 20. Esse processo é reflexo, entre outras razões, da redemocratização do País, permitindo

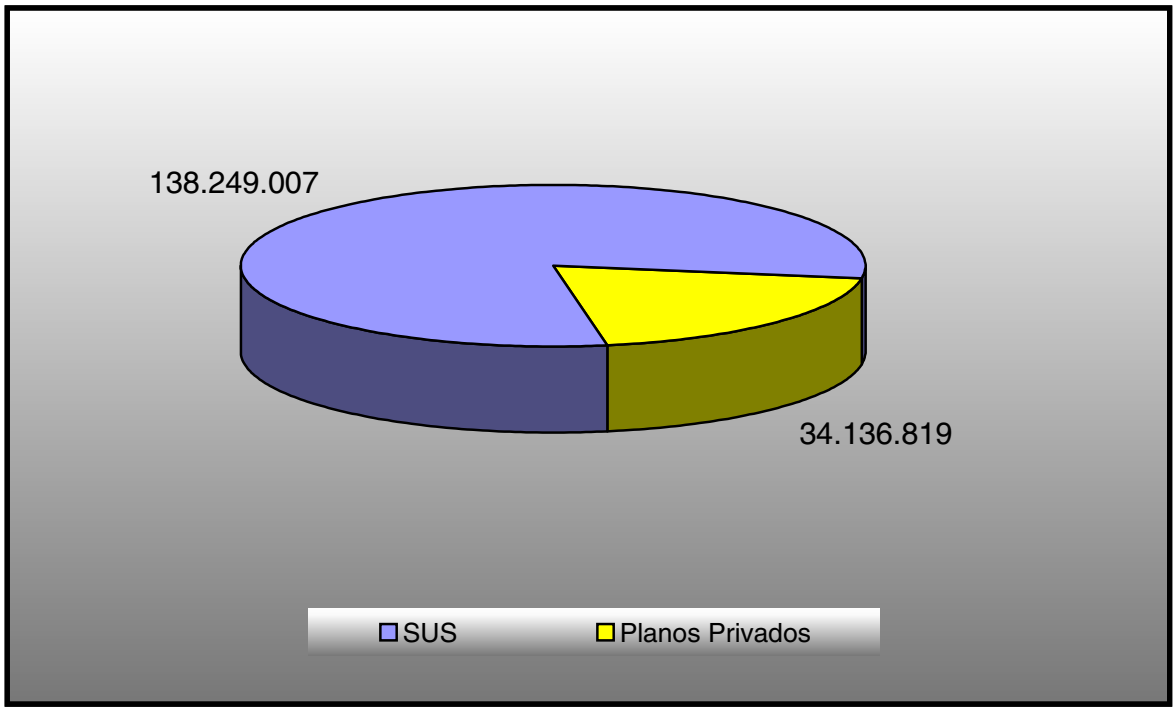
que sejam atendidas reivindicações dos trabalhadores no sentido de se ampliar os planos de benefícios e serviços dos institutos previdenciários. Essa expansão estende-se até metade dos anos 60, quando o sistema enfrenta séria crise financeira e sofre nova guinada quanto ao seu modo de atuação. (ANDRADE, 2000:12)

Revendo a literatura, podemos afirmar que os primeiros trabalhos publicados no Brasil sobre seguro-saúde datam de 1964, e tratam dos limites de cobertura de serviços privados em um País com amplos contingentes de pobreza. Neles as definições sobre o empresariamento da assistência médica são marcadas pela concordância e crença na cientificidade da previsão do adoecer envolvida nas atividades do seguro, conotando uma maior racionalidade das atividades privadas em relação às públicas. As polêmicas entre os defensores de uma assistência pública e os adeptos do empresariamento da prática médica, como ainda hoje, se centravam na divergência quanto à ênfase das restrições relativas a abrangência de cobertura decorrentes da baixa renda da população brasileira.

2.2. A DIVERSIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

O sistema de assistência à saúde do Brasil compreende os serviços públicos, dirigidos à grande maioria da população brasileira e os serviços privados, que atendem atualmente cerca de 20% dessa mesma população , sendo que esses e suas modalidades serão caracterizados adiante:

FIGURA 1
SISTEMA DE SAÚDE/COBERTURA POPULACIONAL.



FONTE: IBGE/2001 – ANS/2002

1) **Setor Público –** O Sistema Único de Saúde – SUS, cuja gestão é da responsabilidade das três esferas do Governo, conforme as diretrizes fixadas na Constituição de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde, representou uma das mais importantes iniciativas de política social da história deste País. Sua criação deu-se com o propósito de eliminar desigualdades no atendimento àqueles que, por qualquer adversid0ade, estivessem fora do mercado de trabalho, e também àqueles que, mesmo estando ativos no mercado de trabalho, não faziam parte da minoria privilegiada, que contava com benefícios trabalhistas na área médica.

   A filosofia do SUS é sustentada como um dos modelos mais avançados do mundo, sendo que os princípios e diretrizes da universalidade, eqüidade, integralidade, descentralização, hierarquização/regionalização da assistência e a participação da comunidade, por intermédio dos conselhos e conferências, formam o seu alicerce.

Objetivamente, o SUS pretendia superar a fragmentação do sistema de saúde brasileiro vigente à época, que era a dicotomia entre a medicina previdenciária e as políticas preventivas do Ministério da Saúde.

Apesar das dificuldades registradas nesses últimos 12 anos de construção do SUS, esse mesmo sistema foi capaz de realizar em 2.001, cerca de 11.756.354 internações, mobilizando uma rede pública, filantrópica e privada que disponibilizou 483.306 leitos, através de aproximadamente 6.508 hospitais cadastrados. A produção ambulatorial atingiu nesse período um volume total de 1.748.575.738 procedimentos, das mais diversas complexidades, utilizando-se de 61.016 unidades como Postos de Saúde,Consultórios,etc.

Ainda em 2.001, segundo dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos- SIOPS, estima-se que o setor movimentou recursos da ordem de R$ 39,9 bilhões, sendo a maior participação do Governo Federal com R$22,5 bilhões , seguido pelos Municípios com R$9,2 bilhões e os Estados com R$8.2 bilhões. Com essa participação de cerca de 56,39%, o volume de recursos financeiros federais superam em muito os demais parceiros, podendo-se afirmar que as instâncias gestoras Estaduais e Municipais necessitam elevar o grau de participação no financiamento do sistema e de forma articulada com o Governo Federal, buscar alternativas de aumento do gasto nacional em saúde, uma vez que essa estrutura de financiamento não ultrapassa a 3,4% do PIB.

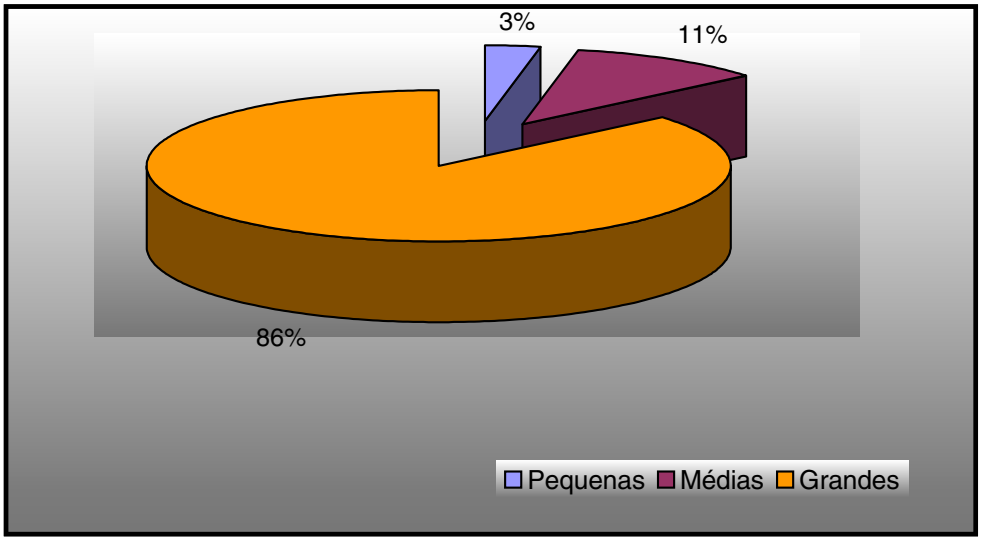
2) **Setor Privado –** Tendo em vista a diversidade e complexidade desse segmento do sistema de saúde brasileiro, há dificuldade no estabelecimento de divisões e rotulações precisas. O que difere o mercado de serviços privados de saúde é a natureza das relações contratuais entre os atores envolvidos. A primeira conceituação foi elaborada por Médici (1991[a], p. 8).

Na literatura internacional, a denominação de seguro-saúde está relacionada ao seguro tradicional, ou seja, proteção financeira contra riscos em geral,sendo que conceituações mais recentes, citam e incluem especificamente à prestação de assistência médica no conjunto de seus produtos, com as companhias de seguro reembolsando os segurados dos gastos efetuados com assistência médica.

No Brasil, ficou consagrada uma espécie de divisão jurídico-intitucional em que as formas de compra e venda de serviços privados de assistência médica têm as seguintes denominações: medicina de grupo, cooperativas médicas, seguro-saúde e autogestão.

Segundo informações do Relatório Nacional da ANS, até setembro de 2.002, o setor registrou um total de 1.754 operadoras em atividades no mercado, cobrindo cerca de 34.136.819 de clientes. Do ponto de vista de indicadores econômicos não há informações precisas sobre o volume de recursos movimentados por esses segmentos, mas há consenso que o mercado situa-se na faixa de índices entre 1,7 a 2,0% do PIB.

FIGURA 2
DISTRIBUIÇÃO DAS OPERADORAS



FONTE: WANICK, A. et alli Estudo da Reestruturação do mercado de Saúde Suplementar. Brasília: ANS, 2000

a) Medicina de Grupo –

A Medicina de Grupo surgiu e se desenvolveu nos anos 60, no ABC Paulista, em virtude da precariedade dos serviços públicos na região e dos altos preços da medicina liberal. Visava atender basicamente às necessidades de assistência médico-hospitalar da classe trabalhadora, mediante o sistema de "convênio-empresa", financiado pelos empregadores. Hoje, passados mais de 40 anos, a Medicina de Grupo está presente em quase todas as cidades com mais de 40 mil habitantes. A Medicina de Grupo tem como característica ser um sistema de atendimento médico-hospitalar de elevado padrão técnico-profissional de serviços e hospitais próprios, e uma estrutura que inclui médicos e serviços auxiliares de diagnóstico credenciados. Opera com planos coletivos, individuais e familiares. Atualmente a Medicina de Grupo é responsável pelo atendimento de cerca de 18 milhões de pessoas, das quais 78% são de planos patrocinados por empresas e instituições para seus trabalhadores e dependentes e 22% são de plano individual e familiar, onde o próprio interessado formaliza contrato com a operadora . Os planos básicos garantem um padrão compatível com as necessidades da população trabalhadora, com direito a consultas médicas com hora marcada, exames complementares, internações hospitalares e cirurgias. O convênio-empresa não tem qualquer tipo de carência. Esta modalidade de assistência à saúde foi espelhada no mercado americano, assim, a forma predominante nesse mercado é similar as *Health Maintenance Organizations (HMO),* que basicamente compõem-se de serviços próprios, credenciados ou ambos.

Para atender a todo o contingente de beneficiários, a Medicina de Grupo, no ano de 2000, contou com a seguinte estrutura:

QUADRO 2
RECURSOS HUMANOS.

Médicos CLT	24.800
Médicos credenciados	85.000
Funcionários paramédicos e administrativos	65.700
Profissionais de serviços auxiliares de terceiros	160.000

QUADRO 3
RECURSOS FÍSICOS.

Hospitais próprios / coligados	250
Hospitais credenciados	3.850
Leitos próprios	23.500
Leitos credenciados	354.000
Centros de diagnósticos próprios e credenciados	2.850

QUADRO 4
ATENDIMENTO.

Consultas médicas/ano	94,2 milhões (5,12 cons/benef/ano)
A OMS preconiza	4,0 cons/habitante/ano
Setor público realiza	1,8 cons/habitante/ano
Internações hospitalares/ano	2,030 milhões
Partos (Total) - Cesárea - Normal	377 mil 237 mil 140 mil

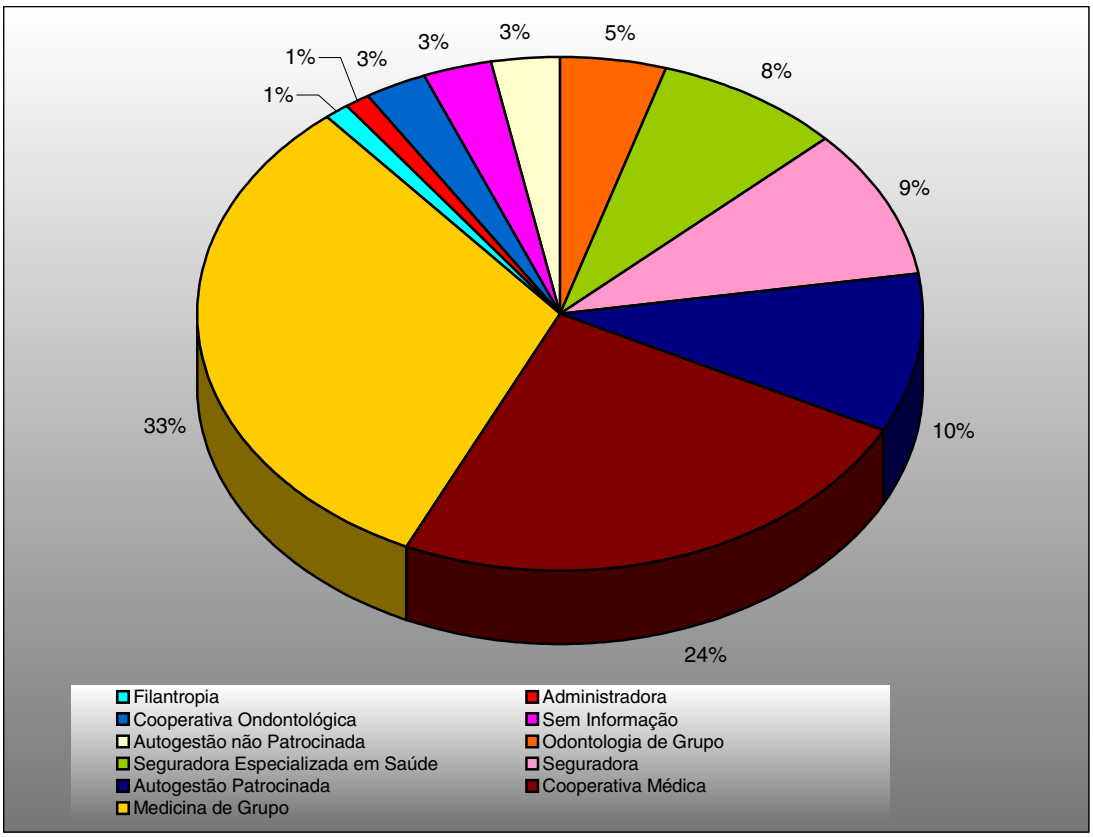
QUADRO 5
SERVIÇOS REALIZADOS.

65,85	milhões de exames laboratoriais;
10,57	milhões de exames radiológicos;
4,10	milhões de exames por ultra-som;
790	mil exames por eletroencefalograma;
2,92	milhões exames por eletrocardiograma;
10,44	milhões em fisioterapia;
84	mil de quimioterapia;
749	mil de radioterapia;
9,28	milhões de outros exames e procedimentos.

b) Cooperativas Médicas –

As cooperativas médicas consistem em uma modalidade de organização segundo a qual os médicos responsáveis pela prestação dos serviços são cooperados em uma determinada entidade sem fins lucrativos. Na concepção desse segmento, os médicos são ao mesmo tempo sócios e prestadores de serviços, recebendo proporcionalmente à sua produção, por tipo e qualidade de atendimento. Também participam do rateio do resultado positivo final, obtido pelas unidades. A Unimed do Brasil representa a quase totalidade das cooperativas médicas do mercado. Fundada em 1967 em Santos, apresentou crescimento importante no final da década de 80. Conta hoje com mais de 90 mil médicos cooperados e tem uma parcela significativa do mercado como se pode visualizar na figura abaixo.

FIGURA 3
DISTRIBUIÇÃO DE BENEFICIÁRIOS (NOV/2001).

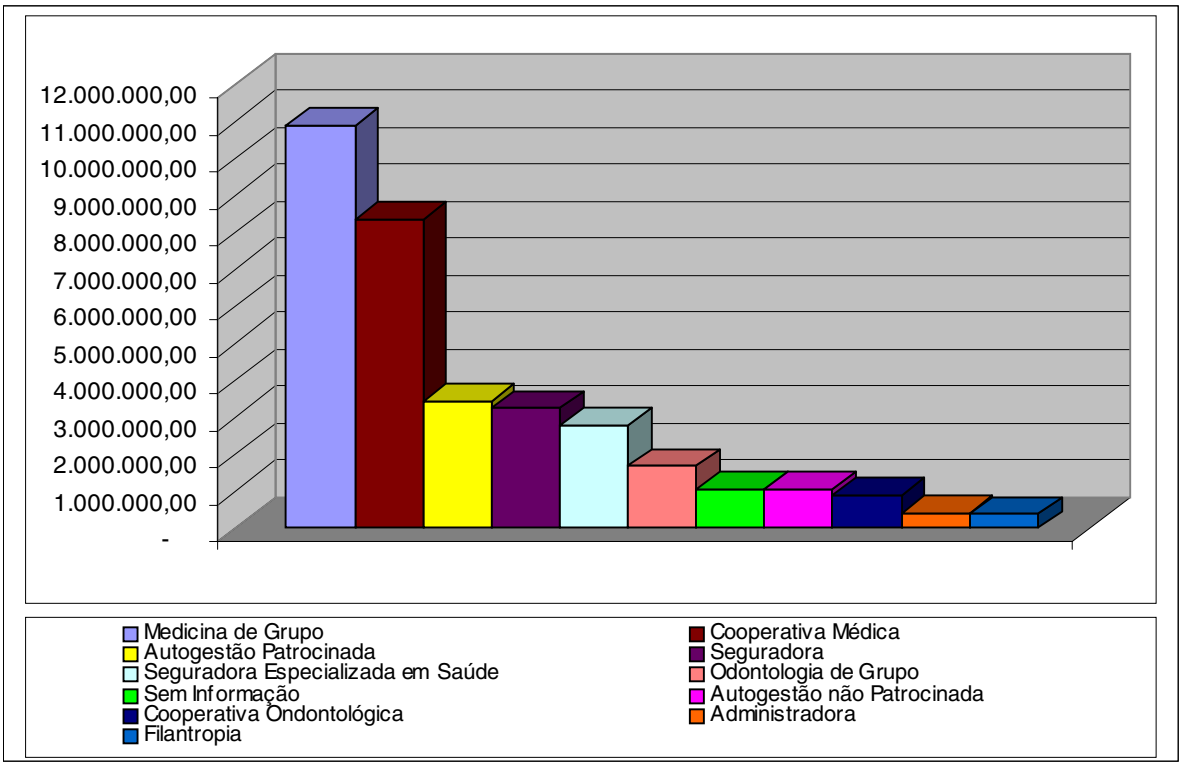


FONTE: CADASTRO AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2001

c) Seguro-saúde –

É a modalidade em que há intermediação financeira de uma entidade seguradora que cobre ou reembolsa gastos realizados pelo cliente junto ao prestador ou ao próprio segurado. Instituído no País pelo Decreto-lei n.º 73, de 21 de novembro de 1966, cujos artigos 129 a 135, estabelecem definições e regras operacionais para esta modalidade de seguro, se destina a dar cobertura aos riscos de assistência médica e hospitalar, cuja garantia consiste no pagamento a ser efetuado pela sociedade seguradora, à pessoa física ou jurídica que presta a assistência médica ao segurado. Este segmento se desenvolveu a partir de 1983, com o lançamento do primeiro seguro-saúde individual. Seguindo a experiência de outros países, os planos coletivos também tiveram rápido desenvolvimento, ajustando-se ao mercado e oferecendo coberturas específicas para diferentes tipos de empresas.

FIGURA 4
NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS INFORMADOS AO CADASTRO ANS, POR SEGMENTAÇÃO DA OPERADORA – BRASIL
TOTAL GERAL DE BENEFICIÁRIOS: 34.136819 - SETEMBRO/2002



FONTE: ANS

d) Autogestão –

A autogestão em assistência de saúde é o sistema em que a própria empresa ou outro tipo de organização institui e administra um programa ou plano de saúde para seus beneficiários, reduzindo os gastos decorrentes com a intermediação de planos de saúde existentes no mercado.Na maioria dos casos são entidades ou instituições estatais da administração pública e, tais programas, são geridos pelas próprias empresas ou por instituições privadas sem fins lucrativos, promovidas e mantidas pelas empresas ou instituições, em conjunto com seus funcionários. Algumas empresas financiam integralmente planos básicos para seus empregados, mas a maioria existe a participação do empregado. Essa modalidade também teve crescimento significativo no final da década de 80 e atualmente a autogestão é um sistema utilizado por cerca de 300 organizações em todo País e, ainda segundo a CIEFAS, o contingente estimado de beneficiários assistidos pode chegar a 11,7 milhões de pessoas.

3. A QUESTÃO DA REGULAÇÃO E A LEGISLAÇÃO

Anteriormente à Lei nº 9.656/98, as operadoras não obedeciam a qualquer padrão de funcionamento e apenas o seguro saúde e as seguradoras estavam sujeitas a registro, controle e fiscalização por parte da SUSEP. As cooperativas e medicinas de grupo consideravam-se auto-reguladas e as autogestões, por sua vez, seguiam as orientações de suas próprias empresas mantenedoras.

A legislação brasileira com relação a esse mercado de serviços privados de saúde, por muito tempo não avançou, foram anos sem que fossem feitas modificações significativas, mas nesse início de século, com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e com as inovações introduzidas pela Lei nº 9.656/98, o País passa a dispor de um novo marco regulatório para o setor e uma instância voltada para o acompanhamento institucional da assistência médica suplementar.

A seguir, neste capítulo, iremos contemplar os instrumentos legais de maior expressão, dando ênfase à legislação mais recente.

QUADRO 6
LEGISLAÇÃO.

1945	**Lei Orgânica dos Serviços Sociais do Brasil – criação do Instituto de Serviços Sociais do Brasil**
1954	**Regulamento Geral dos Institutos de Aposentadorias e Pensões – amplia as atribuições e benefícios uniformizando os IAP**
1966	**Decreto-Lei n.º 73 – Regulação dos Seguros Saúde – Superintendência de Seguros Privados- SUSEP**
1974	**Criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)**
1974	**Lei nº 6.024 – Intervenção e liquidação extrajudicial de Instituições Financeiras**
1977	**Lei nº 6.435 – Dispõe sobre as Entidades de Previdência Privada.**
1990	**Lei nº 8. 078 - Dispõe sobre a Proteção ao Consumidor**

No Congresso Nacional tramitavam, desde 1989, 18 projetos de lei sobre o assunto, mas o debate somente se aprofundou a partir de 1994, quando o Senado aprovou o projeto nº 93/93 do Senador Hiran Saraiva com apenas dois artigos. O texto seguiu para a Câmara com impasses sobre o seu valor legal, uma vez que previa cobertura universal pelos planos de saúde com base na resolução nº 1401/93, do Conselho Federal de Medicina.

Assim, transcorreram-se quatro anos e, mediante acordo entre as duas casas Legislativas e o Executivo, o texto aprovado pela Câmara foi sancionado pelo Presidente da República em 03 de junho de 1998, porém não chegou a vigorar em razão de ter ocorrido supressões de alguns artigos pelo relator, o que gerou uma nova rodada de negociações com o governo, sendo assim editada a primeira Medida Provisória alterando a Lei nº 9.656/98.

QUADRO 7
LEGISLAÇÃO ATUAL

DOCUMENTO	ATUALIZADO
DECRETO Nº 2.477/98	Cria o Departamento de Saúde Suplementar na estrutura da Secretaria de Assistência á Saúde/MS.
LEI Nº 9.656/98	Regulamentação dos Planos Privados de Assistência à Saúde. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde
MEDIDA PROVISÓRIA Nº 1.928/99	Cria a Agência de Nacional de Saúde Suplementar
LEI N º 9.961/2000	Referenda a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar
EMENDACONSTITUCIONALN.º32/2001	Altera dispositivos dos arts. 48, 57, 61, 62, 64, 66, 84, 88 e 246 da Constituição Federal, e dá outras providências
MP 2177-44/2001	modifica a Lei 9.656/98 (retificada, em 24/09/2001)
MONTAGEM DA LEI 9.656/98	alterada de acordo com os dispositivos da MP 2177-44 e pela Lei nº 10.223, de 15/05/2001
LEI N.º 10.185/2001	dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dando outras providências (alterada pela MP 2177-43)
LEI N.º 10.223/2001	dispõe 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 (altera Lei 9.656 de 03/06/98)
DECRETO Nº 4.044/2001	Dá nova organização ao CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR - CONSU

3.1. DESENVOLVIMENTO DO SETOR (1970-1990)

No final dos anos 70 e início dos anos 80, um conjunto de pesquisadores estudou as de formas empresariais de prestação de assistência médica nos marcos das relações com a Previdência Social.

O primeiro ciclo de expansão do empresariamento dos serviços de saúde no País é impulsionado pela Previdência Social. Obstáculos antepostos a tentativas de uniformização de serviços ofertados por meio da unificação dos IAP, também provêm de instituições previdenciárias, como é o caso da manutenção do IPASE (servidores federais), após a criação do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS.

No âmbito não governamental, observa-se a opção pela ampliação de serviços próprios das empresas por iniciativa de seus níveis gerenciais e entidades de funcionários, principalmente no caso de empresas estatais. A extensão de serviços por meio do estímulo à iniciativa privada, opção para o atendimento da acelerada inclusão de categorias e setores profissionais não cobertos, favoreceu e consolidou interesses de diferentes elementos do complexo médico industrial. Contudo, a unificação não impediu que pelo menos três regimes de proteção social persistissem vinculados diretamente ao financiamento público e, de certa maneira, ampliassem sua legitimação: o dos funcionários públicos federais; os autoprogramas de assistência à saúde de grandes empresas estatais e os mecanismos de financiamento e contratação específicos para trabalhadores rurais.

Para os trabalhadores de multinacionais e de grandes empresas dos setores mais dinâmicos, viabilizou-se uma alternativa de assistência médico-hospitalar superposta à da Previdência Social, por meio das isenções fiscais para a manutenção dos autoprogramas de assistência à saúde e dos contratos com medicinas de grupo e cooperativas médicas. Por volta de 1975, ocorre uma ruptura do padrão de financiamento previdenciário às empresas médicas, implicando uma autonomização da comercialização de planos de saúde.

A pesquisa de Cordeiro realizada em 1984, principal referência sobre o tema na área de saúde coletiva, utiliza como suporte teórico o trabalho de Donnangelo (1976), correlacionando elementos como: as formas de propriedade dos meios de trabalho; tipos de acesso do consumidor aos serviços de saúde; a situação de trabalho do produtor de serviços no processo de produção com o surgimento de novos arranjos para a organização da prática médica. De acordo com esse referencial, a tendência à concentração de meios de produção, em empresas médicas resulta na combinação da progressiva perda de propriedade e controle dos médicos de seus meios de trabalho. Restrição da autonomia do médico à medida do desenvolvimento de especializações que passam a exigir um maior volume de tecnologia, levando a formas institucionais que possibilitem o uso coletivo de instrumentos de trabalho e da renúncia do Estado da função de produtor direto de serviços (CORDEIRO, 1984: 42).

Apoiado nesse patamar conceitual, o autor analisa as empresas médicas, em diferentes conjunturas da Previdência Social, atribuindo a emergência do complexo médico-empresarial que é definida como a unificação autoritária da Previdência (CORDEIRO: 1984:30,57, 104):

> "...uma conseqüência do processo de subordinação das relações sociais de prestação de cuidados à saúde às relações capitalistas de produção que se concretiza na ampliação do número de hospitais privados, mudança do caráter filantrópico de instituições civis para lucrativo e na consolidação de grupos médicos possuidores de uma base empresarial sólida que atuam através da modalidade medicina de grupo,. As relações entre as empresas médicas com hospitais e estabelecimentos para realização de exames complementares e tratamentos especializados conformam uma rede de conexões do complexo médico-empresarial."

Os eventos político-institucionais, planos e normas são relacionados aos interesses e participação e exclusão de classes e frações de classe no aparelho do Estado. Cordeiro destaca dois momentos entre os anos 1967 e 1979, nos quais articulações mais estreitas, novos canais de acesso aos centros de decisão da Previdência via setores que interligam segmentos da burocracia previdenciária aos setores médicos empresarias, aceleram o empresariamento da medicina pelas políticas previdenciárias e detecta nos tecnoburocráticos, entrelaçamentos entre a tecnoburocracia previdenciária, defensora da transferência da assistência médica hospitalar para a responsabilidade de particulares e as bases para o estímulo ao empresariamento e reestruturação do aparelho previdenciário (CORDEIRO, 1984:102).

Vê o surgimento e desenvolvimento das cooperativas médicas como oposição inicial à comercialização da medicina e a posterior adesão dessas aos convênios-empresa como integração das mesmas ao complexo médico-empresarial. A dinâmica própria de crescimento da articulação entre empresas e empresas médicas é comentada pelo autor, que capta o crescimento dos convênios-empresa a despeito da inexistência

de suporte estatal, no período 1970-74, quando a Previdência opta pelo incentivo aos serviços médicos de sindicatos de trabalhadores urbanos e rurais.

Registra, ainda, como instrumento de estímulo extraprevidenciário aos convênios-empresa, a autorização para a dedução dos gastos com imposto de renda das empresas, a partir de 1974. A penetração de capital financeiro internacionalizado é uma tendência prevista pelo autor ao lado da consolidação e estruturação de uma rede de conexões entre as empresas de pré-pagamento e o setor hospitalar que redirecionaria o fluxo da demanda para internações e exames (CORDEIRO, 1984: 82,103-104).

A crise de regulação e financiamento do Estado, do final dos anos 80, impõe ao campo da saúde coletiva a busca de projetos de uma medicina social renovada. As duas vertentes de críticas às políticas estatais, a de "direita" e a de "esquerda" se expressam, entre nós, por meio das propostas de privatização da assistência médico-hospitalar debatidas nos fóruns eminentemente políticos e empresarias e das políticas de descentralização, adotadas na gestão de serviços de saúde pelas correntes progressistas.

Nas teses inspiradas pelo questionamento de algumas utopias, observa-se um deslocamento do controle estatal sobre os processos de doença. As intervenções antes dirigidas ao ambiente e grupos populacionais, passam a ser exercidas também sobre o indivíduo e viabilizadas por mudanças comportamentais adotadas em função do acesso a informações sobre fatores e causas de doenças amplamente veiculadas pelos meios de comunicação de massa.

A medicina de grupo, para esses autores, resulta de um processo de modernização e desburocratização das grandes empresas que passam a comprar serviços complementares de outras empresas especializadas. Tal como o departamento médico, a empresa de medicina de grupo se identifica com o objetivo de aumentar a produtividade da força de trabalho. O fato de a própria empresa médica estar inserida no ciclo da reprodução do capital, no entanto, introduz uma ruptura com a prática dos serviços próprios das empresas.A limitação dos custos das atividades médicas passa a ser crucial para contratos que estipulam o pagamento de uma quantia fixa per capita para a cobertura dos trabalhadores de uma empresa. Apesar dessa importante diferença, a substituição dos serviços próprios das empresas pelas empresas de medicina de grupo é efetivada através dos interesses comuns a ambas empresas (médica e contratante de serviços) na seleção de mão-de-obra e no controle do absenteísmo. Além disso, a medicina de grupo permite estratificar o atendimento para os trabalhadores de acordo com a sua qualificação, por meio da oferta de planos mais ou menos abrangentes e suntuosos quanto às acomodações hospitalares, expressando políticas de pessoal baseadas nas expectativas individuais do trabalhador.

Medidas administrativas transformam a Previdência Social no maior comprador de serviços médicos do País. A previdência, ao subordinar a produção de atividades assistenciais à lógica da remuneração por produção, impulsiona diversas modalidades de privatização da assistência médica, desde o incentivo ao produtor privado isolado (hospitais, laboratórios) até o surgimento de grupos de médicos que criam empresas para a prestação de serviços a outras empresas. Uma expressão das políticas de privatização na área da saúde é o convênio-empresa, conquista política dos empresários, em uma conjuntura de deslocamento dos trabalhadores do centro de decisão política da Previdência Social.

O questionamento da obrigatoriedade da prestação de assistência médica e seus rebatimentos na opção pela compra ou prestação direta de serviços de saúde - em indicador de transição de padrões, atribui-se aos convênios-empresa intermediados pelo Estado, durante as décadas de 60-70, uma resposta à tendência de estratificação, por meio da diferenciação de serviços não mais entre categorias profissionais, mas sim para diferentes qualificações profissionais (GIFFONI, 1981: 49).

Os convênios-empresa seriam uma nova modalidade, uma terceira via, de produção de serviços médicos, na qual a Previdência passa a assumir parte dos custos dos serviços médicos que as empresas haviam financiado por mais de 40 anos (desde o início da industrialização). A "socialização" dos custos das empresas com a reprodução de sua força de trabalho se viabiliza pelo afastamento da classe trabalhadora da administração dos Institutos de Previdência (GIFFONI, 1981: 33 e 67).

Alguns autores, tendo em vista a expansão dos planos e seguros privados, que corre paralela à globalização, consideram que o sistema de saúde brasileiro apresenta uma estrutura mais próxima a do caso americano, desde que invertidas as proporções de cobertura sobre a qual incide a ação estatal compensatória e o setor privado.

Para Favaret e Oliveira (1990:258) os planos e seguros-saúde são elementos que:

> "...indicam uma crescente autonomia do setor privado vis-à-vis o Estado, em função de novos mecanismos de financiamento capazes de viabilizar o acesso ao sistema privado de saúde por parte de camadas médias à margem da intervenção da política oficial)."

No mesmo trabalho criam um conceito que explica o transcurso das políticas de universalização com a emergência de um modelo liberal privatista "*a universalização excludente".*

Nos anos 80, parte dos produtores de serviços de saúde se moderniza inaugurando relações autonomizadas entre o público e o privado. O rompimento com padrão anterior de Estado-dependência dos produtores modernos, destina ao Sistema Único de Saúde somente os segmentos tradicionais e pouco qualificados dos serviços privados (MENDES, 1993: 56).

A comercialização de planos e seguros saúde teria sido estimulada pela manutenção das relações de intermediação entre Estado e sociedade caracterizadas pelo clientelismo e pelo corporativismo no âmbito setorial. Os "reformistas" teriam se equivocado ao pretender uma democratização na ausência de convocação de atores fundamentais. Os rebatimentos das reformas no âmbito do setor saúde se efetivaram por meio de tentativas dos técnicos envolvidos com o estudo da administração e do planejamento da atenção médico-sanitária, principais artífices e divulgadores dessa política, sendo a maioria deles pertencentes à burocracia governamental ou às universidades, que elegeram como principais interlocutores os ocupantes de cargos no poder executivo ou nos esquemas partidários dominantes... aqui o principal de agente das transformações teria sido o "partido sanitário" ,encastelado no aparelho estatal e apoiado, evidentemente, por autoridades constituídas (CAMPOS, 1988: 182).

Para se compreender melhor o que acontece, são evocados como instrumentos de estímulo da demanda aos planos privados de saúde, a piora da assistência médico-hospitalar pública e uma resistência à universalização por empresários e trabalhadores. Considera-se que a expansão das empresas que comercializam planos e seguros na década de 70 foi obstaculizada pela efetividade dos serviços públicos.

Os mecanismos de racionamento dos anos 80 (queda na qualidade do atendimento e filas) possibilitam a instauração de um círculo vicioso em que a insatisfação com os serviços públicos expulsaria cada vez mais os setores com poder reivindicatório pela melhoria dos serviços (FAVARET E OLIVEIRA, 1990: 277). Segundo essa concepção, o acesso a determinados serviços de saúde entre outros direitos sociais é facultado pela condição de exercício do trabalho, especialmente para trabalhadores urbanos.

O fracasso da reforma da seguridade social na denominada reestruturação progressista que se inicia em 1985, é avaliada sob abordagens técnico-administrativas e/ou financeiras e estruturais e possui um mérito indubitável mas que não questiona a possibilidade de efetivação de um modelo onde não estão estabelecidos os "formatos neocorporativos e concertacionais de organização de interesses e de influência sobre os processos decisórios decisivos para a consolidação do Estado de Bem-Estar". (VIANNA, 1997: 171-172).

Particularmente nos EUA, onde as empresas de planos e seguros saúde desempenham um papel central no sistema de saúde, as premissas decorrentes do fortalecimento da competição e desregulação se operacionalizam por meio da introdução de mecanismos de incentivo à concorrência entre compradores e provedores de serviços. Busca-se a constituição de um mercado regulado, tri-lateral, não polarizado apenas pelos consumidores e as empresas de planos e seguros, onde os terceiro pagadores têm como função: agregar a demanda; superar a assimetria da informação entre consumidores e provedores de serviços; organizar a oferta e desenvolver uma consciência de custos nos usuários e provedores de serviços de saúde (ALMEIDA 1995: 189).

3.2. A OPÇÃO DA CLASSE TRABALHADORA POR UMA ASSISTÊNCIA SUPLEMENTAR À SAÚDE

A hipótese da associação entre o SUS, os mecanismos de racionamento decorrentes da queda da qualidade dos serviços públicos e o crescimento da cobertura de determinados segmentos sócio-ocupacionais por planos e seguros saúde, deve ser examinada sob uma ótica empírica. Os mecanismos de provimento de serviços de saúde diferenciados dos da Previdência Social não são recentes e foram acionados ao longo da instituição de sistemas de proteção social mais abrangentes. Esse é caso da criação das caixas de assistência por empresa, como a Caixa de Assistência à Saúde do Banco do Brasil (Cassi) na década de 40, simultaneamente à construção do Hospital do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários.

Mais tarde, as empresas estatais surgiram com esquemas de assistência à saúde privados, acoplados a seus departamentos de recursos humanos. E, posteriormente, multinacionais e empresas nacionais de grande e médio porte, principalmente, as localizadas em São Paulo, adotaram convênios com empresas de medicina de grupo e cooperativas médicas. Dessa maneira, parece evidente que um considerável contingente de pessoas já estivessem vinculados aos planos privados de saúde antes do início da década de 80. Como afirma LEVCOVITZ (1997:28):

> "Ao contrário de um generalizado senso comum assumido na literatura, que situa a constituição da medicina supletiva autônoma ao setor público na segunda metade da década de 80, inclusive como resultado imprevisto ou adverso às mudanças operadas nas políticas de saúde, fica claro que esse processo ocorreu pelo menos dez anos antes, já estando plenamente consolidado na década de 70."

Parece também importante considerar que alguns desses mecanismos, como as caixas de assistência por empresa, sugerem claramente uma resistência dos trabalhadores às instituições previdenciárias organizadas por categorias profissionais por meio dos IAP. Outras alternativas, como a assistência diferenciada para os empregados de estatais financiadas diretamente pelo governo, foram utilizadas pelo Estado para prover assistência médica aos trabalhadores envolvidos no processo de industrialização. A constituição de empresas como a Companhia Siderúrgica Nacional, na década de 40, se fez acompanhar pela implantação de um hospital geral de excelente padrão para seus trabalhadores e dependentes. Nos anos 50, estatais como a Petrobrás garantem, por meio de financiamento da própria empresa, uma assistência médica para seus técnicos e funcionários baseada no reembolso de despesas e no credenciamento dos melhores e mais sofisticados serviços.

Sendo assim, quer seja pela iniciativa direta do Estado ou por seu beneplácito em permitir e por estender os benefícios de caixas para todos os empregados das empresas que mantivessem os sistemas de assistência às expensas de recursos estatais, os sistemas particulares de Previdência Social, especialmente os de assistência médico-hospitalar, foram se implantando concomitantemente às políticas de saúde de cunho mais amplo e assim a fragmentação de sistemas de assistência à saúde evidencia o resultado das estratégias governamentais.

Esses sistemas que são voltados a trabalhadores diferenciados dos demais quanto a salários e benefícios, quer pelo envolvimento no esforço desenvolvimentista ou na perspectiva de criação de uma burocracia moderna e racional, são semelhantes aos esquemas próprios de assistência médico-hospitalar das empresas multinacionais que se instalam no País. Por outro lado, a burocracia tradicional conseguiu que o Instituto de Servidores (IPASE) escapasse da unificação de 1966.

As conquistas da Constituição de 1988, em relação à ordem social, tributárias de propostas formuladas pelas forças políticas que abriram espaço para a transição e para a implantação das propostas transformadoras, nem sempre foram implementadas na velocidade e com a ampliação da base social esperadas. O alargamento da base técnica do projeto de mudanças sociais, especialmente na área da saúde, ocorre em meio a uma crise de proporções profundas na Previdência Social.

Os supostos efeitos de uma seleção às avessas provocados pelo SUS são anunciados em meio ao debate sobre a "reforma" da reforma da Previdência Social. A migração de segmentos de trabalhadores especializados e setores de classe média do SUS para os planos e seguros privados confirmou o fracasso da utopia universalizante e estimulou o debate a partir de um mix público-privado consagrado na saúde, que poderia ser estendido a outras modalidades assistenciais e benefícios previdenciários, tais como a privatização dos seguros de acidentes do trabalho e da previdência complementar.

Às formas consolidadas de assistência médico-hospitalar privadas, baseadas em empresas, atribuiu-se o estatuto de "novidade". As tensões entre os sistemas de proteção empresariais e os mais socializados que acompanharam o percurso da montagem de diversos padrões previdenciários no País se esvaeceram diante da relação causal e piora dos serviços públicos de saúde e incremento da privatização.

A existência de um significativo contingente de pessoas vinculadas a sistemas alternativos/privados de saúde, desde a década de 40, é um acontecimento facilmente reconhecível, e o Governo Federal não ficou indiferente a este processo, sensível aos diversos problemas que surgiram com este advento, incluiu como meta a regulação do setor, nestes últimos anos.

É possível que no final dos anos 80 tenha havido uma "migração" de clientes de serviços privados que antes pagavam diretamente aos provedores de serviços as consultas e internações para os planos e seguros-saúde.

Migração que, para os funcionários da administração direta do Governo, implica a constituição de entidades de previdência fechada ou a utilização de entidades profissionais para a realização de contratos de planos e seguros-saúde. Para as empresas públicas da administração direta compete o financiamento de parte substancial de recursos envolvidos com os planos e seguros privados. Nessa mesma época, foram criadas inúmeras entidades de previdência para funcionários municipais de cidades de pequeno e médio porte e é provável que alguns institutos de previdência estaduais e de grandes municípios brasileiros implantados anteriormente, com serviços médico-hospitalares próprios, tenham adotado os planos ou seguros privados para seus beneficiários no sentido de prestar um atendimento mais especializado e acessível.

A novidade da cobertura maciça aos funcionários públicos por planos e seguros saúde, longe de significar apenas um reforço numérico carrega às hostes privatizantes os responsáveis pela operacionalização do SUS. Muitos funcionários de secretarias municipais, incluindo as de saúde passam a dispor de planos e seguros saúde. O paradoxo da construção de um sistema universal que não atende aos seus próprios funcionários os impede, simultaneamente, de participar das arenas de negociação das reformas setoriais publicistas e dos debates sobre a regulamentação dos planos e seguros-saúde privados. Ampliava-se a base técnica da reforma setorial, mas não a do controle ainda que corporativo das condições de atendimento de muitos serviços públicos. A demanda para a privatização talvez represente, para muitos dos funcionários públicos do setor saúde, uma derrota da utopia de tornar o SUS atraente para si e inclusive àqueles que já estavam cobertos por sistemas alternativos privados

Por sua vez, as empresas que operacionalizam planos e seguros-saúde se reorganizam por meio de arranjos legais ou gerenciais que as tornam mais complexas bem como suas inter-relações. Grandes empresas de medicina de grupo e cooperativas médicas se diversificam, criam seguradoras e organizações para prestação de serviços de alimentação e comercialização de medicamentos e adquirem hospitais. Empresas com planos próprios introduzem fatores moderadores do consumo de procedimentos médico-hospitalares (co-pagamento) e buscam profissionalizar a gestão. As seguradoras obtêm permissão para credenciar provedores de serviços e passam a co-segurar os grandes riscos de algumas empresas de medicina de grupo e planos próprios das empresas. Surgem novas associações entre bancos e seguradoras nacionais e estrangeiras no ramo saúde.

O estudo sobre a oferta de planos e seguros-saúde deve considerar necessariamente as proposições de reforma previdenciária que por sua vez refletem um modo de conceber e viabilizar as políticas de ajuste econômico e de consumo dos trabalhadores. Os riscos de perdas de oportunidade do trabalho por doenças, acidentes ou mudanças técnicas e econômicas e as instituições que os absorvem são objetos de políticas públicas. O financiamento governamental direto às empresas de planos de saúde é somente uma das maneiras de regular a coletivização de bens e serviços para os que trabalham. Por mais que o retorno das demandas por bem-estar à esfera das empresas desarticule e restrinja as pretendidas funções estatais de equalização do acesso aos serviços de saúde, isso não implica nem que o mercado resolva os problemas dos que não trabalham (aposentados, licenciados) nem de todos as necessidades dos que trabalham.

As proposições empresariais para a reforma da seguridade social jamais desconsideraram a integração das funções assistenciais as dos benefícios, buscando conceber ambas como seguro proporcional à contribuição, voltado aos segmentos de trabalhadores com vínculo formal ao mercado.

A análise das modalidades empresariais envolvidas com planos e seguros saúde requer a compreensão das relações entre os interesses organizados de proprietários de hospitais e outros serviços assistenciais. A distribuição, especialização e o posicionamento de profissionais e entidades médicas parece ter imposto limites precisos à expansão das diversas formas de empresariamento da assistência médica. É preciso lembrar que o SUS credencia/financia grande parte da rede de serviços privados no Brasil. O que não impede que a imensa maioria dos médicos seja a um só tempo integrante do corpo clínico de um estabelecimento público de saúde e credenciada por empresas de planos e seguros. Isso também ocorre com hospitais, clínicas e unidades de apoio diagnóstico e terapêutico.

A implantação e expansão das operadoras de planos e seguros saúde não estão condicionadas somente pelas demandas, mas, também, e fundamentalmente, por razões atinentes à quantidade e formas de organização da oferta dos provedores de serviços e interação com as clientelas. No caso brasileiro, a organização da oferta de serviços em torno da operação de planos e seguros privados está inapelavelmente vinculada à rede de serviços públicos, quer sejam os providos diretamente pelas instâncias governamentais, quer sejam os serviços conveniados.

O grau de imbricamento dos serviços de saúde para o atendimento dos clientes de planos e seguros-saúde e do SUS é muito maior nas pequenas e médias cidades do que nas grandes metrópoles, especialmente São Paulo, onde é possível discernir redes diferenciadas em torno das operadoras de planos e seguros-saúde.

Os múltiplos vínculos dos estabelecimentos de saúde com várias operadoras e a relativamente pequena magnitude de suas clientelas, criam quase que uma oferta virtual de serviços para os clientes de planos e seguros - todas as empresas e inclusive o SUS - possuem uma rede de provedores senão coincidente como no caso dos municípios do interior, bastante semelhante, como nas grandes metrópoles. Na realidade, a sobreposição de utilização de serviços vinculados ao SUS, por clientes de planos e seguros é mais intensa quando os planos só permitem o atendimento médico-ambulatorial pressupondo que as atividades de internação serão realizadas pelo SUS, quer porque para internação o SUS funciona bem, quer pela impossibilidade de ofertar um plano mais abrangente e, portanto, mais caro para determinadas categorias sócio-ocupacionais. Os procedimentos de alto custo e os tratamentos prolongados ficam restringidos à esfera do SUS e derivam, também, das restrições de cobertura previstas nos contratos de planos e seguros. Além das situações de atendimento às lacunas previstas pelos limites dos diferentes tipos de planos e seguros, verifica-se uma complementaridade informal. Pacientes de estabelecimentos públicos de maior complexidade cobertos por planos ou seguros costumam se beneficiar da realização de exames mais rotineiros via convênios para apressar seu diagnóstico e tratamento. Do lado dos serviços privados é freqüente a recomendação dos públicos para a vacinação e realização de determinados exames e obtenção de medicamentos para patologias específicas.

3.3. DIFERENÇAS ENTRE OS SEGMENTOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR

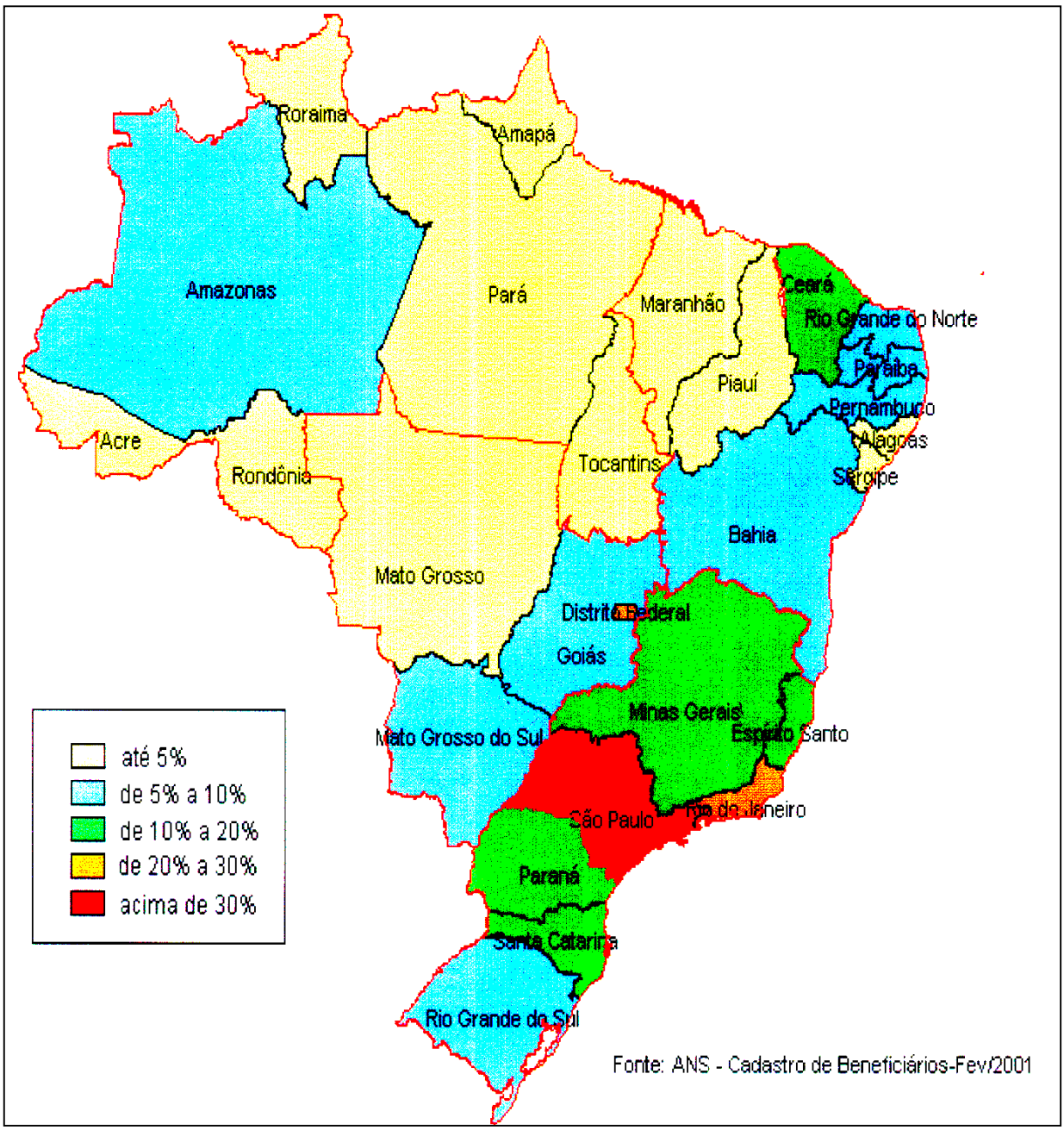
Os seguros saúde seriam formas mais nitidamente capitalistas e, no Brasil, com alto grau de associação aos bancos, são mais recentes do que as medicinas de grupo e as cooperativas médicas que corresponderiam a estágios anteriores da capitalização da medicina. A organizações localizadas sob controle de médicos evoluiriam para as seguradoras vinculadas a grandes grupos transnacionais em processo de crescente monopolização.

A expansão e mudanças no panorama do mercado de planos e seguros se configuram pela: monopolização efetivada pela absorção de empresas médicas; criação de empresas de comercialização de medicamentos por empresas do segmento; associação entre empresas com seguradoras estrangeiras; expansão de empresas (medicinas de grupo e cooperativas médicas) para países do Mercosul; elevação dessa atividade no *ranking* de volume de prêmios por ramos de seguros e aumento do faturamento obtido por empresas médicas.

Os estudos sobre as relações entre as empresas de planos e seguros e os provedores de serviços, considerando as transformações que ocorrem no âmbito específico do trabalho médico e os posicionamentos das entidades profissionais às políticas de saúde, contribuem para o discernimento de algumas características das empresas médicas e seguradoras. O assalariamento do médico, as várias formas de manutenção da autonomia profissional, ainda que apenas sobre os instrumentos de trabalho e não sobre a clientela, como acontece com os médicos credenciados por operadoras de planos e seguros, que é a predominante, determinam ou pelo menos, definem melhor algumas das características e tendências político-institucionais do empresariamento da medicina.

A compreensão dessa intricada institucionalização dos planos e seguros é especialmente importante para o delineamento de tendências de expansão e retração das diversas modalidades empresariais, bem como do relacionamento dessas empresas com o SUS, considerando as zonas de imbricamento entre os sistemas.

FIGURA 5
TAXA DE COBERTURA POR UNIDADE DA FEDERAÇÃO.



4. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Em janeiro de 2000, por meio da Lei Federal Nº 9.961, de 28.01.00, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que é uma autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, e tem a missão de promover a defesa do interesse público na assistência médica suplementar, regulando o mercado de planos e seguros de saúde , inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo assim para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

Como Agência Reguladora, incorpora ao processo, a responsabilidade pela unificação da regulação do setor , com as vantagens desse novo instrumento de atuação do Estado, como a autonomia administrativa e financeira, arrecadação própria e a prerrogativa de instância decisória, através de Colegiado de Diretoria, cujos membros têm mandato definido em Lei específica, com poder legal de edição de resoluções.

O início das atividades da Agência em 2000, é antecedida pela modificação do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU, que se transforma na prática em Conselho Ministerial, integrado por cinco ministros de Estado, entre eles os de Saúde e Fazenda.

4.1. CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR – CSS

Durante a formulação do Projeto de Lei aprovado na Câmara dos Deputados em 1997, através do substitutivo apresentado pelo Deputado Pinheiro Landim, já havia a previsão de uma câmara consultiva para assuntos relacionados à assistência médica propriamente dita.

É importante lembrar que, naquele momento o marco regulatório em discussão apontava o Ministério da Fazenda, por intermédio da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, como instância governamental predominante.

Desta forma, a câmara proposta era caracterizada como consultiva, com agenda restrita aos aspectos assistenciais, seguindo o preconizado desde 1966 , pelo Decreto-Lei nº 73, que normatizava, no País, o mercado segurador. É importante frisar que, o próprio decreto já previa formação de câmaras técnicas específicas para os diversos segmentos e especificidades dos contratos, ramos elementares, bens e outros. Tais câmaras, mesmo com prerrogativa legal, não tiveram, ao longo da história da regulamentação do setor de seguros, papel relevante como instância de discussão.

O Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP, órgão máximo de deliberação governamental não reservou a essas mesmas câmaras este papel. É oportuno lembrar que, no projeto então aprovado, o Ministério da Saúde passava a integrar o CNSP, mas o eixo de condução e decisão continuava sendo o Ministério da Fazenda, com a SUSEP ocupando o papel de secretaria executiva e, na prática, definindo a agenda de discussões e dos projetos para apreciação. Havia previsão que, mesmo com outros ministros participando, a substituição da presidência do CNSP era praticada pelo Superintendente da SUSEP.

4.1.1. UM NOVO RUMO

A mudança da titularidade do Ministério da Saúde, em 1998, no entanto, trouxe novos rumos à regulamentação do setor de planos e seguros saúde. Desde seu discurso de posse, o então Ministro da Saúde Senador José Serra, coloca como um de seus projetos prioritários a regulamentação do setor, envolvendo-se diretamente no processo de negociação no Senado Federal, que naquele momento era, novamente, *o locus*, de deliberação do legislativo.

O momento, entre março,abril e maio de 1998, era de impasse e havia, inclusive, a possibilidade concreta de todo o processo ser reiniciado, com apresentação de novo Projeto de Lei. Tal impasse se dava, em essência, pela forte pressão exercida pelas entidades de defesa do consumidor e entidades médicas, que previam diretrizes regulatórias francamente voltadas à sustentabilidade econômico-financeira do setor, com clara tendência para a baixa presença do Estado e pouca interface com os movimentos de saúde.

Desta maneira, deu-se a entrada do Ministério da Saúde na arena de disputa, não mais como coadjuvante, mas como um dos atores centrais. Esse movimento atingiu seu ápice com a aprovação no Senado Federal da Lei 9656/98, com uma série de emendas supressivas, o que naquela etapa do rito processual legislativo eram as únicas possíveis, com um acordo entre Governo, Oposição, Entidades de Defesa do Consumidor, Entidades Médicas e Entidades representativas de setores do mercado operador, para edição, no dia seguinte à sanção presidencial, de uma medida provisória, que concretizava uma importante mudança do marco regulatório, assim como de diversos aspectos da própria Lei, criando um novo Conselho Governamental o CONSU - Conselho de Saúde Suplementar , majoritariamente com presença de órgãos do Ministério da Saúde, e vinculando a CSS a este Conselho. Em paralelo, o próprio Ministério, por intermédio da Secretaria de Assistência a Saúde, assume a frente do processo de regulação pela área da saúde.

Neste momento, o marco geral legal estava colocado, mas a regulamentação da Lei, já que diversos dispositivos legais necessitavam de regulamentação normativa dos conselhos (CONSU e CNSP) tinha de ser produzida.

É, nesta fase, por decisão do Ministro e da Secretária de Assistência à Saúde, que começa a trajetória da Câmara de Saúde Suplementar – CSS. Apesar de consultiva, esta instância de discussões e debates, passa, talvez incorporando práticas já consagradas no campo da saúde, a não apenas ser valorizada, mas a ter características de instância de "controle social".

Temas de enorme complexidade, definição de doenças e lesões preexistentes, cobertura para urgências e emergências, definição de rol de procedimentos, definições de tipos de contratos, definições de mecanismos de regulação que poderiam ser utilizados, cobertura em saúde mental, entre outros foram

discutidos de forma aprofundada na CSS, previamente à edição do primeiro conjunto de regulamentações absolutamente necessário para que a Lei se implantasse de forma definitiva. A materialização de tal esforço normativo se cristaliza no fato de que todos os contratos firmados a partir de 02 de janeiro de 1999, já deviam obedecer às novas normas.

Tal movimento, ao contrário, não se deu no CNSP, que jamais editou uma só regra para o setor, inclusive tendo a SUSEP recebido propostas de ampliar suas discussões aos moldes observados na Câmara de Saúde Suplementar. Assim fica claro que não foi a ausência de uma câmara consultiva que impediu a edição de tais regras. Hoje é possível ver o passado do início da regulamentação do setor (1998/1999), com duas instâncias normativas, em alguns pontos concorrentes, como fadado ao insucesso. Tal fragilidade do marco regulatório[1] se resolveria em 2000, com a aprovação da Lei 9.961/00, que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar e que herda a tradição cultivada pelo MS/SAS de contar com a CSS como instância necessária de discussão dos problemas e impasses setoriais.

No decorrer do aperfeiçoamento legal, diversas modificações foram introduzidas na Lei, conforme "Anexo", algumas formais e outras na busca de um maior equilíbrio e densidade entre os atores representados. O exemplo maior dessas últimas alterações está na incorporação dos chamados "compradores pessoas jurídicas".

Esta importante incorporação - em particular das centrais sindicais, deveria ser acompanhada de maior poder de discussão e aprimoramento por ser considerado como um importante componente do mercado, os chamados planos coletivos, que já conta com características concorrências mais presentes e, poderia ser uma meta , qualificar de forma mais incisiva o processo de escolha e compra dos planos ou seguros de saúde.

Como observações finais, é oportuno fazermos algumas citações:

- As instâncias sub-nacionais do setor saúde como o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, ainda têm participação muito pequena nas reuniões das câmaras técnicas específicas e nos próprios debates do setor;
- As entidades sindicais também têm participação esporádica, mesmo sendo um assunto bastante freqüente na pauta de reivindicações dos trabalhadores, e
- Enquanto o marco legal não for completamente apreciado e aprovado pelo Poder Legislativo haverá tendência a que discussões de normativos infra-legais sejam contaminadas com discussões que exigiriam mudanças na Lei, o que torna, de quando em vez, as discussões estéreis.

Por fim, é perfeitamente possível considerarmos a Câmara de Saúde Suplementar como instância imprescindível e já presente de forma incontestável e fundamental para o aperfeiçoamento do sistema, sendo que não é objetivo desta dissertação monográfica, pesquisa mais apurada dos posicionamentos dos atores e o estudo das hipóteses que fazem alguns segmentos terem baixa participação nas discussões.

Em princípio, o imenso percurso que se fez, de uma Câmara virtual a uma instância que vem se afirmando no o exercício dos debates, tornando-se cada vez mais presente na regulação do setor, não só consolida como respalda o cumprimento das normas e seus impactos junto ao mercado, requisito indispensável para a viabilidade e maior efetividade da ação reguladora da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

5. CONCLUSÃO

Esta pesquisa examinou a literatura disponível dos importantes mestres que formularam trabalhos sobre o mercado de assistência médica suplementar no Brasil, focando principalmente as mudanças nas relações público-privado que o estruturaram. O estudo tomou como pressuposto o fato de que os planos e seguros saúde integram um sistema de proteção social híbrido no qual as políticas de caráter universalista convivem com alternativas assistenciais particulares organizadas a partir das empresas empregadoras.

[1] Uma das mais evidentes normas que expressou tal impasse foi a resolução CONSU que tratou de estipular que os contratos que tivessem faixas etárias teriam que respeitar sete faixas, fixou as faixas etárias e, além disso, estipulou a variação máxima admitida entre a primeira e ultima faixa etária. Tal regra, absolutamente necessária para coibir abusos até então praticados, definiu na prática, o rompimento de uma das regras pétreas do mercado segurador – cada faixa etária deveria ser auto-sustentável. Ora, se na prática isto era impossível, na teoria significava desconhecer o chamado pacto inter-geracional em um mercado fundeado no regime de partição simples – mutualismo.

As formas empresariais de intermediação para a cobertura de assistência médico-hospitalar de determinados segmentos da população emergem de um padrão ambíguo, no qual o público e o privado estão profundamente imbricados, tanto no que diz respeito à provisão de serviços, quanto no que se refere ao seu financiamento. As recentes e significativas transformações nas relações entre oferta e demanda por serviços privados de saúde reconfiguram o mercado de planos e seguros saúde, tornando-o mais diversificado e complexo.

Concluímos que o crescimento e as transformações no mercado de planos e seguros saúde no Brasil reafirmam valores a respeito da demarcação de fronteiras nítidas entre o SUS e a assistência organizada pelas empresas médicas, seguradoras e empresas de autogestão. Esta clivagem, no entanto, não se traduz no plano operacional, a despeito do surgimento de novas formas de interpenetração entre público e privado. O suporte híbrido do mercado de planos e seguros põe em relevo a necessidade de elaborar e implementar políticas que, considerando tal especificidade, incorporem este segmento na agenda de pesquisas e intervenção da saúde pública.

Ao que tudo indica, o Sistema de Saúde Brasileiro parte para o novo milênio, mantendo as mesmas tendências que o confirma como um modelo mix público/privado, cuja consolidação vem se revelando ano após ano. Além disso, a interdependência de ambos os sistemas é reconhecida, apesar de todo o embate ideológico presente nas diferenças marcantes. Cada um com suas limitações para efeito de satisfação de atendimento por parte de seus clientes e usuários.

Citando apenas como exemplo, vejamos uma das demandas de atendimento por parte de dois pacientes como a marcação de uma simples consulta, sendo uma delas por meio do SUS. Fica evidente que a relação médico paciente se dará de forma diferenciada, principalmente se for considerada a necessidade de reserva de leito. Aí as contradições serão inevitáveis.

Apesar de esgotados todos os argumentos que evidenciam esse paradoxo, em que, comparativamente, os serviços privados de saúde oferecem uma atenção de melhor qualidade no imaginário de seus clientes e os serviços públicos atendem aos riscos que se apresentarem ao sistema. Fica claro que a prática mercantilista prevalecerá e é neste ponto que os sistemas públicos e privados podem se tornar menos perversos nessa postura para com os seus clientes ou usuários, se reconhecerem suas próprias limitações.

Tomemos como exemplo um jovem que ingressa hoje no mercado de trabalho, com possibilidade de oferta de plano de saúde na negociação trabalhista, o que exerce um forte atrativo para esse profissional, com prioridade inclusive sobre os níveis de remuneração. É claro que esse tipo de posto de trabalho só é possível para empresas sediadas em núcleos econômicos estratégicos e para trabalhadores com alguma qualificação.

De outra forma, suponhamos esse mesmo tipo de jovem ingressando no mercado de trabalho formal ou informal, com ou sem carteira assinada ou até mesmo por conta própria, em determinada cidade pequena ou média, na região norte ou nordeste. Aqui se trata evidentemente de um posto de trabalho menos qualificado, podendo ser definido como precário.

Em ambos os casos, temos, muito provavelmente, pacientes potenciais do SUS, mesmo que em momentos distintos isso possa vir a ocorrer. O primeiro exemplo citado, priorizará o posto de trabalho em função não apenas da remuneração, mas também pela possibilidade do acesso ao atendimento via plano ou seguro, já que sua percepção quanto ao padrão de atendimento SUS é de baixa qualidade, sendo que essa preocupação é maior entre trabalhadoras do sexo feminino.

Já o segundo exemplo de trabalhador, provavelmente, criado em família de baixa renda e acostumado ao atendimento fragmentado do Sistema Único de Saúde, seguirá sua trajetória profissional na expectativa de conquista de seu posto de trabalho formal e, na melhor das hipóteses, de auferir renda suficiente para adquirir um tipo qualquer de plano de saúde para si e futuros familiares.

As hipóteses relatadas sugerem que, em ambos os exemplos, a busca ou a procura por melhor qualidade de assistência é natural por parte de qualquer indivíduo. No imaginário desses mesmos trabalhadores não reside qualquer registro de embates ideológicos entre as diferenças público/privado, muito menos conhecimento de que contratos firmados com operadoras de planos ou seguros saúde, adquiridos por diferentes condições de renda, no decorrer de suas vidas, poderão transformá-los, muito provavelmente, em potenciais usuários do SUS, dependendo dos riscos previstos em suas cláusulas e respectivas faixas etárias.

Neste momento é que a assistência prestada pelas operadoras revela sua face de dificuldades em garantir cobertura ao conjunto de sua clientela, seja em razão de custos, perfil de renda, composição de carteira, base atuarial e, é claro, da própria administração de cada empresa, com o agravante de pressionarem o Sistema Único de Saúde, com a transferência de seus clientes impossibilitados de se manterem no sistema.

As limitações verificadas no mercado de Planos e Seguros Saúde, também, podem ser observadas de forma bem nítida, quando examinadas suas áreas de atuação geográfica, onde se concentra a maioria de seus consumidores. Todos estão localizados em cidades pólo que obedecem rigorosamente à formação do PIB nacional e estrutura de renda. Tanto é assim que esses segmentos movimentam recursos ainda insuficientes para oferecerem cobertura mais ou menos abrangente, sendo restrito a clientes de planos ou seguros individuais de maior renda esse tipo de produto integral.

Por outro lado, há questões regionais por exemplo, onde é consenso, por parte de gestores do SUS, a necessidade de se promover urgentes investimentos públicos nas áreas da média e alta complexidade na região norte do País. O problema de pacientes que necessitam de Terapia Renal Substitutiva é reconhecidamente tão grave quanto àqueles que procuram serviços públicos ou privados com indicação para cirurgias cardíacas.

Há, inclusive, articulações institucionais entre o Ministério da Saúde e organismos internacionais de financiamento, visando dotar a região desses serviços, seja em unidades públicas ou filantrópicas, conforme o perfil de rede desses Estados. Esses investimentos, indiretamente, deverão beneficiar e ampliar a oferta desses serviços também por parte das operadoras, na medida em que forem instalados em entidades filantrópicas que possuam credenciamento em ambos os sistemas.

Se é consenso que essas entidades participaram, de alguma forma, da expansão do setor de planos e seguros, os recentes investimentos realizados por meio de recursos do projeto REFORSUS/MS, em que cerca de 500 milhões de dólares foram investidos em obras e equipamentos, tanto para serviços públicos como para entidades filantrópicas, então se pode afirmar que a assistência médica suplementar, está sendo beneficiada neste momento, com esses investimentos, em ampliação de leitos de UTI, distribuição de máquinas de hemodiálise e gestação de alto risco, sem com isso investir qualquer importância.

Paradoxalmente, entretanto, essas unidades filantrópicas representam algo em torno de 31% dos leitos vinculados ao SUS e responderam por 34.31% das internações realizadas em 2.001. Além disso, cabe registrar que segundo dados recentes de setembro último da ANS, referentes às unidades de maior volume de ressarcimento ao SUS, a Beneficência Portuguesa de São Paulo lidera esse ranking, sendo que ainda utiliza receitas obtidas pelas operadoras e doações, para suporte a gastos com pacientes do Sistema Único de Saúde, compensando, assim, parte da renúncia fiscal.

Em resumo, há espaço para que o imbricamento institucional entre clientela de planos de saúde e serviços remunerados pelo SUS não se restrinja apenas à utilização de serviços de alto custo ou alta complexidade.

É possível uma maior parceria entre os sistemas como as Auto-Gestões, sendo que, inclusive, por iniciativa própria, o CIEFAS apresentou ao Ministério da Saúde uma proposta de unificação de tabelas de procedimentos, que pudesse reunir o conjunto de tabelas praticadas pela ABRANGE, FENASEG, AMB, enfim, por todas as entidades envolvidas, o que facilitaria a questão do ressarcimento entre outros aspectos importantes, como a padronização e a unificação dos sistemas de informações de todo o setor saúde.

Como se pode concluir, o sistema de assistência médica suplementar no Brasil passa por momentos importantes em sua história, com desafios sucessivos diante do intenso processo de regulamentação iniciada a partir da Lei nº 9.656/98, bem como da criação da Agência de Saúde Suplementar, que pode significar o fim de práticas empresariais conservadoras a partir dos aperfeiçoamentos legais que deverão ser colocados.

A introdução de exigências ainda maiores de direcionamento do mercado para produtos alternativos de atenção integral à saúde, a preços competitivos, deverá prosseguir mesmo diante das expectativas de crescimento moderado, considerando-se o ambiente econômico que se apresenta no curto prazo, em que a economia global segue com dificuldades e os orçamentos públicos igualmente deverão refletir essas mesmas tendências de conjuntura, limitando por conseqüência, toda e qualquer iniciativa de expansão do financiamento público.

Portanto, o argumento de superar divergências entre os sistemas públicos e privados, a partir do maior debate de temas de interesse comum e do reconhecimento dos problemas e limitações das partes, sem que com isso o mercado abdique de sua vocação enquanto empresas na busca de lucratividade,

expansão e satisfação de sua clientela e, muito menos, o Estado deixe de ampliar o marco regulatório desses segmentos, já que é uma necessidade urgente sob todos os aspectos legais e sociais que essa atividade representa, seria, sem dúvida, um salto de qualidade para todo o sistema de saúde brasileiro, além de uma clara demonstração de maturidade dos gestores públicos e das operadoras de planos e seguros.

O estabelecimento de uma pauta para o futuro poderia colocar em debate questões até então polêmicas, como os resultados apresentados pela renúncia fiscal ou despesas tributárias, que não têm indicado qualquer benefício para a saúde no Brasil. Sistemas de monitoramento preventivo nas áreas de controle e avaliação, pactuados entre Estado e mercado na perspectiva de definir indicadores e traçadores na área específica de controle, visando melhor gerenciamento e utilização dos recursos como experiência a ser alcançada, entre outros temas de igual importância, seriam iniciativas que poderiam ser bem sucedidas, assim como a questão do transplante de órgãos, que requer ações articuladas entre os setores.

Neste aspecto, o elemento central e condutor para tal estratégia seria o espaço já criado durante o processo de entrada do Ministério da Saúde na fase inicial da regulamentação, que foi a instituição da Câmara de Saúde Suplementar, instância perfeitamente bem posicionada para exercer um papel mais atuante, viabilizando maior efetividade na ação reguladora da Agência, bem como se afirmando de vez como um órgão consultivo de maior envergadura na defesa dos interesses da sociedade, seguindo o modelo de práticas já consagradas no campo da saúde pública.

Tal afirmativa evidencia-se quando comparado o elenco de temas objeto de pauta das reuniões da Câmara de Saúde Suplementar, que iniciou a sua trajetória em agosto de 1.998 e já realizou a sua trigésima reunião. Se analisados esses temas por ordem de prioridade, os assuntos debatidos desde sua instalação tiveram a seguinte composição: as questões referentes a reajustes e revisões técnicas lideraram substancialmente os debates, seguido pelo ressarcimento, lesões preexistentes, rol de procedimentos médicos hospitalares, registro provisório de planos e seguros, adaptação de contratos, variações de preços por faixa etária, urgência e emergência, garantias financeiras, entre outros.

Concluímos dessa forma, como pode ser observado, que a relevância dos temas citados, confirma a necessidade de identificação dos focos geradores de preconceitos que impedem um melhor nível de debate. O centro dessas posições conservadoras está presente em ambos os sistemas públicos e privados, ignorando as interdependências existentes e retardando a construção de estratégias conjuntas. Esta possibilidade de agendas articuladas teria evitado, por exemplo, que, no episódio da epidemia de dengue ocorrido no Rio de Janeiro no verão 2.001/2.002, leitos privados ociosos ficassem à margem da demanda que se apresentava à rede pública, enquanto as operadoras de sua parte reivindicavam reajuste de emergência em função do aumento da clientela internada.

O próprio quadro dirigente do Ministério da Saúde tem certa dificuldade em incorporar os assuntos do mercado de saúde suplementar em suas agendas. Os gestores das esferas estadual e municipal, parecem reservar a essa nova conquista do setor saúde, um papel secundário, não cabendo qualquer envolvimento dessas instâncias com os grupos populacionais vinculados a esses segmentos, ignorando que todos estão diante de um processo de consolidação de um setor presente no sistema nacional de saúde e que é preciso a participação ativa de todas as instituições e entidades envolvidas com o compromisso público pela saúde.

O engajamento da academia na produção de pesquisas sobre esse segmento do sistema de saúde continua restrito apenas aos grandes centros acadêmicos que têm se mobilizados nessa direção. Por outro lado, formuladores de políticas públicas na área da saúde ainda abordam de forma reservada tema de tamanha relevância. Até mesmo o Conselho Nacional de Saúde apresentou em poucas ocasiões, pauta voltada à atuação da ANS.

É da responsabilidade de todos os atores do setor garantir que a Agência Nacional de Saúde Suplementar, instituição governamental com a responsabilidade de implementar um novo marco regulatório para o mercado de planos e seguros de saúde, seja bem sucedida, transformando esse segmento da assistência médica suplementar em parte integrante do sistema nacional de saúde.

Para tanto, é fundamental que instâncias como CNS, CONASS, CONASEMS, o próprio Ministério da Saúde, até mesmo as centrais sindicais, participem mais intensamente das reuniões da Câmara de Saúde Suplementar, sem o que somente entidades como PROCON, CFM, AMB, IDEC,CFO, além de outras, vêm exercendo a responsabilidade social para a qual foram convocadas. É preciso ampliar, radicalmente, a participação de instituições públicas para suporte estratégico às representações já atuantes.

O quadro político atual coloca para o setor da saúde uma rara oportunidade para aprofundamento e reflexão desse dilema público/privado. Elege um novo Presidente da República, nascido no interior do nordeste, portanto, conhecedor de todas as dificuldades de acesso à assistência do setor público, para mais adiante conquistar um posto de trabalho como operário do ABC paulista e, assim, ingressar no sistema de saúde suplementar, retratando, de forma bem nítida, as diferentes realidades do sistema de saúde brasileiro.

Faixa Populacional	Valor em R$ 1,00
Menos de 100 mil	20.000
100 a 300 mil	25.000
300 a 500 mil	30.000
Superior a 500 mil	35.000

QUADRO 8
SUBSTITUIÇÕES OCORRIDAS NO QUADRO DE REPRESENTANTES DA CSS.

LEI 9. 656 DE 03 DE JUNHO DE 1998 **Art.7º**	**MEDIDA PROVISÓRIA 1665 DE 05 DE JUNHO 1998** **Art. 35B §3º**
REPRESENTANTES DO GOVERNO Ministro de Estado da Saúde, ou seu representante legal, na qualidade de presidente; Ministro de Estado da Fazenda, ou seu representante legal; Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social, ou seu representante legal; Ministro de Estado do Trabalho, ou seu representante legal; Secretário Executivo do Ministério da Saúde, ou seu representante legal; Superintendente da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, ou seu representante legal; Secretário de Direito Econômico do Ministério da Justiça, ou seu representante legal; Um representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde - CNS, dentre seus membros; um representante do Ministério Público Federal.	**REPRESENTANTES DO GOVERNO** Por um representante de cada Ministério a seguir indicado: – da Saúde, na qualidade de seu Presidente; – da Fazenda; – da Previdência e Assistência Social; – do Trabalho; – da Justiça; – Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, ou seu representante, na qualidade de Secretário; – Superintendente da SUSEP, ou seu representante; ..... – Conselho Nacional de Saúde; – Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde; – Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde; .....
REPRESENTANTES DOS CONSUMIDORES um representante de entidades de defesa do consumidor; um representante de entidades de consumidores de planos e seguros privados de assistência à saúde;	**REPRESENTANTES DOS CONSUMIDORES** das entidades de defesa do consumidor; de entidades de consumidores de planos e seguros privados de assistência à saúde;
REPRESENTANTES PRESTADORES PESSOAS FÍSICAS um representante indicado pelas entidades nacionais de representação da categoria dos médicos; um representante indicado pelas entidades nacionais de representação da categoria dos odontólogos;	**REPRESENTANTES PRESTADORES PESSOAS FÍSICAS** das entidades nacionais de representação da categoria dos médicos; das entidades nacionais de representação da categoria dos odontólogos;
REPRESENTANTES PRESTADORES PESSOAS JURÍDICAS	**REPRESENTANTES PRESTADORES PESSOAS JURÍDICAS** da Federação Brasileira de Hospitais
REPRESENTANTES DAS OPERADORAS um representante indicado pelos órgãos superiores de classe que representem os estabelecimentos de seguro; um representante indicado pelos órgãos superiores de classe que representem o segmento de autogestão de assistência à saúde; um representante indicado pelos órgãos superiores de classe que representem a medicina de grupo; um representante indicado pelas entidades que representem as cooperativas de serviços médicos; um representante das entidades filantrópicas da área de saúde; um representante indicado pelos órgãos superiores de classe que representem as empresas de odontologia de grupo;	**REPRESENTANTES DAS OPERADORAS** dos órgãos superiores de classe que representem os estabelecimentos de seguro; dos órgãos superiores de classe que representem o segmento de auto-gestão de assistência à saúde; dos órgãos superiores de classe que representem a medicina de grupo; das entidades que representem as cooperativas de serviços médicos; das entidades filantrópicas da área de saúde; dos órgãos superiores de classe que representem as empresas de odontologia de grupo;
REPRESENTANTES DOS COMPRADORES - PESSOAS JURÍDICAS	**REPRESENTANTES DOS COMPRADORES - PESSOAS JURÍDICAS**
§ºs Relativos ao artigo § 1º As deliberações da Câmara dar-se-ão por maioria de votos, presente a maioria absoluta de seus membros, e as proposições aprovadas por dois terços de seus integrantes exigirão igual *quorum* para serem reformadas, no todo ou em parte, pelo CNSP. § 2º Em suas faltas e impedimentos, o presidente da Câmara será substituído pelo Secretário Executivo do Ministério da Saúde.	**§ºs Relativos ao artigo** § 4º Os membros da Câmara de Saúde Suplementar serão designados pelo Ministro de Estado da Saúde." (NR

QUADRO 9
SUBSTITUIÇÕES OCORRIDAS NO QUADRO DE REPRESENTANTES DA CSS.

MEDIDA PROVISÓRIA 1665 DE 05 DE JUNHO **Art. 35B §3º**	**MEDIDA PROVISÓRIA 1685-2 DE 29/07/98** **Art. 35B §3º**
REPRESENTANTES DO GOVERNO Por um representante de cada Ministério a seguir indicado: – da Saúde, na qualidade de seu Presidente; – da Fazenda; – da Previdência e Assistência Social; – do Trabalho; – da Justiça; – Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, ou seu representante, na qualidade de Secretário; – Superintendente da SUSEP, ou seu representante; – Conselho Nacional de Saúde; – Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde; – Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde;	**REPRESENTANTES DO GOVERNO** Por um representante de cada Ministério: – da Saúde, na qualidade de seu Presidente; – da Fazenda; – da Previdência e Assistência Social; – do Trabalho; – da Justiça; – Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, ou seu representante, na qualidade de Secretário; – Superintendente da SUSEP, ou seu representante; – Conselho Nacional de Saúde; – Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde; – Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde;
REPRESENTANTES DOS CONSUMIDORES das entidades de defesa do consumidor de entidades de consumidores de planos e seguros privados de assistência à saúde;	**REPRESENTANTES DOS CONSUMIDORES** de defesa do consumidor de representação de associações de consumidores de planos e seguros privados de assistência à saúde;
REPRESENTANTES PRESTADORES PESSOAS FÍSICAS das entidades nacionais de representação da categoria dos médicos; das entidades nacionais de representação da categoria dos odontólogos;	**REPRESENTANTES PRESTADORES PESSOAS FÍSICAS** Conselho Federal de Medicina; Conselho Federal de Odontologia;
REPRESENTANTES PRESTADORES PESSOAS JURÍDICAS da Federação Brasileira de Hospitais	**REPRESENTANTES PRESTADORES PESSOAS JURÍDICAS** Federação Brasileira de Hospitais; Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços;
REPRESENTANTES DAS OPERADORAS dos órgãos superiores de classe que representem os estabelecimentos de seguro; dos órgãos superiores de classe que representem o segmento de autogestão de assistência à saúde; dos órgãos superiores de classe que representem a medicina de grupo; das entidades que representem as cooperativas de serviços médicos; das entidades filantrópicas da área de saúde; dos órgãos superiores de classe que representem as empresas de odontologia de grupo;	**REPRESENTANTES DAS OPERADORAS** de representação das empresas de seguro de saúde; de representação do segmento de autogestão de assistência à saúde; de representação das empresas de medicina de grupo; de representação das cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar; de representação das instituições filantrópicas de assistência à saúde; de representação das empresas de odontologia de grupo; de representação das cooperativas de serviços odontológicos que atuem na saúde suplementar
REPRESENTANTES DOS COMPRADORES - PESSOAS JURÍDICAS	**REPRESENTANTES DOS COMPRADORES - PESSOAS JURÍDICAS**
§ºs Relativos ao artigo § 4º Os membros da Câmara de Saúde Suplementar serão designados pelo Ministro de Estado da Saúde." (NR)	**§ºs Relativos ao artigo** § 4º Os membros da Câmara de Saúde Suplementar serão designados pelo Ministro de Estado da Saúde."

QUADRO 10
SUBSTITUIÇÕES OCORRIDAS NO QUADRO DE REPRESENTANTES DA CSS.

MEDIDA PROVISÓRIA 1685-2 DE 29/07/98 Art. 35B §3º	MEDIDA PROVISÓRIA 1685-5 DE 27/10/98 Art. 35B §3º
REPRESENTANTES DO GOVERNO Por um representante de cada Ministério: – da Saúde, na qualidade de seu Presidente; – da Fazenda; – da Previdência e Assistência Social; – do Trabalho; – da Justiça; – Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, ou seu representante, na qualidade de Secretário; – Superintendente da SUSEP, ou seu representante; – Conselho Nacional de Saúde; Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde;	**REPRESENTANTES DO GOVERNO** Por um representante de cada Ministério: – da Saúde, na qualidade de seu Presidente; – da Fazenda; – da Previdência e Assistência Social; – do Trabalho; – da Justiça; – Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, ou seu representante, na qualidade de Secretário; – Superintendente da SUSEP, ou seu representante – Conselho Nacional de Saúde; – Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde; – Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde;
REPRESENTANTES DOS CONSUMIDORES por um representante de defesa do consumidor de representação de associações de consumidores de planos e seguros privados de assistência à saúde;	**REPRESENTANTES DOS CONSUMIDORES** por um representante de defesa do consumidor; de representação de associações de consumidores de planos e seguros privados de assistência à saúde; de representação do Fórum Nacional de Entidades de Portadores de Patologias e Deficiências do consumidor.
REPRESENTANTES PRESTADORES PESSOAS FÍSICAS Conselho Federal de Medicina; Conselho Federal de Odontologia	**REPRESENTANTES PRESTADORES PESSOAS FÍSICAS** Conselho Federal de Medicina; Conselho Federal de Odontologia;
REPRESENTANTES PRESTADORES PESSOAS JURÍDICAS Federação Brasileira de Hospitais; Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços;	**REPRESENTANTES PRESTADORES PESSOAS JURÍDICAS** Federação Brasileira de Hospitais; Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços;
REPRESENTANTES DAS OPERADORAS de representação das empresas de seguro de saúde; de representação do segmento de autogestão de assistência à saúde; de representação das empresas de medicina de grupo; de representação das cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar; de representação das instituições filantrópicas de assistência à saúde; de representação das empresas de odontologia de grupo; de representação das cooperativas de serviços odontológicos que atuem na saúde suplementar	**REPRESENTANTES DAS OPERADORAS** de representação das empresas de seguro de saúde; de representação do segmento de autogestão de assistência à saúde; de representação das empresas de medicina de grupo; de representação das cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar; de representação das instituições filantrópicas de assistência à saúde; de representação das empresas de odontologia de grupo; de representação das cooperativas de serviços odontológicos que atuem na saúde suplementar;
REPRESENTANTES DOS COMPRADORES - PESSOAS JURÍDICAS	**REPRESENTANTES DOS COMPRADORES - PESSOAS JURÍDICAS**
§ºs Relativos ao artigo § 4º Os membros da Câmara de Saúde Suplementar serão designados pelo Ministro de Estado da Saúde."	**§ºs Relativos ao artigo** § 4º Os membros da Câmara de Saúde Suplementar serão designados pelo Ministro de Estado da Saúde."

MEDIDA PROVISÓRIA 1685-5 DE 27/10/98 Art. 35B §3º	MEDIDA PROVISÓRIA 1801-9 de 20/01/99 Art. 35B §3º
REPRESENTANTES DO GOVERNO	**REPRESENTANTES DO GOVERNO**
um representante de cada Ministério	um representante de cada Ministério
da Saúde, na qualidade de seu Presidente;	da Saúde, na qualidade de seu Presidente;
da Fazenda;	da Fazenda;
da Previdência e Assistência Social;	da Previdência e Assistência Social;
do Trabalho;	do Trabalho **e Emprego**;
da Justiça;	da Justiça;
Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, ou seu representante, na qualidade de Secretário;	pelo Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, ou seu representante, na qualidade de Secretário;
Superintendente da SUSEP, ou seu representante	Superintendente da SUSEP, ou seu representante;
Conselho Nacional de Saúde;	Conselho Nacional de Saúde;
Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde;	Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde;
Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde;	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde;
REPRESENTANTES DOS CONSUMIDORES por um representante	**REPRESENTANTES DOS CONSUMIDORES** por um representante
de defesa do consumidor;	de defesa do consumidor;
de representação de associações de consumidores de planos e seguros privados de assistência à saúde;	de representação de associações de consumidores de planos e seguros privados de assistência à saúde;
de representação do Fórum Nacional de Entidades de Portadores de Patologias e Deficiências do consumidor.	de representação_____ das entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais.
REPRESENTANTES PRESTADORES PESSOAS FISICAS	**REPRESENTANTES PRESTADORES PESSOAS FISICAS**
Conselho Federal de Medicina;	Conselho Federal de Medicina;
Conselho Federal de Odontologia	Conselho Federal de Odontologia;
REPRESENTANTES DOS CONSUMIDORES por um representante	**REPRESENTANTES DOS CONSUMIDORES** por um representante
de defesa do consumidor;	de defesa do consumidor;
de representação de associações de consumidores de planos e seguros privados de assistência à saúde;	de representação de associações de consumidores de planos e seguros privados de assistência à saúde;
de representação do Fórum Nacional de Entidades de Portadores de Patologias e Deficiências do consumidor.	de representação_____ das entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais.
REPRESENTANTES PRESTADORES PESSOAS FISICAS	**REPRESENTANTES PRESTADORES PESSOAS FISICAS**
Conselho Federal de Medicina;	Conselho Federal de Medicina;
Conselho Federal de Odontologia	Conselho Federal de Odontologia;

REPRESENTANTES PRESTADORES PESSOAS JÚRIDICAS Federação Brasileira de Hospitais; Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços;	**REPRESENTANTES PRESTADORES PESSOAS JÚRIDICAS** Federação Brasileira de Hospitais; Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços;
REPRESENTANTES DAS OPERADORAS de representação das empresas de seguro de saúde; de representação do segmento de auto-gestão de assistência à saúde; de representação das empresas de medicina de grupo; de representação das cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar; de representação das instituições filantrópicas de assistência à saúde; de representação das empresas de odontologia de grupo; de representação das cooperativas de serviços odontológicos que atuem na saúde suplementar;	**REPRESENTANTES DAS OPERADORAS** de representação das empresas de seguro de saúde; de representação do segmento de auto-gestão de assistência à saúde; de representação das empresas de medicina de grupo; de representação das cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar; **.....** Confederação das Misericórdias do Brasil; de representação das empresas de odontologia de grupo; de representação das cooperativas de serviços odontológicos que atuem na área de saúde suplementar;
REPRESENTANTES DOS COMPRADORES - PESSOAS JURÍDICAS	**REPRESENTANTES DOS COMPRADORES - PESSOAS JURÍDICAS**
§ºs Relativos ao artigo § 4º Os membros da Câmara de Saúde Suplementar serão designados pelo Ministro de Estado da Saúde."	**§ºs Relativos ao artigo** § 4º Os membros da Câmara de Saúde Suplementar serão designados pelo Ministro de Estado da Saúde."
MEDIDA PROVISÓRIA 1801-9 de 20/01/99 Art. 35B §3º	**MEDIDA PROVISÓRIA 1801-11 de 26/03/99 Art. 35B §3º**
REPRESENTANTES DO GOVERNO um representante de cada Ministério da Saúde, na qualidade de seu Presidente; da Fazenda; da Previdência e Assistência Social; do Trabalho e Emprego; da Justiça; Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, ou seu representante, na qualidade de Secretário; Superintendente da SUSEP, ou seu representante; Conselho Nacional de Saúde; Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde;	**REPRESENTANTES DO GOVERNO** um representante de cada Ministério da Saúde, na qualidade de seu Presidente; da Fazenda; da Previdência e Assistência Social; do Trabalho e Emprego; da Justiça; Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, ou seu representante, na qualidade de Secretário; Superintendente da SUSEP, ou seu representante; Conselho Nacional de Saúde; Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde

REPRESENTANTES DOS CONSUMIDORES por um representante de defesa do consumidor; de representação de associações de consumidores de planos e seguros privados de assistência à saúde; de representação das entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais	**REPRESENTANTES DOS CONSUMIDORES** por um representante de defesa do consumidor; de representação de associações de consumidores de planos e seguros privados de assistência à saúde; de representação das entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais.
REPRESENTANTES PRESTADORES PESSOAS FISICAS Conselho Federal de Medicina; Conselho Federal de Odontologia	**REPRESENTANTES PRESTADORES PESSOAS FISICAS** Conselho Federal de Medicina; Conselho Federal de Odontologia;
REPRESENTANTES PRESTADORES PESSOAS JÚRIDICAS Federação Brasileira de Hospitais; Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços;	**REPRESENTANTES PRESTADORES PESSOAS JÚRIDICAS** Federação Brasileira de Hospitais; Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços;
REPRESENTANTES DAS OPERADORAS de representação das empresas de seguro de saúde; de representação do segmento de auto-gestão de assistência à saúde; de representação das empresas de medicina de grupo; de representação das cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar; de representação das empresas de odontologia de grupo; de representação das cooperativas de serviços odontológicos que atuem na área de saúde suplementar; Confederação das Misericórdias do Brasil;	**REPRESENTANTES DAS OPERADORAS** de representação das empresas de seguro de saúde; de representação do segmento de auto-gestão de assistência à saúde; de representação das empresas de medicina de grupo; de representação das cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar; de representação das empresas de odontologia de grupo; de representação das cooperativas de serviços odontológicos que atuem na área de saúde suplementar; Confederação das Misericórdias do Brasil; **Confederação Nacional da Indústria;** **Confederação Nacional do Comércio;**
REPRESENTANTES DOS COMPRADORES - PESSOAS JURÍDICAS	**REPRESENTANTES DOS COMPRADORES - PESSOAS JURÍDICAS** **Central Única dos Trabalhadores;** **Força Sindical;**
§ºs Relativos ao artigo § 4º Os membros da Câmara de Saúde Suplementar serão designados pelo Ministro de Estado da Saúde."	**§ºs Relativos ao artigo** § 4º Os membros da Câmara de Saúde Suplementar serão designados pelo Ministro de Estado da Saúde." (NR)

MEDIDA PROVISÓRIA 1801-11 de 26/03/99 Art. 35B §3º	MEDIDA PROVISÓRIA 1908-18 de 27/09/99 Art. 35B § 8º
REPRESENTANTES DO GOVERNO um representante de cada Ministério da Saúde, na qualidade de seu Presidente; da Fazenda; da Previdência e Assistência Social; do Trabalho e Emprego; da Justiça; Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, ou seu representante, na qualidade de Secretário; Superintendente da SUSEP, ou seu representante; Conselho Nacional de Saúde; Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde;	**REPRESENTANTES DO GOVERNO** um representante de cada Ministério da Saúde, na qualidade de seu Presidente; da Fazenda; da Previdência e Assistência Social; do Trabalho e Emprego; da Justiça; Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, ou seu representante, na qualidade de Secretário ..... Conselho Nacional de Saúde; Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde;
REPRESENTANTES DOS CONSUMIDORES por um representante de defesa do consumidor; de representação de associações de consumidores de planos e seguros privados de assistência à saúde; de representação das entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais	**REPRESENTANTES DOS CONSUMIDORES** por um representante de defesa do consumidor; de representação de associações de consumidores de planos privados de assistência à saúde; de representação das entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais.
REPRESENTANTES PRESTADORES PESSOAS FISICAS Conselho Federal de Medicina; Conselho Federal de Odontologia	**REPRESENTANTES PRESTADORES PESSOAS FISICAS** Conselho Federal de Medicina; Conselho Federal de Odontologia;
REPRESENTANTES PRESTADORES PESSOAS JÚRIDICAS Federação Brasileira de Hospitais; Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços;	**REPRESENTANTES PRESTADORES PESSOAS JÚRIDICAS** Federação Brasileira de Hospitais; Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços;
REPRESENTANTES DAS OPERADORAS de representação das empresas de seguro de saúde; de representação do segmento de auto-gestão de assistência à saúde; de representação das empresas de medicina de grupo; de representação das cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar; de representação das empresas de odontologia de grupo; de representação das cooperativas de serviços odontológicos que atuem na área de saúde suplementar; Confederação das Misericórdias do Brasil; Confederação Nacional da Indústria; Confederação Nacional do Comércio;	**REPRESENTANTES DAS OPERADORAS** ..... de representação do segmento de auto-gestão de assistência à saúde; de representação das empresas de medicina de grupo; de representação das cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar; de representação das empresas de odontologia de grupo; de representação das cooperativas de serviços odontológicos que atuem na área de saúde suplementar; Confederação das Misericórdias do Brasil; Confederação Nacional da Indústria; Confederação Nacional do Comércio;

REPRESENTANTES DOS COMPRADORES - PESSOAS JURÍDICAS Central Única dos Trabalhadores; Força Sindical;	**REPRESENTANTES DOS COMPRADORES - PESSOAS JURÍDICAS** Central Única dos Trabalhadores; Força Sindical;
§ºs Relativos ao artigo § 4º Os membros da Câmara de Saúde Suplementar serão designados pelo Ministro de Estado da Saúde." (NR)	**§ºs Relativos ao artigo** **§ 9º** Os membros da Câmara de Saúde Suplementar serão designados pelo Ministro de Estado da Saúde." (NR)
MEDIDA PROVISÓRIA 1908-18 de 27/09/99 art. 35B § 8º	**MEDIDA PROVISÓRIA 1928 de 25/11/99 art. 13**
REPRESENTANTES DO GOVERNO um representante de cada Ministério da Saúde, na qualidade de seu Presidente; da Fazenda; da Previdência e Assistência Social; do Trabalho e Emprego; da Justiça; Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, ou seu representante, na qualidade de Secretário Conselho Nacional de Saúde; Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde;	**REPRESENTANTES DO GOVERNO** **Diretor-Presidente da ANS, ou seu substituto, na qualidade de Presidente;** um representante de cada Ministério **.....** da Fazenda; da Previdência e Assistência Social; do Trabalho e Emprego; da Justiça; **um diretor da ANS, na qualidade de Secretário**; Conselho Nacional de Saúde; Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde;
REPRESENTANTES DOS CONSUMIDORES por um representante de defesa do consumidor; de representação de associações de consumidores de planos privados de assistência à saúde; de representação das entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais	**REPRESENTANTES DOS CONSUMIDORES** por um representante de defesa do consumidor;*** de _____associações de consumidores de planos privados de assistência à saúde;*** das _____entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais.***
REPRESENTANTES PRESTADORES PESSOAS FISICAS Conselho Federal de Medicina; Conselho Federal de Odontologia;	**REPRESENTANTES PRESTADORES PESSOAS FISICAS** Conselho Federal de Medicina; Conselho Federal de Odontologia;
REPRESENTANTES PRESTADORES PESSOAS JÚRIDICAS Federação Brasileira de Hospitais; Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços;	**REPRESENTANTES PRESTADORES PESSOAS JÚRIDICAS** Federação Brasileira de Hospitais Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços

REPRESENTANTES DAS OPERADORAS de representação do segmento de auto-gestão de assistência à saúde; de representação das empresas de medicina de grupo; de representação das cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar; de representação das empresas de odontologia de grupo; de representação das cooperativas de serviços odontológicos que atuem na área de saúde suplementar; Confederação das Misericórdias do Brasil; Confederação Nacional da Indústria; Confederação Nacional do Comércio;	**REPRESENTANTES DAS OPERADORAS** _____do segmento de auto-gestão de assistência à saúde; *** _____das empresas de medicina de grupo;*** _____das cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar;*** _____das empresas de odontologia de grupo;*** _____das cooperativas de serviços odontológicos que atuem na área de saúde suplementar;*** Confederação das Misericórdias do Brasil; Confederação Nacional da Indústria; Confederação Nacional do Comércio;
REPRESENTANTES DOS COMPRADORES - PESSOAS JURÍDICAS Central Única dos Trabalhadores; Força Sindical;	**REPRESENTANTES DOS COMPRADORES - PESSOAS JURÍDICAS** Central Única dos Trabalhadores; Força Sindical;
§ºs Relativos ao artigo § 9º Os membros da Câmara de Saúde Suplementar serão designados pelo Ministro de Estado da Saúde." (NR)	**§ºs Relativos ao artigo** **§ 1º** Os membros da Câmara de Saúde Suplementar serão designados pelo Diretor-Presidente da ANS. **§ 2º** As entidades de que trata as alíneas do inciso V escolherão entre si dentro de cada categoria o seu representante na Câmara de Saúde Suplementar.***
MEDIDA PROVISÓRIA 1928 de 25/11/99 art. 13	**Lei 9961 de 20 de janeiro de 2000 art. 13**
REPRESENTANTES DO GOVERNO Diretor-Presidente da ANS, ou seu substituto, na qualidade de Presidente; um diretor da ANS, na qualidade de Secretário; *um representante de cada Ministério* da Fazenda; da Previdência e Assistência Social; do Trabalho e Emprego; da Justiça; Conselho Nacional de Saúde; Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde;	**REPRESENTANTES DO GOVERNO** Diretor-Presidente da ANS, ou seu substituto, na qualidade de Presidente; um diretor da ANS, na qualidade de Secretário; *um representante de cada Ministério* da Fazenda; da Previdência e Assistência Social; do Trabalho e Emprego; da Justiça; da Saúde Conselho Nacional de Saúde; Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde;

REPRESENTANTES DOS CONSUMIDORES por um representante de defesa do consumidor;*** de associações de consumidores de planos privados de assistência à saúde;*** das entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais.***	**REPRESENTANTES DOS CONSUMIDORES** por um representante de defesa do consumidor;*** de associações de consumidores de planos privados de assistência à saúde;*** das entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais.***
REPRESENTANTES PRESTADORES PESSOAS FISICAS Conselho Federal de Medicina; Conselho Federal de Odontologia;	**REPRESENTANTES PRESTADORES PESSOAS FISICAS** Conselho Federal de Medicina; Conselho Federal de Odontologia; Conselho Federal de Enfermagem
REPRESENTANTES PRESTADORES PESSOAS JÚRIDICAS Federação Brasileira de Hospitais; Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços;	**REPRESENTANTES PRESTADORES PESSOAS JÚRIDICAS** Federação Brasileira de Hospitais; Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços;
REPRESENTANTES DAS OPERADORAS do segmento de auto-gestão de assistência à saúde; *** das empresas de medicina de grupo;*** das cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar;*** das empresas de odontologia de grupo;*** das cooperativas de serviços odontológicos que atuem na área de saúde suplementar;*** Confederação das Misericórdias do Brasil; Confederação Nacional da Indústria; Confederação Nacional do Comércio;	**REPRESENTANTES DAS OPERADORAS** do segmento de autogestão de assistência à saúde;*** das empresas de medicina de grupo;*** das cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar;*** das empresas de odontologia de grupo;*** das cooperativas de serviços odontológicos que atuem na área de saúde suplementar;*** Confederação das Santas Casas de Misericórdias, Hospitais e Entidades Filantrópicas Confederação Nacional da Indústria; Confederação Nacional do Comércio;
REPRESENTANTES DOS COMPRADORES - PESSOAS JURÍDICAS Central Única dos Trabalhadores; Força Sindical;	**REPRESENTANTES DOS COMPRADORES - PESSOAS JURÍDICAS** Central Única dos Trabalhadores; Força Sindical; Social Democracia Sindical
§ºs Relativos ao artigo **§ 1º** Os membros da Câmara de Saúde Suplementar serão designados pelo Diretor-Presidente da ANS. **§ 2º** As entidades de que trata as alíneas do inciso V escolherão entre si dentro de cada categoria o seu representante na Câmara de Saúde Suplementar.***	**§ºs Relativos ao artigo** **§ 1º** Os membros da Câmara de Saúde Suplementar **§ 2º** As entidades de que tratam as alíneas dos incisos V escolherão entre si, dentro de cada categoria, os seus representantes e respectivos suplentes na Câmara de Saúde Suplementar..***

Lei 9961 de 20 de janeiro de 2000 art. 13	Medida Provisória 2177-44 de 24/08/2001 art. 13
REPRESENTANTES DO GOVERNO	**REPRESENTANTES DO GOVERNO**
Diretor-Presidente da ANS, ou seu substituto, na qualidade de Presidente;	Diretor-Presidente da ANS, ou seu substituto, na qualidade de Presidente;
um diretor da ANS, na qualidade de Secretário;	um diretor da ANS, na qualidade de Secretário;
um representante de cada Ministério	*um representante de cada Ministério*
da Fazenda; da Previdência e Assistência Social; do Trabalho e Emprego; da Justiça;	da Fazenda; da Previdência e Assistência Social; do Trabalho e Emprego; da Justiça;
da Saúde	da Saúde
Conselho Nacional de Saúde;	Conselho Nacional de Saúde;
Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde;	Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde;
Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde;	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde;
REPRESENTANTES DOS CONSUMIDORES	**REPRESENTANTES DOS CONSUMIDORES**
por um representante	por **dois representantes;**
de defesa do consumidor;***	de defesa do consumidor;***
de associações de consumidores de planos privados de assistência à saúde;***	de associações de consumidores de planos privados de assistência à saúde;***
das entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais.***	das entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais.***
REPRESENTANTES PRESTADORES PESSOAS FISICAS	**REPRESENTANTES PRESTADORES PESSOAS FISICAS**
Conselho Federal de Medicina;	Conselho Federal de Medicina;
Conselho Federal de Odontologia;	Conselho Federal de Odontologia;
Conselho Federal de Enfermagem;	Conselho Federal de Enfermagem Associação Médica Brasileira
REPRESENTANTES PRESTADORES PESSOAS JÚRIDICAS	**REPRESENTANTES PRESTADORES PESSOAS JÚRIDICAS**
Federação Brasileira de Hospitais;	Federação Brasileira de Hospitais;
Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços;	Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços;

REPRESENTANTES DAS OPERADORAS do segmento de auto-gestão de assistência à saúde; *** das empresas de medicina de grupo;*** das cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar;*** das empresas de odontologia de grupo;*** das cooperativas de serviços odontológicos que atuem na área de saúde suplementar;*** Confederação das Santas Casas de Misericórdias, Hospitais e Entidades Filantrópicas Confederação Nacional da Indústria; Confederação Nacional do Comércio;	**REPRESENTANTES DAS OPERADORAS** do segmento de autogestão de assistência à saúde;*** das empresas de medicina de grupo;*** das cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar;*** das empresas de odontologia de grupo;*** das cooperativas de serviços odontológicos que atuem na área de saúde suplementar;*** Confederação das Santas Casas de Misericórdias, Hospitais e Entidades Filantrópicas Confederação Nacional da Indústria; Confederação Nacional do Comércio; **Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização**
REPRESENTANTES DOS COMPRADORES - PESSOAS JURÍDICAS Central Única dos Trabalhadores; Força Sindical; Social Democracia Sindical	**REPRESENTANTES DOS COMPRADORES - PESSOAS JURÍDICAS** Central Única dos Trabalhadores; Força Sindical; Social Democracia Sindical
§ºs Relativos ao artigo **§ 1º** Os membros da Câmara de Saúde Suplementar serão designados pelo Diretor-Presidente da ANS. **§ 2º** As entidades de que trata as alíneas do inciso V escolherão entre si dentro de cada categoria o seu representante na Câmara de Saúde Suplementar.***	**§ºs Relativos ao artigo** **§ 1º** Os membros da Câmara de Saúde Suplementar serão designados pelo Diretor-Presidente da ANS. **§ 2º** As entidades de que tratam as alíneas dos incisos V escolherão entre si, dentro de cada categoria, os seus representantes e respectivos suplentes na Câmara de Saúde Suplementar..***

AS ALTERAÇÕES ESTÃO SINALIZADAS EM VERMELHO

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRANGE – Informe de Imprensa – dados e número. São Paulo: 2000.

ALMEIDA, C. M. O Mercado Privado de serviços de Saúde no Brasil. IPEA. Rio de Janeiro: Nov. 1998.

ANDRADE, J.C.B. A História da Autogestão em Saúde no Brasil. CIEFAS. São Paulo, 2000.

ANS. Caderno de informações em saúde suplementar. MS. Rio de Janeiro. Set. 2002.

ANS. Estudo da reestruturação do mercado de saúde suplementar. Rio de Janeiro: DIOPE, 2001.

ANS. Regulação e Saúde. Rio de Janeiro: MS. Abr/2002.

ANS. Relatório Gerencial de Acompanhamento do Ressarcimento ao SUS. Rio de Janeiro: D.I.D.E.S.; out. 2002.

ANS. Tendências e desafios dos sistemas de saúde nas Américas. Rio de Janeiro. M.S., Abr. 2002.

BAHIA, L. e VIANA, A. L. D. Estrutura, evolução e perspectivas da Assistência Médica Suplementar. Notas Técnicas. Rio e Janeiro: ANS/MS, Abr. 2002.

BAHIA, L. Mudanças e padrões das relações público-privado: seguros e planos de saúde no Brasil. Tese Doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1999.

BURGOS, M. T. ; MAGALHÃES, M. A. E.; VIANA, M. L. W. e STEIN, M. L. Público e privado no sistema de saúde brasileiro: a contextualização do debate em torno dos programas suplementares do setor público. Rio de janeiro: 1991. CEPESC/CASSI. Mimeo.

Conselho Nacional de Saúde. O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde. Brasília: M.S., 2002.

CORDEIRO, H. As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica. Rio de Janeiro: Ed. Graal. 1984

DAIN, S.; QUADROS, W. e CAVALCANTI, C. – Renúncia fiscal e assistência médica suplementar. Notas Técnicas. Rio de Janeiro: ANS/MS, Abr., 2001.

DONNANGELO, M.C.F. Saúde e Sociedade. São Paulo: USP, 1976.

KORNIS, G.,CAETANO, R. Dimensão e estrutura econômica da assistência médica suplementar. Notas Técnicas. Rio de janeiro: ANS/MS. Abr. 2002.

LEVCOVITZ, E. Transição X Consolidação: O Dilema Estratégico da Construção do SUS: Um Estudo Sobre as Reformas da Política Nacional de Saúde – **1974/1996**. Tese de Doutorado Apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ, Rio de Janeiro, 1997.

GIL, A. CARLOS. Como elaborar Projetos e Pesquisa. Ed. Atlas. São Paulo: 1996.

MÉDICI, A. C. O setor privado prestador de serviços de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: ENCE/IBGE. 1991.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estatísticas de uso corrente. S.E.: Brasília, Jul. 2002

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estimativas de Impacto da Vinculação Constitucional de Recursos para a saúde. Brasília: SIS/MS, 2001.

NEGRI, B.; GIOVANNI, G. (Organizadores) Brasil – Radiografia da Saúde. Campinas/SP: UNICAMP, 2001.

PIERANTONI, C. R.; CAMPOS, A. M; SILVA JR., D.S.; AVILA. J. P. C. Bases para o desenvolvimento de um sistema para controle e avaliação da ANS. Nota Técnica. Rio de Janeiro: UNESCO, 2000.

SAS. Relatório de Gestão 1998/2001. Brasília: MS, 2002.

VIANA, A. L. D.; REIS, C. A. O. e BAHIA, L. Regulamentação dos planos e seguros privados de saúde no Brasil. Boletim da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, ano XV, Abr/Jun. 1997.