



AS ASSOCIAÇÕES MÉDICAS SEM FINS LUCRATIVOS E A LEGISLAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE

MEDICAL ASSOCIATIONS AND LAW NON-PROFIT HEALTH PLANS

Rita de Cássia Ayres¹, Prof. Me. Anderson Rocco²

RESUMO: Este estudo teve como objetivo apresentar a área de saúde suplementar privada nacional, mostrando as dificuldades ainda existentes mesmo depois da instituição da Lei de Planos de Saúde e da criação da Agência Nacional de Saúde. O fato é que a referida Lei não faz distinção entre as operadoras de saúde suplementar privada sem finalidades lucrativas, daquelas que visam unicamente os lucros. Num mercado competitivo, não é possível que não exista uma distinção, na medida em que as operadoras sem finalidades lucrativas possuem uma situação econômica mais frágil, levando por vezes essas entidades, a fecharem as portas ou à falência, gerando problemas ao sistema de saúde nacional, seja pelas ações que serão abertas na justiça, seja pela sobrecarga no sistema de saúde público.

Palavras-Chave: Saúde Suplementar. Associações. Autogestão. Agência Nacional de Saúde.

ABSTRACT: *This study aimed to present the area of national private health insurance, showing the difficulties that still exist even after the establishment of the Health Insurance Act and the creation of the National Health The fact is that this law does not distinguish between supplementary private health operators non-profit, those that refer only to profits. In a competitive market, it is possible that there is a distinction, in that operators have a non-profit economic situation more fragile, conducting sometimes these entities, to close down or bankrupt, creating problems for national health care system either by actions that will be opened in court, either by overloading the public health system*

Key Words: *Supplementary Health. Associations. Self-Management. National Agency of Health.*

1 Curso de Direito – Universidade Guarulhos

2 Professor Orientador - Professor do Curso de Direito – Universidade Guarulhos.



Introdução

Lei n.º 9.656 de 1998, que dispõe e regulamenta o funcionamento dos planos de saúde, acabou por não especificar os direitos em relação aos planos não regularizados pela Agência Nacional de Saúde – ANS –, anteriores a 1999, também não se ocupou das especificidades das associações sem finalidades lucrativas.

Ocorre que são grandes as dificuldades encontradas pelas associações de saúde sem fins lucrativos para sobreviver em meio ao mercado, em que todos têm que seguir a mesma regulamentação da ANS, o que acabou colocando todas as operadoras de saúde suplementar num mesmo nível em relação ao direito.

O problema que se levanta, diz respeito ao fato da legislação de planos de saúde atual não levar em consideração as especificidades das associações sem fins lucrativos, razão que por vezes, impede que essas consigam competir com as instituições privadas da área da saúde que visam à lucratividade apenas.

Sendo assim, esse estudo possui como objetivo geral esclarecer o que são as empresas de autogestão em saúde, como essas e seus beneficiários são amparados pela Legislação Nacional de Planos de Saúde n.º 9.656/98 e pela ANS – Agência Nacional de Saúde, responsável pela defesa do interesse público com relação a assistência suplementar à saúde.

1. Desenvolvimento

É difícil imaginar que até poucos anos atrás o Brasil não possuía uma política de saúde pública; não havia preocupações voltadas para esse tipo de serviço e assistência.

1.1 A Saúde no Brasil

Em virtude da ausência total de serviços de saúde, os imigrantes europeus que começa-

ram a chegar ao Brasil em meados de 1880, passaram a se unir para cobrar e para moldar um sistema de saúde para o atendimento da população. Nesse momento surgem os hospitais beneficentes, fundados não por leis, mas pela iniciativa desses imigrantes. Diante desse aspecto, foi criado o Decreto n.º 4.682/23, mais conhecida como Lei Eloy Chaves, que visava garantir a saúde dos trabalhadores.

Com o advento da Revolução de 1930, durante a Era Vargas, foi o período que houve uma maior preocupação com os direitos dos trabalhadores e surgia um Estado preocupado com a seguridade social, despontando os IAPS – Institutos de Aposentadorias e Pensões –, eram autarquias criadas em substituição das Caixas. Embora mais abrangente, na medida em que permitia o acesso a todos os indivíduos de uma determinada categoria profissional a serviços de seguridade social, ainda assim a União se eximia, deixando a administração nas mãos dos sindicatos de cada categoria.

Autores como Silva¹ (2007) entendem que a maneira como se desenrolou a questão previdenciária no país e a criação durante o Estado Novo, do Estado de Bem-Estar Social, na realidade nunca deixou de se vincular ao fato de que a assistência à saúde estava ligada a capacidade financeira do indivíduo, sendo assim, nunca sendo considerada como um direito universal, na medida em que a classe abastada tem acesso aos procedimentos e serviços de saúde de maior qualidade, o trabalhador urbano tem direito aos serviços de saúde conforme sua contribuição financeira, os demais eram excluídos.

De acordo com Mascarenhas, o Decreto

¹ SILVA, José Afonso da. *Curso de direito constitucional positivo*. 29.ª ed. São Paulo: Malheiros, 2007



n.º 200, de 1967, foi um dos propulsores do crescimento da saúde suplementar no Brasil, na medida em que a reforma administrativa proporcionada pela lei, sedimentou o terreno no campo legislativo para que o Estado contrata-se empresas de iniciativa privada para executarem programas e projetos na área da saúde. *“A face mais visível desta forma de contratualização foi a criação do convênio INPS empresa, articulado entre Estado e firmas empregadoras, que permitiu a generalização da contratação dos planos de saúde.”*² Assim, inicia-se o empresariamento da medicina no país, sendo que das quatro modalidades de gestão assistenciais que existiam na época e que tinham o papel de amparar o Estado e a iniciativa privada – as empresas com planos próprios; a rede de serviços próprios e credenciados pelo INPS; os serviços prestados por empresas médicas para atender trabalhadores rurais, – deram origem as atuais formas de saúde suplementar: assistência privada, empresas de medicina, autogestões, cooperativas médicas e empresas de seguro saúde.

1.2 A Saúde como mercado

Em primeiro lugar é preciso ressaltar que a saúde complementar deve ser considerada como sendo composta por aquelas entidades privadas ou conveniadas com o Sistema Único de Saúde, dessa forma, fazendo parte e sucumbindo as normas e regras que orientam o mesmo, muito embora sejam também instituições particulares. Já a saúde suplementar, seria composta por aquelas instituições que

atuam prestando serviços de assistência à saúde sem qualquer vínculo com o sistema de saúde pública.

Pode-se dizer que o embrião dos atuais planos de saúde suplementar tem seu berço em meados de 1950 e seu aceleração por volta de 1980. Já em 1960, a medicina, ou melhor, dizendo a assistência à saúde, passa a ser um nicho de mercado a ser explorado e empresariado. Assim, surgem as empresas médicas.

Durantes esses anos em que o mercado atuou livremente, as operadoras de planos de saúde suplementar, cometeram inúmeros abusos contra a população.

Dessa forma, no início da década de 1990, o Código de Defesa do Consumidor Lei n.º 8.078/90 ganha grande relevância, pois os conflitos são resolvidos entre contratante e contratado passando a ser judicializados, gerando um enorme número de processos, o que acabou estimulando a implantação da Lei de Planos de Saúde n.º 9.656/98.

A insatisfação com as operadoras de planos de saúde era geral, abrangendo desde clientes até os prestadores de serviços a essas entidades, como médicos e demais profissionais. Desse momento, surgem também os órgãos reguladores da assistência à saúde, dentre eles destaca-se a Agência Nacional de Saúde – ANS.

1.3 Planos de saúde sem finalidades lucrativas

Segundo Trettel³ a Agência Nacional de Saúde dividiu os prestadores desses serviços em

² MASCARENHAS, Neil Patrick. *Análise de um processo em construção: a regulação da saúde suplementar no Brasil*. São Paulo: USP, 2007, p. 26.

³ TRETTEL. (op.cit), 2010, p. 24.

⁴ Com relação a esse aspecto, se faz interessante observar a Lei n.º 12.101/09, Seção I, da Saúde. A referida Lei dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social.



oito modalidades, sendo que as entidades sem finalidades lucrativas seriam aquelas que operam planos privados de assistência à saúde certificadas como entidades filantrópicas junto ao Ministério da Justiça ou aos órgãos dos governos estaduais e municipais.⁴

No entanto, as entidades que atuam por autogestão em saúde, não atuam no sentido filantrópico estritamente dito, porém, muitas dessas instituições operam nesse mercado da saúde sem qualquer finalidade lucrativa, sendo essa uma das características dessas operadoras. Fato inclusive reconhecido pela Lei de Planos de Saúde, na medida em que no art. 21, em que as operadoras privadas de assistência à saúde, não podem realizar atividades financeiras.

Nesse sentido, essas atuam no mercado prestando serviços de assistência complementar a saúde, destinados exclusivamente a determinados grupos, mais ou menos, como as caixas trabalhavam. São grupos de empregados ativos, aposentados ou mesmo associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais e assemelhadas.

Esses indivíduos se unem e buscam a administração de um plano privado de saúde na tentativa de fugir da exploração comercial e financeira praticada pelos planos de saúde com finalidades lucrativas.

Dessa maneira, existe uma cobrança das entidades sem finalidades lucrativas, para que não sejam julgadas e muito menos equiparadas as operadoras de saúde comerciais ou lucrativas, muito embora a Lei n.º 9.656/98

faça distinção entre essas duas modalidades, as regras para uma e para a outra são as mesmas.

1.4 O atual sistema de saúde e a saúde complementar

A Lei de Planos de Saúde n.º 9656/98, que regula os serviços prestados pelas operadoras privadas de saúde é permeada por normas e valores que mesclam o direito público e o privado. Isso ocorre porque na realidade o sistema de saúde nacional é composto exatamente por uma rede de serviços públicos e outra privada.

O fato é que a saúde pública nacional está diretamente intrincada com a saúde complementar, na medida em que os problemas de um dos sistemas afetam conseqüentemente o outro.

“[...] para se garantir a assistência privada aos consumidores, mister se faz disciplinar que viabilize a atividade, maximizando a obtenção de resultados financeiros, de maneira a tornar o mercado atrativo a um maior número de competidores, garantindo-se, dessa forma, a concorrência saudável no mesmo.”⁵

Logo, se constata que se o mercado não estiver regulado de maneira adequada, em que, os ganhos financeiros não sejam suficientes para que as operadoras de planos de saúde complementar não possam se manter competitivas no mercado, essas são obrigadas a fechar as portas ou mesmo acabam abrindo falência, o que ocasionará danos aos consumidores, uma série de ações na justiça, além de uma provável sobrecarga na rede pública de saúde nacional, que deverá prestar socorro a esses usuários.

⁵ FIGUEIREDO, Leonardo Vizeu. *Curso de direito de saúde complementar*: manual jurídico de planos e seguros. São Paulo: MP, 2006, p. 38.



Nesse sentido, é preciso lembrar que as operadoras de saúde por autogestão ou sem finalidades lucrativas são reguladas pelas mesmas leis e normas que regem os planos de saúde com finalidades lucrativas. Ou seja, as autogestões têm especificidades que divergem das operadoras de saúde com finalidades lucrativas, o que torna a operação e manutenção dessas entidades mais frágil, que essas trabalham com ganhos sociais e não necessariamente financeiros como fica compreendido na própria legislação que as define e regulamenta.

2. Considerações Finais

A Agência Nacional de Saúde diz que as empresas sem finalidades lucrativas sejam estas filantrópicas ou por autogestão são reconhecidas de maneira diferenciadas pela Lei de Planos de Saúde, conforme art. 4.º, inciso X, da Lei n.º 9.961/00, porém a diferenciação só se faz presente em relação a terminologia, pois em vista das especificidades dessa modalidade de saúde suplementar, isso não existe, na medida em que essa responde da mesma maneira que as operadoras com fins lucrativos.

Na realidade as autogestões são tratadas e cobradas da mesma maneira que as operadoras de saúde suplementar lucrativas, ocorre que essas possuem unicamente ganhos sociais e o interesse da sociedade, sendo que estudiosos da área reconhecem ser essa modalidade mais democrática na medida em que o usuário participa das decisões, além de ser mais acessível em razão dos valores cobrados serem condizentes ao necessário para a manutenção do plano, não visando o lucro.

No entanto, é difícil para essas atuarem num mercado competitivo com operadoras lucrativas de igual para igual, exatamente por essa razão e pela falta de uma legislação que reconheça as diferenças entre esses grupos, ressaltando de fato as diferenças entre

essas associações assistenciais e as empresas que visam os ganhos financeiros, que muitas dessas associações fecham, deixando seus usuários a triste decisão de sobrecarregar ainda mais o sistema público de saúde, ou mesmo o judiciário por meio de ações.

Referências Bibliográficas

FIGUEIREDO, Leonardo Vizeu. *Curso de direito de saúde suplementar: manual jurídico de planos e seguros*. São Paulo: MP, 2006.

MASCARENHAS, Neil Patrick. *Análise de um processo em construção: a regulamentação da saúde suplementar no Brasil*. (Tese de Doutorado apresentada a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo). USP, 2007.

TRETTEL, Daniela Batalha. *Planos de saúde na visão do STJ e do STF*. São Paulo: Ed. Verbatim, 2010.

SCHAEFER, Fernanda. *Responsabilidade civil dos planos e seguros de saúde*. 2.ª ed. Curitiba: Juruá, 2009.

SILVA, José Afonso da. *Curso de direito constitucional positivo*. 29.ª ed. São Paulo: Malheiros, 2007.

SILVA, Regina Beatriz Tavares. *Responsabilidade civil na área da saúde*. 2.ª ed. São Paulo: Saraiva/FGV, 2009. (série GV Law).

_____. *As operadoras sob a modalidade de autogestão*. Disponível em www.unidases.org.br. Acesso em 25 de setembro de 2010.

_____. *Trabalho conjunto resulta em alteração do artigo 34*. *Jornal da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde*. São Paulo, Ano IX, Jul-Ago, 2010, n.º 52.