

MARCIAL CARLOS RIBEIRO JR.

**AS INADEQUAÇÕES DA LEGISLAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR
À LUZ DA LEGISLAÇÃO COOPERATIVISTA BRASILEIRA**

**Dissertação apresentada como requisito
parcial para obtenção do grau de Mestre
ao Programa de Pós-Graduação em Direito,
Setor de Ciências Jurídicas e Sociais da
Universidade Federal do Paraná.**

**Orientador:
Prof. Dr. Abili Lázaro Castro de Lima**

CURITIBA

2007

TERMO DE APROVAÇÃO

MARCIAL CARLOS RIBEIRO JR.

AS INADEQUAÇÕES DA LEGISLAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR À LUZ DA LEGISLAÇÃO COOPERATIVISTA BRASILEIRA

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, no Curso de Pós-Graduação em Direito, Setor de Ciências Jurídicas e Sociais da Universidade Federal do Paraná, pela comissão formada pelos professores:

Orientador: Prof. Dr. Abili Lázaro Castro de Lima
Universidade Federal do Paraná

Prof. Dr. César Antônio Serbena
Universidade Federal do Paraná

Prof. Dr. Renato Lopes Becho
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Curitiba, 18 de agosto de 2007

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	vi
RESUMO	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUÇÃO	1
PARTE I - O COOPERATIVISMO NO MUNDO	
CAPÍTULO 1 - HISTÓRIA DO COOPERATIVISMO.....	5
1.1 O SURGIMENTO DO COOPERATIVISMO	6
1.1.1 As Primeiras Cooperativas.....	7
1.2 A "ALIANÇA COOPERATIVA INTERNACIONAL"	16
1.3 OS "PRINCÍPIOS COOPERATIVISTAS"	24
CAPÍTULO 2 - O COOPERATIVISMO BRASILEIRO E SUA LEGISLAÇÃO.....	28
2.1 DESENVOLVIMENTO DAS COOPERATIVAS E DO DIREITO COOPERATIVO BRASILEIRO	28
2.1.1 Legislação Cooperativista.....	30
2.1.2 A Autonomia do Direito Cooperativo	33
2.2 OS NEGÓCIOS COOPERATIVOS	34
2.2.1 Os Negócios Cooperativos nas Cooperativas de Consumo	36
2.3 O ATO COOPERATIVO	36
2.3.1 O Ato Cooperativo e a Jurisprudência Brasileira	43
2.4 PRINCÍPIO DO EXCLUSIVISMO, ATO NÃO-COOPERATIVO E MUTUALISMO	43
2.5 AS COOPERATIVAS E AS PESSOAS JURÍDICAS	47
2.6 AS GRANDES COOPERATIVAS	48
2.7 AS COOPERATIVAS E AS SOBRAS	50
CAPÍTULO 3 - COOPERATIVISMO DE SAÚDE NO BRASIL: COOPERATIVIDADE E PRINCIPAIS IMPLICAÇÕES LEGAIS.....	52
3.1 COOPERATIVAS DE TRABALHO MÉDICO-ODONTOLÓGICAS	53
3.2 COOPERATIVAS DE CONSUMO AUTOGESTIONÁRIAS/COOPERATIVAS DE USUÁRIOS DE SAÚDE	56
3.3 AS COOPERATIVAS E AS IMPLICAÇÕES LEGAIS	58

3.3.1	Principais Correlações com o Direito Constitucional	58
3.3.2	Principais Correlações com o Direito Civil	59
3.3.3	Principais Correlações com o Direito Tributário.....	59
3.3.3.1	Aspectos relevantes sobre a tributação das cooperativas do Setor de Saúde	60
3.3.4	Principais Correlações com o Direito do Trabalho.....	72
3.4	A COOPERATIVIDADE E SUAS IMPLICAÇÕES SOCIAIS	73
3.4.1	A Cooperatividade como Fator de Proteção para o Cooperativismo.....	76
3.4.2	As Cooperativas como Fonte de Organização da Sociedade Civil e o Reconhecimento da Cooperatividade.....	78
 PARTE II - SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO, LEGISLAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR E AS COOPERATIVAS DE SAÚDE		
CAPÍTULO 4 - O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO.....		82
4.1	ALGUNS ELEMENTOS HISTÓRICOS PARA A COMPREENSÃO DO SETOR PÚBLICO DE SAÚDE NO BRASIL	83
4.1.1	Surgimento de um Sistema Público de Previdência e Saúde.....	83
4.1.2	O Surgimento da Previdência Social Brasileira	84
4.1.3	Estabelecimento da Crise Previdenciária	93
4.1.4	O Sistema de Saúde após a Constituição de 1988	94
4.2	ALGUNS ELEMENTOS HISTÓRICOS PARA A COMPREENSÃO DO SETOR PRIVADO DE SAÚDE NO BRASIL.....	96
4.2.1	O Surgimento do Sistema Privado de Saúde	96
4.3	REGULAÇÃO DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL.....	102
4.4	COOPERATIVAS DO SETOR DE SAÚDE NO BRASIL.....	107
4.4.1	Cooperativas Médicas e Cooperativas Odontológicas	109
4.4.1.1	Estruturação do Cooperativismo de Saúde - Subsegmento Trabalho.....	109
4.4.1.2	Situação atual do Subsegmento Trabalho.....	119
4.4.2	Cooperativas de Usuários de Saúde e Outras Cooperativas Autogestionárias....	121
4.4.2.1	Estruturação do Cooperativismo de Saúde - Subsegmento Consumo	123
4.4.2.2	Situação atual das Cooperativas de Usuários.....	129

CAPÍTULO 5 - AS INADEQUAÇÕES DA REGULAMENTAÇÃO DOS PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE À LUZ DO DIREITO COOPERATIVO.....	131
5.1 INADEQUAÇÕES DA REGULAMENTAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR ANTE A CONSTITUIÇÃO FEDERAL BRASILEIRA	134
5.1.1 A Constituição da República e as Cooperativas	136
5.1.2 A Constituição da República e regulação da saúde pelo Poder Público	139
5.1.3 A Constituição da República e a Lei n.º 9.656/98.....	141
5.1.4 A Constituição da República e a Lei n.º 9.961/00.....	143
5.1.5 A Constituição da República e as disposições infralegais da regulamentação do setor de saúde suplementar	146
5.1.5.1 Resolução CONSU n.º 05.....	146
5.1.5.2 Resolução Normativa ANS n.º 137.....	148
5.2 INADEQUAÇÕES DA REGULAMENTAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR ANTE A LEI n.º 5.764/71.....	150
5.3 INADEQUAÇÕES DA REGULAMENTAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR ANTE O CÓDIGO CIVIL (2002)	156
5.3.1 O Novo Código Civil Brasileiro e a Lei n.º 9.656/98.....	156
CONSIDERAÇÕES FINAIS	165
REFERÊNCIAS	169
ANEXO 1 - LEI N.º 9.656, DE 03 DE JUNHO DE 1998	174
ANEXO 2 - RESOLUÇÃO CONSU N.º 05	198
ANEXO 3 - RESOLUÇÃO-RDC N.º 39, DE 27 DE OUTUBRO DE 2000	201
ANEXO 4 - RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN N.º 137, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2006	208
ANEXO 5 - LEI N.º 9.961 DE 28 DE JANEIRO DE 2000.....	218
ANEXO 6 - LEI N.º 10.185, DE 12 DE FEVEREIRO DE 2001.....	237

LISTA DE ABREVIATURAS

ACI	- Aliança Cooperativa Internacional
ANS	- Agência Nacional de Saúde Suplementar
CAP	- Caixa de Aposentadoria e Pensão
CASSI	- Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil
CLT	- Consolidação das Leis do Trabalho
CLUSA	- Liga das Cooperativas dos Estados Unidos (<i>Cooperative League of the United States of America</i>)
CNAS	- Conselho Nacional de Assistência Social
CONSU	- Conselho Nacional de Saúde Suplementar
CPMF	- Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
FAS	- Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FATES	- Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social
IAP	- Instituto de Aposentadoria e Pensão
IAPB	- Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários
IAPC	- Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciais
IAPETEL	- Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Estivadores e Transportadores de Carga
IAPI	- Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários
IAPM	- Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos
IHCO	- Organização Internacional das Cooperativas de Saúde (<i>International Heath Cooperatives Organization</i>)
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	- Instituto Nacional de Previdência Social
OCB	- Organização das Cooperativas do Brasil
OIT	- Organização Internacional do Trabalho
ONU	- Organização das Nações Unidas
OPS	- Operadoras de Planos de Saúde
PIB	- Produto Interno Bruto
PPAS	- Planos Privados de Assistência à Saúde
RDC	- Resolução de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde
RN	- Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde
SAMDU	- Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SUS	- Sistema Único de Saúde
SUSEP	- Superintendência de Seguros Privados

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo analisar as principais implicações decorrentes da aplicação, a partir da edição da Lei n.º 9.656/98, das normas do setor de saúde suplementar brasileiro sobre as cooperativas atuantes no ramo de saúde. Para tanto, ressalta a caracterização das empresas cooperativas, tendo como fonte de embasamento o processo histórico de desenvolvimento do cooperativismo mundial como consequência das mudanças econômicas e sociais decorrentes da Revolução Industrial. Estuda a propagação do movimento cooperativista brasileiro, ocorrido especialmente a partir do início do século XX, assim como o desenvolvimento do arcabouço legal que passou a regular as atividades das cooperativas brasileiras, culminando na atual Lei de regência (Lei n.º 5.764/71), complementada posteriormente pelas disposições destinadas especificamente ao setor cooperativista, constantes da Constituição de 1988 e do Código Civil Brasileiro de 2.002. Na sequência, demonstra as origens históricas do desenvolvimento do sistema de saúde privado brasileiro como alternativa à incapacidade de o Estado atender as demandas de saúde da maior parte da população, resultando na criação dos planos de saúde privados, essencialmente voltados para os trabalhadores urbanos das grandes empresas e, posteriormente, o restante da população brasileira das classes mais abastadas. Analisa os conflitos envolvendo as questões de cidadania contrapostas à lógica do lucro empresarial das empresas privadas como causa para o surgimento do marco regulatório do setor de saúde suplementar brasileiro, o qual, a partir do grande número de regulamentações infralegais emitidas pela Agência Nacional de Saúde, passou a pretender modificar as relações existentes entre as cooperativas e seus respectivos sócios. Identifica as principais inadequações geradas pelos conflitos de competência entre a atual regulamentação da saúde suplementar e a legislação especial cooperativista brasileira, as quais atingem, de maneira especial, as iniciativas cooperativistas autogestionárias da saúde, representadas pelas cooperativas de consumo – de usuários – de serviços de saúde.

ABSTRACT

The present work aims at analyzing the main implications of the Brazilian supplementary health sector guidelines in the health cooperatives after Law no. 9.656/98 was in effect. This work highlights the cooperative company characteristics on the basis of the world cooperativism development historical process as a consequence of the industrial revolution economic and social changes. It also studies the Brazilian cooperative movement expansion, mainly in the early twentieth century, and the development of the legal structure that started regulating the Brazilian cooperative activities culminating in the current *Cooperative Ruling Law* (Law no. 5.764/71) which was later complemented by the 1988 Constitution and 2002 Brazilian Civil Code specific provisions addressed to the cooperative sector. Then, our study focuses the historical origins of the Brazilian private health system, considered to be an alternative to the State incapacity of meeting the population demand for health care. It also shows private health insurance, formerly addressed to big company workers in urban areas and later extended to the wealthy Brazilian population, is a result of the aforementioned State incapacity. By analyzing the citizenship conflicts as compared to the private company profit logics, the present study shows such conflicts were the reason for creating the Brazilian supplementary health sector regulatory milestone, which intends to change the relationship between cooperatives and their members through the National Health Agency infra-legal regulations. In addition it identifies the main inadequacies resulting from jurisdiction power conflicts between the current supplementary health regulation and Brazilian cooperative special legislation, which mainly affect the self-managed health cooperatives represented by the health service consumer (user) cooperatives.

INTRODUÇÃO

Independentemente de qualquer análise epistemológica, o que sobressai na história e no desenvolvimento do cooperativismo é a difusão de uma "filosofia cooperativa", com sua concepção de mundo e suas alternativas que propiciam as condições para o desenvolvimento econômico e social de seus cooperados.

Historicamente, os países mais desenvolvidos social e economicamente são exatamente aqueles onde o cooperativismo apresenta, proporcionalmente, os maiores índices de participação em suas respectivas economias. Como exemplo desta correlação podem ser citados países como o Canadá, Dinamarca, a Islândia e a Noruega, os quais, de acordo com a ONU, apresentam alguns dos maiores índices de desenvolvimento humano e os melhores sistemas de saúde do mundo.^{1,2}

Por representarem um tipo diferenciado de organização societária que conjuga as características das instituições de caráter associativo com aquelas das sociedades comerciais, as dificuldades quanto à correta interpretação dos princípios cooperativistas, assim como suas conseqüências sobre a prática cooperativa, têm sido freqüentes causas de impedimento ao pleno desenvolvimento do setor cooperativista.

Tal realidade costuma gerar prejuízos às cooperativas e seus cooperados, assim como para toda a coletividade em que estão instaladas, impedindo-a de ser beneficiada pelos enormes ganhos sociais e econômicos que o movimento cooperativista costuma aportar.

Muito embora protegidas por disposições constitucionais e reguladas por um arcabouço legal que inclui lei especial (Lei n.º 5.764/71) e o Código Civil, as sociedades cooperativas brasileiras não fogem à regra. Por esse motivo, freqüentemente sofrem

¹UNITED NATIONS ORGANIZATION. **Human Development Index 2005**. Disponível em: <http://hdr.undp.org/reports/global/2005/pdf/HDR05_HDI.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2007.

²WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Report 2000 -Health systems: improving performance. p.10-13. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_annex_en.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2007.

processos discriminatórios, persecutórios, ou difamatórios, como consequência da atuação tanto de fortes grupos de interesse econômico, que se sentem ameaçados pelo avanço do ideal cooperativista em determinadas áreas, como do próprio Estado, que falha em reconhecer as características peculiares do ideal cooperativista.

Atuando nos mais diversos segmentos da sociedade brasileira, o movimento cooperativista tem presença marcante, especialmente nos setores agrícola, de crédito e da saúde. Neste último, em especial, destaca-se o grande sucesso no formato de cooperativismo de produção/trabalho (dos prestadores de serviços médicos e odontológicos) e, mais recentemente, por meio do cooperativismo de consumo (de usuários), o qual, juntamente com cooperativas de diversas áreas (como de crédito e agrícolas), passou a oferecer sistemas autogeridos de saúde para seus respectivos sócios³.

Dentro de uma realidade em que os serviços públicos assistenciais de saúde são insuficientes e, freqüentemente, pouco qualificados, o setor privado atua em substituição ao Estado brasileiro, tendo adquirido grande importância, principalmente nas últimas duas décadas do século XX. Este crescimento, aliado à insatisfação crescente de usuários e prestadores de serviço, acabou por motivar o estabelecimento de um marco regulatório das operações dos planos privados de saúde, o que ocorreu por meio da Lei n.º 9.656, de 03.06.1998.

Estabelecido um modelo de financiamento de saúde que privatizava um direito básico de cidadania previsto na Constituição Federal brasileira e freqüentemente desconsiderava as consequências econômicas e sociais decorrentes das atividades das empresas comerciais do setor, os consumidores passaram a encontrar-se em posição de grande fragilidade. Buscando essencialmente estabelecer mecanismos de proteção e segurança para os consumidores dos *Planos Privados de Assistência à Saúde* (PPAS), a Lei n.º 9.656/98 foi a resposta para a necessidade de regulação daquele que passou a ser chamado de setor de *Saúde Suplementar* brasileiro.

³É o caso da Cooperativa Agroindustrial de Alegrete - RS, registrada na Agência Nacional de Saúde sob n.º 35.513-5 como operadora de planos de saúde na modalidade de autogestão.

Estabelecido o processo regulatório da Saúde Suplementar brasileira há mais de oito anos, o que se constata é que esse processo vem sendo complementado por meio de grande número de resoluções administrativas emitidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), gerando um complexo normativo que interfere significativamente no funcionamento das cooperativas que atuam no setor de saúde brasileiro, freqüentemente desconsiderando as disposições legais e demais características especiais do movimento cooperativista.

Nesse aspecto, as inadequações da regulamentação exercida pela ANS têm sido particularmente notadas no setor das cooperativas autogestionárias da saúde, sendo objetivo da presente dissertação avaliar as principais inadequações geradas pela regulamentação dos PPAS, sob a ótica da legislação cooperativista brasileira.

Inicialmente o estudo será focado (Parte 1) na análise histórica da organização do cooperativismo mundial, suas raízes e principais características (Capítulo 1), para em seguida passar a analisar o desenvolvimento do cooperativismo brasileiro (Capítulo 2), e sua estruturação jurídico-legal (Capítulo 3). Em seguida (Parte 2), o foco passará a ser o desenvolvimento histórico do sistema de saúde brasileiro, a fim de que se possa compreender a base social, política e econômica sobre a qual se desenvolveu o sistema de saúde privado brasileiro, incluindo o aparecimento dos PPAS, e a conseqüente e necessária regulamentação (Capítulo 4). Muito embora as principais inadequações venham afetando especialmente às cooperativas autogestionárias, sempre que necessário serão estabelecidas correlações com as cooperativas de trabalho médico-odontológicas, ou ainda com as outras formas jurídicas autogestionárias de saúde, a fim de que, uma vez reconhecidas as características do cooperativismo e os objetivos da regulamentação do setor de saúde suplementar brasileiro, possam ser situadas as inadequações da regulamentação dos PPAS diante da estruturação jurídico-legal das cooperativas de saúde brasileiras (Capítulo 5).

PARTE I
O COOPERATIVISMO NO MUNDO

CAPÍTULO 1

HISTÓRIA DO COOPERATIVISMO

Johnston Birchall, na qualidade de Professor da Universidade de Sterling – Escócia, atua em colaboração com a Organização Internacional do Trabalho, escrevendo sobre temas ligados ao cooperativismo e à redução da pobreza nos países em desenvolvimento.⁴ Como grande contribuição para o cooperativismo mundial, escreveu a obra "O Movimento Cooperativo Internacional"⁵, publicada em 1997 pela Universidade de *Manchester* – Inglaterra, destacando-se como uma das obras mais abrangentes já escritas sobre o tema, e que servirá de base para a apresentação do desenvolvimento histórico do cooperativismo da presente dissertação.

De acordo com as palavras de Bruce Thordarson – Diretor Geral da Aliança Cooperativa Internacional:

[...] Jonhston Birchall obteve sucesso em capturar o sabor da mais diversa e complexa coleção de setores cooperativos, estruturas e movimentos ao redor do mundo. Começando das origens do movimento cooperativista na Inglaterra e na Europa continental, fornece a mais atualizada descrição presentemente disponível do desenvolvimento e da situação atual das várias e variadas organizações não somente na Europa, mas também na Ásia, África e Américas.⁶

⁴Dados sobre Johnston Birchall disponíveis em: <<http://www.dass.stir.ac.uk/staff/staff.php?id=30>>. Acesso em: 25 jun. 2007.

⁵Tradução do título original: "*The international co-operative movement*".

⁶THORDARSON, Bruce. Prefácio. In: BIRCHALL, Johnston. **The international co-operative movement**. Manchester: Manchester University Press, 1997. p.vii Tradução para: "[...] *Johnston Birchall has succeeded in capturing the flavour of a most diverse and complex collection of co-operative sectors, structures and movements around the world. Starting from the origins of the co-operative movement in Britain and continental Europe, he provides the most up-to-date description presently available of the development and present situation of these various and varied organizations not only in Europe but also in Asia, Africa and Americas*".

1.1 O SURGIMENTO DO COOPERATIVISMO

O nascimento do cooperativismo, como conhecido atualmente, ocorreu no final do século XVIII como uma consequência direta da Revolução Industrial, coincidindo com o nascimento da sociedade moderna.

Conforme descrito por Johnston Birchall, no que se refere à Revolução Industrial "[...] seu nascimento foi único e jamais visto [...]. As mudanças podem ser expressas apenas em múltiplos.⁷ [...] As mudanças não ocorreram sem custos"⁸. Nesse novo tipo de organização social, que passara a ser regulado por um mercado, as pessoas tornaram-se meras *commodities*, sendo negociadas como produtos indiferenciados do mercado. Enquanto

no passado as pessoas comuns arriscavam suas chances com o clima e com a escassez, elas gozavam de prosperidade e ou passavam fome juntas. Agora, pela primeira vez, tornou-se aceitável permitir que as pessoas, como indivíduos, arriscassem suas chances dentro de uma nova economia de mercado volátil que poderia não garantir nem mesmo a própria sobrevivência.⁹

Rapidamente criou-se um fosso social entre os senhores capitalistas e os trabalhadores, pois a ausência de uma moralidade protetora significava que "não existia nada que não pudesse ser feito – desde que produzisse lucro"¹⁰. Os desequilíbrios sociais foram também acompanhados de desequilíbrios econômicos, resultando na

⁷BIRCHALL, op. cit., p.1. Tradução para: "[...] *its birth was unique and unforeseen [...] The change can only be expressed in multiples*".

⁸BIRCHALL, op. cit., p.2. Tradução para: "*The changes were not made without costs.*"

⁹BIRCHALL, op. cit., p.2. Tradução para: "*In the past, the common people had taken their chances with the weather and the harvest, but they had enjoyed prosperity or starved together. Now, for the first time, it was thought acceptable to allow people as individuals to take their chances within a volatile new market economy which could not guarantee survival.*"

¹⁰BIRCHALL, op. cit., p.3. Tradução para: "[...] *nothing that could not be done – as long it made a profit*".

diminuição do padrão de vida dos trabalhadores, apesar do grande crescimento da produção.¹¹

1.1.1 As Primeiras Cooperativas

As Cooperativas de Consumo - Como em toda a Inglaterra, também em *Rochdale*, por volta de 1842, os tecelões passavam grandes dificuldades. Como trabalhadores especializados, tinham noção do valor que agregavam no processo produtivo. Assim foi que em *Rochdale*, cidade especializada na tecelagem da lã, surgiu para o mundo uma nova alternativa de atuação socioeconômica: a cooperação. Estava criada a primeira cooperativa de consumo. Era 1844, e 28 homens (na maioria tecelões) se reuniram para formar uma sociedade cooperativa que os permitiu abrir uma loja, formulando diversos princípios sob os quais conduziriam seus negócios, e que formariam a base do movimento cooperativo mundial.¹²

Se essa seqüência de eventos é bem conhecida no meio cooperativista, não o é o fato de que existiram dois movimentos cooperativos anteriores, de maneira que *Rochdale* mais propriamente representou, não um ponto de partida do cooperativismo internacional, mas, em verdade, o ápice de muitas experiências prévias. Já em 1760, os estaleiros de *Chatam* e *Woolwich*, no sul da Inglaterra, haviam estabelecido seus próprios moinhos de trigo para romper o monopólio local que elevava os preços e permitia a adulteração do trigo. O próximo movimento a ocorrer foi mais amplamente embasado em sociedades cooperativas. Começou em 1826, na cidade de *Brighton*, espalhando-se posteriormente por toda a Inglaterra e Irlanda.

Porém, para uma melhor compreensão desses acontecimentos, será necessário que sejam descritos maiores detalhes a respeito das crenças e dos

¹¹BIRCHALL, op. cit., p.3.

¹²BIRCHALL, op. cit., p.3.

objetivos de dois personagens significativos da história do cooperativismo: Robert Owen e William King.¹³

Assim como Robert Owen, William King tinha em mente a criação de uma comunidade auto-suficiente, na qual os trabalhadores produziram para atender às suas próprias necessidades, permitindo a compra progressiva de terras e a instalação de trabalhadores desempregados (inclusive oferecendo benefícios de saúde e outras vantagens). Na verdade, sua visão acabou por materializar-se apenas um século mais tarde, aproximadamente, em Mondragón, na região Basca espanhola, onde se desenvolveu um modelo de sociedade cooperativa com base fundamentalmente trabalhista. Mas, ao contrário de Owen, que acreditava em um modelo de comunidade isolada do restante do mercado, William King entendia que os benefícios da cooperação poderiam ser obtidos dentro da estrutura capitalista existente. O movimento que começou em *Brighton*, em 1826, estava sob a orientação de Robert Owen, que logrou grande êxito inicial ao aproveitar diversos dos conselhos de King. Apesar de uma vasta expansão nas atividades que levou à criação de centenas de lojas cooperativas, já em 1833, portanto apenas sete anos depois, o movimento havia colapsado.¹⁴

Foram várias as razões para o fracasso: o colapso geral no associativismo de negócios ocorreu, em especial, devido à repressão pelo governo e às dispensas em massa pelos empregadores. Havia também um problema estrutural nessas cooperativas: elas não sabiam como distribuir as sobras e assim seus membros acabavam por dissolver suas sociedades para receber o seu patrimônio. Mas, apesar do fracasso, para aqueles que valorizavam a força do consumidor, as boas experiências ainda estavam por vir.¹⁵

¹³BIRCHALL, op. cit., p.4.

¹⁴BIRCHALL, op. cit., p.7.

¹⁵BIRCHALL, op. cit., p.5.

Antes de tornarem-se lojistas, com seu formato cooperativista, os Pioneiros de *Rochdale* já haviam tentado diversas soluções. Mas acredita-se que o sucesso do movimento que começou em 1844 foi fortemente ligado à sua livre participação no mercado, somada à utilização dos dividendos das vendas para recompensar seus membros, não como trabalhadores, mas sim como consumidores. Assim, os oito famosos princípios asseguraram a capacidade de os consumidores atingirem o sucesso dentro do livre mercado, por meio da combinação da livre associação e do princípio do dividendo, criando as condições favoráveis necessárias ao crescimento do movimento, o que ocorreu muito rapidamente.

Vinte anos se passaram e já eram contados cerca de 100.000 membros de cooperativas em toda a Inglaterra. Outros vinte anos, e estes passavam a totalizar 500.000 membros, espalhados em 971 sociedades. No final do século XIX, o número de associados cresceu para mais de 1,7 milhões e existiam 1.439 sociedades registradas. À época da Primeira Grande Guerra contabilizava-se cerca de 3 milhões de sócios.¹⁶ Como resultado do movimento cooperativista, o público inglês passou a obter o benefício de um fornecimento regular de alimentos puros e mais baratos, com um processo de distribuição a custos reduzidos e todas as sobras divididas entre os próprios sócios, na forma de dividendos.¹⁷

Como consequência de um processo de produção voltado para um mercado garantido, os produtores passaram a ser estimulados a utilizar novas tecnologias, o que, por consequência, levava a uma dianteira em relação aos demais competidores que não participassem, direta ou indiretamente, do movimento cooperativista.

Se na Inglaterra todos os fatores favoreceram o desenvolvimento do modelo "rochdaliano", na França o ceticismo dos socialistas, seguindo a visão de Lassalle (de que qualquer economia feita pelos consumidores resultaria em redução de

¹⁶BIRCHALL, op. cit., p.8.

¹⁷BIRCHALL, op. cit., p.10.

salários para os empregados), o desenvolvimento cooperativista foi mais lento, mas não menos importante, de maneira que no ano de 1907 existiam 2.166 sociedades, reunindo cerca de 600.000 membros. Do outro lado do Oceano Atlântico, o movimento norte-americano começou ainda mais tarde, iniciando-se por meio de imigrantes europeus que haviam trazido com eles as experiências cooperativistas. Na altura dos anos 20 do século XX, existiam nos EUA 2.600 sociedades, ligadas entre si por meio da influente "*Cooperative League*".¹⁸

No final do século XIX, alguns advogados da soberania dos consumidores, tais como Charles Gide, na França, e Beatrice Webb, na Inglaterra, defendiam uma visão de economia totalmente regulada pelas cooperativas de consumo. Mas a experiência foi mostrando que esta forma também tinha seus limites naturais.¹⁹

As Cooperativas de Crédito - O movimento cooperativista teve expressivo incremento com a invenção, na Alemanha, das cooperativas de crédito

Foram adotadas duas diferentes formas de cooperativismo de crédito: uma primeira, voltada para as necessidades dos pequenos agricultores nas áreas rurais (chamadas de Cooperativas *Raiffeisen*) e outra para os artesãos e pequenos empresários, em geral localizados nas cidades (Cooperativas *Schlze-Delitzsch*).²⁰

O modelo *Raiffeisen* diferia do *Schlze-Delitzsch* em apenas um aspecto fundamental: não requeria o compartilhamento de capital. Sua estratégia para o desenvolvimento dos bancos cooperativos se baseava na liderança dos párocos locais e na limitação de cada sociedade à abrangência geográfica de uma cidade, de maneira a reforçar as suas características morais e financeiras.²¹

¹⁸BIRCHALL, op. cit., p.11.

¹⁹BIRCHALL, op. cit., p.11.

²⁰BIRCHALL, op. cit., p.11.

²¹BIRCHALL, op. cit., p.13.

As Cooperativas Agrícolas - O setor da agricultura, uma vez instalado na economia de mercado, pelo menos em tese, tenderia a apresentar um baixo potencial para o desenvolvimento dos ideais cooperativistas. Porém a cooperação entre agricultores, assim como a desenvolvida entre consumidores, acabou por representar a resposta para uma revolução industrial que também foi uma revolução da agricultura. Pela necessidade de que fossem criados mecanismos de defesa para seus membros é que se desenvolveram as primeiras cooperativas agrícolas, apoiadas em três vertentes: a cooperativa de compras (de insumos agrícolas), a cooperativa de vendas (dos produtos agrícolas) e, mais recentemente, a cooperativa de produção (agroindústria). Na sua forma moderna, as cooperativas agrícolas se instalaram primeiramente nos Estados Unidos da América, onde, por volta de 1867, já existiam pelo menos 400 queijarias/cremerias, constituídas na forma de cooperativas. Foi esta experiência que acabou conduzindo, na Dinamarca, ao desenvolvimento da mais extensa economia cooperativa mundial no setor da agricultura, ocorrido após a visita de uma delegação oficial dinamarquesa à Filadélfia, durante o ano de 1876.²²

As Cooperativas de Trabalho - Um novo formato de cooperativismo desenvolveu-se de maneira especial na França e na Itália. Características da sociedade francesa ilustram muito bem a relação entre o desenvolvimento do cooperativismo em uma determinada sociedade e as questões sociais subjacentes. Na França, onde os títulos de propriedade haviam sido ganhos após a Revolução Francesa, a maioria da população vivia em pequenas propriedades auto-suficientes. Portanto, com poucos incentivos para que os produtores se deslocassem para as grandes cidades. Como consequência, os mercados eram limitados e localizados, de maneira que a produção industrial também tendia a atuar em pequena escala, atendendo às necessidades locais. Segundo Kemp, "a ênfase era na qualidade e não no baixo custo de produção, nas habilidades artesanais e não na tecnologia da máquina". Dessa forma, novas

²²BIRCHALL, op. cit., p.14.

técnicas eram adotadas, mas sem quebrar a estrutura social tradicional, de maneira que o processo de industrialização francês foi "menos socialmente destrutivo, mais humano" do que o ocorrido na Inglaterra.²³

Como expressão da necessidade dos artesãos independentes, foi também natural que na França tenham se desenvolvido primeiramente as cooperativas de trabalho. Nessa área, Charles Fourier foi o equivalente francês de Robert Owen; mas assim como as nas comunidades owenianas, e pelas mesmas razões, as iniciativas baseadas nas propostas de Charles Fourier também tiveram uma alta taxa de insucesso.²⁴

Foi por intermédio de personalidades muito influentes²⁵ que o movimento cooperativista francês alcançou organizar contratos entre as cooperativas e o governo francês, assim marcando "o começo de uma longa tradição de suporte positivo pelo governo francês (ecoando na Itália)"²⁶, que tornariam países como a França e a Itália, particularmente promotores das cooperativas de trabalho.

Porém, se Charles Fourier foi o Robert Owen do cooperativismo francês, então Philippe Buchez, chamado de "pai" do movimento cooperativo francês, foi seu William King.^{27,28}

²³KEMP, T. citado por BIRCHALL, op. cit., p.21. Tradução para *"the emphasis was on quality not low cost production, on skilled craftsmanship rather than on machine technology. [...] less socially destructive, more humane"*.

²⁴BIRCHALL, op. cit., p.21.

²⁵Tais como Louis BLANC, cujo livro *"L'Organization du travail"*, publicado em 1839, propunha o desenvolvimento de ajuda estatal para as cooperativas de produção francesas. Citado por BIRCHALL, op. cit., p.21.

²⁶MELLOR, M. et al., citado por BIRCHALL, op. cit., p.21. Tradução para *"the beginning of a long tradition of positive support by the French government (echoed in Italy)"*.

²⁷A maior contribuição de Philippe Buchez foi a codificação de um grupo de princípios para o cooperativismo de trabalho, à semelhança dos princípios de *Rochdale*, com importante contribuição nos fundamentos que caracterizavam um movimento que passava a progressivamente ter escala em nível mundial.

²⁸BIRCHALL, op. cit., p.22.

Na Itália o cooperativismo de trabalho começou tarde, mas tornou-se muito mais pujante do que em qualquer outro país.²⁹ Não surpreendentemente, foi na região mais desenvolvida do país (noroeste) que a cooperação se iniciou. A partir de 1848, aos cidadãos do Piemonte foi concedida a liberdade de associação, e estes utilizaram-na para a construção de sociedades de ajuda mútua, similares às *Friendly Societies* da Inglaterra, as quais protegiam seus membros das consequências econômicas da ocorrência de doenças.³⁰

Além desses desenvolvimentos ocorridos na França e na Itália, foram poucas as outras cooperativas de trabalho formadas até o século vinte. Nesse aspecto, C. R. Fay ressaltou que, ao contrário de outras formas de cooperação, as sociedades de trabalhadores não tinham superioridade econômica geral sobre a forma capitalista; elas eram capazes de sustentar-se e de dignificar a posição dos trabalhadores, mas "elas encontraram sucesso com dificuldade, porque somente trabalhadores de forte personalidade e de mente equilibrada, como trabalhadores, cooperavam na criação e no gerenciamento de um negócio moderno".³¹

Da parte de Beatrice Webb a crítica veio em dois sentidos: a baixa performance das cooperativas de trabalho era devida ao fato de que estas não permitiam que seus gestores gerenciassem-nas de forma eficiente e sem interferências e, quando obtinham sucesso, apresentavam forte tendência a limitar a adesão de novos sócios, deformando-se em empresas capitalistas mesquinhas.³²

Além dessas críticas, Robert Birchall acrescentou "a tendência das cooperativas de sucesso a se desfazerem para obterem seus ativos; uma inabilidade para

²⁹MELLOR, M. et al., citado por BIRCHALL, op. cit., p.22.

³⁰BIRCHALL, op. cit., p.23.

³¹EARLE, J., 1986, citado por BIRCHALL, op. cit., p.23. Tradução para "*they find success difficult, because only workmen of a strong character and well-balanced mind can, as workers, co-operate in the creation and management of a modern business*".

³²WEBB, B., 1899, citado por BIRCHALL, op. cit., p.24.

construir capital para novos investimentos; conservadorismo nos métodos de produção e de vendas, entre outros".³³

As Cooperativas de Saúde - Houve um considerável espaço de tempo entre o crescimento da insegurança da sociedade industrial moderna e o Estado de provisão das necessidades mínimas. Muito embora, já no projeto "Oweniano" houvesse a previsão de benefícios relacionados à saúde, a atuação neste segmento pelas cooperativas é bem mais recente e relacionada com o conceito de "Estado de Bem-Estar Social". A criação das primeiras Cooperativas de Saúde decorreu da percepção de que as pessoas poderiam voltar-se para alternativas mutualísticas quando desejassem garantir-se, entre si, contra doenças, idade e morte. E por todo o mundo o fizeram por meio de mútuos, tipos de esquemas cooperativos que distribuíam os riscos entre o maior número de pessoas possível. Em alguns lugares, formas mais específicas de cooperativas foram desenvolvidas, que não somente ofereciam seguros, mas também cuidados e tratamentos de saúde.³⁴

Apesar do fato de o primeiro experimento ter sido concretizado nos Estados Unidos da América por meio da *Elk City Community Hospital Association* (1929), o evento mais significativo ocorreu sete anos mais tarde, em 1936, com criação do *Group Health Association*, formado em *Washington (DC)*, com o objetivo de atender às necessidades de saúde dos empregados de uma agência governamental norte-americana. A abertura de uma clínica para o atendimento de seus associados provocou uma furiosa oposição dos profissionais médicos, que a encararam como uma ameaça ao seu status de profissional liberal. Tal ocorrência acabou por influenciar negativamente na proliferação das cooperativas de saúde nos Estados Unidos da América e, em função da sua influência econômica e política, também no restante do mundo.³⁵

³³BIRCHALL, op. cit., p.23.

³⁴BIRCHALL, op. cit., p.28.

³⁵BIRCHALL, op. cit., p.28.

Em alguns países do Leste Europeu, como na Sérvia, a primeira cooperativa de saúde surgiu em 1920 em *Uzika Pozega*, existindo naquele país, em 1930, 59 sociedades. Na Polônia uma cooperativa de saúde foi fundada por *Ignacy Solorz* em 1936, reunindo 500 aldeões oriundos de sete aldeias, unidas entre si para empregar um médico e um dentista. Sustentadas por cooperativas agrícolas e de consumo, muitas outras seguiram-se e elas continuaram a oferecer uma alternativa ao sistema estatal. No entanto, foi no Japão que a idéia de cooperativas de saúde encontrou seu pleno potencial. Em 1961, o esquema de seguro social universal foi introduzido, e ao invés de as cooperativas constituírem um extenso sistema nacional independente de saúde, elas passaram a participar de fundos governamentais, de maneira que atualmente tais fundos representam 95% do total arrecadado, com as cooperativas continuando a oferecer tratamento em seus próprios hospitais e clínicas, dentro do sistema universalizado japonês.³⁶

O movimento cooperativista de usuários representa uma tendência recente e modernizadora. Inicialmente, nos países provedores do Estado de Bem-Estar, o envolvimento de cooperativas foi inibido tanto pela provisão estatal direta como pela competição com outros tipos de organização, tais como associações sem fins lucrativos e de caridade religiosa. Porém, mais recentemente, em função das crises econômicas que atingiram tais Estados, políticas de restrição de orçamento e de cortes nas despesas sociais vêm abrindo grandes oportunidades para cooperativas e agências similares nos campos da saúde e dos cuidados sociais. Um novo modelo está emergindo, utilizando-se de financiamento público, no qual a relação entre o Estado e o prestador é regulada por contratos, a provisão é descentralizada, utilizando estruturas, muitas no formato de cooperativas que são controladas por usuários.³⁷ Tal estruturação propicia uma maior proximidade dos beneficiários do sistema e viabiliza a obtenção de

³⁶BIRCHALL, op. cit., p.29.

³⁷BIRCHALL, op. cit., p.30.

maiores vantagens quando os prestadores também estão organizados em cooperativas, de maneira que os cidadãos tornam-se co-produtores dos serviços públicos, e não apenas consumidores passivos.³⁸

1.2 A "ALIANÇA COOPERATIVA INTERNACIONAL"

Apesar das grandes contribuições do movimento cooperativista como resposta aos dramas sociais gerados a partir da Revolução Industrial, a emergência de graves crises político-ideológicas no transcorrer da segunda metade do século XIX representavam o agravamento dos conflitos trabalho *versus* capital.

Edouard de Boyve, secretário de uma sociedade de benefícios mútuos de Nimes – França, em 1886 declarava: "O que era apenas útil há dois anos é agora uma urgente necessidade e nenhum minuto deve ser perdido"³⁹, pois identificava na maneira diferente de fazer negócios – a cooperação –, a substituta para a violência na resolução dos conflitos. Naquela época, os debatedores ingleses dividiam-se entre aqueles que pensavam que a produção deveria ser baseada no controle do trabalhador e aqueles que aceitavam que o processo de produção, incluindo a distribuição e o varejo, poderia ser organizado com base no interesse do consumidor.⁴⁰

E. V. Neale e seu colega G. J. Holyoake eram nomes de expressão que promoviam o cooperativismo dos trabalhadores. Foram os criadores da *Co-operative Union*. Mas, já a esta altura, a força econômica e demográfica das cooperativas de consumo levou a que estas rapidamente se tornassem dominantes nas articulações políticas cooperativistas. Em 1892, durante o Congresso de *Rochdale*, E. V. Neale e Edward O. Greening (que também era defensor da cooperação entre trabalhadores,

³⁸PESTOFF, V., 1994, citado por BIRCHALL, op. cit., p.30.

³⁹BIRCHALL, op. cit., p.38. Tradução para: "*What was only useful two years ago is now an urgent necessity and there is not a minute to be lost.*"

⁴⁰BIRCHALL, op. cit., p.39.

e foi co-fundador da *Co-operative Union*) apresentaram um manifesto de visão exclusivamente trabalhista, sem menção ao papel das cooperativas de consumo, cooperativas agrícolas ou de crédito. Conseqüentemente, essa primeira tentativa de criação de uma organização internacional, nascida apenas de uma facção do cooperativismo, levou a um sentimento de hostilidade e suspeita da parte de muitos cooperadores ingleses, sentimento este que permaneceu por longo tempo.⁴¹

Posteriormente à morte de E. V. Neale, a convite de Greening, Henry Wolff assume seu lugar. Henry Wolff era um cidadão inglês que teve suas primeiras experiências em cooperativas agrícolas e de crédito na Alemanha. Foi autor de um livro propondo a criação do Banco do Povo da Inglaterra. Ao aceitar o convite, fez uma viagem pelo continente europeu objetivando obter apoio dos demais delegados. Como resultado desta demonstração de boa vontade, pôde obter o apoio dos representantes da Bélgica, França, Alemanha, Holanda e Itália, decidindo-se que a organização viria a chamar-se Aliança Cooperativa Internacional, na esteira do grande sucesso alcançado pelo Congresso de Londres, ocorrido em 1895.⁴²

No Congresso compareceram representantes de todas as quatro grandes ramificações: cooperativas de consumo, de trabalhadores, de agricultores e de crédito. A oportunidade de abertura para negócios intercooperativos transnacionais não passou despercebida pelos organizadores do Congresso e nas conclusões dos debates, os delegados acordaram em três grandes objetivos: 1) proporcionar informação sobre os movimentos cooperativistas para cada um dos demais; 2) elucidar a natureza dos princípios cooperativistas; 3) estabelecer as relações comerciais entre cooperativas nos diferentes países.

Conforme a história pôde comprovar, o primeiro objetivo obteve pleno sucesso, de maneira a resultar em um movimento de penetração mundial. O segundo, incluindo

⁴¹WATKINS, W. P., 1970, citado por BIRCHALL, op. cit., p.41.

⁴²BIRCHALL, op. cit., p.41-42.

a definição dos princípios, foi responsável pelo início de debates que se estenderiam por mais cem anos, mas foi essencial para a disseminação do movimento pelo mundo. E, finalmente, quanto ao terceiro objetivo, os resultados referentes aos estímulos ao comércio internacional foram desanimadores.⁴³

Dentro do processo evolutivo do cooperativismo, assim como da própria Aliança, no Congresso de Manchester de 1902, a adesão individual já havia sido abolida, contribuindo para controlar definitivamente a tentativa de alguns indivíduos em usar a Aliança Cooperativa Internacional para promover a distribuição de lucros.

Nessa época uma nova autoconfiança entre os cooperadores de consumo se intensificava com base em três razões:

- 1) O conceito de valor do trabalho, ligado à teoria ricardiana, retirava-se da vanguarda do pensamento dos economistas e era trocado por uma teoria que enfatizava a finalidade do produto para o comprador como o mais importante;⁴⁴
- 2) Pensava-se, até então, que o principal problema da sociedade moderna era o antagonismo entre o capital e o trabalho, como produtor de conflitos e indutor da alienação da sociedade. Agora, com o desenvolvimento do controle pelo consumidor de todos os estágios da produção, propunha-se a emancipação dos trabalhadores na forma de consumidores;
- 3) O processo de distribuição, até então considerado como pouco importante e como mero instrumento de intermediários, que nada produziam, mas que obtinham lucro com a venda dos produtos para os verdadeiros produtores, agora começava a ser compreendido como inseparável da produção e da troca, representando partes de um mesmo processo.

⁴³BIRCHALL, op. cit., p.44.

⁴⁴RICARDO, David. **Princípios de economia, política e tributação**. São Paulo: Abril, 1983. p.43-63.

Ou seja, o conceito de que os trabalhadores na área da distribuição eram tão trabalhadores, quanto aqueles da área da produção.⁴⁵

Com o advento da Primeira Grande Guerra, a extensa base da Aliança Cooperativa Internacional se estreitou, gerando inclusive o risco de que fosse vista essencialmente como uma aliança de cooperativas de consumo. Coerentemente com a conclusão obtida durante o Congresso de *Glasgow* (1913), realizado à beira da Guerra, em que foi destacada a "relação particular entre a cooperação e a paz mundial"⁴⁶, reconheceu-se tardiamente, após o conflito, que , a rivalidade entre as nações pelos mercados foi causa fundamental para a Guerra, onde:

'as razões para [...] os conflitos internacionais desaparecerão à medida em que a vida social e econômica venha a ser organizada de acordo com os princípios cooperativos'.⁴⁷

Passados os horrores da Primeira Grande Guerra, dois grandes perigos ainda maiores estavam para tornar-se aparentes, e que ameaçaram não somente a integridade da Aliança Cooperativa Internacional, mas a verdadeira natureza da cooperação: o fascismo e o comunismo. Quando Mussolini chegou ao poder, efetivamente via o valor do cooperativismo. Seu objetivo não era destruir o movimento, mas colocá-lo sob controle fascista. Em 1924, um decreto tornou as cooperativas submetidas à supervisão das autoridades provinciais. No ano seguinte, a Liga Nacional foi dissolvida e o Governo estabeleceu uma agência nacional para controlar todas as cooperativas. Assim, a partir de 1931, por não poder aceitar um cooperativismo fascista, caracterizado pela ausência de voluntarismo e independência, o movimento italiano permaneceu por muitos anos afastado do sistema de cooperação internacional

⁴⁵BIRCHALL, op. cit., p.46.

⁴⁶BIRCHALL, op. cit., p.46. Tradução para "[...] *the particular relationship between co-operation and world peace.*"

⁴⁷BIRCHALL, op. cit., p.47. Tradução para "*the reasons for ... international conflicts will disappear as the social and economic life of every nation becomes organized according to co-operative principles*".

organizado pela Aliança Cooperativa Internacional. Situação esta que perduraria até o término da Segunda Guerra Mundial.⁴⁸

Assim como na Itália, os nazistas alemães descaracterizaram e danificaram as cooperativas de consumo por meio do progressivo enfraquecimento do movimento, incorporando-as à Frente Trabalhista Alemã e apontando *Führers* cooperativistas para dirigi-las. Muitas sociedades de consumo foram dissolvidas e seus ativos roubados. O banco do povo, cooperativas de trabalho e habitacionais foram restringidas e desencorajadas. As sociedades agrícolas foram absorvidas pela Organização Nazista para Alimentos e Agricultura. Muito embora a posição oficial da Aliança tenha sido muito menos clara do que a adotada ante a Itália, o movimento cooperativista alemão também permaneceu isolado.⁴⁹

Na Espanha, a tentativa do setor cooperativista em manter-se sob uma neutralidade política não o salvou de ser destruído pelo governo fascista que se inseria. Seus líderes, assim como posteriormente os do movimento tchecoslovaco, foram forçados ao exílio. O único consolo, diante de tais fatos, foi que os líderes levaram o método cooperativo ainda para mais longe, alcançando países como o México, a Colômbia e a Argentina.⁵⁰

Se a ameaça representada pelo nazi-fascismo foi dramática, a representada pelo comunismo foi mais sutil, mas com complicações igualmente sérias para a natureza voluntária das cooperativas. Na Rússia pré-revolução, infelizmente, o crescimento ficou restrito pelo baixo grau de desenvolvimento industrial do país, pela presença de burocracia estatal que dificultava a cooperação e pelos impedimentos criados pelas grandes indústrias, que viam o sistema de lojas de cooperativas de consumo como uma grande ameaça. Em 1905, havia apenas 996 cooperativas de consumo e cerca de 300 mil

⁴⁸BIRCHALL, op. cit., p.48.

⁴⁹BIRCHALL, op. cit., p.49.

⁵⁰BIRCHALL, op. cit., p.51.

membros. Por outro lado, a Revolução Russa levou a um clima legislativo mais favorável. O problema é que Marx via as cooperativas como uma forma de transição entre o capitalismo e o socialismo, enquanto Lênin as via como instituições coletivas capitalistas, motivo pelo qual apontou representantes do Estado, com direito de veto, nos seus conselhos de administração. Como descrito por Warbasse: "O maior movimento cooperativo voluntário do mundo foi completamente absorvido pela política estatal. Como um movimento voluntário, ele desapareceu." No entanto, Lênin logo percebeu que havia cometido um erro e que a Nova Política Econômica havia extrapolado seus limites. Assim, em 1924, um decreto restaurou a livre adesão, reincluiu a divisão do capital e novamente separou as sociedades de consumo das demais, pretendendo dar maior autonomia às cooperativas. Porém, uma vez destruída a sua autonomia, Lênin encontrou dificuldades em reinstalá-la. Em 1935, em nova guinada política, Stalin aboliu as cooperativas urbanas de consumo, confiscando seus ativos sem qualquer compensação para seus 10 milhões de membros.⁵¹

Apesar dos ataques do fascismo e da conotação ambígua das cooperativas soviéticas, o período interguerras foi de grande sucesso para a Aliança. O crescimento foi particularmente marcante na Escandinávia. Nos Estados Unidos, o Presidente Roosevelt enviou uma comissão de pesquisa à Europa para descobrir como as cooperativas poderiam ajudar na Grande Depressão. Em 1930, quarenta países e cerca de 50 milhões de lares eram representados na Aliança Cooperativa Internacional. Em 1937, estimava-se que as cooperativas, em nível mundial, tinham 143 milhões de membros, sendo 50 mil cooperativas de consumo, com cerca de 60 milhões de membros, mas que agora eram ultrapassadas em número pelas 672 mil cooperativas agrícolas, com cerca de 64 milhões de membros. O quadro regional estava também modificado. A Europa agora contava com 300 mil cooperativas (de todos os tipos), a URSS com 287 mil, a Ásia com 168 mil, as Américas com 51 mil, a África com 4 mil e

⁵¹BIRCHALL, op. cit., p.51-53. Tradução para: "*The greatest voluntary co-operative movement in the world was completely absorbed by a political state. As a voluntary movement, it disappeared.*"

a Australasia apenas mil. Dessa forma, a predominância das cooperativas de consumo na Europa chegava ao fim.⁵²

Durante a eclosão da Segunda Grande Guerra, uma comissão de gestão executiva, composta por membros ingleses, manteve a Aliança Cooperativa Internacional viva. Depois da Guerra, o primeiro objetivo foi ajudar a reconstrução dos movimentos na Alemanha, Áustria e Itália e reparar os estragos causados nos países ocupados. O movimento estava bem preparado: já em 1942 a Liga de Cooperativas dos Estados Unidos (CLUSA) criou um Comitê para Reconstrução Cooperativa Internacional. Mesmo antes do final da Guerra, a Aliança Cooperativa Internacional ajudava as cooperativas de consumo francesas a se recuperarem. Com a crescente influência da Aliança em nível internacional, devido ao fato de organizações não-governamentais não poderem, por definição, ser membros plenos das Nações Unidas, a Aliança Cooperativa Internacional ganhou a importante distinção como instituição na condição de Observador Grau A da Organização das Nações Unidas.⁵³

Com um presidente de nacionalidade inglesa e vice-presidentes de nacionalidade norte-americana e russa, a Aliança Cooperativa Internacional no pós-guerra se obrigou a adaptar-se às tensões da Guerra Fria. E continuava seu trabalho enfatizando os princípios da livre e voluntária adesão, democracia entre seus membros e independência, como exemplificado em uma de suas declarações:

Nos países em que existe ditadura e onde existe substancialmente apenas um partido ou um único movimento político, onde o direito de livre associação é negado e onde quaisquer opiniões divergentes são suprimidas, Organizações Cooperativas livres e independentes não podem existir.⁵⁴

⁵²BIRCHALL, op. cit., p.53-54.

⁵³BIRCHALL, op. cit., p.55.

⁵⁴RHODES, R., 1995, citado por BIRCHALL, op. cit., p.56. Tradução para: *"In countries where dictatorship exists, and where there is substantially only one party and a single political movement, where the right of free association is denied and where any divergent opinions are suppressed, free and independent Co-operative Organizations cannot exist."*

Na condição de órgão consultivo da ONU, as agências de desenvolvimento relacionadas habilitavam a Aliança Cooperativa Internacional a advogar em prol de uma solução cooperativa para os problemas dos países em desenvolvimento. Em 1960, com a admissão de diversos novos países e algumas federações especializadas de habitação e pesca, o número de países não-europeus representados excedeu pela primeira vez o número de países europeus, e com a expansão das cooperativas agrícolas e de crédito, as cooperativas de consumo perderam sua maioria. Em reconhecimento ao papel-chave das cooperativas nos países em desenvolvimento, 1965 foi declarado pela ONU como o Ano Cooperativo Internacional.⁵⁵

Sendo sempre um dos principais objetivos da Aliança Cooperativa Internacional salvaguardar e periodicamente atualizar os princípios cooperativistas, em 1980, em um relatório de grande influência para a Aliança, Alex Laidlaw identificou três crises que o cooperativismo precisava enfrentar: credibilidade, gestão e ideológica. O desafio ideológico, colocado diante de um novo milênio, tinha especial significância, pois, conforme as palavras de Laidlaw:

Surtem desgastantes dúvidas sobre o verdadeiro objetivo das cooperativas, se elas estão verdadeiramente exercendo seu papel como um tipo diferente de empresa. Se as cooperativas simplesmente obtiverem sucesso no sentido comercial, sendo eficientes como outros negócios, isto será bom o suficiente?⁵⁶

Em plena discussão sobre o papel das cooperativas em uma nova fase de economia mundial globalizada, no ano de 1995, no Congresso de Manchester, centenário de sua fundação, a Aliança Cooperativa Internacional atualizou mais uma vez os Princípios Cooperativos, como forma de preparo para o enfrentamento pelas cooperativas dos desafios que viriam com a chegada do século XXI.

⁵⁵BIRCHALL, op. cit., p.57.

⁵⁶LAIDLAW, A., 1987, citado por BIRCHALL, op. cit., p.64. Tradução para: *"It arises from gnawing doubts about the true purpose of co-operatives and whether they are fulfilling a distinct role as a different kind of enterprise . If co-operatives do nothing more than succeed in being as efficient as other business in a commercial sense, is that good enough?"*

1.3 OS "PRINCÍPIOS COOPERATIVISTAS"

Na questão jurídica, apesar de todo o esforço da ACI e dos movimentos cooperativistas espalhados pelo planeta, persiste a dificuldade em estudar-se e inserir-se o movimento cooperativista na estrutura do Direito dos diversos países. Na Itália, por exemplo, é tratado por meio do Código Civil. Em Portugal, anteriormente à existência do Código Cooperativo, dentro Código Comercial. Segundo Renato L. Becho, esta última é uma "opção pior do que a inclusão no Direito Civil, onde conseguimos encontrar mais pontos de semelhança do que com o Direito Comercial, já que as sociedades por este ramo estudadas têm no lucro seu fundamento maior".⁵⁷

Os Congressos da Aliança Cooperativa Internacional realizados nos anos de 1937, 1966 e 1995 modernizaram a idéia da cooperação, mantiveram sua relevância e propiciaram uma atualização nos mecanismos de verificação do direito de uma organização chamar-se de cooperativa. No Congresso de Viena de 1930, os delegados franceses solicitaram ao comitê especial que desenvolvesse uma lista definitiva de princípios, os quais passaram a ser oficialmente aceitos durante o Congresso de 1937: 1) Livre adesão; 2) Controle Democrático; 3) Distribuição das sobras entre seus membros na proporção de suas transações; 4) Juros limitados sobre o capital; 5) Neutralidade política e religiosa; 6) Negociações em dinheiro; 7) Promoção da Educação.⁵⁸

Recomendando que todos os sete princípios devessem ser observados, o comitê distinguia os primeiros quatro como princípios essenciais e os outros três como menos importantes.⁵⁹

⁵⁷BECHO, Renato Lopes. **Elementos de direito cooperativo**. São Paulo: Dialética, 2002. p.21-22.

⁵⁸BIRCHALL, op. cit., p.57-58.

⁵⁹Segundo Johnston Birchall, ainda podiam ser identificados mais dois princípios, os quais, muito embora não tenham sido formulados pelos Pioneiros de Rochdale, eram percebidos como implícitos na sua prática: a adesão voluntária e a mutualidade (negociações somente com seus membros). Considera, ainda, o autor, que o motivo da não adoção destes dois últimos decorreu do fato de que o comitê teria que enfrentar duas questões muito difíceis de serem resolvidas à época: a ausência de voluntariedade no sistema soviético e a ausência de estrita mutualidade nas cooperativas de consumo (BIRCHALL, op. cit., p.58).

Essa fórmula permaneceu sem modificações até o Congresso de 1963, quando os delegados soviéticos solicitaram a atualização dos princípios. Esse novo processo de revisão poderia ter aberto toda sorte de divisões entre Leste e Oeste dentro da Aliança Cooperativa Internacional, mas, apesar das tensões políticas, o movimento cooperativista permaneceu unido, obtendo um relatório unânime. A Comissão definiu os princípios como "aquelas práticas que são essenciais, ou seja, absolutamente indispensáveis, para que sejam atingidos os objetivos do Movimento Cooperativo".⁶⁰ Os seis princípios resultantes foram: 1) Adesão livre e voluntária; 2) Democracia; 3) Juros limitados sobre o capital; 4) Retorno eqüitativo das sobras para seus membros; 5) Promoção da educação; 6) Cooperação entre cooperativas.

Como resultado, apesar da mudança da ênfase da Aliança Cooperativa Internacional da Europa para o mundo em desenvolvimento, manteve-se uma clara continuidade entre *Rochdale* e os dias atuais. Em 1982, a Aliança Cooperativa Internacional mudou-se de Londres para Genebra, sinalizando uma decisão de estar no centro dos negócios mundiais, perto das Nações Unidas e ao lado da Organização Internacional do Trabalho. A regionalização possibilitou que as prioridades fossem colocadas para cada parte do mundo, refletindo necessidades diversas. A Aliança Cooperativa Internacional desenvolveu dez setores especializados, voltados para as áreas de: agricultura, trabalho, consumo, seguros, bancos, turismo, habitação, pesca, energia e saúde. A recente criação da Organização Internacional das Cooperativas de Saúde demonstra a tendência de crescimento do setor da saúde no movimento cooperativista internacional.⁶¹

Dentro do processo de modernização do cooperativismo mundial, em 1985, ano do centenário da ACI, um rol atualizado de princípios foi aprovado no Congresso

⁶⁰WATKINS, W. P., 1970, citado por BIRCHALL, op. cit., p.59. Tradução para: "*those practices which are essential, that is, absolutely indispensable to the achievement of the Co-operative Movement's purpose*".

⁶¹BIRCHALL, op. cit., p.62-63.

de *Manchester*⁶², incluindo: 1) Adesão livre e voluntária; 2) Controle democrático por seus membros; 3) Participação econômica de seus membros; 4) Autonomia e independência; 5) Educação, treinamento e informação; 6) Cooperação entre cooperativas; 7) Preocupação com a comunidade.

Além da atualização dos princípios, a Aliança Cooperativa Internacional também apresentou uma definição de cooperativa que resume os sete princípios e se constitui em Declaração de Identidade Cooperativa, sendo considerada como cooperativa: "uma associação autônoma de pessoas unidas voluntariamente para satisfazer suas aspirações e necessidades econômicas, sociais, e culturais, por meio de uma empresa cuja posse é de caráter comum e submetida a controle democrático".⁶³

De acordo com Rui Namorado, a Declaração de Identidade Cooperativa aprovada em Manchester compreende "uma **noção de cooperativa**, uma explicitação dos **valores cooperativos** e uma nova versão do tradicional elenco dos **princípios cooperativos**".⁶⁴ [grifos no original]

Foram também apresentados os valores que passaram a embasar os princípios cooperativistas: auto-ajuda, auto-responsabilidade, democracia, igualdade, equidade e solidariedade, acompanhados dos valores éticos de honestidade, abertura, responsabilidade social e preocupação com os demais.⁶⁵ Para Rui Namorado:

[...] esses princípios são o verdadeiro eixo da identidade cooperativa, a qual desde 1995, na perspectiva da ACI, comporta, além de um conjunto de princípios, uma noção e um complexo de valores expressamente afirmados. De facto, em países onde não haja qualquer imperativo legal de obediência aos princípios cooperativos a sua observância é apenas uma questão política.

⁶²BIRCHALL, op. cit., p.65.

⁶³BIRCHALL, op. cit., p.65. Tradução para: "*an autonomous association of persons united voluntarily to meet their common economic, social, and cultural needs and aspirations through a joint-owned and democratically-controlled enterprise*".

⁶⁴NAMORADO, Rui. **Cooperatividade e direito cooperativo**: estudos e pareceres. Coimbra: Almedina, 2005. p.18.

⁶⁵BIRCHALL, op. cit., p.65.

Pelo contrário, se a vinculação aos princípios cooperativos tiver peso jurídico-constitucional, qualquer norma de direito comum que os desrespeite incorre em inconstitucionalidade.⁶⁶

Diferentemente do que ocorre no Direito português, em que o Código Cooperativo, na sua versão de 1997, transcreve no seu artigo 3.º os princípios cooperativos da Aliança Cooperativa Internacional, no Direito brasileiro, apesar da existência de previsões constitucionais específicas para o cooperativismo, a determinação das características essenciais do cooperativismo se faz por meio da Lei n.º 5.764/71 e, mais recentemente, por algumas modificações constantes do novo Código Civil, em que diversos dos princípios definidos pela Aliança Cooperativa Internacional poderão ser observados, muito embora não estejam formalmente citados.

Isso posto, na sequência, traz-se uma análise específica da evolução do cooperativismo brasileiro, assim como de seu respectivo arcabouço legal.

⁶⁶NAMORADO, **Cooperatividade**..., p.10.

CAPÍTULO 2

O COOPERATIVISMO BRASILEIRO E SUA LEGISLAÇÃO

2.1 DESENVOLVIMENTO DAS COOPERATIVAS E DO DIREITO COOPERATIVO BRASILEIRO

Na história do cooperativismo brasileiro existem indícios de propostas cooperativistas já à época das atividades desenvolvidas pelas missões jesuíticas⁶⁷, assim como registra-se a existência, a partir de 1847, no Paraná, da colônia Santa Tereza Cristina, organizada com bases cooperativistas.⁶⁸ Porém, oficialmente se aceita que a primeira cooperativa brasileira a ser criada tenha sido uma cooperativa de crédito, fundada no Estado de Minas Gerais, na Cidade de Ouro Preto, durante o ano de 1889, com o nome de Sociedade Cooperativa Econômica dos Funcionários Públicos de Ouro Preto.⁶⁹

As primeiras cooperativas de consumo vieram logo a seguir, criadas a partir de 1891, com a fundação da Associação Cooperativa dos Empregados da Cia. Telefônica, em Limeira, no Estado de São Paulo, seguida da Cooperativa Militar de Consumo, no Rio de Janeiro (1894), da Cooperativa do Proletariado Industrial de Camaragibe, em Pernambuco (1895) e da Cooperativa de Consumo dos Empregados da Cia. Paulista de Campinas (1897).⁷⁰

Na área rural, as primeiras cooperativas foram criadas no início do século XX: no Rio Grande do Sul (1902) são criadas as Caixas Rurais e em Minas Gerais

⁶⁷PERIUS, Virgílio Frederico. **Cooperativismo e lei**. São Leopoldo: Ed. Unisinos, 2001. p.194.

⁶⁸ALVES, Francisco de Assis; MILANI, Imaculada Abenante. **Sociedades cooperativas: regime jurídico e procedimentos legais para sua constituição e funcionamento**. 2.ed. São Paulo: Juarez de Oliveira, 2003. p.9.

⁶⁹BECHO, **Elementos...**, p.18.

⁷⁰ALVES e MILANI, op. cit., p.9.

(1907) as Cooperativas de Produtores Rurais⁷¹, sendo que a mais antiga cooperativa em funcionamento ininterrupto é a Caixa Rural Raiffeisen de Nova Petrópolis, no Rio Grande do Sul, fundada em 1902.⁷²

As cooperativas agrícolas representam hoje o segmento economicamente mais importante do cooperativismo brasileiro. O cooperativismo de consumo, que até 1960 experimentara razoável crescimento, a partir daquela década entrou em declínio. Esse retrocesso se deveu, principalmente, à extinção do benefício fiscal (ICM) de que gozavam as cooperativas de consumo, às conseqüências do processo inflacionário e ao surgimento de grandes redes de supermercados que contavam com grandes recursos logísticos e tecnológicos.

Conforme palavras de Rui Namorado, o movimento cooperativista necessita "de uma criatividade jurídica que respeite e potencie a autenticidade cooperativa", o que deverá ocorrer com "a aceitação da identidade cooperativa adotada pela ALIANÇA COOPERATIVA INTERNACIONAL, como paradigma dessa autenticidade" e "a autonomia do direito cooperativo como eixo da independência cooperativa".⁷³

Como definido por Miguel Reale, "*instituto jurídico*" é: "todo conjunto de regras ou normas jurídicas reunidas em uma unidade lógica autônoma, em função de uma definida porção de realidade social e dos fins por ela visados, disciplinando-lhe sua estrutura e relações intersubjetivas".⁷⁴

Peculiaridade que torna possível a análise da cooperativa como um instituto jurídico, muito embora, como questionado por Renato Becho, entre deixar

⁷¹ALVES e MILANI, op. cit., p.10.

⁷²BECHO, **Elementos**..., p.18.

⁷³NAMORADO, **Cooperatividade**..., p.52.

⁷⁴REALE, Miguel. **Lições preliminares de direito**. 13.ed. São Paulo: Saraiva, 1986. p.364.

de "ser uma unidade definida cientificamente para ser um ramo da Ciência Jurídica vai uma larga diferença".⁷⁵

2.1.1 Legislação Cooperativista

Apesar de o Decreto Legislativo n.º 979/1903 ter sido o primeiro diploma legal a tratar do assunto ao referir-se à formação de "*caixas rurais de crédito agrícola*" e de "*cooperativas de produção e consumo*" nos centros urbanos⁷⁶, a primeira lei a regular especificamente atividades de sociedades cooperativas foi a Lei n.º 1.637, de 05.01.1907, que equiparou as cooperativas às sociedades anônimas. Tal fato evidencia o aparecimento das duas características freqüentemente encontradas na história das legislações cooperativistas em todo o mundo: o surgimento de leis posteriormente à criação das primeiras cooperativas⁷⁷ e a dificuldade de o legislador compreender e enquadrar as cooperativas na estrutura legal preexistente.

Com a promulgação da Lei n.º 4.984 de 21.12.1925 e do Decreto n.º 17.339 de 2.6.1926, sobre Caixas Rurais *Raiffeisen* e Bancos *Luzzatti*, encerrou-se o Período de Implantação do Cooperativismo, como assim chamado por Waldírio Bulgarelli, em que as Cooperativas agasalharam-se "[...] sob o manto de uma legislação razoável, que ao menos não era impeditiva do seu desenvolvimento."⁷⁸

Posteriormente, embora o Decreto n.º 22.239, de 19.12.1932 tenha reconhecido características e princípios cooperativos, continuava a considerar as cooperativas empresas com fins lucrativos e de natureza mercantil.⁷⁹ Na esteira do trabalhismo

⁷⁵BECHO, **Elementos...**, p.27.

⁷⁶ALVES e MILANI, op. cit., p.9.

⁷⁷NAMORADO, Rui. **Introdução ao direito cooperativo**. Coimbra: Livraria Almedina, 2000. p.37.

⁷⁸BULGARELLI, Waldírio. **Regime jurídico das sociedades cooperativas**. São Paulo: Pioneira, 1965. p.64-65.

⁷⁹ALVES e MILANI, op. cit., p.12.

getulista, o cooperativismo de trabalho entra na agenda legislativa por meio do Decreto n.º 23.611 de 20.12.1933, o qual autorizava a criação de "*consórcios profissionais cooperativos*", enquanto o Decreto-lei n.º 581/1938 implantava o sistema de registro e fiscalização das sociedades cooperativas. Esse período, que vai até a tomada de poder pelos militares no movimento revolucionário de 1964, também chamado de "*Período de Consolidação Parcial*", caracterizou-se, sob o ponto de vista legislativo, por inúmeros avanços e retrocessos na manutenção do Decreto n.º 22.239/1932, que teve o mérito de ter reconhecido as principais características das sociedades cooperativas, mesmo antes do Congresso da ACI em Paris (1937). Mas, ainda como consequência das "[...] dificuldades em defini-las, pois as considerava '*sui generis*', permitia, pelo menos inicialmente, e até sua revogação em 1938, a inadequada "distribuição de dividendos em proporção ao capital".⁸⁰

Havendo especial interesse do Governo Militar no que diz respeito ao cooperativismo agrícola, foi somente a partir do Decreto-lei n.º 59, de 21.11.1966, que definia a "Política Nacional de Cooperativismo", que as cooperativas brasileiras passaram a ser tratadas como forma jurídica que preservava os princípios cooperativistas, sendo reconhecidas, a partir de então, como sociedades distintas das demais. Para tanto, assim dispunha o seu art. 4.º:

As cooperativas, qualquer que seja sua categoria ou espécie, são entidades de pessoas com forma jurídica própria, de natureza civil, para a prestação de serviços ou exercício de atividades sem finalidade lucrativa, não sujeitas a falência, distinguindo-se das demais sociedades pelas normas e princípios estabelecidos na presente lei.

Outro dado relevante para o moderno cooperativismo brasileiro vem do Decreto-lei n.º 60.597, de 19.04.1967, que, ao regulamentar o Decreto-lei n.º 59, determinava em seu art. 105 que:

⁸⁰BULGARELLI, **Regime...**, p.65-66.

As relações econômicas entre a cooperativa e seus associados não poderão ser entendidas como operações de compra e venda, considerando-se as instalações da cooperativa como extensão do estabelecimento cooperado.⁸¹

Como parte de uma estratégia política de concentração de poder e de desenvolvimentismo estatal que privilegiava um poder econômico oligárquico, a década de 1960, apesar dos avanços anteriormente citados, foi chamada por Waldírio Bulgarelli como "*Período de Centralismo Estatal*", trazendo uma série de grandes problemas decorrentes de posturas prejudiciais ao cooperativismo brasileiro. Além de grave afronta aos princípios cooperativas como consequência de posturas autoritárias que exigiam das Cooperativas prévia autorização para funcionamento pelo Poder Público, modificações aportadas pela Lei da Reforma Bancária – Lei n.º 4.595, de 31.12.1964 – e pela Lei de Reforma Tributária – Lei n.º 5.172, de 25.10.1966 – traziam perdas importantes para o cooperativismo⁸², comprometendo a expansão do cooperativismo de crédito e levando ao agravamento tributário das atividades cooperativistas.

No ambiente de conturbação política que acabou por levar ao fechamento do Congresso em dezembro de 1968, diversos projetos importantes para o cooperativismo brasileiro deixaram de tramitar, sendo posteriormente substituídos por um anteprojeto elaborado pela Organização das Cooperativas Brasileiras (OCB), então recentemente criada, que, muito embora significativamente alterado pelos técnicos do Governo Militar, foi aprovado na forma da Lei n.º 5.764, de 16.12.1971. Tal lei permanece até os dias de hoje como principal instrumento regulador do cooperativismo brasileiro, sendo esse período chamado, por Waldírio Bulgarelli, de "*Período de Renovação das Estruturas*"⁸³

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, por meio de diversos dispositivos os quais inclusive alteravam pontos importantes da Lei n.º 5764/71, o

⁸¹BULGARELLI, **Regime...**, p.68.

⁸²BULGARELLI, **Regime...**, p.68.

⁸³BULGARELLI, **Regime...**, p.73.

cooperativismo brasileiro passa a ter previsões constitucionais, liberando as cooperativas do controle estatal e determinando o apoio do Estado ao movimento. É o período que Waldírio Bulgarelli chamou de "*Período da Liberalização*".⁸⁴

Apesar de consideráveis avanços, importantes aspectos ligados à legislação cooperativista, e em especial os decorrentes das implicações do conceito de ato cooperativo, persistem não pacificados pela doutrina e pela jurisprudência, atingindo questões que vão do Direito Constitucional ao Direito Civil, passando pelos Direitos Tributário, Trabalhista, Comercial e, a partir de 1998, a Regulamentação dos Planos Privados de Assistência à Saúde.

2.1.2 A Autonomia do Direito Cooperativo

O reconhecimento do Direito Cooperativo como unidade didática autônoma tem como origem tanto aspectos de "*ordem sócioeconômica*", quanto "*científicos*".⁸⁵

Segundo Renato Becho, "uma 'parte' da Ciência do Direito passa a ser didaticamente autônoma quando tem características, normas e princípios regedores próprios, que não se encaixam na maioria das características, normas e princípios de outros ramos"; e isso ocorre no ambiente cooperativista, no qual, por meio de "uma organização empresarial", seus "associados visam uma melhoria de vida, um fim comum, de conteúdo econômico, a ser atingido em associação com outras pessoas que se encontram em situação paralela, procurando para tanto agir de forma não egoísta".⁸⁶

Nesse aspecto, o mesmo autor ainda ressalta que tais condições não *encontram semelhança com quaisquer outras no "universo jurídico"* brasileiro, inexistindo "outra forma associativa que possua essas mesmas características", considerando

⁸⁴BULGARELLI, **Regime...**, p.75.

⁸⁵BULGARELLI, Waldírio. **As sociedades cooperativas e a sua disciplina jurídica**. Rio de Janeiro: Renovar, 1998. p.121.

⁸⁶BECHO, **Elementos...**, p.30.

ultrapassada a argumentação simplista de serem as cooperativas entidades *sui generis* e argumentando que

ao lado das coletividades civis e das comerciais, devemos ter as sociedades cooperativas, como gênero próprio, regidas por regras próprias, com princípios, valores e éticas próprias, estudadas por um ramo academicamente autônomo do Direito, que é o Direito Cooperativo.⁸⁷

Evidenciada a existência de um Direito Cooperativo, para que as Cooperativas possam desempenhar suas atividades em benefício de toda a sociedade, será necessário que façam de acordo com seus princípios e determinações legais. Além do mais, o norte representado pelo Direito Cooperativo servirá tanto para orientar e auxiliar os cooperadores a obterem sucesso em sua empreitada quanto ao Estado, para que este possa certificar-se da correção das atividades realizadas pelas cooperativas.

2.2 OS NEGÓCIOS COOPERATIVOS

Considerando que as sociedades cooperativas se caracterizam por uma atuação diferenciada de mercado, não será possível uma perfeita compreensão da aplicabilidade dos conceitos de ato cooperativo sem que antes sejam identificadas as características dos diversos negócios cooperativos. Para tanto, serão utilizados os critérios de acordo com a concepção original de Walmor Franke⁸⁸, que dividiu as atividades das cooperativas em negócios-fim, negócios-meio, negócios-auxiliares e negócios acessórios (ou negócios-secundários ou supérfluos, segundo Renato Becho⁸⁹).

Antes, porém, deve-se ressaltar que parte da doutrina não considera útil a utilização de critérios ligados ao conceito de negócios cooperativos. É o caso de Flávio Prado, que se associa ao posicionamento de Fábio J. de Carvalho e Maria I. Murgel,

⁸⁷BECHO, **Elementos...**, p.53.

⁸⁸FRANKE, Valmor. **Direito das sociedades cooperativas (direito cooperativo)**. São Paulo: Saraiva & Editora Universidade de São Paulo, 1973. p.23-31.

⁸⁹BECHO, **Elementos...**, p.158 e 161.

entendendo "não ser relevante", para as questões que envolvem o ato cooperativo, "dividirmos os atos praticados pelas cooperativas em negócios-fim, negócios-meio, negócios acessórios e negócios auxiliares".⁹⁰ Tais autores consideram que, na ocorrência de um negócio que envolva uma cooperativa, no qual estejam presentes em pelo menos dois pólos esta cooperativa e um associado (que poderá ser outra cooperativa), pouco importa se no terceiro pólo se encontra um não-associado. Para estes autores, nesta hipótese, estar-se-á, de qualquer modo, diante de um ato cooperativo, desde que haja o cumprimento de finalidades institucionais às quais a cooperativa se propõe.⁹¹

Os negócios-fim, ao atenderem aos interesses dos sócios e aos objetivos sociais da sociedade, representam a essência do ato cooperativo em seu sentido restrito, pois representam negócios entre a sociedade e seus sócios, sem a participação de terceiros. Já os negócios-meio, ao representarem as atividades da cooperativa necessárias ao atendimento das disposições estatutárias, representam também o interesse dos sócios, mas nas relações entre a cooperativa e o mercado. Portanto, caracterizam-se como atos cooperativos no sentido amplo.

Mas, para que os atos cooperativos (negócios-fim e negócios-meio) possam ser executados, a cooperativa ainda necessitará realizar outros tipos de atividades não previstas nas disposições estatutárias.⁹² Já os negócios-acessórios, para os quais concordamos com Renato Becho, a melhor definição seria de negócios-secundários

⁹⁰PRADO, Flávio Augusto Dumont. **Tributação das cooperativas à luz do direito cooperativo**. Curitiba: Juruá, 2005. p.97.

⁹¹CARVALHO, Fábio J. de; MURGEL, Maria I. **IRPJ: teoria e prática jurídica**. 2.ed. São Paulo: Dialética, 2000. p.519.

⁹²É o caso, por exemplo, da contratação de uma empresa terceirizadora de serviços de conservação e limpeza para as dependências da cooperativa.

ou supérfluos, são todas as atividades que não representam objetivos estatutários e não são necessárias ao atendimento dos objetivos sociais da cooperativa.⁹³

2.2.1 Os Negócios Cooperativos nas Cooperativas de Consumo

Nas cooperativas de consumo: "o negócio interno, isto é, o fornecimento de bens e utilidades ao associado, somente é possível se anteriormente, a cooperativa adquiriu tais utilidades ou bens no mercado, mediante outro negócio, o negócio-meio".⁹⁴

Por meio de adaptação da figura esquemática inicialmente proposta por Renato Becho⁹⁵, tem-se que, ao comprar o bem ou serviço no mercado, a Cooperativa pratica uma relação unilateral, pois a figura do ato cooperativo só ocorre em um dos lados da relação, ou seja: $C \Rightarrow M$, onde C representa a Cooperativa e M o fornecedor presente no mercado. Tal equação caracteriza o ato cooperativo no sentido amplo.

Por outro lado, ao fornecer o bem ou serviço adquirido anteriormente no mercado ao sócio da Cooperativa, ter-se-á a equação: $S \Leftrightarrow C$, caracterizando uma relação bilateral, ou ato cooperativo em sentido restrito (onde S significa o sócio-cooperado).

Das duas hipóteses de ato cooperativo acima esquematizadas, ressalte-se que a primeira "não é tratada pela Lei das Sociedades Cooperativas e nem é extraída pela interpretação literal do conceito de ato cooperativo".⁹⁶

2.3 O ATO COOPERATIVO

O conceito de ato cooperativo nasceu das discussões iniciadas durante o I Congresso Continental de Direito Cooperativo, realizado na Venezuela em 1969, cujo

⁹³Exemplificado pela cooperativa médica que resolve participar acionariamente de um hospital privado.

⁹⁴BECHO, **Elementos...**, op. cit., p.159.

⁹⁵BECHO, **Elementos...**, p.159-160.

⁹⁶BECHO, **Elementos...**, p.161.

documento final ficou conhecido como Carta de *Mérida*. Tais discussões foram complementadas durante o II Congresso Continental de Direito Cooperativo realizado em *San Juan de Puerto Rico* em 1976. O conceito apresentou maior desenvolvimento na doutrina e na jurisprudência latino-americana, ao contrário do que ocorreu nos países europeus, onde raramente é utilizado.

Para Dante Cracogna, o ato cooperativo reconhecido pela legislação

constitui a pedra fundamental para definir e distinguir a atividade própria e peculiar que realizam as cooperativas frente às que desempenham as empresas com finalidade lucrativa, qualquer que seja a forma jurídica que venham a assumir. Precisamente neste ponto se radica, em essência, a diferença entre a economia de ordem cooperativa e a economia concorrencial [...].⁹⁷

De sua concepção original decorrem duas interpretações que têm sido causa de incompreensões e injustiças, na medida em que se identificam nítidos exageros, seja tendentes à demasiada proteção às sociedades cooperativas, seja o exagero do Estado na busca por maior volume de tributos e maior poder de interferência nas atividades cooperativistas.

O próprio movimento cooperativista reconheceu, durante o II Congresso Continental de Direito Cooperativo, ocorrido em Porto Rico, no ano de 1976, que o ato cooperativo possui "[...] dois alcances distintos que poderiam denominar-se **restrito e amplo**, respectivamente [...]".⁹⁸

Conforme apresentado por Flávio Prado, "dentre os que analisaram com profundidade o ato cooperativo e que concluíram pela concepção restritiva, podemos citar José Roberto Vieira", por meio de "voto proferido no Recurso Voluntário 110.926 em julgamento do Conselho de Contribuintes", nos seguintes termos:

⁹⁷CRACOGNA, Dante. **Problemas actuales del Derecho Cooperativo**. Buenos Aires: Intercoop, 1992. p.63. Tradução para: "*constituye la piedra de toque para definir y distinguir la actividad propia y peculiar que realizan las cooperativas frente a la que cumplen las empresas lucrativas, cualquiera sea la forma jurídica que ellas asuman. Precisamente allí radica, sustancialmente, la diferencia entre la economía cooperativa y la economía concorrencial [...]*".

⁹⁸BECHO, **Elementos...**, p.156.

O mandamento nacional mostra com clareza o assumir do enfoque restrito do ato cooperativo. [...] Igualmente **defeituoso e inconveniente** é esse outro argumento veiculado no mesmo recurso: '... o simples fato de terem sido praticados por terceiros ... também não desvirtua o seu caráter cooperativo, desde que utilizados para possibilitar a consecução da finalidade para a qual foi criada a cooperativa' (fls. 167). Defeito e inconveniência patentes, uma vez que se toma em consideração tão-somente o elemento funcional do ato cooperativo, sua finalidade, **olvidando por completo o elemento estrutural** do mesmo ato, seus sujeitos: e por motivos óbvios, desde que **é precisamente este último elemento, quanto aos sujeitos, que resta flagrante desatendido**. Mais gravemente viciosa e imprópria é a atitude científica de quem reconhece a existência do conceito legal de ato cooperativo, admitindo, no entanto, alargá-lo, para acolher em seu conteúdo os atos auxiliares. Trata-se de pecado cuja denúncia é impossível calar.⁹⁹ [grifos do autor]

Tanto o conceito restrito quanto o amplo prevêm que o ato cooperativo existirá somente quando decorrente de prática prevista nos objetivos sociais da cooperativa. O que diferencia o conceito de ato cooperativo em seu sentido restrito é, conforme posição de boa parte dos doutrinadores, que este ocorrerá somente nas relações entre a cooperativa e seus sócios, preservando o caráter de mutualidade absoluta. Já o ato cooperativo, quando considerado em seu sentido amplo, significa o posicionamento de outra boa parte da doutrina que entende ser necessária a extensão do conceito de ato cooperativo às relações existentes entre a cooperativa e terceiros, quando decorrentes das atividades da cooperativa com o mercado. São exemplos da primeira hipótese, as cooperativas de consumo que fornecem bens ou serviços exclusivamente para seus sócios. Exemplificam a segunda hipótese, as cooperativas de produção ou de trabalho que produzem bens ou fornecem serviços para o mercado.

Nesse aspecto, o legislador brasileiro, de acordo com o art. 79 da Lei n.º 5.764/71, determinou que:

Denominam-se atos cooperativos os praticados entre as cooperativas e seus associados, entre estes e aquelas e pelas cooperativas entre si quando associados, para a consecução dos objetivos sociais.

⁹⁹PRADO, op. cit., p.94.

Parágrafo único. O ato cooperativo não implica operação de mercado, nem contrato de compra e venda de produto ou mercadoria.

Tal posicionamento significa clara opção pelo conceito de ato cooperativo no sentido restrito¹⁰⁰. A título de exemplo pode ser lembrada a legislação argentina, a qual, conforme disposto no art. 4.º da Lei n.º 20.337, de 02.05.1973, determina que atos cooperativos, respeitando os objetivos sociais da empresa também "[...] o são, a respeito das cooperativas, os atos jurídicos que com idêntica finalidade realizem com outras pessoas"

O posicionamento do legislador argentino fica ainda mais claro ao observar-se a exposição de motivos da referida Lei argentina:

Quando a cooperativa realiza atos jurídicos com terceiros – é dizer, fora do âmbito interno – sempre opera em cumprimento de seu objeto social e consecução de seus fins institucionais, pelo que configuram ditos atos, a seu respeito, atos cooperativos,

Nesse caso, observa-se a adoção do conceito de ato cooperativo em seu sentido amplo. Autores como Cláudio Rubens Dufau e Marcelo E. Zarlenga, e Roberto J. Pastorio são defensores do posicionamento argentino, enquanto posicionam-se contrariamente Alfredo Althaus, Francisco J. Vélez e Roberto F. Bertossi.¹⁰¹

¹⁰⁰2.º Conselho de Contribuintes – 1.ª Câmara, Acórdão 201-75685, j. em 04.12.2001: "Em face do disposto no art. 79 da Lei n.º 5.764/71, o nosso direito positivo acolheu a concepção restrita de ato cooperativo, cuja definição legal é composta por dois elementos: um elemento estrutural, que identifica os sujeitos que nele podem tomar parte (exclusivamente cooperativas e associados), e um elemento funcional, que identifica a sua finalidade (os objetivos da cooperativa). Em consequência, os atos auxiliares ou acessórios, que envolvem relações com terceiros não associados, restam excluídos do conceito de atos cooperativos." Disponível em: <<http://www.conselhos.fazenda.gov.br/domino/Conselhos/SinconWeb.nsf/Ementa/44BC123BC9041D1C03256B1B000D503C?OpenDocument&posicao=DADOS13D4A2>>. Acesso em: 05 jul. 2007.

¹⁰¹BECHO, **Elementos...**, p.156.

Para Francisco Alves e Imaculada Milani, o que diferencia o ato cooperativo do ato não-cooperativo é a participação ou não, de terceiros.¹⁰² Já na legislação brasileira, para Renato Becho, a interpretação poderia ser diferente:

mesmo o legislador brasileiro não tendo denominado essa relação acessória de 'ato cooperativo', sendo este o principal e aquela o acessório, os efeitos deste seguem o daquele. Se o ato cooperativo (principal) não é uma 'operação de mercado', como declara o parágrafo único do artigo 79 da Lei 5.764/71, o negócio cooperativo (acessório), também não é uma 'operação de mercado', pelo menos para a sociedade cooperativa, nos termos da citada legislação argentina. Apenas se esclarece que esse negócio cooperativo só o é para a sociedade cooperativa, sendo unilateral. Disso decorre que, para a outra pessoa dessa relação, a definição de ser um negócio cooperativo não lhe diz respeito, aplicando-se sua lei de regência, independentemente desses conceitos.¹⁰³

Assim sendo, a compreensão lógica é a de que todas as atividades que envolvam objetos previstos estatutariamente e realizados dentro dos princípios cooperativistas devam ser chamadas de atos cooperativos.

Há quem considere que a falta de clareza de redação do art. 79 da Lei n.º 7.656/71 seja causa de interpretações indevidas, geradoras de prejuízos às cooperativas, assim como fragilidades e contradições doutrinárias. Tais contradições são exemplificadas nas opiniões de João Bellini Jr. - que, embora adotando apenas a concepção restritiva do ato cooperativo, considera que as operações externas "não geram lucro para a sociedade", com os resultados positivos dessas operações constituindo "sobras a serem distribuídas aos associados, de forma proporcional às operações de cada um"¹⁰⁴ - e de Pedro Anceles, autor que, ao mesmo tempo em que afirma que o "conceito do art. 79 exclui os atos praticados por terceiros, ... por faltar-lhes o requisito de estar em ambos os lados da relação negocial [...]" também

¹⁰²ALVES e MILANI, op. cit., p.81.

¹⁰³BECHO, **Elementos...**, p.158.

¹⁰⁴BELLINI JÚNIOR, João. Sociedades cooperativas: regime jurídico e aspectos tributários. **Revista de Estudos Tributários**, Porto Alegre, v.1, n.4, p.11-20, nov./dez.1998.

reconhece que os resultados obtidos pelas cooperativas agrícolas, com as vendas a terceiros de produtos recebidos de associados, devem ser destinados à distribuição entre os cooperados. Situações essas que, contraditoriamente à posição inicial dos autores, caracterizam o ato cooperativo.¹⁰⁵

Nesse sentido, em parte discordando da opinião de Flávio Prado, considera-se que o texto da Lei n.º 5.764/71 é suficientemente claro e preciso no que diz respeito à definição de ato cooperativo. A verdadeira falha do texto legal brasileiro reside no fato de que este não prevê, de forma clara, a exata extensão e definição para os atos cooperativos, quando relacionados aos negócios-meio, que também são essenciais ao atendimento das determinações estatutárias.

Pois se os negócios-fim (ou atos cooperativos – sentido restrito), nas disposições da lei especial cooperativista, são claramente diferenciados das eventuais operações de mercado efetuadas pelas cooperativas, caracterizando-os como atos submetidos à não-incidência tributária, já os negócios-meio (ou atos cooperativos – sentido amplo), por constituírem operações de mercado (pelo menos sob o ponto de vista do terceiro envolvido na operação), são os efetivos destinatários das determinações constitucionais para um adequado tratamento tributário. Tal adequação, no entanto, poderá ser obtida somente por opção do legislador, na figura de isenções ou incentivos fiscais, como única forma por meio da qual venha a ser atendida a previsão do art. 146, III, c, da Constituição Federal brasileira.

Assim sendo, o que garante a ocorrência dos atos cooperativos são duas condições concomitantes:

- 1) Que estes sejam decorrentes do atendimento dos objetivos estatutários, também chamados de atividades típicas, que nas relações com seus sócios caracterizam o ato cooperativo – sentido restrito – e nas relações com terceiros caracterizam o ato cooperativo – sentido amplo;

¹⁰⁵PRADO, op. cit., p.89-91.

- 2) Que, em se tratando de uma atividade típica, esta não ocorra com alguém que, por desempenhar as mesmas atividades econômicas objetivadas pela cooperativa, muito embora não sendo sócio, poderia vir a sê-lo. O que, caso ocorresse, estaria caracterizado o ato não-cooperativo.

2.3.1 O Ato Cooperativo e a Jurisprudência Brasileira

Não havendo jurisprudência do Supremo Tribunal Federal relativa à análise da efetiva extensão do ato cooperativo, Flávio Prado resume a análise da jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, reconhecendo que o STJ tem adotado a concepção restrita do ato cooperativo. No caso específico das cooperativas médicas, o STJ vem entendendo que a receita das cooperativas médicas oriundas da venda de planos de saúde caracteriza ato-não cooperativo em função de que os clientes de uma determinada cooperativa não são, via de regra, os médicos sócios da cooperativa.¹⁰⁶

Porém, do exposto anteriormente, pode-se concluir que, se de um lado as decisões são baseadas na concepção restrita de ato cooperativo, de outro, a tributação dos negócios-meio não significa que estes não se constituam em atos cooperativos. Pois o ato cooperativo vinculado a negócios-meio envolve um negócio no qual, para um dos pólos, efetivamente ocorre uma operação de mercado. Portanto, deve ser adequadamente tributado, de acordo com a opção do legislador. Assim, o estabelecimento de critérios de diferenciação adequados para estas atividades, em especial por meio da legislação cooperativista, poderia evitar grande parte das discussões judiciais, assim como diminuiria as condições que propiciam as injustiças que atualmente são praticadas contra as cooperativas brasileiras.

2.4 PRINCÍPIO DO EXCLUSIVISMO, ATO NÃO-COOPERATIVO E MUTUALISMO

A maior parte das atuais legislações dos diversos países não se apresenta como impeditiva do relacionamento da cooperativa com não-sócios. Note-se que o princípio do exclusivismo, quando existente, se refere especificamente às atividades

¹⁰⁶ STJ – Resp. 254.549/CE – Rel. Min. José Delgado – DJU 18.09.2000. Disponível em: <http://www.stj.gov.br/webstj/Processo/JurImagem/frame.asp?registro=200000339776&data=18/09/2000>. Acesso em 03 jul. 2007.

típicas de cada cooperativa, ou seja, proíbe a realização, com terceiros, de atos normalmente praticados com seus sócios (atos não-cooperativos).

No Brasil, a Lei n.º 5.764, de 16.12.1971, prevê expressamente em seus artigos 85 e 86, a possibilidade de as cooperativas "adquirirem produtos de agricultores, pecuaristas ou pescadores não associados, para completar lotes", e fornecerem "bens e serviços a não associados", respectivamente, com o que concordam diversos autores, tais como Reginaldo Lima; Francisco Alves e Imaculada Milani, Renato Becho, Flávio Prado e Waldírio Bulgarelli etc.

Por esse motivo: "Adotar o princípio do exclusivismo é uma decisão legislativa ou uma opção que se deixa a cargo dos fundadores ou dos sócios da cooperativa", pois a "mutualidade pura ou rigorosa equivale em significância ao exclusivismo, sendo apenas terminologia diversa". Ao avaliar-se apenas literalmente o conceito legal de ato cooperativo, poderá parecer, ao observador desavisado, que "todo ato praticado entre uma cooperativa e outra pessoa física ou jurídica qualquer, que não associada, é ato não-cooperativo", ou seja, que "tudo o que não fosse ato cooperativo seria ato não-cooperativo".¹⁰⁷ É exatamente a compreensão de tais erros que poderá impedir grande número de injustiças, visto que quatro são as hipóteses de relacionamento, cada qual com suas respectivas implicações legais:

- Hipótese 1: Relacionamento da Cooperativa com seus sócios, visando ao atendimento dos objetivos sociais. São os chamados atos cooperativos - sentido restrito, decorrentes obrigatoriamente de negócios-fim. São os atos típicos da cooperativa. A sua inexistência significaria a inexistência da cooperativa.
- Hipótese 2: Relacionamento da Cooperativa com terceiros, por meio de atos normalmente praticados com seus sócios. São os chamados atos não-cooperativos. Podem ocorrer na forma de negócios auxiliares ou de negócios supérfluos, mas nunca como negócios-fim, ou negócios-

¹⁰⁷BECHO, **Elementos...**, p.168-170.

meio. Em verdade, os atos típicos da cooperativa, quando praticados com terceiros, não têm previsão estatutária;

- Hipótese 3: Relacionamento da Cooperativa com terceiros, como parte essencial das atividades da cooperativa, no atendimento de seus objetivos estatutários. São os atos cooperativos em seu sentido amplo, praticados por meio de negócios-meio, sem os quais não seria possível a atuação da cooperativa.
- Hipótese 4: Relacionamento da Cooperativa, com sócios ou com terceiros, porém não atendendo aos objetivos sociais. Poderão ocorrer como negócios auxiliares, ou como negócios supérfluos, não representando nem ato cooperativo, nem ato não cooperativo, apenas negócios cooperativos.

Da interpretação das quatro hipóteses apresentadas, conforme Renato Becho, "*A ausência jurídica de norma 'expressa'*" sobre a questão não atrapalha que as "*conclusões sejam jurídicas*". Discorda-se, porém, do autor quando este argumenta que: "No ato não-cooperativo, saiu o associado e entrou o não-associado. E continua sendo 'negócio cooperativo interno' ou 'negócio-fim', mas não ato cooperativo". Considera-se que ao deixar de praticar atividades definidas estatutariamente com seus sócios, e passar a praticá-las com terceiros, isto se fará sempre de forma voluntária, funcionando como negócios auxiliares (se absolutamente necessários à viabilização da cooperativa) ou negócios supérfluos (quando realizados por liberalidade da cooperativa). Não sendo atos cooperativos, representando relação com terceiros, originam recursos para a cooperativa que necessitam ser alocados no Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social (FATES), visto que, em caso contrário, caracterizariam a existência de lucro, vedado pela legislação cooperativista brasileira. Além do mais, tais atividades em nada difeririam das praticadas pelas demais formas jurídicas empresariais.¹⁰⁸

¹⁰⁸BECHO, **Elementos...**, p.171-173.

Nesse aspecto Renato Becho refere-se ao fato de que:

Muitas vezes a prática de atos não-cooperativos é uma exigência imposta pela realidade econômica, quando sua realização pode impor um sacrifício demasiado alto para os associados (imaginem-se, por exemplo, uma cooperativa habitacional que, diante da desistência de um sócio, que deixou a sociedade, tenha que dividir os custos da obra do retirante tendo alguém disposto a comprar o imóvel, mas que não queira, por motivos pessoais, aderir à sociedade) (...) os resultados obtidos diretamente com atos não-cooperativos jamais podem ser partilhados em espécie, em pecúnia, para os associados. Isso os transformaria em pessoas que persigam o lucro puro e simples.¹⁰⁹

Com efeito, nas hipóteses previstas nos artigos 85, 86 e 88 da Lei n.º 5.764/71, a cooperativa realiza operações com não associados, de maneira que a relação do negócio jurídico passa a ser contratual, ou seja, um contrato de compra e venda ou um contrato de prestação de serviços, assim como são entendidos para todas as demais formas jurídicas empresariais. Porém, diferentemente das demais formas, os resultados advindos de tais operações receberão tratamento específico, pois o resultado positivo sofrerá contabilização diferenciada e estará sujeito à incidência de tributos, além de ser obrigatoriamente levado ao FATES, após a aprovação do balanço, conforme previsões constantes dos artigos 87 e 88.^{110,111}

Porém, ao contrário do posicionamento de Francisco Alves e Imaculada Milani, conclui-se que, indo além da exceção das previsões contidas nos arts. 86 a 88, não seja vedado às cooperativas realizarem outras operações com terceiros. Se assim o fosse, seriam ilegais todos os negócios auxiliares, os quais representam atividades necessárias para a cooperativa e em geral realizados por meio de relações contratuais com terceiros.

¹⁰⁹BECHO, **Elementos...**, p.184.

¹¹⁰ALVES e MILANI, op. cit., p.83.

¹¹¹Ressalte-se posicionamento discordante de Wilson A. Polônio – com o qual não concordamos – que considera não haver obrigatoriedade de alocação de sobras no FATES, de acordo com modificações inseridas no novo Código Civil Brasileiro. Nesse sentido, veja-se: POLONIO, Wilson Alves. **Manual das sociedades cooperativas**. São Paulo: Atlas, 2004. p.63-65.

Dentro dessa discussão, merece destaque a situação exemplar do caso das Cooperativas Médicas. Estas oferecem no mercado, por meio de planos de saúde, produtos ou serviços que incluem "eventuais serviços hospitalares e laboratoriais, prestados por terceiros contratados pela cooperativa [...]".¹¹² Não sendo tais serviços executados pelos sócios da cooperativa, mas sim por prestadores contratados pela Cooperativa Médica a fim de atender aos compromissos contratuais assumidos com seus clientes, estes se caracterizam como negócios-auxiliares da Cooperativa, necessários para que os serviços dos sócios da cooperativa possam ser prestados aos seus clientes (negócios-meio ou atos cooperativos – sentido amplo).

2.5 AS COOPERATIVAS E AS PESSOAS JURÍDICAS

Outro assunto de interesse é o estudo das condições e conseqüências relativas à participação das pessoas jurídicas em cooperativas, pois ao mesmo tempo em que se entende, como regra, que as "cooperativas foram criadas para agregar pessoas físicas", também "o legislador brasileiro autorizou, como hipótese de exceção, a participação de pessoas jurídicas", desde que estas sejam instituições sem finalidade lucrativa ou "exerçam atividades econômicas similares à dos associados pessoas físicas" conforme disposto no artigo 6.º, inc. I, da Lei 5.764/71¹¹³.

No que diz respeito à participação societária de Cooperativas em outras Cooperativas, como disposto no parágrafo único do artigo 8.º da Lei n.º 5.764/71, esta representa a aplicação do conceito de intercooperação em seu sentido mais abrangente. Poderá ocorrer por meio de simples vínculo societário ou ainda na forma de organização estrutural e (ou) associativa em nível longitudinal (Ex.: Federações e Confederações), ou em nível transversal (Ex. Centrais Cooperativas), de acordo com

¹¹²PRADO, op. cit., p.26.

¹¹³BECHO, **Elementos...**, p.176.

o Art. 8.º, Parágrafo único, da Lei n.º 5.764/71: *"Para a prestação dos serviços de interesse comum, é permitida constituição de cooperativas centrais, às quais se associam outras cooperativas de objetivo e finalidades diversas."*

Quanto às demais pessoas jurídicas, ressalte-se que os projetos de lei cooperativista (cuja votação é desde longa data aguardada) prevêm a livre adesão de pessoas jurídicas.¹¹⁴ É o que já acontece na grande maioria dos países, onde o cooperativismo representa uma poderosa arma na defesa das micro, pequenas e médias empresas diante do poderio do capital internacional dominado pelas megacorporações.

2.6 AS GRANDES COOPERATIVAS

Como ressaltado por Flávio Prado, não são poucas as dificuldades de serem protegidos os princípios cooperativos nas cooperativas que apresentam grande crescimento e (ou) que passam a operar com *"faturamentos elevadíssimos e com enorme número de associados"*. Mas, por outro lado, não é aceitável que "a melhor solução seja tratar as cooperativas da mesma forma com que se tratam as empresas mercantis.", sendo

mais adequado ao texto constitucional [...] desconsiderar as 'pseudo-cooperativas', ou seja, aquelas que comprovadamente não praticam os ideais cooperativos, em vez de desconsiderar todo o ideal solidário, tão nitidamente apoiado por nossa Carta Magna, e jogar todas as cooperativas na vala comum das empresas mercantis.¹¹⁵

Nesse aspecto, destaca-se a importância do conceito de negócios-fim e de negócios-meio para uma cooperativa. A realização dos negócios-fim, necessariamente decorre de relações internas da cooperativa com seus cooperados. Assim, por maior que seja a sua escala, jamais resultará em deformação dos ideais coope-

¹¹⁴Veja-se o Projeto de Lei do Senador Osmar Dias n.º 171, de 1999. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/web/senador/odias/trabalho/Projetos/Projetos/Projeto1999/pls171.htm>>. Acesso em: 04 jul. 2007.

¹¹⁵PRADO, op. cit., p.83.

rativistas. Os ideais envolvidos, assim como os resultados obtidos pelos negócios-fim, serão semelhantes tanto para o complexo cooperativo de Mondragón, na Espanha, quanto para uma pequena cooperativa de produtores rurais no interior do Brasil.

O risco para os ideais e princípios cooperativistas está na realização dos negócios-meio, pois neste tipo de negócios cooperativos, muito embora estes sejam essenciais à própria existência das cooperativas, haverá sempre uma relação entre a Cooperativa (e (ou) seus cooperadores) e um terceiro (não-sócio) da Cooperativa. Por não ser sócio da cooperativa, este último poderá inclusive estar em posição de extrema debilidade em relação ao eventual poderio de uma grande cooperativa. Nesses casos, pelo menos do ponto de vista do não-sócio, inexistirá influência do ideal ou dos princípios cooperativistas, nada mais havendo do que uma simples relação de mercado.

Assim sendo, quando este tipo de atividade começa a reproduzir-se em larga escala e sendo as cooperativas participantes de um mercado competitivo e globalizado, poderá haver a hipertrofia de processos e posturas que tendem a igualá-las às demais empresas comerciais tradicionais. Por tais razões, torna-se absolutamente justa e compreensível a vontade do legislador em prever um adequado tratamento dos atos cooperativos pela legislação tributária ou mesmo que suas atividades sejam reguladas como forma de proteção ao consumidor. Porém, uma vez definido pela Lei que "o ato cooperativo não implica operação de mercado, nem contrato de compra e venda de produto ou mercadoria"¹¹⁶, torna-se clara a noção de que o legislador brasileiro, ao referir-se ao ato cooperativo em seu sentido restrito, optou por proteger os negócios-fim (na condição de atividades eminentemente internas da cooperativa) de qualquer tributação ou interferência estatal.

Em outras palavras, é unicamente sobre as atividades decorrentes dos negócios-meio ou atos cooperativos – sentido amplo –, dos atos não-cooperativos e dos demais negócios auxiliares que se justifica a adequada tributação ou, ainda, o

¹¹⁶Art. 79, Parágrafo único, da Lei 5.764/71.

eventual controle externo das atividades de uma determinada cooperativa (seja este controle realizado pelo Estado ou por meio qualquer outro agente).

2.7 AS COOPERATIVAS E AS SOBRAS

A legislação da grande maioria dos países, como já visto, aceita a realização de operações entre cooperativas e terceiros. Porém, nas relações com terceiros, em especial nas grandes cooperativas, existe razoável discordância na doutrina e na jurisprudência quanto às questões tributárias e demais consequências legais decorrentes de tais atos.

Conforme argumentado por Rui Namorado, nas questões que envolvem as atividades exercidas pela cooperativa perante seus sócios e terceiros, o processo mutualístico (ou caráter exclusivista de uma cooperativa) destaca a regra da *"dupla qualidade"* como meio de eliminação do conflito. Permite "a junção em cada cooperador das duas qualidades que estão distribuídas por sujeitos diferentes", de maneira que tais qualidades, quando fora do movimento cooperativista, passam a ocupar *"posições conflituais"*. Mas, lembra o autor, que "no caso de não se admitirem expressamente as operações com terceiros" tais legislações estariam apenas permitindo que os *"burocratas"* venham a "procurar nesse silêncio pretextos para novas obstruções e discriminações".¹¹⁷ Em especial quando não existe uma correta interpretação do que significam os resultados decorrentes das atividades cooperativistas, o que poderá variar de acordo com o que seja concebido como conceito de lucro: entendido como "remuneração do risco corrido pelos investidores" ou como "resultado da exploração da força de trabalho, possibilitada pela supremacia dos detentores do capital". Caso aceita apenas a primeira hipótese de interpretação, não existiria qualquer diferença fundamental entre o lucro capitalista e as sobras cooperativistas. Mas se, por outro lado, a interpretação ocorrer de acordo com a segunda hipótese, serão

¹¹⁷NAMORADO, *Introdução...*, p.185.

facilmente identificadas as fundamentais diferenças entre as cooperativas e outras formas societárias atuantes no mercado, visto que o modelo empresarial cooperativista objetiva fundamentalmente colocar o capital a serviço do trabalho¹¹⁸. Desta forma, tais interpretações levam à necessária conclusão de que é possível afirmar que o cooperativismo represente um movimento que se contraponha a apenas uma das vertentes do lucro, ou ainda, conforme Orlando de Carvalho, que as cooperativas possam ter como objetivo necessário a "obtenção de um ganho, ou de um excedente socialmente legítimo".¹¹⁹

¹¹⁸NAMORADO, **Introdução...**, p.277.

¹¹⁹CARVALHO, Orlando. *Direito das empresas: introdução*, Coimbra: Fac. De Direito da Univ. de Coimbra (policop). 1977. p.7. Citado por NAMORADO, **Introdução...**, p.270-71.

CAPÍTULO 3

COOPERATIVISMO DE SAÚDE NO BRASIL:

COOPERATIVIDADE E PRINCIPAIS IMPLICAÇÕES LEGAIS

Uma vez reconhecidas as principais características legais e operacionais das Cooperativas em termos gerais, faz-se necessária uma análise específica da atuação das cooperativas brasileiras na área da saúde.

Palavras como as emitidas por G. Davidovich representam muito bem a importância do movimento cooperativista para as sociedades em que está instalado: "Países com poderosos movimentos cooperativos são financeiramente sólidos. As cooperativas ajudam seus associados a trabalhar melhor, a melhor produzir, a melhor utilizar suas rendas, a melhor economizar."¹²⁰

Expandindo sua atuação para a área de saúde, destaca-se a importância do ideal cooperativista como fonte de soluções que conjuguem atividades empresariais características do setor privado, com os benefícios sociais que gera, fazendo do cooperativismo uma excelente alternativa de complementação às atividades do Estado.

Cooperativas são instituições "que têm por objetivo a prestação de serviços aos próprios associados", nas quais "as pessoas se reúnem com o propósito de solucionarem uma necessidade comum ao grupo".¹²¹ Se as necessidades se relacionam à produção de bens ou oferta de serviços, estar-se-á diante de uma Cooperativa de Produção. Se estas decorrem da necessidade de obter-se um determinado bem ou serviço, estar-se-á diante de uma Cooperativa de Consumo. No setor de saúde, existem Cooperativas atuando em ambas as formas do cooperativismo.

¹²⁰DAVIDOVICH, G., citado por BULGARELLI. Regime Tributário das Cooperativas (À luz da nova Lei cooperativista nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971). São Paulo: Saraiva, 1974. p.12. e PRADO, op. Cit., p. 145.

¹²¹ALVES e MILANI, op. cit., p.51.

3.1 COOPERATIVAS DE TRABALHO MÉDICO-ODONTOLÓGICAS

Para Francisco Alves e Imaculada Milani:

A cooperativa de serviços corresponde, na classificação de Alfredo Buzaid, à cooperativa de produção. [...] Quando tais cooperativas destinam-se à prestação de serviços a terceiros, seus integrantes reúnem seus bens e os instrumentos necessários à prestação de serviços de sua especialidade com o objetivo de eliminar a figura do patrão. Profissionais das mais diversas áreas, como médicos, dentistas, taxistas, têm se utilizado dessa modalidade de sociedade cooperativa.¹²²

Segundo Bulgarelli, as cooperativas de produção

se destinam a congregar os trabalhadores para, organizando-os, prover-lhes as necessidades de trabalho, eliminando o assalariado e o patrão, e aparecendo, assim, a produção para o mercado, do ponto de vista jurídico, como resultado do seu objetivo principal, que não é o de simplesmente produzir, mas o de criar as condições para que os seus associados produzam.¹²³

Para Carlos Queiroz, uma cooperativa de serviços e trabalho

organiza e orienta o trabalho dos seus sócios, negocia melhor os contratos de fornecimento de serviços, congregando trabalhadores, ordenando as categorias profissionais e orientando-os no sentido de atender as demandas de mercado.¹²⁴

Outra característica importante das cooperativas de serviços é a que nestas inexistente trabalho subordinado, "uma vez que todos os associados dirigem o empreendimento".¹²⁵

¹²²ALVES e MILANI, op. cit., p.50.

¹²³BULGARELLI, **As sociedades...**, p.119.

¹²⁴QUEIROZ, Carlos Albero R. Soares de . **Manual da Cooperativa de Serviços e Trabalho**. 7ª. Ed Ver. Ampl. São Paulo: STS, 2003. p.26.

¹²⁵VIANA, Maria Julieta M., citada por ALVES e MILANI, op. cit., p.51.

Conforme palavras de Maria Viana,

É o caso dos médicos, que, eliminando a figura do patrão (o dono do hospital), reúnem seus bens e serviços para adquirir o imóvel, as instalações, os equipamentos e todo o material necessário à prestação dos serviços de saúde, os quais, pelo seu alto preço, seriam inacessíveis à maioria dos profissionais, isoladamente.¹²⁶

Acompanhando Bulgarelli, propiciar condições significa que não é a venda da produção o principal objetivo de uma Cooperativa. Isto evidencia a diferença entre o negócio-fim (ato cooperativo – sentido restrito), que é o ato de distribuir o resultado de suas atividades entre os sócios da cooperativa, sem a intermediação ou o lucro do patrão e o negócio-meio (ato cooperativo – sentido amplo), que representa a necessidade de venda do serviço ou produto no mercado para que, em função deste, possa vir a ocorrer a distribuição dos resultados decorrentes dessas atividades.

Porém, cooperativas de produção, como é o caso das Cooperativas Médicas e Odontológicas, se relacionam no mercado com terceiros compradores de tais serviços, sendo necessária uma perfeita compreensão das conseqüências decorrentes de tais relacionamentos.

Quando o diploma legal (Lei n.º 5.764, de 16.12.71) determina, por meio do artigo 86, que *"as cooperativas poderão fornecer bens e serviços a não-associados, desde que tal faculdade atenda aos objetivos sociais e estejam de conformidade com a presente lei"*, de acordo com Renato Becho:

A única interpretação válida (compatível com o sistema) para essa norma é no sentido de que o fornecimento de bens e serviços a não-associados se refira àquelas pessoas que poderiam ser associadas e não querem. Se a norma quisesse indicar que não-associado é aquela pessoa que não é nem poderia ser associado (como fornecedores de energia elétrica, por exemplo), ela seria um 'non sense', ela estaria dizendo apenas que a cooperativa "poderia" fazer aquilo que ela "tem que" fazer para sobreviver e realizar sua função. Na linha do absurdo, seria o mesmo que autorizar uma pessoa a respirar ou a comer.¹²⁷

¹²⁶VIANA, Maria Julieta M., citado por ALVES e MILANI, op. cit., p.51.

¹²⁷BECHO, **Elementos...**, p.175.

Mas a própria conceituação do que significa a existência de terceiros na relação com uma cooperativa pode estar sujeita às mais variadas interpretações, pois diferentemente do posicionamento predominante na doutrina brasileira, Rui Namorado não aceita como terceiros de uma cooperativa de trabalho, por exemplo, os adquirentes dos serviços produzidos pela cooperativa¹²⁸; posicionamento este que parece inadequado quando sob análise do conceito de ato cooperativo e dos negócios cooperativos, conforme anteriormente apresentados.

Assim, no caso das Cooperativas Médicas, a venda dos serviços fornecidos por seus sócios configura o ato cooperativo em seu sentido amplo. O ato cooperativo – sentido restrito – de uma cooperativa médica é a distribuição entre aqueles do resultado da venda dos serviços no mercado. Porém, quando uma Cooperativa Médica atua como Operadora de Planos de Saúde, o que de fato ocorre é a venda de um Plano de Saúde. Significa riscos assumidos pela Cooperativa junto aos seus clientes e não exatamente a venda dos serviços prestados por seus cooperados. Equivale à situação de uma cooperativa agrícola que, ao invés de vender o trigo, resolve beneficiar o produto *in natura* para vendê-lo como biscoito industrializado.

Assim como na produção do biscoito – na qual, para que este possa chegar ao mercado, além do trigo, houve a necessidade de que tenha sido agregada uma série de outros produtos não fornecidos pelos próprios cooperados e, portanto, adquiridos no mercado –, para que o produto plano de saúde possa ser oferecido aos clientes da cooperativa médica, diversos serviços realizados por terceiros são necessariamente adquiridos pela cooperativa no mercado.

Disso podemos concluir que, em se tratando de ato cooperativo – sentido restrito –, a distribuição entre os sócios (realizada internamente) do resultado das vendas de seus serviços (realizadas externamente pela Cooperativa) estará livre de qualquer oneração fiscal e deverá se processar sem qualquer interferência estatal.

¹²⁸NAMORADO, **Cooperatividade...**, p.184.

Porém, a venda no mercado, efetuada pela cooperativa médica, dos serviços executados por seus cooperados, na condição de ato cooperativo – sentido amplo –, em respeito ao artigo 146 da Constituição da República e a critério do legislador complementar, deverá ser adequadamente tributado, assim como poderá estar sujeito às regras da legislação da saúde suplementar. Exemplo típico de adequação legislativa ocorreu no Município de Belo Horizonte, que reconheceu a importância do cooperativismo médico para a comunidade, estabelecendo para este tipo de cooperativas, por meio da Lei Municipal n.º 9.017, de 07.01.2005, a isenção tributária ao ato cooperativo médico – sentido amplo.¹²⁹

Porém, uma vez que o legislador opte pela tributação, o produto vendido deverá ser tributado como biscoito ou como plano de saúde, e não como trigo ou serviço médico, pois, conforme exposto por Renato Becho, a lei aplicável decorre do tipo de ato praticado com o terceiro. Ou seja, o enquadramento legal se dá de acordo com o ponto de vista do terceiro atingido pela atuação da cooperativa no mercado.¹³⁰

3.2 COOPERATIVAS DE CONSUMO AUTOGESTIONÁRIAS/COOPERATIVAS DE USUÁRIOS DE SAÚDE

Cooperativas de Consumo são aquelas nas quais "os consumidores se associam com o objeto de eliminarem o intermediário e, assim, obterem melhores condições na aquisição de bens e serviços essenciais às necessidades dos cooperados".¹³¹

¹²⁹MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE. Lei Municipal n.º 9.017, de 07 jan. 2005. Disponível em: <http://www.fazenda.pbh.gov.br/internet/legislacao/resultado.asp>. Acesso em: 04 jul. 2007.

¹³⁰BECHO, Renato Lopes. **Tributação das cooperativas**. 3.ed. rev., ampl. e atual. São Paulo: Dialética, 2005. p.182.

¹³¹ALVES e MILANI, op. cit., p.29.

Conforme ensina Celso Bastos,

[...] são os próprios consumidores [...] que promovem em comum a melhoria de suas economias individuais. Ela funciona para os próprios cooperados que a organizam. Assim, um consumidor, por exemplo, pode associar-se a outros para, por meio da cooperativa, adquirir bens e serviços pelas melhores condições.¹³²

A respeito das Cooperativas de Consumo, Rui Namorado afirma que "uma cooperativa de consumo, realmente, não compra para vender aos seus cooperadores, na medida em que, de facto, distribui entre os seus membros (internamente) o que em nome deles adquiriu (externamente)."¹³³

Assim, no caso de uma cooperativa autogestionária de saúde que ofereça coberturas de planos de saúde a seus sócios, o ato de distribuir entre eles os produtos ou serviços adquiridos no mercado caracteriza o ato cooperativo – sentido restrito. Portanto, não estará praticando operação de mercado, não estará constituindo fato gerador de tributação e nem sujeita à interferência externa. Ou seja, em respeito às determinações constitucionais e da lei especial, todo o relacionamento entre a cooperativa autogestionária e seus sócios terá como fonte reguladora as bases do Direito Cooperativo, assim como as definições da lei interna (de ordem estatutária e regimental).

Já a situação de uma Cooperativa Autogestionária que passe a também oferecer o produto Plano de Saúde a terceiros não pertencentes ao respectivo quadro social, estará realizando ato não-cooperativo. Nesta hipótese, o resultado destas operações não poderá ser distribuído entre seus sócios, deverá ser alocado no FATES e será submetido a tributação. Note-se que a realização de atos não-cooperativos faz com que tais atos não tenham direito a tratamento diferenciado ou prioritário, situação prevista apenas para os atos cooperativos – sentido amplo.

¹³²BASTOS, Celso. **Comentários à constituição do Brasil**. São Paulo: Saraiva, 1990. v.7. p.120.

¹³³NAMORADO, **Cooperatividade...**, p.100.

Da mesma forma, por haver relacionamento com terceiros, do ponto de vista da legislação da saúde suplementar, tais cooperativas passarão a ser autogestionárias para seus sócios, porém atuando como operadoras de medicina de grupo para seus clientes.

3.3 AS COOPERATIVAS E AS IMPLICAÇÕES LEGAIS

3.3.1 Principais Correlações com o Direito Constitucional

De acordo com as palavras de Canotilho: "Não há, pois, na constituição, simples declarações [...] a que não se deva dar valor normativo [...]"¹³⁴. No mesmo sentido, Paulo Barros de Carvalho ensina que: "A linguagem do direito positivo não faz programas, é usada em função prescritiva de condutas, é uma linguagem que veicula ordens que devem ser cumpridas."¹³⁵

Como escrito por Ênio Meinen: "[...] há de se ressaltar que o legislador constituinte fez inequívoca opção pelo desenvolvimento e pela consolidação do cooperativismo, elegendo-o como uma das grandes alternativas socioeconômicas de nosso país. [...]"¹³⁶

A Constituição da República faz referência às cooperativas em seis artigos, passando a existir diferentes repercussões das garantias constitucionais apenas quando analisadas perante o impacto da legislação dos planos privados de assistência à saúde.

¹³⁴CANOTILHO, J. J. Gomes. **Direito constitucional**. Coimbra: Almedina, 1993. p.185.

¹³⁵CARVALHO, Paulo Barros de. In: GRUPENMACHER, Betina Treiger (Coord.). **Cooperativas e tributação**. Curitiba: Juruá, 2001. p.64.

¹³⁶STJ. Súmula 262. Disponível em: <<http://www.stj.gov.br/webstj/Processo/Jurisp/Download/sumulas.txt>>. Acesso em: 04 jul. 2007.

No que diz respeito às oportunidades a serem exploradas pelas cooperativas atuantes no setor de saúde, destaca-se a previsão constitucional de que *"a lei apoiará e estimulará o cooperativismo e outras formas de associativismo"* (art. 174, § 2.º), deixando clara a intenção do constituinte em proteger e estimular o desenvolvimento do setor cooperativista.

3.3.2 Principais Correlações com o Direito Civil

O novo Código Civil, instituído pela Lei n.º 10.406, de 11.01.2002, ao tratar de matérias relacionadas às sociedades cooperativas (Subtítulo II, Capítulo VII, nos artigos 1093 até 1096), acabou por afetar diversas disposições da Lei n.º 5.764/71.

O art. 1.094 define as características obrigatórias das sociedades cooperativas. As principais modificações trazidas pela nova Lei são a dispensa de capital e a inexistência de número mínimo de sócios, enquanto o art. 1096 prevê que, nos casos de omissão da lei, devam ser *"aplicadas as disposições referentes à sociedade simples, resguardadas as características estabelecidas no art. 1094"*.

Após a vigência do novo Código Civil, uma das mais importantes distinções a serem enfatizadas é que foi expungido o termo *"associados"*, quando utilizado em referência aos sócios ou cooperados de uma cooperativa. Em respeito ao novo Código Civil brasileiro, o termo associado denotará vínculo a uma associação, tipo de pessoa jurídica também especificada no novo Código Civil, e que apresenta características próprias que as diferenciam claramente das sociedades cooperativas.

3.3.3 Principais Correlações com o Direito Tributário

Como observado por José Roberto Vieira, no que se refere à disciplina das cooperativas, persiste *"a interrogação quanto ao significado de **adequado tratamento tributário**"*, mas o sentido pretendido pelo legislador por meio do art. 146, III, "c", *"só pode ser perquirido à luz do art. 174, § 2.º, que ordena o apoio e o estímulo ao cooperativismo"*, o que, para o mesmo autor, *"nessa confluência normativa, tratamento adequado*

passa a significar necessariamente tratamento vantajoso, favorável, favorecido, privilegiado". Relembra ainda as palavras de Heleno Tôrres afirmando que "A definição de ato cooperativo ... ainda não foi bem explicitada...", sendo "fundamental para a investigação científica do direito cooperativo" (Reginaldo Ferreira Lima); e "tarefa de maior gravidade no estudo do fenômeno cooperativo." (Helder Gonçalves Lima).¹³⁷

3.3.3.1 Aspectos relevantes sobre a tributação das cooperativas do Setor de Saúde

De acordo com Renato L. Becho, e contrariamente ao posicionamento de Flávio Prado, Fábio Carvalho e Maria Murgel, acredita-se ser essencial a noção de que o tratamento do ato cooperativo, quando envolve terceiros em um dos pólos, por opção do legislador, pode impingir tratamento diferenciado. Tal diferenciação poderia vir a ser determinada tanto por uma legislação cooperativa específica de cada área de atuação (nos moldes do que ocorre em Portugal) quanto por meio da legislação não-cooperativa, ao tratar de assuntos especificamente ligados ao cooperativismo, especialmente na legislação tributária.

De acordo com o Art. 87 da Lei n.º 5.764/71:

Os resultados das operações das cooperativas com não associados, mencionados nos artigos 85 e 86, serão levados à conta do 'Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social' e serão contabilizados em separado, de molde a permitir cálculo para incidência de tributos.

O artigo 111 da mesma lei estabelece que:

Serão considerados como renda tributável os resultados positivos obtidos pelas cooperativas nas operações de que tratam os arts. 85, 86 e 88 desta lei.

Do exposto, conclui-se que os resultados decorrentes de atos não-cooperativos jamais reverterão diretamente para os sócios das cooperativas. Ao serem alocados

¹³⁷VIEIRA, José Roberto. Prefácio. In: PRADO, Flávio Augusto Dumont. **Tributação das cooperativas à luz do direito cooperativo**. Curitiba: Juruá, 2005. p.22.

no FATES, tais recursos poderão vir a ser utilizados pela cooperativa, mas em funções típicas do Estado, tais como *"educação, apoio técnico e estímulo social"*.¹³⁸

Portanto, ao praticar o ato cooperativo – sentido restrito –, a sociedade cooperativa beneficia diretamente o seu sócio e, indiretamente, toda a sociedade, permitindo o desenvolvimento econômico de seus membros por meio de atividades que se desenvolvem fora do ambiente de mercado, assim representando a essência do processo de organização da sociedade civil, semelhantemente ao que é objetivado pelo Estado.

Ao praticar o ato cooperativo – sentido amplo –, a sociedade cooperativa continua beneficiando diretamente o seu sócio e, indiretamente, toda a sociedade, porém, por meio de atividades de mercado que são geradoras de desenvolvimento econômico-social, semelhantemente ao papel das demais empresas, cuja principal e essencial diferença reside no fato de que as atividades cooperativistas acabam por eliminar o processo de concentração de riquezas decorrentes da geração de lucro existentes no processo de intermediação e de exploração do trabalho pelo capital.

De acordo com o art. 85 da Lei n.º 5.764/71, ao praticar o ato não-cooperativo, a sociedade cooperativa o fará não com o intuito de explorar o mercado, mas com o de permitir a viabilização operacional da sociedade. Porém, ao utilizar-se dos recursos ou do trabalho de terceiros, sem benefício direto aos seus sócios a atividade passa a se assemelhar àquela exercida pelo intermediário ou patrão, desta forma evidenciando a justeza da previsão legal brasileira, caracterizada por: 1) não incidência tributária para o ato cooperativo – sentido restrito; 2) adequado tratamento tributário para ato cooperativo – sentido amplo; 3) incidência tributária normal para o ato não-cooperativo.

Ressalte-se a que a diferenciação existente no que diz respeito às questões tributárias facilita a compreensão das diversas influências das proteções constitucionais e da legislação especial nas demais áreas jurídicas, incluindo as decorrentes da

¹³⁸BECHO, **Elementos...**, p.182.

legislação da saúde suplementar. Nela se torna evidente o impedimento de eventuais interferências estatais nas atividades caracterizadas como ato cooperativo – sentido restrito –, ou seja: aquele que, ocorrendo internamente na cooperativa, é regulado única e exclusivamente pela sua lei interna (Estatuto e regulamentos), localizando-se à distância do mercado, de maneira a configurar hipótese de não-incidência tributária, por representar iniciativa de organização da sociedade civil que propicia o desenvolvimento sócioeconômico dos sócios e substitui o papel do Estado, colaborando com o desenvolvimento da sociedade como um todo.

Já as atividades desempenhadas pelas cooperativas na forma de atos cooperativos – sentido amplo – (negócios-meio), por significarem atividades de mercado em um dos pólos (não-sócios da cooperativa), têm previsão constitucional para que sejam estimuladas e recebam proteção do Estado, o que poderá ocorrer por meio de leis e (ou) programas oficiais de favorecimento governamental, mas sempre a critério do legislador complementar ou ordinário, conforme o caso.¹³⁹ Sob o ponto de vista da legislação da saúde suplementar, significa que poderá haver algum tipo de proteção ou privilégio, mas somente como decorrência da vontade do legislador.

Tal diferenciação também importa aos próprios cooperativistas, pois a simples argumentação retórica, sem base em legislação específica que seja geradora de benefícios ou isenções, ligadas às condições operacionais e aos resultados dos negócios-meio das cooperativas (fato que vem ocorrendo em diversos setores do cooperativismo brasileiro) têm apenas prejudicado o esforço do movimento cooperativo em sua totalidade, visando à obtenção de uma legislação tributária mais justa para o setor, eis que à ação de não reconhecer a eventual incidência de um determinado tributo sobre o ato não-cooperativo (ou mesmo sobre os negócios-meio ou ato cooperativo – sentido amplo), corresponde sempre a reação do Estado em sentido contrário, com o eventual desenvolvimento de legislações que enquadram as coope-

¹³⁹BECHO, **Elementos...**, p.185.

rativas como se empresas mercantis típicas fossem, de maneira a gerar longas, desgastantes e caras disputas judiciais que de outra forma seriam desnecessárias. Logicamente, este é mais um dos motivos que justificam urgentemente a existência de uma nova legislação cooperativista, que atente para tais questões.

A doutrina é uníssona quanto ao entendimento de que é "incompatível com a Constituição Federal a interpretação de que por 'adequado tratamento tributário' não se deve entender tratamento tributário' privilegiado em relação às demais espécies de sociedades"¹⁴⁰. Esse posicionamento é reforçado pelas palavras de Betina T. Grupenmacher, para quem: "ante a natureza eminentemente constitucional das sociedades cooperativas, o constituinte entendeu por bem atribuir-lhes um tratamento diferenciado, mais benéfico em matéria tributária"¹⁴¹

No mesmo sentido Renato L. Becho, utilizando-se das palavras de Vittorio Cassone, conclui que: "[...] o Constituinte quis indicar ao legislador complementar para que o 'ato cooperativo' tenha de algum modo tratamento benéfico, único entendimento que reputamos cabível. [...]".¹⁴²

Porém, ao mesmo tempo em que o adequado tratamento tributário determinado pelo mandamento constitucional se interpreta em conjunto com o outro mandado, qual seja, o de estimular e favorecer o desenvolvimento do cooperativismo, não resta dúvida de que o legislador constituinte não deixou garantido que o ato cooperativo – sentido amplo – tivesse idêntico tratamento ao dispensado ao ato cooperativo – sentido restrito –; este último, sim, decorrente da interpretação literal da Lei e não sujeito a interpretações discordantes.

¹⁴⁰PRADO, op. cit., p.155.

¹⁴¹GRUPENMACHER, Betina Treiger. ISS sobre cooperativas de trabalho. In: BECHO, Renato Lopes (Coord.). **Problemas atuais do direito cooperativo**. São Paulo: Dialética, 2002. p.39-52.

¹⁴²BECHO, **Tributação...**, p.198.

De qualquer maneira, como decorrência da presente análise, poucos argumentos restariam em favor de outras interpretações, tais como as propostas por Fábio Carvalho e Maria Murgel, que defendem que o

tratamento tributário adequado ao ato cooperativo é aquele que neutraliza a carga tributária na atuação cooperativa, de modo que a arrecadação fiscal não exceda aquela que normalmente ocorreria caso o associado atuasse isoladamente, sem a 'ajuda' da cooperativa ¹⁴³

ou por Reginaldo Ferreira Lima, que advoga pela absoluta imunidade tributária no ato cooperativo, ou ainda Carlos Nascimento, para quem "todas as operações efetivadas pelas cooperativas, concebidas como atos cooperativos, estão fora do alcance do campo impositivo, porquanto cobertas pelo princípio da não-incidência, que afasta a tributação".¹⁴⁴ Nas questões envolvendo uma possível imunidade tributária para as cooperativas já existe inclusive posicionamento do STF que afasta tal possibilidade.¹⁴⁵ De acordo com as palavras de Flávio Prado: "[...] por serem pouquíssimos os precedentes que analisaram a necessidade de tratamento tributário diferenciado para as cooperativas, não nos é possível afirmar qual é a posição da jurisprudência daquela corte em relação a essa matéria." e "as decisões sobre essa matéria são, via de regra, data venia, mal fundamentadas"; sem que tenha havido interpretação definitiva "sobre o teor do art. 146, inc. III, 'c', da Lei Maior".¹⁴⁶

¹⁴³CARVALHO, Fábio Junqueira de; MURGEL, Maria Inês. A base de cálculo do PIS. In: BECHO, Renato Lopes (Coord.). **Problemas atuais do direito cooperativo**. São Paulo: Dialética, 2002. p.81.

¹⁴⁴LIMA, Reginaldo Ferreira, citado por PRADO, op. cit., p.159.

¹⁴⁵STF, RE 50.185/PE, Relator Ministro Victor Nunes Leal, DJU de 22.05.1963. Disponível em: <http://www.stf.gov.br/porta1/inteiroTeor/obterInteiroTeor.asp?numero=50185&classe=RE> e RE 141.800-1/SP, Rel. Min. Moreira Alves, DJU de 03.10.1997. Disponível em: <http://www.stf.gov.br/porta1/inteiroTeor/obterInteiroTeor.asp?numero=141800&classe=RE> . Acesso em 13 jul. 2007,

¹⁴⁶PRADO, op. cit., p.162

Já a jurisprudência do STJ tem reconhecido "as peculiaridades do ato cooperativo", eximindo-o "o quanto possível, de tributação";¹⁴⁷ tal fato representa a esperança de que os Tribunais possam proferir suas decisões tendo por base a perfeita compreensão quanto às características peculiares do cooperativismo.¹⁴⁸

A tributação das cooperativas médicas e odontológicas - O Decreto n.º 3.000 de 26.03.1999 (do Regulamento do Imposto de Renda) determina as hipóteses de não-incidência e de incidência dos tributos federais, em seus artigos 182 e 183 da seguinte forma:

Art. 182. *As sociedades cooperativas que obedecerem ao disposto na legislação específica não terão incidência do imposto sobre suas atividades econômicas, de proveito comum, sem objetivo de lucro (Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, art. 3.º, e Lei n.º 9.532, de 1997, art. 69).*

§ 1.º É vedado às cooperativas distribuírem qualquer espécie de benefício às quotas-partes do capital ou estabelecer outras vantagens ou privilégios, financeiros ou não, em favor de quaisquer associados ou terceiros, excetuados os juros até o máximo de doze por cento ao ano atribuídos ao capital integralizado (Lei n.º 5.764, de 1971, art. 24, § 3.º).

§ 2.º A inobservância do disposto no parágrafo anterior importará tributação dos resultados, na forma prevista neste Decreto.

INCIDÊNCIA

Art. 183. *As sociedades cooperativas que obedecerem ao disposto na legislação específica pagarão o imposto calculado sobre os resultados positivos das operações e atividades estranhas à sua finalidade, tais como (Lei n.º 5.764, de 1971, arts. 85, 86, 88 e 111, e Lei n.º 9.430, de 1996, arts. 1.º e 2.º):*

I - de comercialização ou industrialização, pelas cooperativas agropecuárias ou de pesca, de produtos adquiridos de não associados, agricultores, pecuaristas ou pescadores, para completar lotes destinados ao cumprimento de contratos ou para suprir capacidade ociosa de suas instalações industriais;

II - de fornecimento de bens ou serviços a não associados, para atender aos objetivos sociais;

III - de participação em sociedades não cooperativas, públicas ou privadas, para atendimento de objetivos acessórios ou complementares.

¹⁴⁷STF – Resp. 211.236/RS – Rel. Min. Paulo Medina – DJU de 10.03.2003. Disponível em: https://ww2.stj.gov.br/revistaeletronica/ita.asp?registro=199900365631&dt_publicacao=10/03/2003. Acesso em 03 jul.2007.

¹⁴⁸PRADO, op. cit., p.165.

Nas Cooperativas de Produção (de Trabalho Médico ou Odontológico), em especial quando atuantes como Operadoras de Planos de Saúde, ao exercerem relacionamento de mercado com prestadores de serviço de saúde não-sócios (pessoas físicas ou jurídicas que exerçam as mesmas atividades dos sócios), o Fisco tem, com alguma frequência, interpretado a natureza de tais atividades como caracterizadoras da existência de atos não-cooperativos.¹⁴⁹ Torna-se evidente que, para que tal risco seja eliminado, basta que todos os prestadores de serviços de saúde necessários ao atendimento das previsões estatutárias dessas cooperativas venham a ser admitidos como sócios.

Como ressaltado por Francisco Alves e Imaculada Milani,

a sociedade cooperativa é, com relação aos seus cooperados, essencialmente antiespeculativa. Os resultados positivos obtidos nas operações realizadas entre a cooperativa e seus associados são sobras e não lucros. Tais operações são definidas como atos cooperativos e não configuram relação contratual.¹⁵⁰

A proximidade no significado dos termos lucro e sobras, no caso das Cooperativas Médicas e Odontológicas acabam por apresentar repercussões sobre a eventual tributação das sobras oriundas das atividades da Cooperativa no mercado.

Conforme as palavras de Henilson Pontes:

os dois termos renda e lucro, ainda que não se identifiquem, são assemelhados, e estão marcados constitucionalmente pela mesma nota característica, pelo mesmo núcleo intangível – a aquisição e a disponibilidade de riqueza (acréscimo patrimonial).¹⁵¹

¹⁴⁹Tal raciocínio se baseia no fato de que o impedimento de admissão de prestadores de serviço por meio de critérios de inviabilidade técnica não se compatibiliza com o fato de tais prestadores serem necessários às atividades da cooperativa. Ou seja, caracterizaria acima de tudo, um processo de discriminação, proibido pela legislação cooperativista brasileira.

¹⁵⁰ALVES e MILANI, op. cit., p.93.

¹⁵¹PONTES, Henilson Cunha. A contribuição social sobre o lucro e os tratados para evitar a dupla tributação sobre a renda. In: ROCHA, Valdir de Oliveira (Coord.). **Grandes questões atuais de direito tributário**. São Paulo: Dialética, 1997. p.43/45.

Do constante no art. 146, III, c, da Constituição da República, a expressão "*adequado tratamento tributário ao ato cooperativo praticado pelas sociedades cooperativas*", se interpretada como mandamento de incidência de tributo sobre ato cooperativo (o que somente será possível nos resultados decorrentes dos atos cooperativos – sentido amplo – ou também chamados de negócios-meio), o responsável tributário é a cooperativa, o que leva à conclusão de que a distribuição das sobras entre os cooperados (o que ocorreria somente após a dedução dos custos operacionais e tributários) se daria da mesma forma como ocorre a distribuição de lucros nas demais sociedades, ou seja, na forma de rendimento não-tributável para seus sócios.

Já o ressarcimento aos cooperados pelos serviços por eles prestados junto à cooperativa, por representarem atos cooperativos – sentido restrito – (podendo ainda vir a ser contabilizados como despesas operacionais da cooperativa), não fará parte da base de cálculo para incidência dos impostos devidos pela Cooperativa, devendo ocorrer tributação sobre a renda apenas para a pessoa física cooperada.

Dessa forma, conclui-se que nas relações com terceiros, estabelecidas como negócios-meio (ato cooperativo em sentido amplo), uma vez adequadamente tributados, os resultados estão livres para serem rateados entre os sócios da cooperativa.

Porém, as sobras decorrentes das demais relações com terceiros (atos não-cooperativos, negócios auxiliares e negócios supérfluos) serão tributadas como se fossem realizadas por qualquer outro tipo de sociedade não-cooperativa, não poderão ser rateadas entre os sócios da cooperativa e deverão ser obrigatoriamente alocadas no FATES.¹⁵²

A tributação das cooperativas de consumo ou autogestionárias - Nas questões tributárias que envolvem as Cooperativas de Consumo, muito embora sob discutível legalidade, aplica-se a Lei n.º 9.532, de 10.12.1997, que em seu art. 69 determinou que às cooperativas com objeto social cuja finalidade seja a "*compra e o*

¹⁵²ALVES e MILANI, op. cit., p.94.

fornecimento de bens aos consumidores" deverá ser aplicada a "mesma tributação a que estão sujeitas as demais pessoas jurídicas."

Tal redação foi praticamente repetida no art. 184 do Decreto n.º 3.000 de 26.03.1999 (do Regulamento do Imposto de Renda), que, como visto anteriormente, determina também as hipóteses de não incidência e de incidência dos tributos federais:

Art. 184. *As sociedades cooperativas de consumo, que tenham por objeto a compra e fornecimento de bens aos consumidores, sujeitam-se às mesmas normas de incidência dos impostos e contribuições de competência da União, aplicáveis às demais pessoas jurídicas (art. 146) (Lei n.º 9.532, de 1997, art. 69).*

Da análise das disposições do Decreto n.º 3.000/1999, pode-se concluir que acertadamente o Estado reconhece a inexistência da relação de mercado nas atividades vinculadas ao ato cooperativo – sentido restrito –, ao mesmo tempo que aceita a existência, nestes atos, de uma finalidade econômica de proveito comum sem o objetivo de lucro, e garante a condição de não-incidência tributária nessas atividades.

Outra característica importante do referido documento é que também reconhece o ato cooperativo – sentido amplo – como sendo o atendimento aos objetivos sociais nas relações com terceiros, acertadamente colocando-o como hipótese de incidência. O mesmo ocorre com os atos não-cooperativos.

Mas, o texto, que nos demais artigos é suficientemente claro, deixa margem para possíveis interpretações inadequadas ao colocar como hipótese de incidência a *"compra e fornecimento de bens aos consumidores"* e o fornecimento destes bens para consumidores. Dessa forma, conduz à interpretação de que não estariam sujeitas aos mandamentos dos citados artigos da Lei, as cooperativas que comprassem serviços (e não bens), assim como, de acordo com o posicionamento de Francisco Alves e Imaculada Milani:

Cotejando-se os arts. 182 e 183 desse Regulamento, parece certo que a única interpretação que se pode extrair dos mencionados preceitos é a de que, só são tributáveis os resultados positivos advindos de operações

mercantis, que são aquelas que a cooperativa realiza com terceiros, ou seja, com não cooperados.¹⁵³

Assim sendo, para os mesmos autores:

Partindo-se desse pressuposto, o entendimento que se deve dar ao art. 184 do RIR e, por conseguinte, à norma do art. 69, da lei n.º 9.532/1997, é o de que as cooperativas de consumo só estão sujeitas ao imposto de renda, quando praticarem **atos não cooperativos**, isto é, comprarem ou venderem bens e produtos a **não associados**. Contrário senso, não incidirá referida tributação, quando os consumidores de bens e produtos forem os próprios cooperados, porque, nesse caso, a cooperativa estará realizando ato cooperativo, ou seja, atividade não lucrativa. Não havendo lucro, não pode haver a referida tributação.¹⁵⁴ [grifos no original]

Conforme lição de Pontes de Miranda, enquanto "O fim econômico, nas sociedades cooperativas, é *atingido* diretamente pelos sócios, em seus contatos com a sociedade", nas outras sociedades, com fins lucrativos, "O fim econômico, é *obtido* com a repartição do que a sociedade percebeu de lucro", sendo que "A diferença é sutil, porém sempre de máxima relevância"¹⁵⁵.

Portanto, se o fim econômico das cooperativas de serviços é atingido diretamente pelo prestador, o resultado econômico por este atingido poderá vir a ser tributado, seja diretamente, sendo contribuinte o sócio da cooperativa (como ocorre com o Imposto de Renda – IR), seja indiretamente, a Cooperativa, como no caso do Imposto Sobre Serviços (ISS) e das contribuições para o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

Existe entendimento pacificado de que os serviços prestados aos sócios, desde que respeitados os objetivos sociais da cooperativa (atos cooperativos –

¹⁵³ ALVES e MILANI, op. cit., p. 96-97

¹⁵⁴ ALVES e MILANI, op. cit., p. 96-97.

¹⁵⁵ MIRANDA, Pontes de. **Tratado de direito privado**. Parte Especial. T. XLIX, p.434. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Borsoi, 1965. p. 434.

sentido restrito – ou negócios-fim) não estão sujeitos à tributação.¹⁵⁶ Para Francisco Alves e Imaculada Milani:

prevalece na doutrina o entendimento de que só é possível a tributação da cooperativa, pelo ISS, no que respeita aos atos não cooperativos. Assim, a cooperativa estará sujeita a essa tributação apenas se prestar serviços a terceiros e desde que tais serviços estejam elencados na lista anexa ao Decreto-lei n.º 406/1968.¹⁵⁷

Afirmar esta incompleta, em função de que a definição do termo ato não-cooperativo, como já visto, não engloba o termo ato cooperativo – sentido amplo –, também praticado com terceiros e, como visto, sujeito à tributação.

As cooperativas de produção (de trabalho médico ou odontológico) e

o ISS - O entendimento da Primeira Turma do STJ é de que as Cooperativas Médicas atuantes como operadoras de planos de saúde praticam apenas dois tipos de atos (atos cooperativos e atos não-cooperativos), o que, diante do já exposto, demonstra que o referido posicionamento deixa de diferenciar as duas modalidades de atos cooperativos.¹⁵⁸

Utilizando-nos do arrazoadado de José Roberto Vieira, entende-se que a venda, pela cooperativa, de serviços prestados por seus próprios sócios, desde que de acordo com os objetivos sociais da cooperativa, configura ato cooperativo – sentido amplo –, mas, em nenhuma hipótese, ato não-cooperativo.¹⁵⁹ Assim, uma análise criteriosa das regras legais do cooperativismo, conjugadas às da legislação

¹⁵⁶STJ, Resp. n.º 33.260/93-SP, 1.ª Turma, Rel. Min. Garcia Vieira: "Não estão obrigadas ao recolhimento do ISS as cooperativas médicas sem fins lucrativos, constituídas para prestar serviços a seus associados." Disponível em: <http://www.stj.gov.br/webstj/Processo/JurlImagem/frame.asp?registro=199300076590&data=07/06/1993>. Acesso em 13 jul.2007.

¹⁵⁷ALVES e MILANI, op. cit., p.100.

¹⁵⁸ALVES e MILANI, op. cit., p.101.

¹⁵⁹VIEIRA, op. cit., p.25.

tributária brasileira, demonstrará que o ato cooperativo – sentido restrito – é hipótese de não-incidência e jamais, de isenção.

Lançando mão das clássicas comparações de Geraldo Ataliba¹⁶⁰, a previsão de adequado tratamento tributário para o ato cooperativo não significa que todos os atos cooperativos necessitem de tratamento semelhante. Pois o ato cooperativo – sentido restrito –, representando os negócios-fim de uma cooperativa médica ou de taxistas, não é a venda dos serviços de seus cooperados para terceiros, mas sim a distribuição dos resultados conseqüente à eliminação da figura do patrão ou do intermediário. A venda dos serviços para terceiros é, em verdade, um negócio-meio, já que este é essencial para que a cooperativa possa cumprir seus objetivos sociais. Por essa razão, a lei jamais poderia obrigar uma cooperativa de médicos ou taxistas a atender somente aos seus sócios. Mas poderia prever a tributação para os atos praticados com terceiros, já que se não houvesse a cooperativa, o cooperador estaria prestando o mesmo serviço e sujeito à tributação.

Portanto, a operação de mercado que desenvolve uma Cooperativa Médica ou Odontológica (negócio-meio = ato cooperativo – sentido amplo) é a venda dos produtos ou serviços no mercado. Tais produtos ou serviços, uma vez colocados no mercado, serão tributados de acordo as previsões legais de cada área de atuação. Já o negócio-fim (ato cooperativo – sentido restrito) desta mesma cooperativa será distribuir entre seus sócios os recursos obtidos pela venda dos produtos ou serviços no mercado. Esta distribuição será feita por meio da remuneração do cooperado pelo serviços que aportou junto à cooperativa. As eventuais sobras decorrentes da obtenção de uma diferença entre o valor da remuneração dos serviços ou produtos oferecidos pelos sócios (custos) e o valor obtido pela venda destes serviços ou produtos (preço), deduzidas as despesas tributárias (impostos) e operacionais (taxa de ato cooperativo), representarão as sobras ou prejuízos da cooperativa, que serão posteriormente rateados.

¹⁶⁰ATALIBA, Geraldo, citado por BECHO. O conceito legal de ato cooperativo e os problemas para seu "adequado tratamento tributário". In: _____ (coord). **Problemas Atuais do Direito Cooperativo**. São Paulo: Dialética, 2002. p.269.

3.3.4 Principais Correlações com o Direito do Trabalho

A edição da Lei n.º 8.494, de 09.12.1994, incorporando o parágrafo único ao art. 442, da CLT, determinou que: *"Qualquer que seja o ramo de atividade da sociedade cooperativa, não existe vínculo empregatício entre ela e seus associados, nem entre estes e os tomadores dos serviços daquela"*, desta forma expandindo o conceito de inexistência de vínculo empregatício entre a cooperativa e seus sócios, conforme previsão constante do art. 90 da Lei n.º 5.764, de 16.12.1971.

Conforme posicionamento de Francisco Alves e Imaculada Milani, "embora implicitamente, é permitido o funcionamento das cooperativas de trabalho, cuja finalidade primordial é a intermediação de mão-de-obra", e apesar da clara previsão legal apresentada anteriormente, as chamadas "cooperativas de mão-de-obra" têm sido fonte de grandes embates doutrinários e jurisprudenciais, exemplificados pelo posicionamento de Iara Alves Cordeiro Pacheco, "eminente juíza do Tribunal Regional do Trabalho, da 15.^a Região, para quem, a inovação trazida pelo parágrafo único do art. 442, da CLT, é ilegal."¹⁶¹

Em determinadas circunstâncias, apesar de, em geral, as cooperativas brasileiras atuantes na área de saúde não se enquadrarem na categoria de cooperativas de mão-de-obra, elas efetivamente poderiam vir a sê-lo. Tal hipótese passa a ter maior importância se for considerado que, de acordo com o anteriormente exposto, os serviços ofertados por uma Cooperativa de Mão-de-Obra a terceiros-clientes representariam ato cooperativo – sentido amplo. Tal fato leva a que as consequências decorrentes desses atos, do ponto de vista do terceiro-cliente, devem ser avaliadas não mais exclusivamente de acordo com as normas do Direito Cooperativo, mas também e, essencialmente, de acordo com a legislação geral, e, mais especificamente neste caso, as do Direito do Trabalho. Em outras palavras, quando configurados como atos cooperativos – sentido amplo – a aplicação do parágrafo único do art. 442

¹⁶¹ALVES e MILANI, op. cit., p.40.

da CLT restaria prejudicada, pois tais atos apresentam características que definem a existência de vínculo trabalhista entre o sócio da cooperativa e a instituição contratante.¹⁶²

3.4 A COOPERATIVIDADE E SUAS IMPLICAÇÕES SOCIAIS

Dentro da análise do significado da cooperatividade como essência do verdadeiro cooperativismo, deve ser ressaltado que se, por um lado, a autonomia do Direito Cooperativo já foi plenamente justificada pela doutrina^{163,164,165,166,167}, de outro ainda existe discordância sobre qual base esta autonomia se assenta.

Para o jurista argentino Juan Carlos Carr, o Direito Cooperativo "trata dos atos cooperativos e suas conseqüências", da mesma maneira como o Direito Tributário lida com o tributo; já a doutrina européia dá ao ato cooperativo uma posição muito menos destacada, valorizando, acima de tudo, os princípios que essencialmente caracterizam o cooperativismo.^{168,169} Conforme proposto por Rui Namorado, os princípios estabelecidos pela Aliança Cooperativa Internacional são:

¹⁶²As relações entre os sócios de uma Cooperativa de Mão de Obra e os tomadores de serviços necessitam sofrer cuidadosa análise, uma vez que na hipótese de uma eventual demanda judicial de um cooperado insatisfeito, tal demanda seria definida tendo como base a única regulamentação legal eficaz sobre o terceiro, ou seja, a legislação trabalhista. Por outro lado, vale a ressalva de que se a eventual demanda judicial do mesmo cooperado insatisfeito ocorrer contra a Cooperativa (e não mais contra o terceiro tomador dos serviços), esta seria necessariamente definida com base nas normas do Direito Cooperativo.

¹⁶³BECHO, **Elementos...**, p.34.

¹⁶⁴BULGARELLI, **As sociedades...**, p.121.

¹⁶⁵CRACOGNA, op. cit., p.210.

¹⁶⁶NAMORADO, **Cooperatividade...**, p.101.

¹⁶⁷PRADO, op. cit., p.87.

¹⁶⁸CECCHERINI, Aldo. Le Società Cooperative, citado por BECHO, **Elementos...**, p.29.

¹⁶⁹VECCHI, Rosa. Le Società Cooperative, citado por BECHO, **Elementos...**, p.29.

directrizes normativas, que consubstanciam o essencial dos princípios cooperativos, são a verdadeira imagem da cooperatividade, que só pode considerar-se como verdadeiramente assumida pelas organizações que com elas se conformam. E não será ousado afirmar-se que só assim se poderá esperar que contribuam para enfrentar as dificuldades sentidas pelas comunidades em que se inserem.¹⁷⁰

O desrespeito aos princípios cooperativistas deve ser motivo de preocupação constante, já que as falsas cooperativas contribuem para macular a imagem do setor junto à sociedade, além de induzir o Estado a comportar-se como fonte geradora de dificuldades e impedimentos para o setor cooperativo.

Outro aspecto importante pode ser ressaltado nas lições de Marcelo Pimentel que, muito embora fazendo referência às Cooperativas de Trabalho, são palavras que se aplicam a todas às áreas em maior ou menor grau:

A cooperativa de trabalho pode ser excelente para os trabalhadores se realmente controlada por eles e levada a valorizar o trabalhador e não a cooperativa ou seus eventuais manipuladores. Pode ser, porém, um algoz do trabalhador, individualmente considerado, se nela prevalecer: nepotismo na distribuição das oportunidades de trabalho; o malbarateamento de receita em despesas desnecessárias; a quebra da equidade na devolução das sobras; ou a submissão aos interesses das empresas em detrimento de direitos possíveis para o trabalhador.¹⁷¹

A análise da atuação de uma Operadora de Planos de Saúde, tanto uma Cooperativa Médica quanto uma Cooperativa de Usuários, quando realizada sob o ponto de vista de um observador não afeito às características que diferenciam o movimento cooperativista, não identificará facilmente as grandes diferenças existentes na forma com que as diferentes modalidades de cooperativismo operam tais planos de saúde.

É essencial, porém, que essas diferenças marcantes sejam adequadamente identificadas e interpretadas tanto pelo Estado como pelos próprios cooperadores, motivo pelo qual se justifica uma rápida descrição das diversas formas jurídicas

¹⁷⁰NAMORADO, **Cooperatividade...**, p.90.

¹⁷¹PIMENTEL, Marcelo. Cooperativa de trabalho e relações de emprego. LTr, n.5, p.587. Citado por ALVES e MILANI, op. cit., p.51.

atuantes como Operadoras de Planos de Saúde de acordo com a RDC-ANS n.º 39, de 27.10.2000 e a Lei n.º 10.185, de 12.02.2001:

- a) Seguradoras: Sociedades seguradoras que operam o seguro enquadrado no art. 1.º, inciso I e § 1.º, da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, desde que estejam constituídas como seguradoras especializadas nesse seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades (Art. 1.º da Lei n.º 10.185/2001).
- b) Cooperativas Médicas: Sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16.12.1971, que operam Planos Privados de Assistência à Saúde (Art. 12 da RDC 39/2000).
- c) Cooperativas Odontológicas: Sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16.12.1971, que operam exclusivamente Planos Odontológicos (Art. 13 da RDC 39/2000).
- d) Autogestões: Entidades que operam serviços de assistência à saúde ou empresas que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, responsabilizam-se pelo Plano Privado de Assistência à Saúde destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, de uma ou mais empresas, ou ainda a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados. (Art. 14 da RDC 39/2000).¹⁷²
- e) Filantropias: Entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e tenham obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social CNAS e

¹⁷²A definição de autogestão foi posteriormente modificada pela RN 137 e RN 148, conforme analisado no Capítulo 5.

declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais (Art. 17 da RDC 39/2000).

- f) Administradoras de Planos de Saúde: Empresas que administram planos ou serviços de assistência à saúde contratadas por outra operadora. Portanto, não assumem o risco decorrente da operação desses planos e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada (Art. 11 da RDC 39/2000).
- g) Medicina de Grupo: Empresas ou entidades que operam Planos Privados de Assistência à Saúde, excetuando-se aquelas classificadas nas demais modalidades (Art. 15 da RDC 39/2000).
- h) Odontologia de Grupo: Empresas ou entidades que operam exclusivamente Planos Odontológicos, excetuando-se aquelas classificadas na modalidade contida na Seção III desta Resolução (Art. 16 da RDC 39/2000).

Em função da impossibilidade fática de que sejam isoladas as questões de ordem jurídica decorrentes das atividades das Cooperativas que atuam no setor de Saúde Suplementar dentro de um Direito exclusivamente Cooperativo, passa a ser fundamental a análise do ordenamento jurídico brasileiro, de forma sistemática, ao qual estão expostas as cooperativas que atuam na área da saúde, representadas, em especial, pelas questões de ordem societária, do direito do consumidor, do direito tributário, do direito constitucional e da legislação dos planos de saúde.

3.4.1 A Cooperatividade como Fator de Proteção para o Cooperativismo

Nas palavras de Renato L. Becho: "as particularidades das sociedades [...] devem ser acentuadas a cada instante, posto que foram criadas, historicamente, para ser uma reunião diferente de pessoas, com marcante cunho social", sendo que a falsa cooperativa que "cresce como erva daninha, empobrece o jardim e deve ser

combatida como praga".¹⁷³ Assim, não será por meio da análise dos meios de funcionamento da cooperativa, mas a correta observação do que caracteriza sua forma jurídica, que o estudioso do direito poderá identificar as particularidades que caracterizam as verdadeiras cooperativas. Pois a verdadeira essência do cooperativismo (cooperatividade) leva a que o objetivo fundamental da empresa cooperativa seja a prestação de serviços aos seus próprios sócios.

Nesse sentido, a figura do terceiro como partícipe (direto ou indireto) das atividades de uma determinada cooperativa precisa ser adequadamente tratada pelo legislador. Porém, de acordo com as palavras de José Roberto Vieira, torna-se viciosa e imprópria a interpretação que pretende estender todas as características do ato cooperativo em seu sentido restrito também aos negócios-meio ou negócios-auxiliares de uma cooperativa.¹⁷⁴

Em verdade, a insistência naquelas teses tem sido fator de geração de preconceitos contra o cooperativismo, já que ao observador externo passa a transparecer, em primeiro momento, nada mais do que uma mera tentativa de fraude objetivando algumas das vantagens (especialmente fiscais) destinadas especificamente ao setor cooperativista. Esta, evidentemente, a maior das motivações para a criação das falsas cooperativas.

Por outro lado, também é evidente a necessidade de que todos demais atos, além dos atos cooperativos – sentido restrito –, quando praticados em atendimento aos objetivos sociais das cooperativas, sejam reconhecidos como atos cooperativos – sentido amplo –, pois são estes os que garantem e viabilizam a atuação das cooperativas como participantes de qualquer mercado. Se assim não o fosse, inexistiriam as cooperativas de produção ou de prestadores de serviço. Apenas as de consumo.

¹⁷³BECHO, **Elementos...**, p.24.

¹⁷⁴Conselho de Contribuintes. Voto. José Roberto Vieira. Recurso Voluntário 110.926. Disponível em: <http://www.conselhos.fazenda.gov.br/domino/Conselhos/SinconWeb.nsf/Ementa/44BC123BC9041D1C03256B1B000D503C?OpenDocument&posicao=DADOS13D4A2>. Acesso em 04 jul.2007.

Fato este que não se coaduna com as determinações legais brasileiras, nem com a realidade do cooperativismo nacional ou internacional.

3.4.2 As Cooperativas como Fonte de Organização da Sociedade Civil e o Reconhecimento da Cooperatividade.

Para Pontes de Miranda, "A sociedade cooperativa é sociedade em que a pessoa do sócio passa à frente do elemento econômico e as consequências da pessoalidade são profundas, a ponto de torná-la espécie de sociedade."¹⁷⁵. Nas palavras de Renato Becho, a sociedade cooperativa "agrega as pessoas, confere cidadania para excluídos da Sociedade, democratiza as relações produtivas e muito mais". De acordo com o mesmo autor, na obra de Boaventura de Souza Santos, o cooperativismo é reconhecido como "uma das melhores e mais eficazes formas de opção para se produzir que não seja capitalista"¹⁷⁶: A "ampliação da democracia tem efeitos emancipadores evidentes, por cumprir a promessa de eliminação da divisão que impera hoje entre a democracia política, de um lado, e o despotismo econômico (...) do outro." ¹⁷⁷

O Estado não pode impedir ou mesmo dificultar qualquer iniciativa de ordem coletiva, em especial quando esta iniciativa venha a atuar em benefício de toda a sociedade e no combate à tendência de visões de cunho individualista e egoísta da sociedade.

Pelas suas próprias características, o sistema de saúde é um setor cujas soluções jamais poderão ser obtidas em nível individual. No setor da saúde, as soluções não são obtidas sob uma perspectiva individual, mas sob o ponto de vista coletivo.

¹⁷⁵ MIRANDA, Pontes de. **Tratado** ... T. XLIX, p.429.

¹⁷⁶BECHO, **Elementos**..., p.22.

¹⁷⁷SANTOS, Boaventura de Souza (Org.). *Produzir para viver: os caminhos da produção não capitalista*. 2 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005. p37.

Se o Estado não é capaz de oferecer tais soluções à totalidade da população, este não pode e não deve impedir que parte da sociedade ou toda ela se organize, para tanto, assumindo responsabilidades por meio de organizações de caráter mutualista ou cooperativista. Da mesma forma, a experiência internacional tem demonstrado a fundamental importância das empresas, que na condição de empregadoras, viabilizam sistemas de saúde coletivos subsidiados, tanto de forma direta, como ocorre no modelo totalmente privatizado norte-americano, quanto indiretamente, como nos sistemas socializados dos demais países desenvolvidos.

Especificamente no setor de saúde, a participação de pessoas jurídicas nas Cooperativas de Usuários Autogestionárias já é bastante freqüente. Muito embora, como visto anteriormente, inexistam restrições na atual legislação cooperativista brasileira, nas Cooperativas Médicas e Odontológicas a participação de instituições hospitalares e demais empresas prestadoras de serviços raramente ocorre.

No caso das Cooperativas de Usuários, o estímulo à participação das empresas (pois qualquer empresa com interesse em oferecer um sistema de saúde a seus colaboradores, sócios e diretores poderia fazê-lo) estimularia a participação do setor patronal no financiamento da saúde e facilitaria o enquadramento do princípio de patrocínio.

Nas questões que envolvem a intercooperação, como consequência das relações entre cooperativas de diversos setores, deve ser lembrado que, na ocorrência de relacionamentos entre cooperativas que não sejam sócias, estar-se-á diante da figura de um negócio cooperativo, mas não necessariamente de um ato cooperativo. De tal situação derivam duas importantes consequências de interesse prático:

- a) Se ambas as cooperativas estiverem realizando atos de atendimento aos seus respectivos objetivos sociais, estaria se caracterizando um negócio-meio, ou ato cooperativo em sentido amplo. Ocorre, por exemplo, quando uma Cooperativa Médica remunera uma Cooperativa de Anestesiologistas;
- b) Se ambas as cooperativas estiverem realizando atos não previstos em seus respectivos estatutos, seriam apenas negócios cooperativos, podendo

ser caracterizados como negócios auxiliares ou supérfluos, dependendo da situação.

Uma vez compreendidas as principais características do cooperativismo, e algumas de suas implicações no que se refere à atuação das cooperativas no setor de saúde brasileiro, passa-se a focar o estudo na análise da organização do sistema de saúde brasileiro e das correlações entre a legislação da saúde suplementar e as cooperativas que atuam neste setor.

PARTE II

**SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO, LEGISLAÇÃO DA
SAÚDE SUPLEMENTAR E AS COOPERATIVAS DE SAÚDE**

CAPÍTULO 4

O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Ligia Bahia e Ana Luiza Viana afirmam que "nos sistemas nacionais de saúde a oferta, o financiamento dos serviços são, em geral, prerrogativas da associação entre as iniciativas pública e privada". Porém, as mudanças decorrentes da reavaliação do papel do Estado ocorridas nas últimas décadas, geraram tendências voltadas para a "introdução de mecanismos de mercado" no setor de saúde da maioria dos países.¹⁷⁸

Tais circunstâncias significam que, independentemente da opção política de cada país, os modelos de assistência de saúde adotados estão inseridos dentro da chamada economia de mercado. A Inglaterra e o Canadá são exemplos de países inteiramente inseridos na economia de mercado mundial, porém adotam modelo estatizado de saúde. O Brasil, como país parcialmente instalado na economia globalizada, apresenta determinações constitucionais voltadas para o setor de saúde de ordem francamente estatizantes, porém permite grande participação da iniciativa privada.

As determinações constitucionais de cunho estatizante e socializante do sistema de saúde brasileiro esbarram no funcionamento inadequado e insuficiente das instituições, caracterizando-se pela carência de recursos e de processos adequados de gestão. Já o setor privado da saúde, possuidor de recursos e de mecanismos mais eficientes de gestão, esbarra na inacessibilidade para a grande maioria da população e nos constantes conflitos gerados pelo confronto da lógica do lucro dos operadores e dos prestadores, com a lógica da proteção dos interesses dos usuários e dos critérios de cidadania.

¹⁷⁸BAHIA, Ligia; VIANA, Ana Luiza. Introdução. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Regulação e saúde**: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2002. p.7.

4.1 ALGUNS ELEMENTOS HISTÓRICOS PARA A COMPREENSÃO DO SETOR PÚBLICO DE SAÚDE NO BRASIL

Para que se possa melhor compreender o sistema de saúde suplementar, assim como o papel das cooperativas e as repercussões sobre estas do processo regulamentatório, é essencial a compreensão histórica do desenvolvimento do setor de saúde brasileiro.

4.1.1 Surgimento de um Sistema Público de Previdência e Saúde

Até o Brasil Império inexistia qualquer modelo de saúde para a população brasileira. Assim, durante trezentos anos, as Santas Casas de Misericórdia e as enfermarias mantidas pelos jesuítas eram as únicas a prestarem atendimento hospitalar à população brasileira. A partir do século XVIII, com o confisco dos prédios anteriormente pertencentes aos jesuítas, foram instalados os primeiros hospitais destinados aos militares, os quais eram financiados pela família real, de maneira a evitar a necessidade de o governo remunerar o internamento de seus soldados nas Santas Casas.¹⁷⁹

Foi somente com a vinda da Família Real para o Brasil que, no ano de 1808, foram fundados por Dom João VI o Colégio Médico-Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador e a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro no Real Hospital Militar da mesma cidade.¹⁸⁰

Até o início do século XX, a atuação pública de saúde estava voltada exclusivamente para o atendimento das pestes que afligiam a população, principalmente

¹⁷⁹OLIVEIRA, Paula Maria de. **Hospital de São Sebastião (1889-1905)**: um lugar para a ciência e um lazareto contra as epidemias. Rio de Janeiro, 2005. 118 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. p.38.

¹⁸⁰POLIGNANO, Marcus Vinicius. História das políticas de saúde no Brasil. In: **Cadernos do Internato Rural**: Textos de Apoio. UFMG, 2001. p.3-4. Disponível em: <<http://internatorural.medicina.ufmg.br/textos.htm>>. Acesso em: 27 jun. 2007.

a varíola e febre amarela. A criação, em 1850, da Junta Central de Higiene Pública, com a incumbência de coordenar as Juntas Municipais de Saúde no combate à febre amarela representou a primeira iniciativa de organização de um serviço público de saúde.¹⁸¹

De acordo com Margarete Moraes, o sistema de saúde existente na capital do império era precário, no qual "os indigentes e os pobres eram assistidos em instituições filantrópicas ligadas à igreja católica, ou em entidades ligadas às colônias de imigrantes" e "o restante da população ou procurava um médico particular ou outros profissionais como cirurgiões, barbeiros, sangradores, curandeiros, parteiros e curiosos". Atuações efetivas do Estado na oferta de assistência à saúde da população (principalmente de nível hospitalar) eram quase inexistentes até a década de 1920.¹⁸²

4.1.2 O Surgimento da Previdência Social Brasileira

Na condição de economia basicamente agrícola de monocultivo do café, voltada essencialmente para o mercado internacional, até o início do século XX, foi pequeno o processo de industrialização no país. Com o progressivo processo de urbanização, ocorrido basicamente nos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro, desenvolveu-se concomitantemente a utilização de mão-de-obra de imigrantes nas novas indústrias que se instalavam (principalmente europeus, com destaque especial para os imigrantes italianos e suas idéias anarquistas). Diante da inexistência de garantias, benefícios ou quaisquer mecanismos de defesa para os trabalhadores, já experientes nas questões ligadas às lutas trabalhistas ocorridas na esteira da Revolução Industrial européia, estes imigrantes foram importantes no processo de organização do que se poderia chamar de classe operária brasileira, contribuindo

¹⁸¹OLIVEIRA, P. M. de, op. cit., p.30.

¹⁸²MORAES, Margarete Farias de. **Algumas considerações sobre a história dos hospitais privados no Rio de Janeiro**: o caso Clínica São Vicente. Rio de Janeiro, 2005. 119 f. Dissertação (Mestrado em História da Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz. p.14.

significativamente no sucesso das importantes mobilizações ocorridas no início do século XX, levando a que diversos direitos sociais pudessem ser obtidos.¹⁸³

A aprovação do Decreto n.º 4.682 (Lei Eloy Chaves), de 24.01.1923, representou o estabelecimento do primeiro sistema de previdência social brasileiro: a criação da Caixa de Aposentadoria e Pensão (CAP) dos trabalhadores de ferrovias. As CAPs eram sociedades civis, com interferência mínima do Estado, cuja administração era exercida por um conselho composto por empregados e empregadores. Segundo Mariana Batich:

A ordem de criação deste tipo de instituição previdenciária sempre foi determinada pela capacidade de mobilização e reivindicação dos trabalhadores por melhores condições de trabalho. Assim, o fato de os trabalhadores de ferrovia terem inaugurado o sistema deve-se menos à importância, para a economia nacional das atividades que desenvolviam, baseadas na exportação de produtos primários, do que à sua capacidade de mobilização para reivindicações de natureza trabalhista. Por este motivo, a previdência para o trabalhador rural não era cogitada, embora fosse elemento fundamental na produção do café, principal produto de exportação do país.¹⁸⁴

Apesar do grande crescimento do setor, contabilizando-se a criação de cerca de cento e oitenta Caixas em todo o Brasil, somente 40 anos mais tarde os trabalhadores rurais passariam a fazer parte do sistema previdenciário brasileiro.¹⁸⁵

Além das questões ligadas ao sistema de previdência social, a Lei Eloy Chaves, no art. 9.º, incluía como responsabilidade das CAPs: *"1 - socorros médicos em caso de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo teto e sob a mesma economia; 2 - medicamentos obtidos por preço especial determinado*

¹⁸³ POLIGNANO, op. cit., p. 6-7.

¹⁸⁴BATICH, Mariana. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v.18, n.3, p.33-34, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jul. 2007.

¹⁸⁵POLIGNANO, op. cit., p. 6-7.

pelo Conselho de Administração" e no art. 27 determinava também a responsabilidade pelos custos com acidente de trabalho.¹⁸⁶

De fato, o Estado brasileiro não participava do financiamento do sistema, pois a Lei Eloy Chaves determinava que as CAPs fossem mantidas pelas empresas (com 1% da receita bruta), pelos empregados das empresas (que contribuíam com 3% de seus salários), e pelos consumidores dos seus serviços. Cabia às próprias empresas a obrigação de recolhimento mensal das contribuições por meio de depósito em conta corrente bancária. Tal sistemática significava, na prática, que os clientes das respectivas empresas instituidoras de CAPs contribuíam para o sistema previdenciário dos trabalhadores por meio do aumento dos preços por elas praticados.¹⁸⁷

As transformações econômicas ocorridas na década de 1930, em grande parte decorrentes da crise do setor de exportação cafeeira, associadas ao aparecimento de classes de trabalhadores assalariados nas regiões mais industrializadas do país, induziram a uma maior participação do Estado nas relações de trabalho como tentativa de conciliar as tensões decorrentes do conflito capital/trabalho que naquele momento histórico afluíam. Como ferramenta desse processo intervencionista foram editadas normativas determinando a substituição das CAPs (baseadas no vínculo trabalhador/empresa) pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), centralizados nacionalmente e baseados na aglutinação por categorias profissionais.¹⁸⁸ Essa mudança significou que

¹⁸⁶Texto integral da Lei. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1923/4682.htm>>. Acesso em: 27 jun. 2007.

¹⁸⁷OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo; TEIXEIRA, Sônia M. F. Teixeira. (Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985. 360p. Citado por POLIGNANO, op. cit., p.3-4.

¹⁸⁸BAIMA, Francisco de Resende. **Análise de desempenho dos investimentos dos fundos de pensão no Brasil**. Florianópolis, 1998. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina. Item. 2.2 – Evolução da Seguridade Social n Brasil. Disponível em: <<http://www.deps.ufsc.br/disserta98/baima/>>. Acesso em: 27 jun. 2007.

A administração previdenciária deixou de ser então de responsabilidade de cada CAP, passando para a alçada do Estado, que instituiu, pela primeira vez na história do seu orçamento de custeio, os recursos necessários para desempenhar as novas tarefas, tornando necessária e legítima sua intervenção sobre os mecanismos de arrecadação e gestão das entidades previdenciárias.¹⁸⁹

O primeiro IAP a ser criado, em 1933, foi o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM), com o art. 46 da sua Lei de criação definindo como garantias a serem oferecidas: *"c) assistência médica e hospitalar, com internação até trinta dias; d) socorros farmacêuticos, mediante indenização pelo preço do custo acrescido das despesas de administração."*¹⁹⁰

Os IAPs (assim como as CAPs) foram criados à medida da força política e econômica das diversas categorias profissionais. À criação do IAPM seguiram-se: o IAPC (Comerciários), em 1934, o IAPB (Bancários), em 1934, o IAPI (Industriários), em 1936 e o IAPETEL (Estivadores e Transportadores de Cargas), em 1938.¹⁹¹

Não havia uniformidade nos valores e benefícios oferecidos pelo diversos IAPs. Os critérios de contribuição eram decididos livremente pelos próprios beneficiários, além de significar que somente poderiam usufruir destes direitos os trabalhadores participantes do sistema. Dessa forma, as categorias possuidoras de maiores níveis salariais eram também detentoras de maiores recursos, viabilizando a inclusão de serviços de assistência à saúde em suas coberturas.^{192,193}

¹⁸⁹BATICH, op. cit., p.33-34.

¹⁹⁰Interessante notar que o § 2.º do mesmo documento previa uma limitação financeira de *"8%, da receita anual do Instituto, apurada no exercício anterior"* para o custeio das despesas médico-hospitalares.

¹⁹¹BAIMA, op. cit.

¹⁹²OLIVEIRA, Jaira Calil Siqueira de. **Regionalização da assistência à saúde: um estudo dos limites da implantação da norma operacional de assistência à saúde NOAS na região norte do estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2006. p.26. Dissertação (Mestrado) - Campos de Goytacases - Universidade Estadual Fluminense. Disponível em: <www.uff.br/politicassocial/dissertacao/dissertacaoJairaOliveira.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2007.

¹⁹³COSTA, Ricardo Cesar Rocha da. Decentralization, financing and regulation: reform of the public health system in Brazil during the nineties. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, n.18, p.50, 2002.

As CAPs e IAPs se baseavam em sistemas solidários nos quais os recursos advindos dos trabalhadores ativos eram utilizados em benefício daqueles que se afastavam do trabalho, em função de idade ou do aparecimento de doenças. Porém, com parte das arrecadações sendo alocada pelo Estado, este passou a influenciar diretamente na administração dos recursos dos IAPs, de forma que, de acordo com Mariana Batich:

Os recursos não utilizados pelos IAPs foram largamente utilizados pelo governo, para aplicação em investimentos diretos em vários setores da economia, beneficiando os empreendimentos industriais com tamanha amplitude que, segundo Eli Gurgel Andrade (2003), transformaram "a Previdência no principal 'sócio' do Estado no financiamento do processo de industrialização do país". Esta afirmação não é gratuita. Vários decretos governamentais impuseram aos IAPs a subscrição de ações preferenciais de empresas, como a Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), a Companhia Hidro Elétrica do São Francisco (CHESF), a Companhia Nacional de Álcalis (CNA) e a Fábrica Nacional de Motores (FNM). O decreto de criação do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico (DL 1.628/52), em seu artigo 7.º, obrigava as instituições previdenciárias a concederem empréstimos em montantes fixados pelo Ministério da Fazenda.¹⁹⁴

Segundo Luiz Nicz, após um período áureo de importância, no início dos anos 50, como organizadores sociais e captadores de poupança para investimentos da sociedade, as crises financeiras, somadas ao surgimento de outras fontes de investimento, inclusive externos, fizeram com que, progressivamente, para os governos populistas que se estabeleceram no período que vai até o movimento militar de 1964, a previdência social no modelo dos IAPs passasse a servir mais como instrumento político e eleitoral do que como agente da organização social.¹⁹⁵

Como complemento ao sistema de saúde que iniciava sua organização estrutural, no ano de 1949 surge o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782002000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jun. 2007. Pré-publicação.

¹⁹⁴BATICH, op. cit., p.34.

¹⁹⁵NICZ, Luiz F. Previdência social no Brasil. In: GONÇALVES, Ernesto L. Administração de saúde no Brasil. São Paulo: Pioneira, 1988. cap. 3, p.163-197. Citado por POLIGNANO, op. cit., p.3-4.

Urgência (SAMDU), que seria mantido por todos os institutos e pelas caixas de previdência ainda existentes. A partir da segunda metade da década de 1950, em função da aceleração do desenvolvimento industrial brasileiro e da conseqüente aceleração do processo de urbanização, o assalariamento de parcelas crescentes da população gerou maior pressão pela assistência médica via Institutos. Tal fenômeno, por sua vez, induziu o crescimento de um complexo sistema médico hospitalar para prestar atendimentos aos previdenciários, privilegiando abertamente a contratação de serviços de terceiros.¹⁹⁶

De acordo com o estudo de Nicz, enquanto no ano de 1949 as despesas com assistência médica representavam 7,3% do total geral das despesas da previdência social, em 1960 já representavam 19,3%, e, em 1966, chegavam a 24,7%, evidenciando a importância crescente das questões que envolviam o financiamento e custeio da assistência médica previdenciária.¹⁹⁷

Na perspectiva de fortes pressões internas e externas de diversas naturezas, o processo de unificação dos IAPs, iniciado em 1941, foi alvo de grandes resistências, pois transformava radicalmente o setor. Finalmente, após longa tramitação, a Lei n.º 3.807/1960, chamada de *Lei Orgânica de Previdência Social*, foi sancionada em 1960, unificando o regime previdenciário brasileiro para os trabalhadores em regime CLT. Portanto, continuavam excluídos do sistema os trabalhadores domésticos e os trabalhadores rurais (além dos servidores públicos submetidos a regimes especiais).^{198,199} A mesma Lei previa uma contribuição tripartite, com a participação dos empregados, dos empregadores e da União. Porém, na prática, o Governo

¹⁹⁶POLIGNANO, op. cit., p.3-4.

¹⁹⁷NICZ, Luiz F. Previdência social no Brasil. In: GONÇALVES, Ernesto L. Administração de saúde no Brasil. São Paulo: Pioneira, 1988. cap. 3, p.163-197. Citado por POLIGNANO, op. cit., p.3-4.

¹⁹⁸Na verdade, os trabalhadores rurais foram incorporados ao sistema previdenciário brasileiro apenas a partir da promulgação a Lei n.º 4.214, de 02.03.63, criando o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL).

¹⁹⁹COSTA, op. cit., p.50.

Federal nunca cumpriu com a sua parte no financiamento, comprometendo seriamente a estabilidade do sistema.²⁰⁰

Apesar da nova Lei, o processo de unificação não avançou sem antes ter sido motivo de sérios debates políticos, pois as classes trabalhadoras beneficiadas pelo sistema até então vigente não admitiam abrir mão de muitos dos benefícios anteriormente conquistados. Além do mais, essas instituições também serviam como base político-eleitoral para seus dirigentes. Assim, o processo só avançou com a instalação do movimento revolucionário de 1964, que promoveu uma intervenção generalizada nos IAPs. Mas a verdadeira unificação ainda demoraria mais três anos, vindo a ocorrer a partir de 1967.²⁰¹

Durante o ano de 1964, enquanto o novo governo militar apenas se instalava, surge a primeira tentativa de repartir as responsabilidades do Estado diante das crescentes necessidades de saúde da população, em especial nas áreas urbanas industrializadas. Tal experiência se fez por meio da celebração dos primeiros convênios de IAPs, mediante os quais as empresas passavam a contratar assistência médica privada, sendo a elas permitido deduzir essas despesas da alíquota de 2% sobre a folha de pagamento, que seria inicialmente devida ao INPS. Com a intenção de atender a esse novo tipo de demanda é que médicos se organizam criando as primeiras Empresas de Medicina de Grupo do Brasil.^{202,203}

²⁰⁰POSSAS, Cristina A. Saúde e trabalho: a crise da previdência social. Rio de Janeiro: Graal, 1981. 324p. Citado por POLIGNANO, op. cit., p.7.

²⁰¹BATICH, op. cit., p.34-35.

²⁰²CRUZ, Hélio Jayme M. F. **Autorização de funcionamento**: importância para o mercado de saúde suplementar. Rio de Janeiro, 2004. p.27. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/porta1/upload/biblioteca/DIS_Autoriza%C3%A7%C3%A3o%20de%20Funcionamento_Helio%20Jayme%20Cruz.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2007.

²⁰³O marco deste período foi o estabelecimento do convênio do IAPI, o mais influente de todos, com a Volkswagen do Brasil, na região do ABC paulista no ano de 1964.

Como consequência de um regime ditatorial, durante os anos que se seguiram à revolução de 1964 ocorre redução nas atividades das organizações civis mais atuantes politicamente, levando ao estabelecimento de uma tecnocracia, constituída de profissionais retirados do seio da sociedade civil que, colocados sob a tutela do Estado, repensavam a estrutura e organização dos serviços públicos. Nesse momento o sistema previdenciário voltava a ser utilizado como meio de obtenção de apoio e sustentação social. Além do mais, como os IAPs eram limitados a determinadas categorias profissionais, via de regra as mais mobilizadas e organizadas política e economicamente, o governo militar se interessa em generalizar os benefícios de uma previdência social para todos os trabalhadores urbanos, ao mesmo tempo que estrategicamente diminui as resistências políticas. Assim é que a finalização do processo de unificação iniciado em 1960 somente se concretiza em 1967, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que passava a congregar em uma única instituição os seis IAPs, o SAMDU, e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social. Porém, ao unificar o sistema previdenciário, o governo militar também se obrigou a manter diversos benefícios já instituídos que estavam além das aposentadorias e pensões, sendo os mais importantes deles o da assistência médica, já oferecido pelos vários IAPs, que em muitos casos já possuíam serviços e hospitais próprios.²⁰⁴

As quantias de recursos disponíveis nos IAPs eram muito significativas:

tratava-se de instituições previdenciárias jovens, inseridas numa sociedade em que era recente a utilização da mão-de-obra operária em larga escala e crescente a arregimentação de novos trabalhadores, graças ao crescimento do parque industrial. Nestas condições, poucos trabalhadores haviam atingido o direito de se aposentarem, o que permitia que a receita dessas instituições fosse superior às despesas. O montante das reservas financeiras, para se ter uma idéia, entre 1930 e 1949, representava em média 67% da arrecadação [...].²⁰⁵

²⁰⁴POLIGNANO, op. cit., p.14.

²⁰⁵BATICH, op. cit., p.34.

Pela sua força econômica e política, os técnicos ligados ao antigo IAPI passam a ter forte influência no INPS. Esses técnicos, tendo em vista suas origens, com fortes tendências privatizantes, criam as condições políticas e institucionais necessárias ao desenvolvimento do complexo médico-industrial que marcou esse período.²⁰⁶ No entanto, em face do grande crescimento do número de beneficiários, outro desafio se colocava, ou seja, a necessidade de adequação da estrutura assistencial existente, que passava a tornar-se insuficiente. Diante de uma situação social, política e econômica complexa, o governo militar optou por utilizar a estrutura assistencial da rede privada como forma de não somente reduzir a necessidade de utilização de recursos para investimento de infra-estrutura no setor, mas também satisfazer as demandas da influente iniciativa privada, interessada em explorar o mercado assistencial de saúde pública que se abria.²⁰⁷

Para tanto, foram estabelecidos convênios com grande número de médicos e hospitais, remunerando-os por serviços prestados, o que permitiu uma grande migração de recursos para estes grupos de interesse, e, na lógica do sistema mantido pelo prestador, acabou por provocar um grande aumento no consumo de materiais, medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, o que interessava fortemente ao mercado fornecedor.^{208,209}

²⁰⁶NICZ, Luiz F. Previdência social no Brasil. In: GONÇALVES, Ernesto L. Administração de saúde no Brasil. São Paulo: Pioneira, 1988. Cap. 3, p.163-197. Citado por POLIGNANO, op. cit., p.3-4.

²⁰⁷Para maior detalhamento sobre a influência dos técnicos do IAPI no sistema previdenciário brasileiro consultar: HOCHMAN, Gilberto. **De inapiarios a cardeais da previdência social: a lógica da ação de uma elite burocrática**. Rio de Janeiro, 1990. 229p. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) - IUPERJ.

²⁰⁸GADELHA, Carlos Augusto Graboys. The health industrial complex and the need of a dynamic approach on health economics. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.522, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200015&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 29 jun. 2007. Pré-publicação.

²⁰⁹MANFREDINI, Marco Antonio; BOTAZZO, Carlos. Tendências da indústria de equipamentos odontológicos no Brasil entre 1990 e 2002: notas prévias. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.170, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100025&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 jun. 2007. Pré-publicação.

Com a criação do "Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social" (FAS) foram dadas as condições para reforma e ampliação dos hospitais privados, levadas a cabo por meio de empréstimos com juros subsidiados pelo Governo, além de gerar um grande mercado para os prestadores privados.²¹⁰

Apesar das novas mudanças do sistema previdenciário que ocorriam, a categoria dos trabalhadores rurais e a dos empregados domésticos, assim como trabalhadores autônomos, somente de forma tardia puderam ter acesso ao sistema, a partir do início da década de 1970.²¹¹ Com as pressões decorrentes de um sistema que se inviabilizava em seus custos, nem de perto acompanhado pela capacidade de financiamento do Estado, durante o ano de 1978 o Governo brasileiro criou uma estrutura administrativa própria que visava tentar equilibrar o sistema, que passou a se chamar "Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social" (INAMPS).²¹²

4.1.3 Estabelecimento da Crise Previdenciária

Enquanto o sistema previdenciário brasileiro buscava soluções para um modelo que já nascera economicamente ineficiente e altamente sujeito a fraudes e desvios, o modelo econômico implantado pela ditadura militar sofre com a crise do petróleo que carrega todo o capitalismo internacional para um período recessivo. A crise econômica internacional faz diminuir o fluxo de investimentos estrangeiros, levando a uma severa diminuição do crescimento da economia brasileira, até então acostumada a taxas de crescimento do PIB próximas de 10%. A falta de crescimento trouxe consigo a incapacidade de continuar sustentando um sistema previdenciário ou, mais especificamente, de saúde, que via crescer seus custos em taxas expo-

²¹⁰COSTA, op. cit., p.50-51.

²¹¹COSTA, op. cit., p.50.

²¹²COSTA, op. cit., p.51.

nenciais, com a falta de recursos tornando mais evidentes a urgente necessidade de mudança na lógica do sistema.

Devido à escassez de recursos para a sua manutenção, ao aumento dos custos operacionais e ao descrédito social em resolver a agenda da saúde, o modelo proposto entrou em crise. Mas, nessa altura, os prestadores privados já haviam se beneficiado do modelo assistencial adotado a partir de 1964, tendo recebido expressivos volumes de recursos públicos que propiciaram ao setor privado um grande crescimento e desenvolvimento tecnológico. Conseqüentemente, a partir do momento em que o setor público passou a entrar em crise, o setor privado da saúde não mais poderia basear sua estrutura no atendimento ao sistema público, motivo pelo qual desenvolveu progressivamente novas alternativas de ordem privada.

Tais circunstâncias inauguraram uma nova fase e uma nova forma de financiamento para o setor privado da saúde, agora baseado na poupança da camada mais privilegiada economicamente da população e, principalmente, das grandes empresas.²¹³

4.1.4 O Sistema de Saúde após a Constituição de 1988

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) e oficializada a abertura da assistência de saúde à iniciativa privada. O texto da Carta Magna brasileira demonstra claramente que a concepção do SUS foi formatada para um modelo de assistência à saúde aos moldes do Estado de Bem-Estar, com as questões de saúde passando a ser tratadas em nível constitucional.

Em 1990 o Governo brasileiro edita as Leis n.º 8.080 e n.º 8.142, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde, regulamentando o SUS. Dentro de uma linha de saúde encarada como de caráter coletivo, a Lei n.º 8.080/90 define o modelo de funcionamento

²¹³COSTA, op. cit., p.51.

do SUS, assim como sua estruturação e abrangência, prevendo a participação da iniciativa privada em caráter apenas complementar. Somando-se à abrangente definição de saúde trazida pela nova Constituição, a Lei de criação do SUS determinou como princípios a serem respeitados: "*Universalidade*", "*Equidade*", "*Integralidade*", "*Hierarquização*", "*Participação Popular*", e "*Descentralização Político-Administrativa*".²¹⁴

Apesar da previsão constitucional constante do artigo 196 de que "*a saúde é direito de todos e dever do Estado*", a realidade de um Estado com recursos insuficientes e mal distribuídos levou a rede pública de hospitais a um processo de rápida deterioração que manteve a demanda por sistemas privados de assistência à saúde para aqueles que podiam pagar por ele. Conforme Marluce Assis, a determinação constitucional que inclui o princípio da universalidade "é reinterpretado na prática social não como um universalismo inclusivo, como direito de cidadania, mas como um universalismo excludente, expressado em oferta de serviços limitantes e de baixa resolubilidade".²¹⁵

Como alternativa para o enfrentamento das dificuldades que deixavam cada vez mais distantes as perspectivas de uma solução, o então Ministro da Saúde – Dr. Adib Jatene – propôs a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), a ser cobrada com o objetivo específico de gerar recursos para a saúde. A empreitada do ministro obteve sucesso no Congresso Nacional, tendo sido aprovada a sua criação por meio da Lei n.º 9.311, de 24/10/1996. Porém, mais uma vez, mantendo a tradição histórica de incapacidade dos governos brasileiros na gestão

²¹⁴O texto integral da Lei n.º 8.080/1990 pode ser acessado no endereço: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=584&id_original=0>.

²¹⁵ASSIS, Marluce Maria Araújo; VILLA, Tereza Cristina Scatena; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. Access to health services: a possibility of enabling it in practice. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, p.820, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 jun. 2007. Pré-publicação.

dos direitos sociais, por meio de várias alterações posteriores, o redirecionamento dos recursos acabou por deturpar completamente os objetivos iniciais da proposta.^{216,217}

Dessa forma, poucas foram as mudanças na situação geral do sistema público de saúde brasileiro, permanecendo praticamente inalterada a tendência à escassez de leitos e o desenvolvimento de crises financeiras e administrativas nos Hospitais Universitários, além da inviabilização de grande parte das instituições filantrópicas, as quais passaram a buscar, inclusive por meio de planos próprios de saúde, outras formas de obtenção de recursos.²¹⁸

4.2 ALGUNS ELEMENTOS HISTÓRICOS PARA A COMPREENSÃO DO SETOR PRIVADO DE SAÚDE NO BRASIL

4.2.1 O Surgimento do Sistema Privado de Saúde

A estruturação do sistema privado de assistência à saúde no Brasil tem seus primórdios a partir da metade do século XX, como parte do processo de organização social brasileira, que havia sido iniciado com a Revolução de 1930, levando ao desenvolvimento dos Institutos de Aposentadoria e Pensão. Uma das primeiras iniciativas de organização de uma estrutura estritamente privada ocorreu entre os funcionários do Banco do Brasil, a qual representa muito bem o fenômeno ocorrido a partir do início dos anos 60 do século passado: muito embora criada em 1944 por iniciativa de alguns funcionários do Banco do Brasil visando à oferta de reembolso para despesas com saúde, a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) teve grande impulso no seu crescimento em função da unificação do

²¹⁶O texto integral da Lei n.º 9.311/96, assim como as diversas alterações posteriores podem ser acessadas no endereço: <<http://www.receita.fazenda.gov.br/Legislacao/Leis/Ant2001/lei931196.htm>>. Acesso em: 27 jun. 2007.

²¹⁷COSTA, op. cit., p.56-57.

²¹⁸COSTA, op. cit., p.61.

sistema previdenciário e o desaparecimento do Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários (IAPB), a partir de 1967. Com a deterioração da qualidade dos serviços de saúde oferecidos pelo então INPS, passou a ocorrer uma procura maciça pelos serviços da CASSI, motivando, a partir de 1970, o seu crescimento e a absorção integral das coberturas de saúde dos funcionários do Banco do Brasil. Desenvolveu-se um sistema de saúde totalmente independente do setor público, que serviria de modelo para o segmento da autogestão de saúde no Brasil.²¹⁹

Da mesma forma, algumas das grandes empresas industriais brasileiras, em especial as sediadas no Estado de São Paulo, passaram a contratar empresas prestadoras de serviços médicos com base nos convênios estabelecidos entre o IAPI (Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários) e a Previdência Social brasileira, conforme descrito anteriormente. A expansão desse mercado motivou a crescente criação de novas empresas – chamadas de Medicina de Grupo –, voltadas para o atendimento desse novo mercado. Essas empresas eram inicialmente, em geral, pertencentes a médicos, mas muitas empresas do gênero surgiram controladas por advogados e empresários, tendo médicos apenas como seus funcionários.^{220,221}

Com o rápido crescimento do setor, a partir de meados da década de 1960, e em função do sentimento de frustração da classe médica quanto à tendência de assalariamento da profissão e de perda progressiva da condição de profissional liberal, surgiu um primeiro movimento, iniciado no seio do movimento sindical, propondo a organização dos médicos na forma de cooperativas de trabalho médico. Assim nascia,

²¹⁹Fonte: CASSI. Disponível em: <http://www.cassi.com.br/a_empresa/historia.asp>. Acesso em: 27 jun. 2007.

²²⁰DUARTE, Cristina Maria Rabelais. UNIMED: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.1001, jul./ago. 2001.

²²¹NITÃO, Sâmara Raquel Vieira. **Saúde suplementar no Brasil: um estudo da dinâmica industrial pós-regulamentação**. Rio de Janeiro, 2004. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz – ENSP. p.21-22. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/porta1/upload/biblioteca/DIS_Saude%20Suplementar%20no%20Brasil%20Um%20Estudo%20da%20Dinamica%20Industrial%20Pos-Regulamenta%C3%A7ao_SAMARA_NITAO.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2007.

em 1967, na Cidade de Santos-SP, a primeira Cooperativa Médica, e que seria a precursora de um poderoso movimento ocorrido nas décadas seguintes, tendo como principal expoente o sistema UNIMED de cooperativas médicas.²²²

À medida que essas empresas se consolidavam no mercado, também começaram a explorar a demanda representada pelas pessoas vindas das classes econômicas mais altas em condições de contratar serviços semelhantes, mesmo na ausência de patrocínio de uma empresa. Surgia, assim, o conceito de Planos de Saúde individuais e familiares.²²³

Após uma década marcada por graves crises econômicas e o fim do milagre econômico brasileiro ocorrido durante os anos 1970, as décadas de 1980 e 1990 se caracterizaram pela grande expansão dos planos de saúde privados, de maneira que atualmente mais de 20% população brasileira é atendida por planos privados de assistência à saúde.²²⁴

A partir do início dos anos 80 também se destacam as atividades de seguradoras, cuja regulamentação se iniciara na década de 1960, as quais passaram a ofertar seguros-saúde que, diferentemente dos produtos inicialmente ofertados – baseados unicamente em processos de reembolso –, passaram a também incluir estruturas assistenciais que contavam com rede credenciada própria. As seguradoras, muito embora submetidas, de acordo com o Decreto-lei n.º 73, de 21.11.66 e o Decreto n.º 60.459, de 13.03.67, à rígida regulação exercida pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), atuavam com base em uma regulação que era essencialmente voltada para as garantias de solvência financeira.²²⁵

²²²DUARTE, op. cit., p.1001.

²²³NITÃO, op. cit., p.62.

²²⁴ANS. Caderno de Informação da Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, p.15, jun. 2007. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/porta1/upload/informacoesss/caderno_informaca_06_2007.pdf>. Acessado em: 27 jun. 2007.

²²⁵CRUZ, op. cit., p.33.

À medida que novos ingredientes de crise se instalavam no sistema privado, incluindo o grande aumento de custos vinculados ao desenvolvimento de novas tecnologias de saúde e o desaparecimento do lucro inflacionário após a adoção do Plano Real, em 1994, iniciaram-se discussões, em ambiente legislativo, objetivando o estabelecimento de uma regulamentação para o setor. Foi durante o ano de 1998 que, em meio às grandes forças de influência e sem que acordos pudessem ser obtidos em ambiente legislativo, por votação de liderança, seguida da edição de Medida Provisória, foi editada a Lei n.º 9.656/1998, que passou a regular o setor.

Estatísticas prévias à edição da Lei n.º 9.656/98 estimavam em cerca de 40 milhões o total de usuários de planos privados de assistência à saúde no Brasil²²⁶. Dados da ANS comprovam a existência de cerca de 36,4 milhões de usuários em dezembro de 2003, e de 45,9 milhões em março de 2007, significando um aumento de cerca de 15% (quinze por cento) no número total de beneficiários de planos privados de assistência à saúde no Brasil no período pós-regulamentação.²²⁷

De acordo com o censo 2.000 e estimativas do IBGE para o ano 2006, a população brasileira deverá apresentar, no período 1998-2007, um crescimento superior a 10%^{228,229}. Dessa forma, considerando-se que os beneficiários de planos exclusivamente odontológicos têm grande probabilidade de serem concomitantemente beneficiários de planos de assistência médica, o que se constata é uma preocupante estagnação no número de beneficiários de planos de assistência médica atendidos pelas Operadoras de Planos de Saúde nos últimos oito anos.

²²⁶NITÃO, op. cit., p.70.

²²⁷ANS, op. cit., p.16.

²²⁸Dados Censo 2000. Fonte: IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/populacao/pop_Censo2000.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2007.

²²⁹Dados Estimativa 2006. Fonte: IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2006/estimativa.shtm>>. Acesso em: 27 jun. 2007.

Em março de 2007 as empresas de Medicina de Grupo permaneciam como líderes do setor em termos de números de usuários, totalizando 38,4% dos beneficiários, com crescimento de cerca de 13% no período dezembro/2000 a março/2007. As Cooperativas Médicas, com 32,7% dos beneficiários, são fortes participantes do mercado, de maneira que o enorme crescimento (aproximadamente 56% no mesmo período), leva à expectativa de que, em breve, deverão ultrapassar as empresas de Medicinas de Grupo. As Autogestões, representando 14,4% do total de beneficiários, apresentaram pequeno crescimento, de aproximadamente 4%, enquanto as companhias seguradoras, detentoras de 11,2% do mercado, tiveram sua participação significativamente reduzida em 8%. As filantropias, contando com apenas 3,4% dos beneficiários, apresentaram crescimento de cerca de 15%.²³⁰

Apesar dos esforços da Agência Nacional de Saúde (ANS) e da significativa melhora na qualidade dos serviços oferecidos, agora praticamente padronizados pela regulamentação, cerca de 35% (trinta e cinco por cento) dos beneficiários ainda estão vinculados a planos contratados anteriormente à regulamentação²³¹, justificando em parte a persistência de significativo grau de insatisfação entre usuários e prestadores, e a existência de grande número de questões sendo discutidas perante o Poder Judiciário. Nesse contexto, o segmento das autogestões, de acordo com os dados apresentados pela ANS²³² oferecem os menores custos, representando apenas 2,1% do total das receitas, no atendimento a 14,4% do total de beneficiários.

À medida que o processo regulatório se desenvolveu, um grande número de regras infralegais foram instituídas, modificadas ou extintas, de maneira a gerar uma extensa rede de resoluções emitidas pela ANS. Não obstante os excelentes resultados historicamente obtidos pelo setor autogestionário da saúde, mais recentemente a ANS

²³⁰ANS, op. cit., p.61-62.

²³¹ANS, op. cit., p.42.

²³²ANS, op. cit., p.118.

passou a regular o segmento das autogestões de forma impositiva, pretendendo tratar o segmento autogestionário em condições semelhantes às demais operadoras comerciais. Nesse sentido destaca-se, mais especificamente, a postura discriminatória que vem sendo imposta às cooperativas autogestionárias da saúde, nem mesmo expressamente reconhecidas como entidades autogestionárias nos textos emitidos pela ANS.

Sob o ponto de vista da oferta de serviços, a realidade do sistema de saúde brasileiro é composta essencialmente pela prestação de serviços privados. De acordo com Ligia Bahia e Ana Viana, o Brasil "*constitui-se num dos maiores mercados de compra e venda de serviços no mundo*", expressando padrões "*híbridos*" de políticas sociais, que geram complexas interações entre a sociedade e os diversos atores. Neste aspecto destacam-se interessantes estudos, tais como os de Favaret²³³ (sobre o conceito da "*universalização excludente*"), de Werneck²³⁴ (sobre a "*americanização do sistema de proteção social brasileiro*"), e de Fleury-Teixeira²³⁵ (sobre o conceito de "*cidadania invertida*"), que acabam por influenciar não somente as questões do sistema público, como também o processo regulatório do setor de saúde suplementar brasileiro.²³⁶

Nesse aspecto deve ser também ressaltado o interesse do poder econômico estabelecido em estimular a desconfiança e a criação de dificuldades que venham a impedir ou retardar o crescimento do projeto autogestionário-cooperativista em sua totalidade. As políticas propostas pelo Banco Mundial são notoriamente voltadas para os interesses do capital internacional, de maneira a estimular a exploração da fatia privada e rica do setor de saúde dos países em desenvolvimento, dentro da

²³³FAVARET, P. Fº; OLIVEIRA, P. J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. Dados, v.33, n.2, p.257-283, 1990. Citado em BAHIA e VIANA, op. cit., p.9.

²³⁴WERNECK, M. L. T. V. A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil. Rio de Janeiro, 1998. Dissertação (Doutorado) - IUPERJ. Citado em BAHIA e VIANA, op. cit., p.9.

²³⁵FLEURY-TEIXEIRA, S. M. Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1994. Citado em BAHIA e VIANA, op. cit., p.9.

²³⁶BAHIA e VIANA, op. cit., p.8-9.

lógica do que ocorre atualmente em diversos países em desenvolvimento, detentores de grandes populações, tais como Índia e México, onde apenas os consumidores 10 a 20% mais ricos são geradores de altas margens de lucro para as operadoras, em geral controladas por megacorporações multinacionais.²³⁷ Como resultado, os demais 80 a 90% da população ficam abandonados às difíceis condições que, em geral, caracterizam os sistemas públicos de saúde destes países.

4.3 REGULAÇÃO DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

Conforme Artur Fonseca, a "intervenção regulatória no mercado de prestação de serviços de saúde, se origina da pressão da opinião pública inconformada com a ação unilateral de algumas empresas de seguros e planos de saúde externalizada por um aumento indiscriminado de preços e restrições à cobertura", mas, como ressaltado pelo mesmo autor, foram as empresas de seguro as primeiras a manifestarem, em maio de 1992, a chamada "Carta de Brasília", sendo esta uma "declaração de princípios norteadores da atividade seguradora", motivada pela desigualdade de obrigações legais que recaíam sobre as seguradoras e deixavam livres as operadoras de planos de saúde.²³⁸

Muito embora desde o ano de 1989 tenham existido pelo menos dezoito projetos de lei versando sobre o assunto, foi o projeto de lei com apenas dois artigos aprovado pelo Senado em fevereiro de 1994, proposto pelo Senador Iran Saraiva – voltado a impedir as empresas de excluírem as coberturas referentes ao atendimento de determinadas doenças –, que marcou o início das discussões. Aprovado pelo

²³⁷COSTA, op. cit., p.51.

²³⁸FONSECA, Artur Lourenço da. **Portabilidade em planos de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2004. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública ENSP. p.22.

Senado Federal, o projeto passou para apreciação pela Câmara dos Deputados sob o número 4.425/94.²³⁹

Porém, foi somente a partir de agosto de 1996 que o assunto passou a estar efetivamente incluído na agenda legislativa brasileira, quando foi criada Comissão especial para proferir parecer sobre o citado projeto. No entanto, em função da extrema morosidade no encaminhamento do debate e na tomada de decisões, e apesar dos extensos trabalhos (inúmeras audiências públicas, com participação maciça dos representantes do setor e do restante da sociedade civil), o relator (Dep. Pinheiro Landim), juntamente com seu presidente (Dep. Euler Ribeiro), solicitou ao Presidente da Câmara (Dep. Michel Temer) a dissolução da comissão, a fim de que houvesse manifestação direta pelo plenário da Câmara. Por outro lado, ao mesmo tempo, em função da evolução insatisfatória das discussões no ambiente legislativo, o Governo Federal passa a atuar como principal ator no processo de tomada de decisões, inclusive pressionando o próprio Congresso, ameaçando tomar a liderança do processo por meio da edição de Medidas Provisórias.²⁴⁰

Nesse momento histórico, tanto os deputados quanto as empresas do setor passam a "temer que uma regulação feita diretamente pelo Executivo fosse pior do que o processo negociado no Congresso". Tais pressões levaram o Presidente da Câmara a encaminhar o projeto imediatamente para plenário (sem parecer da comissão), ao mesmo tempo que, extra-regimentalmente, solicitou aos deputados participantes da comissão que, juntamente com outros deputados interessados, elaborassem rapidamente uma proposta de relatório para discussão pelo plenário. E, ao contrário de todas as expectativas, em especial do setor privado, tal relatório foi negociado e

²³⁹FERRON, Fabiana. **Planos privados de assistência à saúde**: lei 9.656 de 3 de junho de 1998. São Paulo: Livraria e Editora Universitária de Direito Ltda., 2002. p.17.

²⁴⁰PEREIRA, Carlos. **O marco regulatório no setor de saúde suplementar**: contextualização e perspectivas. Rio de Janeiro: Projeto de Cooperação Técnica Internacional 914 BRA 1078, 2003. p.5-6. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/porta1/upload/forum_saude/forum_bibliografias/documentostecnicos/EAbangenciadaregulacao/1_CPereira_%20MarcoRegulatorio.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2007.

aprovado por unanimidade (via acordo de liderança - portanto sem a necessidade de votação individual). Nas palavras do Dep. Ronaldo Cezar Coelho, quando o setor privado percebeu "já era tarde demais. Não deu mais tempo para eles se rearticularem contra o projeto".²⁴¹

Na sequência, de acordo com as disposições regimentais, o projeto aprovado pela Câmara retornou ao Senado, onde somente poderia receber emendas supressivas, sendo nomeado relator o senador Sebastião Rocha. O texto final do relator, após diversas audiências públicas, foi aprovado pela Comissão Assuntos Sociais do Senado, com a supressão de alguns artigos, mediante negociação com o Governo, que se comprometeu editar Medida Provisória para regulamentar as questões polêmicas. No dia 12 de maio de 1998, o plenário do Senado aprovou o texto, o qual foi em seguida sancionado pelo Presidente Fernando Henrique Cardoso (em 3 de junho de 1998)²⁴², e, no dia seguinte, alterado pela Medida Provisória n.º 1.665, de 04.06.1998.

Se, por um lado, o objetivo principal, ou pelo menos o mais evidente, da regulamentação era corrigir as falhas do mercado envolvendo o absoluto desequilíbrio de forças até então existentes entre os consumidores e as operadoras, de outro, tornou-se claro o grande interesse do Governo Federal em desenvolvê-la. Nessa área destaca-se o estudo de Carlos Pereira, que analisou detalhadamente, sob o ponto de vista socioeconômico, as possíveis razões que levaram o governo brasileiro a propor um modelo de agência reguladora independente para a saúde suplementar. De acordo com o mesmo autor, o processo regulatório da Saúde Suplementar brasileira apresenta características bastante diferentes dos demais processos regulatórios, tais como os levados a cabo pelas agências reguladoras dos setores de telefonia, energia e petróleo, iniciados durante o mesmo momento histórico. Enquanto estas últimas se caracterizam por um posicionamento de maior independência em relação ao Governo

²⁴¹PEREIRA, op. cit., p.6.

²⁴²FERRON, op. cit., p.17.

Federal, gerando maior credibilidade internacional (objetivando a atração de investimentos externos), as ações da Agência Nacional de Saúde, ao contrário, estão fortemente ligadas às políticas de governo, parecendo atuar como resposta às demandas de parte da sociedade (neste caso, a mais abastada), por um sistema de saúde mais próximo dos mandamentos constitucionais, em que a iniciativa privada passa a assumir as responsabilidades que originariamente eram do Estado.²⁴³

Assim, finalmente, após quase dez anos de intensos debates e discussões, mas não sem antes uma verdadeira disputa entre o Ministério da Fazenda (defensor de uma regulação mais branda, e focada nas questões ligadas à estruturação econômico-financeira das Empresas, a ser exercida pela SUSEP) e o Ministério da Saúde (defensor de uma regulação mais intervencionista, e mais focada nos produtos oferecidos), surge um modelo de regulação que *"é diferenciado em relação à experiência internacional"*, incluindo *"medidas inovadoras como a proibição da seleção de risco e de rompimento unilateral dos contratos"*. Tal resultado foi decorrente do empenho do então Ministro da Saúde (José Serra), que logrou êxito em manter a regulação da saúde suplementar sob a orientação do Ministério da Saúde, com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio da Lei n.º 9.961, de 28.01.2000.²⁴⁴

Porém, deve ser ressaltado que apesar de tratar-se de uma autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, a ANS, de acordo com a citada lei, estará subordinada ao Conselho de Saúde Suplementar, que a essa altura já passara a ser um Conselho Ministerial, do qual participam cinco Ministros de Estado.

De acordo com as palavras de Januário Montone, então Presidente da ANS:

o marco legal original da regulamentação é o resultante da Lei n.º 9.656 e da MP 1.655, atualizada em múltiplas MPs subseqüentes. A segunda etapa do processo de regulação ocorreu em setembro de 1999 e teve dois movimentos importantes: a) a introdução do conceito legal de Plano Privado

²⁴³PEREIRA, op. cit., p.6-17.

²⁴⁴FERRON, op. cit., p.19.

de Assistência à Saúde para enfrentar a discussão da inconstitucionalidade da inclusão das seguradoras no universo da regulação. Submetido à legislação específica, o setor de seguros questionava a legalidade da sua inclusão na esfera de abrangência da regulação. Optou-se por definir a abrangência pelo tipo de produto e não pelas características das empresas ou entidades que o oferecem [...]; b) A definição do Ministério da Saúde, através do CONSU e da SAS/DESAS, como o único responsável pelos dois níveis de regulação do setor: o econômico-financeiro e o de assistência à saúde. A terceira etapa do processo foi a criação da ANS.²⁴⁵

De acordo com as discussões ocorridas durante a reunião do Conselho Nacional de Saúde realizada em Brasília, em 06.06.2001, eram objetivos da regulamentação:

1 - assegurar aos consumidores de planos privados de assistência à saúde cobertura assistencial integral e regular as condições de acesso; 2 - definir e controlar as condições de ingresso, operação e saída das empresas e entidades que operam no setor; 3 - definir e implantar mecanismos de garantias assistenciais e financeiras que assegurem a continuidade da prestação de serviços de assistência à saúde contratados pelos consumidores; 4 - dar transparência e garantir a integração do setor de saúde suplementar ao SUS e ao ressarcimento dos gastos gerados por usuários de planos privados de assistência à saúde no sistema público; 5 - estabelecer mecanismos de controle de abusividade de preços; 6 - definir o sistema de regulamentação, normatização e fiscalização do setor de saúde suplementar.²⁴⁶

Uma vez iniciado o processo regulatório da Saúde Suplementar, este tem sido caracterizado por diversas mudanças no texto original da Lei efetuadas em algumas das quarenta e quatro re-edições da Medida Provisória que se seguiram, até que fosse dada redação definitiva para Lei n.º 9.656/98.

Além das alterações da própria Lei, atendo-nos apenas às normativas de maior interesse, verifica-se, até o presente momento, a publicação de 26 Resoluções do Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU), 95 Resoluções de Diretoria Colegiada (RDC) e 158 Resoluções Normativas (RN) da ANS, que complementam o arcabouço normativo da Saúde Suplementar brasileira.

²⁴⁵MONTONE, J. Desafios e perspectivas da saúde suplementar. In: **Imaginando e operando a gestão da assistência no âmbito da saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

²⁴⁶FERRON, op. cit., p.20.

4.4 COOPERATIVAS DO SETOR DE SAÚDE NO BRASIL

Como muito bem definido por Charles Gide: "O movimento cooperativo não surgiu do cérebro de um homem sábio ou de um reformista, mas da vivência das próprias pessoas".²⁴⁷

A Constituição Federal brasileira prevê a participação da iniciativa privada nos serviços de saúde, além de reservar "preferência" para as entidades sem fins lucrativos.

Conforme o art. 5.º da Lei que rege o cooperativismo brasileiro, a Lei n.º 5.764/1971:

Art. 5.º: As sociedades cooperativas poderão adotar por objeto qualquer gênero de serviço, operação ou atividade, assegurando-se-lhes o direito exclusivo e exigindo-se-lhes a obrigação do uso da expressão 'cooperativa' em sua denominação.

Existe uma única vedação às atividades exercidas pelas cooperativas (a utilização da expressão Banco, conforme o parágrafo único do mesmo artigo), restando ainda defeso às cooperativas apenas a criação de cooperativas "para fins militares, ou para prestação de serviço público obrigatório e indelegável, como os diplomáticos, judiciais, legislativos, etc."²⁴⁸, de maneira que a grande amplitude de atuação das cooperativas é consequência direta da intenção do legislador constitucional e infraconstitucional.

A Organização das Cooperativas Brasileiras classifica as cooperativas em diversos ramos, com o ramo saúde sendo composto pelas cooperativas que "se dedicam à preservação e à recuperação da saúde humana"²⁴⁹. Tal definição acertadamente

²⁴⁷GIDE, Charles. **Consumers' Co-operative Societies**. New York: Haskell House Publishers, 1971. p.18. Tradução para: "The co-operative movement has not issued from the brain of a wise man and reformer, but from the very life of the people themselves."

²⁴⁸BECHO, **Elementos...**, p.140.

²⁴⁹BECHO, **Elementos...**, p.140 -141.

não especifica o tipo de sócio a participar das cooperativas do ramo saúde, apenas identificando o objetivo a ser alcançado. Por esse motivo, muito embora representando diferentes vertentes do cooperativismo, fica evidenciado que tanto as cooperativas de trabalho, representando o trabalho de médicos, dentistas, ou outros profissionais da saúde, quanto as cooperativas de usuários de serviços de saúde estão abarcadas por esta definição. As primeiras se enquadram no grupo de cooperativas de produção (cooperativas de trabalho), enquanto as últimas representam o grupo de cooperativas de consumo.

Ao se considerar a grande liberdade de criação, de funcionamento e de objetivos sociais pretendidos pelas cooperativas, dentro do ramo saúde podem ser encontradas cooperativas que apresentem características bastante diferenciadas entre si.

De acordo com os registros disponibilizados pela Organização das Cooperativas Brasileiras (OCB), dentro do universo das 7.799 cooperativas existentes no Brasil, em 21/05/2007, havia 847 cooperativas atuando no setor da saúde.²⁵⁰ De acordo com a Agência Nacional de Saúde, na mesma data, constavam 519 Cooperativas registradas como "Operadoras de Planos de Saúde (OPS)", sendo 356 destas classificadas como "Cooperativas Médicas", 153 como "Cooperativas Odontológicas", seis como "Medicinas de Grupo" e quatro como "Autogestões".²⁵¹

A constatação de que a maior parte das cooperativas atuantes no ramo saúde (mais de 60%) está hoje enquadrada como Operadoras de Planos de Saúde (OPS) leva a duas conclusões importantes: 1) a regulamentação dos planos privados de assistência à saúde tem grande influência sobre as cooperativas; 2) a regulamentação acabou por diferenciar dois tipos básicos de cooperativas de saúde: as cooperativas

²⁵⁰Fonte: Organização das Cooperativas do Brasil (OCB). Disponível em: <<http://www.brasilcooperativo.com.br/BuscadeCooperativas/tabid/232/ctl/Resultado/mid/625/Default.aspx>>. Acesso em: 27 jun. 2007.

²⁵¹Fonte: Agência Nacional de Saúde (ANS). Disponível em: <http://www.ans.gov.br/porta1/upload/perfil_operadoras/cadastrobeneiciarios/baixararquivos/ALO.exe>. Acesso em: 27 jun. 2007.

exclusivamente prestadoras ou consumidoras de serviço de saúde e as cooperativas operadoras de planos de saúde.

4.4.1 Cooperativas Médicas e Cooperativas Odontológicas

Conforme já há muito tempo ensinado pelo grande nome do cooperativismo mundial – Charles Gide:

A associação cooperativa traz consigo a esperança de progresso moral; mas ao abolir a busca do lucro como único motivo real da atividade econômica – substituindo-a pelo único objetivo de satisfazer necessidades [...] a cooperação terá sucesso em estabelecer nos negócios a soberania da verdade e da justiça; resumidamente estabelecerá o 'preço justo'. Se desejarmos definir o objeto da cooperação em duas palavras estas duas seriam suficientes.²⁵²

Durante a 90.^a Conferência da Organização Internacional do Trabalho, ocorrida em Genebra durante o mês de junho de 2002, foi aprovada a "Recomendação sobre a Promoção de Cooperativas, 2002"²⁵³, representando o reconhecimento internacional quanto aos benefícios que o movimento pode trazer para os diversos países, em especial para os que se encontram em fase de desenvolvimento.

4.4.1.1 Estruturação do Cooperativismo de Saúde - Subsegmento Trabalho

Dentre as cooperativas de trabalho do segmento de saúde, consideradas como subsetor das cooperativas de produção, pode-se distinguir dois subsegmentos de cooperativas: 1) as cooperativas exclusivamente prestadoras de serviço, compostas por médicos e/ou dentistas, e (ou) fisioterapeutas, e (ou) psicólogos, e (ou) demais

²⁵²GIDE, op. cit., p.8. Tradução para: *"Co-operative association brings with it the hope of moral progress; but in abolishing the pursuit of profits as the only real motive of economic activity – substituting for it sole aim of satisfying needs – (...) co-operation will succeed in establishing in business a reign of truth and justice; in short, it will establish the 'fair price'. If we sought to define the object of co-operation in two words these last would be enough."*

²⁵³BECHO, **Elementos...**, p.26.

profissionais e técnicos da área de saúde. São exemplos deste tipo de cooperativa as Cooperativas de Anestesiologistas e as Cooperativas de Trabalhadores da Área de Saúde, as quais atuam como prestadores de serviços para hospitais e operadoras de planos de saúde. No primeiro caso executam atividades na forma de serviços especializados (sem subordinação ao contratante) e, no segundo, executam-nos na forma de fornecimento de mão-de-obra (com subordinação); 2) as cooperativas Operadoras de Planos de Saúde (compostas por médicos ou dentistas), que prestam serviços de saúde, mas vendem planos de saúde para seus clientes; são exemplos as Cooperativas Médicas participantes do Sistema UNIMED e as Cooperativas Odontológicas participantes do Sistema UNIODONTO.

O desenvolvimento do cooperativismo de saúde brasileiro está intimamente ligado ao grande desenvolvimento alcançado nas últimas três décadas pelas cooperativas médicas que hoje atuam como Operadoras de Planos de Saúde, razão pela qual se faz necessária uma análise mais detalhada de algumas de suas particularidades, as quais, por sua vez, geram consequências sobre a regulamentação dos planos de saúde.

As cooperativas que comercializam planos de saúde são compostas por médicos ou dentistas cooperados, responsáveis pelo atendimento aos usuários em consultórios particulares próprios ou em hospitais, laboratórios e clínicas credenciados. Em geral, operam em regime de pré-pagamento ou, eventualmente, de pagamento por custo operacional (despesas por atendimentos efetivamente realizados, acrescidas de taxa de administração). Não oferecem a alternativa para o sistema de livre escolha com reembolso. As cooperativas participantes do sistema UNIMED e UNIODONTO correspondem à quase totalidade deste segmento.²⁵⁴ De acordo com informações

²⁵⁴DUARTE, op. cit., p.1001.

publicadas pela ANS, em março/2007 as Cooperativas Médicas atendiam a 12.385.976 beneficiários²⁵⁵ e as Cooperativas odontológicas a 1.674.107 beneficiários.²⁵⁶

O sistema UNIMED - Como citado anteriormente, a primeira cooperativa médica surgiu como resultado da mobilização de dirigentes do sindicato dos médicos da cidade de Santos (SP). Segundo Edmundo Castilho, Ex-Presidente da Confederação Nacional das UNIMEDs e do Sindicato dos Médicos de Santos, fundador da primeira singular UNIMED:

Em 1967, em Santos, nós criamos a primeira UNIMED, baseados no fato de que nós não queríamos a mercantilização, nós queríamos a ética, o respeito aos usuários. E definimos o atendimento em consultório, [...], socializando meios e mantendo as características liberais.²⁵⁷

Uma vez iniciado o movimento, este apresentou grande repercussão no meio médico, tendo sido criadas muitas outras cooperativas, de maneira que em 1977 já existiam sessenta cooperativas médicas em todo o Brasil. Com o crescimento do sistema, já no início dos anos 1970, estavam sendo criadas as primeiras federações (nos Estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul). A confederação foi fundada em 1972, mas em meio a uma disputa política: informados sobre a intenção da Associação Médica Brasileira (AMB) de fundar uma confederação e assumir o seu comando, alguns dirigentes de federações anteciparam-se e criaram a confederação por meio de um protocolo de intenções.²⁵⁸

²⁵⁵ANS, op. cit., p.60.

²⁵⁶ANS, op. cit., p.83.

²⁵⁷CASTILHO, Edmundo. Comunicação pessoal. In: DUARTE, Cristina Maria Rabelais. UNIMED: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.1001, jul./ago. 2001.

²⁵⁸SILVA, Humberto Banal Batista da. Comunicação pessoal. In: DUARTE, Cristina Maria Rabelais. UNIMED: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.1001, jul./ago. 2001.

Complexo empresarial UNIMED - O Sistema UNIMED ilustra, com sua história e estruturação bastante peculiares, a busca, por parte de lideranças médicas, por desenvolver uma organização que fosse "capaz de otimizar as possibilidades de ocupação do mercado de trabalho e fugir da submissão salarial", de maneira a preservar o "exercício liberal, ético e socialmente comprometido da profissão".²⁵⁹

De acordo com Cristina Duarte, trata-se, o Sistema UNIMED, de "uma organização voltada para a prestação de serviços de saúde e de assistência médica" caracterizada por elevado grau de especialização e um núcleo operacional que é "responsável direto pela produção de bens ou prestação de serviços" e "atua com alto grau de autonomia sobre seu trabalho". Para a mesma autora, "os principais traços que distinguem uma cooperativa são a participação dos cooperados nos processos decisórios – cada trabalhador, um voto – e a divisão do lucro conforme o trabalho e não conforme o capital".²⁶⁰

Em função do grande crescimento do sistema foram criadas outras instituições destinadas a prestar serviços subsidiários e (ou) complementares, de maneira que o sistema UNIMED é hoje composto por um complexo que reúne diferentes tipos de entidades jurídicas interligadas, em diferentes segmentos e sob diversas formas jurídicas²⁶¹, sendo que o Complexo Empresarial UNIMED representa "a reunião, numa instituição de caráter virtual, de três tipos diferentes de cooperativas, [...], juntamente com instituições não-cooperativas, tanto com espírito não lucrativo, como outras com objetivos de lucro"²⁶². Assim, de acordo com as descrições apresentadas por Cristina Duarte em 2001, eram distinguíveis dentro do Complexo as seguintes vertentes:

²⁵⁹DUARTE, op. cit., p.1001.

²⁶⁰DUARTE, op. cit., p.1001.

²⁶¹DUARTE, op. cit., p.1001.

²⁶²IRION, J. E. O complexo UNIMED. In: MAY, N. L. (Org.). **Compêndio de cooperativismo UNIMED**. Porto Alegre: WS, 1998. p.99.

- a) Cooperativista: Além das Cooperativas Médicas propriamente ditas, representada pelo sistema de Crédito Cooperativo (UNICRED), e de cooperativas de consumo (USIMED);
- b) Não-Cooperativista com finalidade lucrativa: Inclui empresas tais como a UNIMED Seguros, a UNIMED Corretora, a UNIMED Participações, e a UNIMED Administração e Serviços.
- c) Não-Cooperativista sem finalidade lucrativa: Representada pela "Fundação Centro de Estudos UNIMED".²⁶³

O sistema UNIMED como operadora de planos de saúde - O Complexo Multicooperativo Empresarial UNIMED tem abrangência nacional e é descrito em seus conceitos, princípios e operações na Constituição UNIMED, a qual foi criada em 1994 e reformulada em agosto de 2006, quando passou a ser oficialmente chamado de Complexo Cooperativo UNIMED.²⁶⁴

O processo de adesão dos médicos ocorre nas cooperativas de primeiro grau, sendo essas as estruturas que, a partir de então, passam a agregar as demais. A lógica de regulação do sistema é a de que, em nível local, a cooperativa *"negocia, em nome dos profissionais, contratos de prestação de serviços, tendo como clientes pessoas jurídicas ou físicas"* locais. Muito embora caiba às singulares o direito de atuação em áreas de exclusividade (abrangendo um ou mais municípios), estas se unem por meio de cooperativas de segundo grau (federações), que por sua vez estão unidas em uma cooperativa de terceiro grau (confederação) chamada UNIMED do Brasil, que é, inclusive, a detentora da marca UNIMED. Conforme Cristina Duarte, "como duas singulares não podem apresentar coincidência na área de ação", apenas às federações é permitido coincidência parcial, de maneira que "as UNIMEDs de segundo

²⁶³DUARTE, op. cit., p.1002.

²⁶⁴UNIMED – Brasil. Relatório de Gestão 2006. São Paulo: Central Nacional UNIMED, 2007. p.7. Disponível em: <http://www.unimed.com.br/pct/index.jsp?cd_canal=34393>. Acesso em: 03 jul. 2007.

e terceiro grau podem negociar contratos respectivamente com empresas de âmbito de atuação regional ou nacional, enquanto as singulares limitam-se à esfera local." Sendo os atendimentos realizados localmente em cada UNIMED (as federações e a confederação não dispõem de rede credenciada), o estabelecimento de mecanismos de repasse de pagamento – equivale ao sistema bancário de compensação. Possibilita o intercâmbio de atendimento entre as singulares, o que amplia fortemente a rede de serviços em nível nacional. Assim,

função expressa das cooperativas em todos os graus é prestar serviços aos seus associados. Não existe, formal ou informalmente, sistema decisório hierárquico estabelecido entre os diferentes graus, sendo as singulares autônomas e independentes, nos aspectos jurídico, econômico e administrativo.²⁶⁵

Note-se, porém, que as singulares e federações deverão respeitar as determinações do Estatuto UNIMED.

De acordo com Cristina Duarte, em 1994, consubstanciava-se como declaração de missão da UNIMED:

[...] agregar profissionais médicos para defesa do exercício liberal, ético e qualitativo de sua profissão, com adequadas condições de trabalho e remuneração justa, além de propiciar, à maior parcela possível da população, um serviço médico de boa qualidade, personalizado e a custo compatível.²⁶⁶

A atuação das diversas UNIMEDs pode ser analisada por meio das declarações de missão de algumas de suas principais singulares:

Unimed - Curitiba (PR): *"Promover soluções em saúde através da valorização do trabalho médico, buscando a satisfação de todos os envolvidos."*²⁶⁷

²⁶⁵DUARTE, op. cit., p.1001.

²⁶⁶DUARTE, op. cit., p.1002.

²⁶⁷Disponível em: <http://www.unimed.com.br/pct/index.jsp?cd_canal=34394&cd_secao=45243>. Acesso em: 23 maio 2007.

Unimed - Porto Alegre (RS): *"Ser o melhor provedor de soluções em saúde, com crescimento sustentável, valorizando o trabalho médico qualificado conforme preceitos cooperativistas."*²⁶⁸

Unimed - Belo Horizonte (MG): *"Prover soluções em saúde, valorizar o trabalho médico e assegurar a satisfação dos clientes."*²⁶⁹

Unimed - Salvador (BA): *"Atender o mercado de planos de saúde de forma ética, eficiente e eficaz, assegurando a satisfação dos clientes, cooperados e colaboradores, contribuindo com a qualidade de vida das pessoas."*²⁷⁰

Unimed - Vitória (ES): *"Oferecer soluções em saúde por meio de atendimento humanizado, contribuindo para o desenvolvimento da sociedade."*²⁷¹

Do exposto, evidencia-se razoável variabilidade entre si, sendo que apenas uma delas (UNIMED – Salvador) refere-se especificamente ao mercado de planos de saúde, muito embora este tipo de atividade represente praticamente a totalidade das atividades desenvolvidas pelo sistema. Destaca-se, ainda, a preocupação quanto ao atendimento aos interesses dos profissionais médicos (ato cooperativo – sentido restrito) e dos clientes (ato cooperativo – sentido amplo).

O regime de contratação dos médicos - Como participantes de um movimento cooperativista, os *"médicos são, simultaneamente, sócios e prestadores de serviços"*, podendo ainda vir a ser funcionários das cooperativas, quando executantes de funções relacionadas a certas áreas como plantões hospitalares, auditoria médica, ou de administração. Porém, de longe, a forma mais freqüente de remuneração se dá por meio de pagamento proporcional à sua produção:

²⁶⁸Disponível em: <http://www.unimedportoalegre.com.br/manager.aspx?ID_MENU=1200&ID_LAYOUT=106&ID_PAGINA=1693>. Acesso em: 23 maio 2007.

²⁶⁹Disponível em: <<http://www4.unimedbh.com.br/comum/conhecaldentidade.do>>. Acesso em: 23 maio 2007.

²⁷⁰Disponível em: <<http://www.unimedsalvador.com.br/unimed/nosso-perfil>>. Acesso em: 23 maio 2007.

²⁷¹Disponível em: <http://www.unimedvitoria.com.br/unimedvitoria_marca.php>. Acesso em: 23 maio 2007.

calculada em termos de unidade de trabalho (UT), sendo o ganho do profissional correspondente à multiplicação do número de UT realizado pelo valor estipulado para as mesmas. A quantidade de UT contida em cada procedimento médico corresponde à quantidade de coeficientes de honorários (CH) publicada na tabela da AMB, sem considerar seu valor monetário. Cada cooperativa realiza o cálculo do valor de sua UT, utilizando uma fórmula que divide a receita líquida pela produtividade total em número de CH.²⁷²

Isso significa que a remuneração dos cooperados poderá ser bastante variável, de acordo com os resultados obtidos em cada uma das cooperativas singulares e com as características regionais.

Modelo de organização profissional nas cooperativas de trabalho -

A maioria dos problemas e dificuldades do ambiente operacional de uma cooperativa de trabalho especializado, como é o caso das cooperativas médicas, tem íntima relação com as características descritas por Mintzberg, que afetam as questões de nível estratégico das organizações profissionais.²⁷³ Nesse aspecto, merecem destaques as palavras de Cristina Duarte quando ressalta dois dos principais focos de problema do sistema UNIMED, os quais estão intimamente ligados ao processo de regulamentação do setor de saúde suplementar brasileira:

as dificuldades de coordenação, já que, virtualmente, há pouco controle do trabalho além daquele próprio da profissão, e a dificuldade no lidar com profissionais incompetentes ou inescrupulosos, que podem ocultar seus erros ou atuar de forma a privilegiar os próprios interesses, em detrimento daqueles dos clientes e da organização.²⁷⁴

Conforme a mesma autora, o ambiente operacional, "além de paradigmático, é responsável pelos problemas que, em geral, estão associados à dinâmica de organizações deste tipo", de maneira que "o desenvolvimento de tais atividades demandam um amplo espectro de autonomia e de controle sobre o processo de trabalho, o que

²⁷²DUARTE, op. cit., p.1005.

²⁷³MINTZBERG, Henry; AHLSTRAND, Bruce; LAMPEL, Joseph. **Safari de estratégia**. Porto Alegre: Bookman, 2000. p.145-167, 170-171, 225-227.

²⁷⁴DUARTE, op. cit., p.999.

ocasiona uma escassa possibilidade de regulamentação das decisões técnicas". Assim, a implantação de modelos de planejamento ou de controle de desempenho torna-se freqüentemente inviável, com graves implicações sobre as questões que envolvem os custos do sistema, potencializadas pelo inexorável processo inflacionário tecnológico da saúde. Desta forma, controlando "as decisões que os afetam, interferindo de forma significativa nos rumos tomados pela organização" os médicos cooperados, além de controlarem seu próprio trabalho Individual, utilizam-se do sistema democrático cooperativista.²⁷⁵

Unimilitância - Considerada como uma eficiente estratégia de mercado, porém ao mesmo tempo questionada quanto aos seus princípios legais e morais, a chamada unimilitância, significa a proibição aos médicos cooperados de determinadas cooperativas de credenciarem-se ou mesmo de tornarem-se funcionários de outros planos de saúde.

O argumento utilizado em favor de dito posicionamento se baseia no texto constante § 4.º do art. 29 da Lei n.º 5.764/71, que prevê a vedação de ingresso de *"agentes de comércio e empresários que operem no mesmo campo econômico da sociedade"*. A citada estratégia permite, no entanto, que os médicos cooperados possam atender aos usuários de outros planos de saúde – desde que o nome do profissional não conste das respectivas listas de credenciados – mediante recebimento de honorários diretamente dos pacientes, os quais, por sua vez, necessitariam vir a pleitear o reembolso dessas despesas com os seus respectivos planos.

Existe clara posição contrária à unimilitância no processo regulatório da Saúde Suplementar, conforme previsto no inciso III do art. 18 da Lei n.º 9.656/98, pretendendo gerar, por meio das normas regulatórias, direitos de proteção aos cooperados de uma determinada Cooperativa Operadora de Planos de Saúde, que incluem:

²⁷⁵DUARTE, op. cit., p.1006.

Art. 18: [...]

III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.

A unimilitância não é regra válida para todo o sistema e não faz parte das determinações do Estatuto UNIMED. Trata-se de uma estratégia que, sendo eventualmente legal sob o ponto de vista da autodeterminação que caracteriza o movimento cooperativista, no mínimo apresenta sérios questionamentos sob o ponto de vista ético e moral. Ressaltem-se as conseqüências de tal posição no mercado de trabalho dos profissionais liberais, especialmente para os profissionais mais jovens nas cidades de menor porte, onde a permanência deles chega a tornar-se inviável. Além do mais, restrições desta natureza certamente causam prejuízo aos usuários e ao princípio da livre concorrência. Pois, o eventual esforço voltado para o constrangimento do livre exercício da medicina dos sócios de uma determinada cooperativa será mais justo e eficaz quando realizado por meio de estratégias que venham a atraí-los mediante o atendimento de suas reais necessidades como profissionais de saúde. Dessa forma ficam eliminados os riscos de que sejam feridos os princípios de liberdade e democracia que fundamentam o movimento cooperativista.

Conflitos internos e suas conseqüências - Pelo já exposto, o modelo cooperativista de trabalho profissional especializado é fonte de conflitos e disputas de poder. Nesse aspecto, cabe a lembrança da cisão ocorrida no ano de 1998, quando o grupo de oposição nas eleições da Confederação Nacional UNIMED – essencialmente ligado às confederações dos Estados do Nordeste Brasileiro –, derrotado nas eleições, organizou-se por meio de uma estrutura de relativa independência política, chamada de Aliança UNIMED. Porém, apesar da separação política, não houve a fragmentação operacional do sistema ou mesmo mudanças que repercutissem no atendimento da clientela.

Outro tipo de conflito, este com maior repercussão para os usuários do sistema, decorre da tendência de certos profissionais, individualmente ou em grupos, defenderem seus interesses particulares "mesmo quando contrários aos da organização". Um importante fator potencializador desse tipo de conflito decorre do sistema de pagamento por produtividade, como anteriormente detalhado, o qual favorece o aparecimento das "condições favoráveis à manipulação no trato das necessidades dos clientes". Ocorre, por exemplo, "quando um profissional incrementa, desnecessariamente, o número de consultas ou de exames indicados para a solução de um determinado problema" de um paciente. Finalmente, como "dualidade permanente" presente no sistema cooperativo de planos de saúde, quando este é mantido sob a ótica e o interesse do prestador, existe esta constante "competição entre os objetivos da organização, [...] – diminuir o grau de utilização dos serviços, para otimizar a relação receita/despesa –, e os objetivos dos profissionais – aumentar seus ganhos, através do aumento da produtividade".²⁷⁶ Esse tipo de conflito acaba por também interferir de forma significativa nos interesses e nas necessidades dos beneficiários dos planos de saúde mantidos pelo sistema, podendo levar à elevação desnecessária e abusiva nos preços dos planos, assim como à sujeição de pacientes a riscos desnecessários, entre outras consequências.

4.4.1.2 Situação atual do Subsegmento Trabalho

Dentro da realidade do mercado globalizado, é digna de nota a exposição de motivos da atual Lei Geral para as Sociedades Cooperativas da Espanha, a qual se refere a "um mundo cada vez mais competitivo e rigoroso nas regras de mercado" em que "a competitividade se converteu em um valor substancial à sua natureza

²⁷⁶DUARTE, op. cit., p.1007.

cooperativa, pois em vão poderia manter seus valores sociais se falhassem a eficácia e rentabilidade próprias de seu caráter empresarial".²⁷⁷

A partir do momento em que optaram por modificar seu foco de atuação, é sob o alerta apresentado na legislação espanhola que as cooperativas médicas e odontológicas necessitam nortear suas decisões.

Deixando de atuar exclusivamente como vendedoras dos serviços prestados por seus cooperados, situação em que exerciam suas atividades com a liberdade que caracteriza a prestação de serviços especializados (ato cooperativo – sentido restrito), as cooperativas passaram a atuar como vendedoras de planos de saúde submetidas a uma rígida regulação de suas atividades. Assim, estas cooperativas passaram a também praticar a venda de serviços prestados por terceiros, incluindo negócios cooperativos de compra e venda de serviços hospitalares, materiais e medicamentos. Dessa forma, as Cooperativas Médicas e Odontológicas passaram a competir em um ambiente de mercado muito mais complexo, instável e gerador de pressões de eficácia e de rentabilidade que podem, evidentemente, vir a ser causa de confrontos entre os interesses dos sócios e instituições e a preservação dos ideais cooperativistas.

Nesse aspecto devem ser lembrados os resultados do trabalho de Aldo Ceccherini, que, investigando grandes empresas cooperativas, "menciona que o princípio da eficiência pode colocar em risco o caráter mutualístico", afirmando que "a competência gerencial em alguns momentos deixa pouco visível a operatividade do princípio mutualístico", que se realiza, no entanto, "com a técnica da destinação aos fundos mutualísticos ou de retorno."²⁷⁸

²⁷⁷BECHO, **Elementos...**, p.130.

²⁷⁸BECHO, **Elementos...**, p.130.

Porém, se o princípio da eficiência também deve ser destinado à empresa cooperativa, deve ser considerado com a mesma importância o "*princípio da utilidade*", conforme proposto por Renato Becho. Por este princípio, uma cooperativa "só deve ser formada se for útil a, principalmente, seus associados. Dessa forma [...] uma cooperativa de produtores rurais deve praticar preços melhores do que as empresas comerciais concorrentes." Para o citado autor, o princípio da utilidade deveria ser elevado a "verdadeiro princípio do cooperativismo".²⁷⁹

Na prática cooperativista brasileira, no caso das cooperativas de trabalho ligadas à área da saúde, significa que seus sócios deverão decidir se e como a cooperativa será capaz de atingir seus objetivos, preservando constantemente os princípios cooperativistas e disputando um mercado complexo. Significa, no caso das cooperativas médicas, que venham a atuar como operadoras de planos de saúde, que, ao oferecerem, no mercado, planos de saúde com custo fixo (pré-pagamento), estarão também assumindo um risco de operação. E tal decisão forçosamente levará ao risco de que a Cooperativa não venha a conseguir oferecer para seu cooperado aquilo que é o objetivo maior da cooperativa: a melhor remuneração possível.

4.4.2 Cooperativas de Usuários de Saúde e Outras Cooperativas Autogestionárias

Para Rui Namorado:

Difícilmente não se cairá em idéias simplistas se não prezarmos tais como a de saber qual o tipo de contributo que as cooperativas de consumo podem dar ao projecto cooperativo; ou a de se saber qual o lugar que lhes cabe no sector cooperativo; ou como se têm inserido, e se podem vir a inserir, na dinâmica inerente ao movimento cooperativo.²⁸⁰

²⁷⁹BECHO, **Elementos...**, p.132.

²⁸⁰NAMORADO, Rui. **Horizonte cooperativo**: política e projetos. Coimbra: Almedina SA, 2001. p.24.

De acordo com as palavras de Charles Gide,

O objetivo principal das sociedades cooperativas é satisfazer as necessidades de seus membros melhor e de maneira mais econômica do que a feita pelas instituições já existentes. [...] cooperação, então, significa nada menos do que um sistema destinado a substituir o capitalismo por intermédio da ajuda mútua.²⁸¹

Mas, de acordo com o mesmo autor, será

apenas brincadeira com palavras pretender que o produtor, na organização econômica existente, viva pelos outros. Se o padeiro faz o pão, ele não busca alimentar seus clientes, mas ter seu lucro; e se ele efetivamente os alimenta é porque esta é a única forma de obter estes lucros. É apenas na associação cooperativa que a produção é organizada unicamente com o objetivo de satisfazer necessidades.²⁸²

O significado social das cooperativas de consumo e suas repercussões econômicas são assim delineados por António Sérgio:

Radicalmente transformadora do sistema social, totalmente fazedora de um mundo novo – abolindo o lucro, a luta econômica, as crises periódicas, a separação de classes –, só o pode ser a cooperativa de consumo, quando chega ao ponto de produzir para os seus sócios e de realizar os financiamentos por métodos cooperativos, graças a Bancos Cooperativos e a Caixas de Crédito Cooperativas.²⁸³

Dentro da lógica do cooperativismo de consumo, especialmente em um ambiente regulamentado como o setor da saúde suplementar brasileira, as cooperativas de usuários passam a poder efetivamente assumir processos produtivos, de maneira que podem, também, passar a colidir com os interesses das empresas privadas, ou ainda, até mesmo com outras empresas cooperativas que atuam no segmento do cooperativismo de trabalho. Tal fato faz gerar um possível conflito de interesses que,

²⁸¹GIDE, op. cit., p.5-8.

²⁸²GIDE, op. cit., p.12.

²⁸³SÉRGIO, António, citado por NAMORADO, **Introdução...**, p.136.

inclusive, foi considerado por Charles Gide como "a questão mais importante" de seus estudos."²⁸⁴

Mas se, de um lado, o conflito com as empresas privadas é saudável no sentido de exigir a busca pela eficiência e a qualidade que permitam às cooperativas de consumidores oferecerem melhores condições de compra e melhores produtos aos seus sócios, de outro, Charles Gide, desde longa data, já apresentava a solução para os eventuais conflitos com as cooperativas de produção:

Deixemos a cooperação de produtores e consumidores se desenvolverem livremente, cada uma em sua área, mesmo que suas atuações se sobreponham; pela inter-penetração elas acabarão por formar um único "todo". ... Vale à pena lembrar que seguindo a lei natural de seus desenvolvimentos, estas duas formas de cooperação se aproximam tanto uma da outra que no fim se torna difícil a distinção entre elas. [...] O entendimento de que esta harmonia é o mais provável, desde que não haja dúvida de que são as mesmas pessoas que formam as duas organizações, mas em capacidades diferentes.²⁸⁵

Nas cooperativas de consumo, assim como em todas as demais cooperativas autogestionárias, também não se pode esquecer da importância do Princípio da Utilidade, pois, conforme ensina Renato L. Becho, "uma cooperativa de consumo só deve ser criada se for possível oferecer um algo a mais a seus associados: produtos com qualidade melhor, etc."²⁸⁶

4.4.2.1 Estruturação do Cooperativismo de Saúde - Subsegmento Consumo

No segmento de saúde do setor de cooperativas de consumo, distinguem-se dois subsegmentos de cooperativas:

- 1) As cooperativas exclusivamente compradoras de serviço, compostas por pessoas físicas ou jurídicas, organizadas com o objetivo de estabelecer

²⁸⁴GIDE, op. cit., p.192.

²⁸⁵GIDE, op. cit., p.204-205.

²⁸⁶BECHO, **Elementos...**, p.132.

mecanismos de compras conjuntas para produtos e serviços de saúde. São exemplos deste tipo de cooperativa a maioria das "USIMEDs", as quais atuam comprando produtos como medicamentos ou ainda comprando planos de saúde contratados coletivamente junto a operadoras de planos de saúde. Portanto, não se trata de cooperativas operadoras de planos de saúde.

- 2) As cooperativas de consumo "Operadoras de Planos de Saúde", compostas por pessoas físicas e (ou) jurídicas que oferecem coberturas de saúde a seus sócios, comprando serviços junto a sua rede credenciada. Estas cooperativas atuam no formato de autogestão quando oferecerem serviços exclusivamente para seus sócios. Quando oferecem coberturas de saúde para não-sócios, passam a atuar como Empresas de Medicina de Grupo. São exemplos das primeiras a Cooperativas dos Usuários de Serviços de Saúde (COOPUSAÚDE) de Erechim-RS, a Cooperativa de Usuários de Serviços de Saúde de Curitiba (C.S. ASSISTANCE) – PR e a Cooperativa dos Usuários de Serviços de Saúde do Vale do Rio dos Sinos Ltda. (COOPERSINOS), de São Leopoldo-RS e das últimas a Cooperativa de Usuários de Sistemas de Saúde de Campinas e Região (COOPUS) – SP e a Cooperativa de Usuários de Serviços Médico-Hospitalares (COOPERSAÚDE), de Jacareí-SP.

As cooperativas de usuários de serviços de saúde são o resultado de um processo recente, ocorrido a partir do início dos anos 90, decorrente de dois tipos de movimento: 1) Estímulo do sistema UNIMED à criação de Cooperativas de Usuários que utilizam o sistema UNIMED; 2) Mobilização espontânea da sociedade, objetivando organizar sistemas autogeridos de saúde, aos moldes das autogestões ligadas às grande corporações e estruturas associativas;

As cooperativas de usuários - O projeto de implantação das USIMEDs foi iniciado em 1993. Segundo dados fornecidos pelo sistema UNIMED, em 1997,

compunha-se de vinte cooperativas que, por meio de uma rede de farmácias, atendiam a cerca de sessenta mil usuários.²⁸⁷ De acordo com Cristina Duarte, a

Cooperativa de Consumo USIMED foi instituída com o objetivo de promover o acesso dos usuários a preços mais vantajosos de medicamentos, materiais e equipamentos, remoção programada de pacientes e assistência prestada por profissionais não-médicos.

Portanto, não se desenvolveu em função de um movimento verdadeiramente consumerista, mas como resultado de uma estratégia lançada pelas cooperativas médicas, tendo por base o argumento de estabelecer um "compromisso social do profissional médico de viabilizar o tratamento para o usuário da UNIMED, ensejando a aquisição de medicamentos a preços menores que os praticados pelo restante do mercado". Em essência, representou uma estratégia objetivando expandir a atuação de mercado do sistema UNIMED, contornando a proibição estabelecida pelo Código de Ética Médica" (CFM, 1988:7; artigo 98) ao "exercício da profissão 'com interação ou dependência de farmácia'". Juridicamente, o que ocorreu foi a transformação de médicos em consumidores, os quais, em "conjunto com os usuários da UNIMED, tornaram-se cooperados da USIMED".²⁸⁸

Coincidentemente, à mesma época em que o movimento cooperativista de médicos preocupava-se em expandir suas atividades por meio de cooperativas de consumo, diversas iniciativas independentes e características muito semelhantes, ocorridas em especial nos Estados do Rio Grande do Sul, Paraná e São Paulo, levaram ao surgimento de diversas Cooperativas de Usuários de Saúde que foram criadas com o objetivo de estabelecer sistemas autogestionários de saúde para seus sócios.

²⁸⁷UNIMED. 27.^a Convenção Nacional UNIMED – Cobertura Completa. Revista UNIMED 53, 1997. Citado por DUARTE, op. cit.

²⁸⁸DUARTE, op. cit., p.1007.

As primeiras Cooperativas de Usuários não ligadas ao Sistema UNIMED/USIMED foram criadas em 1993 nas cidades de Campinas (SP), São Leopoldo (RS) e João Pessoa (PB) e, em 1994, nas cidades de Jacareí (SP) e de Curitiba (PR). A estas seguiram-se as Cooperativas de Vila Velha (ES) – 1997, Marília (SP) – 1999, Salvador – 1999 e Erechim (1999).

De acordo com comunicações pessoais²⁸⁹ e registros históricos mantidos pelas próprias cooperativas,²⁹⁰ as Cooperativas de Usuários obtiveram seu desenvolvimento de forma independente, até o momento inexistindo uma estrutura unificada de atendimento, como já ocorre no Sistema UNIMED.

As cooperativas de usuários como operadoras de planos de saúde -

Com base em dados divulgados pela ANS, as Cooperativas de Usuários de Saúde brasileiras congregam atualmente cerca de 30 mil beneficiários.²⁹¹

Representando diversos movimentos independentes, contrariamente ao que ocorreu com as Cooperativas de Trabalho Médico, as Cooperativas de Usuários não estão organizadas em nível federativo ou confederativo, muito embora tenha sido recentemente lançado projeto neste sentido²⁹². A análise estatutária e regimental das diversas Cooperativas de Usuários de Saúde brasileiras ainda demonstra a presença de importantes variações de ordem societária e operacional.

O regime de contratação dos médicos - As cooperativas de usuários, na condição de cooperativas de consumo, geralmente atuam por meio de rede credenciada

²⁸⁹SANTIN, Olívio. **História da Coopesaude**. Comunicação Pessoal, 2006.

²⁹⁰Informações históricas sobre as cooperativas de usuários disponíveis em: COOPERSAÚDE (Jacareí-SP): <<http://www.coopersaude.com.br/newscat.asp?ID=4&titulo=HISTÓRICO&dep=public>>; COOPERSINOS (São Leopoldo-RS): <<http://www.coopersinos.org.br/oquee.htm>>; COOPUS (Campinas-SP): <<http://www.coopus.org.br/Apresentacao.htm>>. Acesso em: 03 jul. 2007.

²⁹¹Fonte: Agência Nacional de Saúde (ANS). Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/perfil_operadoras/cadastrobeneiciarios/baixararquivos/ALO.exe>. Acesso em: 27 jun. 2007.

²⁹²Comunicação Pessoal: reunião realizada na Cidade de Curitiba durante o mês de novembro de 2006.

contratada junto ao mercado, composta por pessoas físicas e jurídicas prestadoras de serviço. Nas relações com seus credenciados, normalmente seguem as mesmas tabelas de remuneração adotadas pelas demais operadoras de planos de saúde.

O modelo de organização dos consumidores nas cooperativas de usuários - A grande diferença do modelo de organização das cooperativas de usuários autogestionárias se dá pelo fato de que as coberturas e garantias oferecidas pelas cooperativas colocam o usuário/sócio simultaneamente nas duas posições. Nestas, o processo organizacional se faz na forma mutualista, em absoluto atendimento às características da autogestão, na qual os direcionamentos da cooperativa e as garantias financeiras são fornecidas pelos próprios sócios/usuários, que se cotizam para garantir os objetivos sociais da cooperativa.

Segundo Renato Becho,

esse sócio/proprietário é o consumidor da cooperativa, não por uma eventualidade – como um banqueiro ter conta corrente em seu banco ou o industrial consumir um produto de sua indústria. É condição sine qua non, na cooperativa, ser proprietário para ser consumidor.²⁹³

Em situação totalmente diferenciada encontram-se as cooperativas de usuários que oferecem coberturas e garantias de saúde a não-sócios. Nessa condição, mesmo que a oferta de coberturas e garantias seja apenas excepcional, tais atividades passam a ocorrer dentro do mercado e não mais internamente na Cooperativa. Os sócios da cooperativa passam a ter o ônus de estabelecer garantias financeiras necessárias ao atendimento dos clientes da cooperativa. De acordo com as definições da regulamentação dos Planos Privados de Assistência à Saúde, trata-se de Operadoras de Planos de Saúde que, à exceção das relações societárias, em nada se diferenciam, sob o ponto de vista dos seus clientes, das demais operadoras de planos de saúde.

Conflitos internos e suas consequências - As cooperativas autogestionárias se caracterizam pela reduzida incidência de conflitos internos como consequência do

²⁹³BECHO, *Tributação...*, p.164.

fato de que as decisões ocorrem de maneira democrática. O atendimento aos objetivos sociais, neste caso a oferta de serviços de saúde para seus sócios, se faz internamente na Cooperativa, buscando atingir, como ressaltado por Charles Gide, o "*preço justo*" destes serviços.²⁹⁴ E, mais do que o preço justo, em se tratando de serviços de saúde, as cooperativas autogestionárias estarão buscando também a qualificação destes serviços. Significa a satisfação das necessidades de seus sócios e a remuneração adequada dos fornecedores. De acordo com a doutrina e a jurisprudência, inexistente relação de consumo entre o sócio e a cooperativa, quando nas atividades ligadas ao ato cooperativo.²⁹⁵

Conforme Manuel Diez, "as cooperativas beneficiam a seus próprios sócios, que são ao mesmo tempo consumidores e usuários" e "com elas trata-se de suprimir os intermediários".²⁹⁶

A exata compreensão dos processos cooperativos passa a ser muito importante para o processo de regulamentação do setor de saúde suplementar brasileira. Nas palavras de Renato Becho: "se as cooperativas não praticam, com os cooperativados, atos de comércio, não realizam operações de mercado nem intermedeiam entre a oferta e a demanda, não podem ser alcançadas pelas leis

²⁹⁴GIDE, op. cit., p.8.

²⁹⁵Cite-se a decisão da Décima Sexta Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná dando provimento parcial ao recurso de apelação cível n.º 275.802-9, oriundo da Vara Cível da Com. de Jacarezinho-PR, de 16/03/2005. Rel. Des. Carlos M. Arida: "[...] Não tem aplicação a norma consumerista em relação contratual de empréstimo entre cooperado e o ente cooperativo, vez que os recursos financeiros advêm do patrimônio comum aos membros cooperados, quando não, da captação de recursos financeiros subsidiados ao crédito rural. Multa Convencional. Uma vez que pactuada a multa convencional é devida, devendo ser considerada como uma sanção civil espontaneamente convencionalizada".

²⁹⁶DIEZ, Manuel M. Manual de derecho administrativo. 2.ed. Buenos Aires: Plus Ultra, 1981. T.2. p.19. Citado por CRACOGNA, op. cit., p.64. Tradução para: "*las cooperativas benefician a sus propios socios que son a la vez consumidores usuarios*"; "*con ellas se trata de suprimir a los intermediarios*".

impostas sobre vendas ou sobre o valor agregado".²⁹⁷ Dentro da mesma linha de raciocínio, no caso das cooperativas não-autogestionárias que executam atos não-cooperativos com clientes/não-sócios, os riscos da operação passam a ser dos respectivos sócios, os quais passam a atuar como empresários garantidores do atendimento das necessidades de saúde de seus clientes.

De tais circunstâncias surgem os conflitos de interesse, sendo estes muito semelhantes aos existentes nas operadoras comerciais de planos de saúde. Constituindo-se em atividades de mercado, cabe plenamente a noção, apresentada por Bottesini e Machado, de que "a Lei 9.656, de 03.06.1998, pretende disciplinar o universo dos empresários que exploram os serviços de seguro-saúde, planos de saúde e assistência médica", desta forma ocorrendo "a incidência supletiva da Lei 8.078/1990, que é o Código de Defesa do Consumidor, em razão de manifesta presença da relação de consumo."²⁹⁸

Utilizando a diferenciação proposta por Renato Becho, torna-se "*decisivo*" reconhecer que enquanto nas cooperativas autogestionárias de saúde "existe apenas uma relação (cooperativa-associado/contratante/consumidor)", nas cooperativas não-autogestionárias de saúde existem duas: a relação "cooperativa – associado" e a relação "cooperativa-contratante/consumidor".²⁹⁹

4.4.2.2 Situação atual das Cooperativas de Usuários

Da análise histórica, percebe-se que durante os anos de 1993 a 1999 diversas cooperativas de usuários de saúde foram criadas. Porém, após o estabelecimento

²⁹⁷BECHO, **Tributação...**, p.186.

²⁹⁸BOTTESINI, Maury Ângelo; MACHADO, Mauro Conti. **Lei dos planos e seguros saúde:** comentada artigo por artigo - doutrina - jurisprudência. 2.ed. rev., ampl. e atual. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005. p.47.

²⁹⁹BECHO, **Tributação...**, p.185.

da regulamentação dos Planos Privados de Assistência à Saúde nenhuma nova cooperativa surgiu.

Além das esperadas pressões contrárias exercidas pelas empresas privadas lucrativistas normalmente ameaçadas pelo desenvolvimento do modelo empresarial cooperativista, como consequência de inadequações da regulamentação do Setor de Saúde Suplementar brasileiro que freqüentemente desrespeitam às características legais e operacionais das sociedades cooperativas autogestionárias, tais circunstâncias corroboram a constatação de que o Cooperativismo Autogestionário da Saúde vem enfrentando crescentes dificuldades e situações de desestímulo.

Do exposto, evidencia-se a necessidade de que, à luz do Direito Cooperativo, tais inadequações sejam analisadas com maior detalhamento, como assunto a ser tratado no Capítulo 5.

CAPÍTULO 5

AS INADEQUAÇÕES DA REGULAMENTAÇÃO DOS PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE À LUZ DO DIREITO COOPERATIVO

De acordo com as palavras de Fátima Andrigli, está consolidada a noção de que:

novos tipos de relações jurídicas com seus associados e com terceiros e, principalmente, sua atuação e operacionalidade distinta das sociedades, tanto civis como comerciais, com objetivos singulares e características próprias, fez entender que as regras destinadas a reger as cooperativas não se enquadravam quer no campo do Direito Civil, quer no campo de Direito Comercial, Social ou Administrativo, fazendo surgir um novo ramo, qual seja, o do Direito Cooperativo.³⁰⁰

As palavras da Ministra do Superior Tribunal de Justiça corroboram, conforme exposto nos capítulos anteriores, a predominância, na doutrina nacional e internacional, quanto à existência de uma autonomia para o Direito Cooperativo.

Para Flávio Prado,

se as cooperativas são sociedades diferentes de todas as demais, elas devem ser tratadas também de forma diferente das demais, ou seja, devem receber tratamento jurídico específico, pois específica é a sua natureza jurídica e particulares são as suas características, não encontráveis nos demais tipos societários.³⁰¹

O próprio artigo 1.º da Lei n.º 9.656, de 03.06.1998, submete suas disposições a todas as *"pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde"* ressaltando a preocupação do legislador de que esta submissão ocorra *"sem prejuízo do cumprimento da legislação específica"* que rege

³⁰⁰ANDRIGHI, Fátima Nancy. Autonomia do direito cooperativo. In: KRUEGER, Guilherme (Coord.). **Cooperativismo e o novo código civil**. Belo Horizonte: Melhoramentos, 2003. p.49-57.

³⁰¹PRADO, op. cit., p.150.

a atividade de cada uma das formas jurídicas sob as quais são constituídas as diversas operadoras.³⁰²

Assim sendo, da mesma forma que a regulação do Setor de Saúde Suplementar passa a fazer parte do Direito Cooperativo, torna-se clara a opção do legislador por inserir estas novas normas de maneira a preservar as já existentes.

Dessa forma, no que diz respeito às cooperativas que atuam no setor de saúde, três correlações fundamentais se fazem necessárias. A primeira, de caráter constitucional, diz a respeito à aplicabilidade das garantias fundamentais, conforme previstas no Art. 5.º, Inc. XVIII, da CF, no que se refere à pretensão da Lei ordinária em autorizar e fiscalizar a atuação das cooperativas que atuam no setor da saúde. A segunda, essencialmente ligada à Lei n.º 5.764/71, refere-se a questões que envolvem a adequação das relações de consumo às atividades ligadas ao ato cooperativo. A terceira, diz respeito, conjuntamente, à Lei n.º 5.764/71 e ao novo Código Civil brasileiro, refere-se à adequação das questões societárias no que diz respeito às exigências de garantias econômico-financeiras estabelecidas pela regulamentação do setor de saúde suplementar brasileiro.

Porém, para que tais correlações possam ser bem compreendidas dentro do Direito Cooperativo, com base no já exposto em Capítulos anteriores, devem ser considerados os cinco tipos distintos de Cooperativas que atuam na área de saúde:

- 1) As Cooperativas de Trabalho (de Médicos ou de Dentistas) exclusivamente prestadoras serviços de saúde: não prestam serviços continuados de saúde, nem oferecem coberturas de custos assistenciais. São cooperativas que não oferecem Planos Privados de Assistência à Saúde. O que efetivamente tais cooperativas fazem é ofertar, no mercado, serviços profissionais especializados, de forma semelhante ao que fazem seus sócios individualmente em seus respectivos consultórios, clínicas e

³⁰²CONGRESSO NACIONAL. Lei n.º 9.656/98. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id_original=455>. Acesso em: 04 jul. 2007.

hospitais. Conseqüentemente não atuam como Operadoras de Planos de Saúde.

- 2) As Cooperativas de Trabalho (de Médicos ou Dentistas) vendedoras de planos de saúde: são aquelas cooperativas que oferecem, no mercado, serviços continuados que incluem coberturas de custos assistenciais contratados por terceiros (clientes pessoas físicas ou jurídicas), em regime de pré ou pós-pagamento. São, portanto, Operadoras de Planos de Saúde.
- 3) As Cooperativas de Consumo (de Usuários) exclusivamente compradoras exclusivas de serviços ou planos de saúde: são aquelas que coletivamente contratam produtos ou serviços de saúde, de maneira a efetuarem compras semelhantes àquelas que seus sócios fariam individualmente. Por não oferecerem serviços continuados ou coberturas assistenciais de saúde (apenas compram, no mercado, tais serviços ou coberturas), não se configuram como Operadoras de Planos de Saúde e, portanto, não estão submetidas à regulamentação do setor de saúde suplementar. Em verdade, comportam-se semelhantemente a qualquer outra empresa que venha a contratar benefícios assistenciais para seus sócios, de maneira que as coberturas assistenciais estarão sob integral responsabilidade da operadora contratada.
- 4) As Cooperativas de Consumo (de Usuários) Autogestionárias: são cooperativas de consumo que oferecem serviços e coberturas assistenciais de saúde a seus sócios, contratando diretamente os serviços junto a uma rede credenciada ou contratada própria. Muito embora, por definição, não sejam atuantes no mercado, ao oferecerem, exclusivamente para seus sócios, serviços continuados que incluem coberturas assistenciais de saúde, comportam-se como Operadoras de Planos de Saúde de Autogestão. Neste mesmo modelo estão incluídas todas as cooperativas atuantes nas mais diversas áreas, as quais, por decisão de seus membros,

resolvam manter planos de saúde internamente administrados, na forma de autogestão.

- 5) Cooperativas de Consumo (de Usuários) Não-Autogestionárias e Não-Compradoras Exclusivas: são cooperativas que oferecem serviços continuados ou coberturas assistenciais de saúde contratados no mercado por terceiros (clientes pessoas físicas ou jurídicas). Por esta razão se enquadram como Operadoras de Planos de Saúde que atuam de forma semelhante às demais formas societárias existentes no mercado de Planos Privados de Assistência à Saúde.

5.1 INADEQUAÇÕES DA REGULAMENTAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR ANTE A CONSTITUIÇÃO FEDERAL BRASILEIRA

Anteriormente à Constituição Federal de 1988, ainda como resquício do período da Ditadura Militar, o funcionamento das sociedades cooperativas dependia de prévia autorização pelo Poder Público. Porém, a nova Constituição da República, por meio de seu art. 5.º, inciso XVIII, representando a primeira referência constitucional ao setor cooperativista, torna inexigível a autorização para a criação de novas sociedades cooperativas, assim como veda qualquer interferência estatal em seu funcionamento.

Em outra referência constitucional, o art. 146, III, c, determina que seja dispensado *"adequado tratamento tributário ao ato cooperativo praticado pelas sociedades cooperativas"*. Nesse aspecto José Afonso da Silva divide as normas constitucionais como de eficácia plena, contida e eficácia limitada.³⁰³ De acordo com Flávio Prado "Entre estas últimas estariam as normas programáticas, tais como a do art. 146, inc. III, "c"."³⁰⁴

³⁰³ SILVA, José Afonso da. **Aplicabilidade das Normas Constitucionais**. 3.ed. São Paulo: Malheiros, 1998. p. 88-166.

³⁰⁴ PRADO, op. cit., p.146

O artigo 192 da Constituição da República prevê a estruturação do sistema financeiro nacional, referindo-se especificamente às Cooperativas de Crédito como participantes do citado sistema, ao mesmo tempo em que define que o funcionamento das mesmas sejam reguladas por meio de leis complementares. Tal referência constitui, em nível constitucional, a única exceção à inexigibilidade de autorização prévia para funcionamento de uma cooperativa.³⁰⁵

De acordo com Alves e Milani, o:

Interesse público, pelo que preleciona a doutrina, é o interesse que se funda em direito de proveito de toda coletividade, como saúde, a educação, o transporte, a previdência, a segurança", sendo que "nem todas as atividades de interesse público são consideradas como serviços privativos do Estado. ...Os serviços de saúde e de educação, embora qualificados como de relevância pública, não são privativos do Estado, entregues que são, pela própria Constituição Federal (art. 196 a 205), à iniciativa privada". Segundo os mesmos autores "pela importância que representam para a sociedade, mesmo quando prestados pela iniciativa privada, os serviços de saúde e de educação, submetem-se à fiscalização e ao controle do Estado (arts. 197 e 209 da CF).³⁰⁶

A Constituição Federal de 1998 refere-se às cooperativas em seis artigos, sendo que, dentre estes, apenas três são aplicáveis às cooperativas do setor de saúde:

Art. 5.º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

[...]

XVIII - a criação de associações e, na forma da lei, a de cooperativas independem de autorização, sendo vedada a interferência estatal em seu funcionamento;

Art. 146. Cabe à lei complementar:

[...]

III - estabelecer normas gerais em matéria de legislação tributária.

[...]

³⁰⁵Com redação dada pela Emenda Constitucional n.º 40, de 2003.

³⁰⁶ALVES e MILANI, op. cit., p.19-21.

c) adequado tratamento tributário ao ato cooperativo praticado pelas sociedades cooperativas.

Art. 174. Como agente normativo e regulador da atividade econômica, o Estado exercerá, na forma da lei, as funções de fiscalização, incentivo e planejamento, sendo este determinante para o setor público e indicativo para o setor privado.

[...]

§ 2.º - A lei apoiará e estimulará o cooperativismo e outras formas de associativismo.

De acordo com Canotilho, os direitos e as garantias fundamentais constantes da Constituição Federal de 1988 têm:

a função de direitos de defesa dos cidadãos sob uma dupla perspectiva: (1) constituem, num plano jurídico-objectivo, normas de competência negativa para os poderes públicos, proibindo fundamentalmente as ingerências destes na esfera jurídica individual; (2) implicam, num plano jurídico-subjectivo, o poder de exercer positivamente direitos fundamentais (liberdade positiva) e de exigir omissões dos poderes públicos, de forma a evitar agressões lesivas por parte dos mesmos (liberdade negativa).³⁰⁷

5.1.1 A Constituição da República e as Cooperativas

A primeira e mais importante referência ao cooperativismo, inclusa no Título II (Dos Direitos e Garantias Fundamentais), Capítulo I (Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos), ocorre no artigo 5.º, inciso XVIII, prevendo que *"a criação de associações e, na forma da lei, a de cooperativas independem de autorização, sendo vedada a interferência estatal em seu funcionamento;"*.

Uma vez considerada a expressa vedação constitucional à interferência estatal na criação e funcionamento das cooperativas, torna-se necessária uma cuidadosa avaliação do constante na Lei n.º 9.656/98, Art. 1.º, parágrafos 1.º e 2.º, os quais determinam que:

Art. 1.º: [...]

³⁰⁷CANOTILHO, op. cit., p.541.

§ 1.º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente [...]:

§ 2.º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1.º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração.

Do exposto resulta necessária uma cuidadosa interpretação do que pode significar a intenção do legislador ordinário em fiscalizar as *"cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1.º do art. 1.º da Lei 9.656"*. Pois, tal fiscalização, em respeito ao arcabouço legal cooperativo, necessitará ser de acordo com as várias formas de atuação das cooperativas de saúde anteriormente apresentadas.

No caso das Cooperativas Médicas ou Odontológicas atuantes como Operadoras de Planos de Saúde, torna-se clara a relação de consumo existente entre a cooperativa, que assume os riscos decorrentes da operação e seus beneficiários (consumidores), os quais contratam no mercado tais coberturas e serviços. Dessa forma, ao prover fiscalização sobre as cooperativas que oferecem planos de saúde no mercado, o agente regulador não estará exercendo impedimento ou interferência nas atividades internas das cooperativas, mas apenas sobre as suas atividades externas (executadas entre a cooperativa e terceiros) neste caso caracterizadas como atos cooperativos – sentido amplo. Como exposto anteriormente, tais atos não estão manifestamente protegidos pelo texto constitucional, de maneira que a regulação exercida pelo agente externo nas operações efetuadas com terceiros, portanto fora do âmbito do Direito Cooperativo, não se constituirá em ofensa constitucional.

Diversamente, no caso das cooperativas autogestionárias, ao serem mantidos sistemas de saúde destinados exclusivamente aos seus respectivos sócios, portanto regulados por disposições estatutárias e regimentais internas, a oferta de serviços ou coberturas assistenciais passa a ser decorrente não mais de uma contratação de mercado mas sim de obrigações decorrentes do vínculo societário característico das empresas cooperativas. Em outras palavras, relacionamentos decorrentes de atos cooperativos – sentido restrito, protegidos constitucionalmente.

Neste momento, merece ressalva o pensamento de Flávio Prado, o qual, muito embora referente ao Princípio da Isonomia Tributária, muito bem se aplica à regulamentação da Saúde Suplementar:

deve se tratar de forma igual os iguais, e desigual os desiguais, na medida de suas desigualdades, é absolutamente inafastável a conclusão de que as cooperativas não podem ser tratadas, especialmente em questões tributárias, de forma igual à das demais sociedades.³⁰⁸

Portanto, na eventual pretensão do agente regulador da Saúde Suplementar em impedir a criação ou interferir no funcionamento de uma cooperativa autogestionária de saúde – relacionando-se única e exclusivamente com seus sócios –, a única e adequada conclusão é a de que estabelecer-se-ia, nesta hipótese, ato de inconstitucionalidade.

Não obstante, o Poder Público pode manter os devidos registros, assim como fiscalizar as atividades das cooperativas autogestionárias, em especial no que objetive garantir o acompanhamento, identificação e combate à prática de atos não-cooperativos. Torna-se única e suficiente condição, para a caracterização das cooperativas autogestionárias da saúde, a inexistência de prática de atos não-cooperativos.

Nesse aspecto merecem distinção as palavras da Ministra Fátima Nancy Andrighi, ao referir-se às características autogestionárias do cooperativismo:

Ademais, é sabido que nas sociedades cooperativas, todas as deliberações são tomadas pelos próprios associados, em assembléia geral, ou, convalidadas pelos seus estatutos quando originárias de sua diretoria, sendo forçoso admitir que a deliberação é fruto da vontade coletiva do corpo social. Como se vê, o próprio associado decide ou delega poderes para que seus pares, por ele eleitos, decidam a respeito da utilização da cláusula mandato nas relações jurídicas concernentes às operações reciprocamente realizadas entre cooperativas e seus associados, do que se depreende correta e coerente tal utilização, sob total arrimo legal.

³⁰⁸PRADO, op. cit., p.150.

Percebe-se, portanto, que a autonomia do Direito Cooperativo decorre intrinsecamente de sua própria peculiaridade como sistema diacrônico, que busca sua identidade ao longo de sua evolução. Apresenta-se, ademais, como sistema reformista, que pretende atingir, como valores máximos, a solidariedade e a ajuda mútua, aspirando, como principal objetivo de ordem filosófica, o aperfeiçoamento moral do homem, na sua mais elevada acepção ética.³⁰⁹

Do exposto, conclui-se que as Cooperativas de Consumo de Saúde atuantes como Operadoras de Planos de Saúde que venham a ofertar serviços ou coberturas assistenciais a terceiros, mesmo que de forma apenas complementar às suas atividades, estarão realizando atos não-cooperativos, desta forma sujeitando a Cooperativa: 1) ao regime de tributação normal para respectiva área de atuação; 2) à exigência de tratamento contábil específico para as sobras decorrentes destas atividades no Fundo de Assistência Técnica e Educacional – FATES; 3) à subordinação às normas regulatórias do setor de saúde suplementar, semelhantemente às demais operadoras participantes do mercado.

5.1.2 A Constituição da República e regulação da saúde pelo Poder Público

O Art. 6.^o, como parte integrante do Título II (Dos Direitos e Garantias Fundamentais), Capítulo II (Dos Direitos Sociais), da Carta Magna brasileira, prevê como direitos sociais a saúde e a previdência social, dentre outros.³¹⁰ O art. 37 determina que *"A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, [...] obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência [...]"*³¹¹

³⁰⁹ANDRIGHI, op. cit., p.49-57.

³¹⁰De acordo com redação dada pela Emenda Constitucional n.º 26, de 2000.

³¹¹De acordo com redação dada pela Emenda Constitucional n.º 19, de 1998.

Insero no Título VII (Da Ordem Econômica e Financeira) da Constituição Federal brasileira, o Art. 174 define o Estado brasileiro *"como agente normativo e regulador"* que exercerá *"na forma da lei, as funções de fiscalização"*. Porém, de acordo com o § 2.º, o constituinte também definiu que a *"lei apoiará e estimulará o cooperativismo e outras formas de associativismo"*, desta forma influenciando diretamente na estrutura regulamentadora do setor de saúde suplementar, de maneira a garantir situação privilegiada ao movimento cooperativista, assim como de outras formas de associativismo, em todas as questões que envolvem processos normativos e regulamentares.

No Título VIII (Da Ordem Social), Capítulo II (Da Seguridade Social), Seção II (Da Saúde), Art. 196, o sistema de saúde passa a ser determinado como *"direito de todos e dever do Estado,..."*; enquanto no Art. 197 define-se como *"de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle [...]"*.³¹²

Assim, de acordo com o já exposto, considerada como única exceção do texto constitucional à plena liberdade de criação e de atuação das cooperativa a constante do art. 192³¹³ (o qual estabelece que somente as Cooperativas de Crédito

³¹²Em função do objeto da presente dissertação, interessa aqui manter a análise focada sobre o papel das cooperativas atuantes no segmento da saúde suplementar, conforme definido pela Lei n.º 9.656/98 e suas regulamentações. Assim, deixa-se de avaliar as questões decorrentes do envolvimento das cooperativas de saúde no Sistema Único de Saúde, assim como não serão analisadas algumas questões abrangentes, como, por exemplo, as decorrentes do conceito de interesse público. Muito embora a saúde seja área de interesse público, ao determinar, a própria legislação específica, o conceito de planos privados de assistência à saúde, o legislador optou pela inserção desta matéria no direito privado. A implicação decorrente é a de uma necessária separação do papel das cooperativas como eventuais participantes do sistema público de saúde (SUS), daquele desempenhado como operadoras de planos privados de assistência à saúde. A participação de cooperativas no sistema público de saúde não somente é possível, mas também recomendável, tendo em vista o desejo do constituinte, expresso nos artigos 199 e 174, por meio dos quais determina, respectivamente, a preferência pela participação das instituições sem fins lucrativos no Sistema Único de Saúde e o estímulo ao cooperativismo.

³¹³Conforme redação dada pela Emenda Constitucional n.º 40, de 2003.

são sujeitas a regulação externa de suas atividades internas), o Poder Público está constitucionalmente impedido de proceder diferentemente.³¹⁴

Do exposto conclui-se que é dever do Estado atuar, regulamentar, fiscalizar e controlar as ações e os serviços de saúde, porém sempre na forma da lei, motivo pelo qual merecem análise mais detalhada, sob o foco dos mandamentos constitucionais que afetam o Direito Cooperativo, diversas das previsões legais e da regulamentação infralegal da saúde suplementar que afetam as Cooperativas do setor de saúde.

5.1.3 A Constituição da República e a Lei n.º 9.656/98

Observando-se o disposto no Art. 8.º da Lei n.º 9.656/98, verifica-se que:

Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS: [...],

Correlacionando-se as determinações do Art. 8.º da Lei n.º 9.656/98 com os mandamentos constitucionais, conclui-se que não pode haver outra interpretação a não ser a de que tal dispositivo não se aplica às cooperativas autogestionárias de saúde, tendo por base o Art. 5.º, Inc. XVII. Além do mais, o próprio § 2.º do mesmo artigo 8.º, ao prever o cancelamento da autorização de funcionamento às operadoras que não "*comercializem*" planos privados de assistência à saúde após 180 dias de seu respectivo registro na ANS, acabaria por automaticamente cancelar o registro das cooperativas autogestionárias, já que estas, conforme expresso na Lei n.º 5.764/71, ao praticarem única e exclusivamente o ato cooperativo – sentido restrito, não praticam atos de comércio.³¹⁵

³¹⁴Ressalte-se que o Texto Constitucional também prevê que a regulamentação das atividades das Cooperativas de Crédito, quando ocorrer, deverá valer-se de Lei Complementar.

³¹⁵CONGRESSO NACIONAL. Lei n.º 5.764/71. Disponível em: <<http://www.portaltributario.com.br/legislacao/l5764.htm>>. Acesso em: 04 jul. 2007.

Como anteriormente ressaltado, as Cooperativas de Consumo "Não-Autogestionárias", assim como as Cooperativas Médicas e Odontológicas que atuam como Operadoras de Planos de Saúde, ao praticarem o atos com terceiros (representando atos não-cooperativos, no caso das primeiras ou ato cooperativo – sentido amplo –, nas últimas), estarão praticando atos de mercado. Portanto, atos externos à cooperativa, que estarão subordinados à fiscalização do agente regulador.

Deve ser ainda destacado que, de acordo com § 2.º do artigo 8.º da Lei n.º 9.656, para efeito de obtenção de autorização de funcionamento, as *"entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão"* estão dispensadas da necessidade de apresentar a *"demonstração da viabilidade econômico-financeira"* de seus planos e da *"especificação da área geográfica"* de cobertura de tais planos. Esta desobrigação, concedida genericamente às autogestões, evidencia o respeito do legislador às características das instituições autogestionárias de saúde, uma vez que estas representam, em última análise, o processo de organização da sociedade civil. Portanto, existe o expresse reconhecimento, no texto da Lei, de que diferentemente das demais formas de Operadoras de Planos de Saúde, as decisões tomadas pelos próprios participantes certamente serão melhores e mais adequadas do que quaisquer outras decisões ou imposições externas.³¹⁶

Diante do exposto, conclui-se que o Art. 8.º da Lei n.º 9.656/98 não se aplica às cooperativas autogestionárias, e o § 1.º do mesmo artigo se aplica às demais formas jurídicas que atuam no segmento da autogestão de saúde, de forma a garantir-lhes tratamento diferenciado e mais benéfico. Dessa forma, estará atendido o mandamento constitucional constante do Art. 174, § 2.º. Porém, subsistem duas questões, que merecem análise detalhada:

- 1) Inexistindo relação de consumo entre os cooperados beneficiários de um plano autogerido de saúde e sua cooperativa, seria correto o enqua-

³¹⁶CRACOGNA, op. cit., p.63.

dramento das Cooperativas Autogestionárias e das demais Autogestões como Operadoras de Planos de Saúde?

- 2) Havendo especificação, no texto legal, de que a oferta de sistemas de autogestão independe da forma jurídica adotada pela instituição ou empresa, na hipótese de interpretação de que as cooperativas de consumo (de usuários) autogestionárias devam ser consideradas como Operadoras de Planos de Saúde, sob quais critérios e classificações constantes da regulamentação (em especial as decorrentes da Resolução Normativa n.º 137/2006) deverão ser estas enquadradas?

As respostas para tais questionamentos somente poderão ser obtidas em função das correlações existentes entre as normas do Direito Cooperativo e da regulação da Saúde Suplementar brasileira.

5.1.4 A Constituição da República e a Lei n.º 9.961/00

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada pela Lei n.º 9.961, de 28/01/2000, em que, no Art. 4.º, são definidas as suas competências. Destaca-se a clara preocupação do legislador, por meio do parágrafo 2.º da referida Lei, em exigir da ANS que as *"normas previstas neste artigo obedecerão às características específicas da operadora, especialmente no que concerne à natureza jurídica de seus atos constitutivos"*.

Assim, de acordo com as perspectivas propostas por Canotilho³¹⁷, merecem correlação com as determinações constitucionais brasileiras os seguintes dispositivos da regulamentação da Saúde Suplementar:

- 1) Na perspectiva da Competência Negativa, ou *"proibição às ingerências dos poderes públicos na esfera jurídica individual"*, significando que ao Poder

³¹⁷CANOTILHO, op. cit., p.541.

Público resta vedado qualquer ato que signifique autorizar ou determinar regras para o funcionamento interno de uma dada cooperativa:

Art. 4.º, inc. XX: "autorizar o registro dos planos privados de assistência à saúde;

Art. 4.º XXII: "autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário, sem prejuízo do disposto na Lei n.º 8.884, de 11 de junho de 1994; (Redação dada pela MP n.º 2.177-44, de 24 de agosto de 2001)

Art. 4.º XLI: "fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1.º do art. 1.º da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, incluindo: (Artigo e alíneas incluídas pela MP n.º 2.177-44, de 24 de agosto de 2001)

- a) conteúdos e modelos assistenciais;*
- b) adequação e utilização de tecnologias em saúde;*
- c) direção fiscal ou técnica;*
- d) liquidação extrajudicial;*
- e) procedimentos de recuperação financeira das operadoras;*
- f) normas de aplicação de penalidades;*
- g) garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados;"*

Art. 4.º XLII: "estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde. (Inciso incluído pela MP n.º 2.177-44, de 24 de agosto de 2001)

- 2) Na perspectiva da "*Liberdade Positiva*", ou o "*poder de exercer os direitos fundamentais*". Significando que resta livre aos sócios de uma determinada cooperativa, o direito de acesso ao processo autogestionário no que se refere ao atendimento das necessidades de saúde de seus sócios, não podendo, o Poder Público, interpretar diferentemente ou criar impedimentos administrativos que contrariem tal vontade:

Art. 4.º: [...]

X: definir, para fins de aplicação da Lei n.º 9.656, de 1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades;

Art. 4.º: [...]

XIII: estabelecer normas para registro dos produtos definidos no inciso I e no § 1.º do art. 1.º da Lei n.º 9.656, de 1998.

- 3) Na perspectiva da "*Liberdade Negativa*", ou "*poder de exigir omissões dos poderes públicos, de forma a evitar agressões lesivas por parte dos mesmos*". Significa que cabe aos sócios de uma determinada cooperativa autogestionária, o direito de impedir o Poder Público de interferir nos assuntos internos da cooperativa:

Art. 4.º: [...]

XXXIII: instituir o regime de direção fiscal ou técnica nas operadoras;

Art. 4.º: [...]

XXXIV: proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil das operadoras de planos privados de assistência à saúde; (Redação dada pela MP n.º 2.177-44, de 24 de agosto de 2001)

Art. 4.º:

XXXV: determinar ou promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras; (Redação dada pela MP n.º 2.097-36, de 26 de janeiro de 2001)

Art. 4.º: [...]

XL: definir as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal, do liquidante e do responsável pela alienação de carteira. (Inciso incluído pela MP n.º 2.097-36, de 26 de janeiro de 2001)

Do exposto, conclui-se que, sob pena de inconstitucionalidade, os incisos X, XIII, XX, XXII, XXXIII, XXXIV, XXXV, XL, XLI e XLII não são aplicáveis às cooperativas autogestionárias, enquanto relacionados às atividades de oferta de serviços continuados ou coberturas assistenciais de saúde aos seus respectivos sócios.

5.1.5 A Constituição da República e as disposições infralegais da regulamentação do setor de saúde suplementar

A Resolução Normativa 137, de 14.11/2006, juntamente com a Resolução CONSU n.º 5, de 04.11.1998, são os únicos documentos normativos especificamente destinados ao segmento das autogestões de saúde, denotando sua maior importância e a necessidade de uma análise mais detalhada.

5.1.5.1 Resolução CONSU n.º 05

Representando a primeira regulamentação editada especificamente para o setor autogestionário, a Resolução CONSU n.º 05 foi posteriormente modificada pela Resolução CONSU n.º 15, de 29.03.1999, tornando-se pretensamente *"sem efeito"*, de acordo com a Resolução Normativa n.º 137, de 14.11.2006.

A análise das disposições constantes destes documentos deve ser realizada observando-se que: 1) de acordo com o que estipula o Art. 35-A da Lei n.º 9.656/98, o Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU) tem competência para *"III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS"*, além de *"IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar"*, de maneira a caber à ANS, conforme disposto no respectivo Parágrafo único, o dever de fixar normas adequadas às diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU; 2) de acordo com o previsto no Art. 4.º da Lei n.º 9.961/00, compete à ANS *"propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - Consu para a regulação do setor de saúde suplementar"*, sem que tenham sido delegados poderes para modificar tais decisões; 3) inexistem previsão legal que autorize a Agência Nacional de Saúde (ANS) a modificar decisões do Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU).

Dessa forma, muito embora a Resolução Normativa n.º 137 (posteriormente modificada pela Resolução Normativa 148, de 03.03.2007) faça constar em seu Art. 27 que ficam *"sem efeito a Resolução CONSU n.º 5, de 4 de novembro de 1998"* e o *"item III do art. 1.º da Resolução CONSU n.º 15, de 23 de março de 1999"*,

identifica-se provável ineficácia do citado artigo da RN 137 (modificada pela RN 148), já que este pretende tornar "sem efeito" resolução editada em esfera hierarquicamente superior.³¹⁸

Assim, merecem destaque diversas previsões que interessam ao setor cooperativista autogestionário:

No art. 1.º da resolução em análise, são caracterizados como sistemas de assistência à saúde na modalidade de autogestão:

[...] aqueles destinados exclusivamente a empregados ativos, aposentados, pensionistas e ex-empregados, bem como seus respectivos grupos familiares definidos, de uma ou mais empresas, ou ainda a participantes e dependentes de associações, sindicatos ou entidades de classes profissionais.

Muito embora tenha havido uma omissão formal das cooperativas como instituições capazes de manter sistemas autogeridos de saúde, certamente o texto regulatório não as impede. Pois, ao referir-se aos "participantes" de "associações, sindicatos ou entidades de classes profissionais", o CONSU demonstrou seu objetivo em não restringir o conceito de autogestão de saúde a qualquer forma societária específica, em especial quando de caráter associativo.

No Art. 3.º a Resolução CONSU determina que:

A administração de seus recursos assistenciais próprios, de credenciados, de contratados e/ou referenciados deverá ser realizada de forma direta, não sendo permitida a terceirização, exceto através de convênios de reciprocidade com entidades congêneres, ou em regiões com dificuldade ou carência de contratação direta,

No Art. 6.º, define-se como "de competência do Ministério da Saúde a concessão do registro de qualificação na categoria de autogestão", condicionando tal registro a uma série de obrigações de ordem administrativa.

Quando analisadas sob o ponto de vista do Direito Cooperativo, as exigências e determinações constantes dos artigos 3.º e 6.º, se estendidas às cooperativas

³¹⁸Muito embora inexistam dados jurisprudenciais sobre o assunto.

autogestionárias, passariam a significar atos de inconstitucionalidade, por representarem interferência nos assuntos internos das Cooperativas (resultantes da prática de atos cooperativos – sentido restrito).

5.1.5.2 Resolução Normativa ANS n.º 137

A Resolução Normativa n.º 137, modificada pela Resolução Normativa n.º 148, de 03.03.2007, no artigo 2.º, inc. I a III, prevê três variantes de formas jurídicas capazes de serem enquadradas no segmento das autogestões:

I - a pessoa jurídica de direito privado que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos seguintes beneficiários:

- a) sócios da pessoa jurídica;*
- b) administradores e ex-administradores da entidade de autogestão;*
- c) empregados e ex-empregados da entidade de autogestão;*
- d) aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à entidade de autogestão;*
- e) pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores; e*
- f) grupo familiar dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores, limitado ao terceiro grau de parentesco, consangüíneo ou afim;*

II - a pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos que, vinculada à entidade pública ou privada patrocinadora, instituidora ou mantenedora, opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos seguintes beneficiários:

- a) empregados e servidores públicos ativos da entidade pública patrocinadora;*
- b) empregados e servidores públicos aposentados da entidade pública patrocinadora;*
- c) ex-empregados e ex-servidores públicos da entidade pública patrocinadora;*
- d) pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores;*
- e) sócios da entidade privada patrocinadora, instituidora ou mantenedora da entidade de autogestão;*
- f) empregados e ex-empregados, administradores e ex-administradores da entidade privada patrocinadora, instituidora ou mantenedora da entidade de autogestão;*
- g) empregados, ex-empregados, administradores e ex-administradores da própria entidade de autogestão;*
- h) aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à própria entidade de autogestão ou a sua entidade patrocinadora, instituidora ou mantenedora;*
- i) pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores; e*
- j) grupo familiar dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores, limitado ao terceiro grau de parentesco, consangüíneo ou afim; ou*

III - a pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos, constituída sob a forma de associação, que opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos associados integrantes de determinada categoria profissional e aos seguintes beneficiários:

- a) empregados, ex-empregados, administradores e ex-administradores da própria entidade de autogestão;*
- b) aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à própria entidade de autogestão;*
- c) pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores; e*
- d) grupo familiar dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores, limitado ao terceiro grau de parentesco, consanguíneo ou afim.*

Do constante do artigo 2.º da Resolução Normativa 137, conclui-se que as cooperativas autogestionárias, por não se tratarem de pessoas jurídicas de direito privado de fins não econômicos, se enquadram perfeitamente de acordo com o previsto no inciso I, caracterizando-se como: *"a pessoa jurídica de direito privado que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente [...]"* para seus *"sócios"*, assim como seus *"administradores e ex-administradores"*, *"empregados e ex-empregados"*; *"aposentados que tenham sido vinculados anteriormente"* à Cooperativa, e demais beneficiários pensionistas e pertencentes ao grupo familiar do titular.

De acordo com o texto da Resolução Normativa n.º 137, modificada pela Resolução Normativa n.º 148, as previsões de exceção feitas às autogestões por *"departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado"* são, portanto, aplicáveis às Cooperativas Autogestionárias. Desta forma as Cooperativas Autogestionárias estão isentas das obrigações constantes dos artigos 3.º - necessidade objeto social exclusivo; 4.º - imposição de predefinições nos atos constitutivos, 5.º - obrigação de manutenção de garantias financeiras, 6.º - obrigatoriedade de submissão das contas a auditoria independente, 7.º - utilização obrigatória do Plano de Contas Padrão da ANS, 10 - obrigatoriedade de envio de informações econômicas e 14 - imposição de predefinições nos atos regimentais.

Assim, destaca-se, nos termos da Resolução Normativa n.º 137, a correta previsão do agente normatizador que, por meio das citadas isenções, eliminou o risco

de estabelecimento de inconstitucionalidades, de acordo com as garantias constitucionais que impedem a interferência estatal nas atividades internas das cooperativas .

Assim sendo, uma vez consideradas as previsões dos artigos 16 a 20, observa-se que, na forma de uma adequada previsão no instrumento regulatório ora analisado, a figura dos "*mantenedores, instituidores e patrocinadores*" não são aplicáveis às autogestões "*por departamento de recursos humanos ou assemelhados*". Tal correção permite a constatação de que, dessa forma, também tenham sido afastados os riscos de ofensa ao Princípio da Livre Adesão e ao Princípio das Portas Abertas, que caracterizam a essência do movimento cooperativista.

Dessa maneira, o único ponto de inadequação da Resolução Normativa n.º 137, modificada pela RN 148, perante os mandamentos constitucionais é a pretensão do regulador, conforme constante do Art. 21, de obrigar as cooperativas autogestionárias ao desenvolvimento de rede credenciada própria. Tal exigência, aos moldes da constante da Resolução CONSU n.º 05, no caso específico das cooperativas autogestionárias de saúde, representaria ato de indevida interferência externa. Na verdade, a tentativa de impedimento de contratação de redes credenciadas junto a empresas terceirizadoras (o que ocorreria mesmo na hipótese de que estas viessem a apresentar custos mais vantajosos) não encontra guarida tanto na legislação geral brasileira como nos manuais da boa governança corporativa.

5.2 INADEQUAÇÕES DA REGULAMENTAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR ANTE A LEI N.º 5.764/71

Como visto anteriormente, são vários os dispositivos legais constantes da Lei n.º 9.656/98, da Lei n.º 9.961/00 e dos diplomas infralegais que constituem a estrutura regulatória do setor de saúde suplementar brasileira a fazerem referência à preservação das determinações legais específicas de cada forma jurídica atuante como Operadora de Planos de Saúde.

No que diz respeito à forma jurídica cooperativista, resta evidente a importância das normas do Direito Cooperativo, representadas essencialmente pela Lei n.º 5.764, de 16.12.1971. As questões fundamentais nas relações entre a Lei Especial Cooperativista e as Leis Gerais dos "Planos Privados de Assistência à Saúde" e do "Código de Defesa do Consumidor" estarão vinculadas ao correto entendimento das diversas formas de atuação das cooperativas de saúde, caracterizadas, ou não, como atividades de mercado e geradoras de relações de consumo.

De acordo com Francisco Alves e Imaculada Milani: "é princípio estabelecido na hermenêutica jurídica, que a lei especial se sobrepõe à lei geral. Havendo divergência entre ambas, prevalecerá a primeira".³¹⁹ Para Fabiana Ferron, muito embora na maior parte das vezes a lei especial importe em novas regras que se coadunam com a lei geral mais antiga, "a lei especial não revoga a lei geral anterior, uma vez que o campo de aplicação da lei geral é naturalmente mais amplo e não coincide com o da lei especial nova (art. 2.º, § 2.º, da Lei de Introdução ao Código Civil)". Mas, continua a autora, "se, porém, os casos de incompatibilidade são poucos, nestes há prevalência da lei especial nova pelos critérios de especialidade e cronologia". Como exemplo a autora refere-se ao fato de que o "Código de Defesa do Consumidor poderá ter sua aplicabilidade afastada para que ocorra a aplicação da Lei n.º 9.656/98 – que é especial – em casos de incompatibilidade de preceitos".³²⁰

Assim, por analogia, chega-se à conclusão de que a Lei n.º 9.656/98 que, sob o ponto de vista das cooperativas, é geral – atuando sobre todas as Operadoras de Planos de Saúde –, em casos de incompatibilidade poderá ter sua aplicação afastada pela lei especial cooperativista ou mesmo pelas disposições constantes do novo Código Civil. Esse último na condição de Lei Geral mais nova.

³¹⁹ALVES e MILANI, op. cit., p.18.

³²⁰FERRON, op. cit., p.119.

Sob o ponto de vista da regulamentação da saúde suplementar, o Art. 1.º da Lei n.º 9.656/98 é claro ao prever que a Lei adotará, *"para fins de aplicação das normas"* por aquela Lei *"estabelecidas"*, uma série de *"definições"*. Dentre estas, destaca-se a apresentada no Inciso I do referido artigo, a qual pode ter sua importância avaliada em função de o mesmo vir a ser citado em quarenta oportunidades no corpo da própria lei, assim como em diversas das normativas infralegais posteriormente editadas. O referido inciso define *"Plano Privado de Assistência à Saúde" (PPAS)* como:

prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.

Do exposto, e de acordo com o próprio desenvolvimento histórico do processo de regulação do setor de saúde suplementar anteriormente apresentado, evidencia-se a preocupação do legislador em proteger o *"consumidor"* nas suas relações com as empresas que atuam na *"prestação de serviços"* ou por meio de *"coberturas de custos assistenciais"* de saúde.

Para que essa regulação fosse possível é que, o Art. 1.º da Lei n.º 9.656/98, em seu inciso II, como consequência da definição de Planos Privados de Assistência à Saúde, estabeleceu o conceito de *Operadora de Planos de Saúde (OPS)*: *"pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo"*.

Tal definição leva à necessária conclusão de que estarão submetidas às determinações da Lei n.º 9.656/98 apenas as cooperativas que operem produtos, serviços ou contratos conforme definidos no Inciso I do Art. 1.º da Lei n.º 9.656/98. Em outras palavras, aquelas que, ao praticarem atos que configurem relações de consumo, passam a ser chamadas de Operadoras de Planos de Saúde (OPS).

Assim, de fato e de direito, as cooperativas autogestionárias da saúde não são caracterizáveis como Operadoras de Planos de Saúde, sob pena de estabelecer-se ato de ilegalidade ao pretender-se o afastamento da Lei Especial Cooperativista, quando da ocorrência de conflitos com a Lei Geral dos Planos Privados de Assistência à Saúde. Nesse aspecto, ressalte-se que o afastamento dos planos de assistência à saúde oferecidos diretamente pelo setor público aos seus servidores é decorrente do mesmo entendimento literal da Lei n.º 9.656/98.³²¹

De acordo com publicação do Ministério da Saúde:

três ênfases podem ser identificadas na atuação da ANS: a primeira, voltada para a regulação da saúde financeira das operadoras, ou seja, a sua capacidade de se estabelecer no mercado, honrando os compromissos na prestação da assistência à saúde dos seus beneficiários; a segunda, sob a perspectiva do direito dos consumidores, foca os contratos e a relação de consumo, definindo como eixo principal de atuação o processo de fiscalização; a terceira tem como centro a questão dos produtos, seja na sua composição de cobertura, seja no seu preço. Esse modelo de regulação não conseguiu se articular em torno de um único eixo que definisse claramente as perspectivas regulatórias da instituição.³²²

Nas questões que envolvem a atuação de mercado das Cooperativas, a jurisprudência predominante acata as previsões da Lei n.º 5.764/71, definindo que os atos cooperativos, quando representados em seu sentido restrito, não constituem operação de mercado. Conseqüentemente, tais atos não geram relações de consumo, de acordo com o Parágrafo único do Art. 79 da Lei n.º 5.764/71.

³²¹Exemplo de entidade de direito público não enquadrada como OPS apesar de oferecer coberturas assistenciais a seus beneficiários é o Sistema de Assistência à Saúde mantido pelo Estado do Paraná, destinado especificamente aos servidores públicos do Estado do Paraná.

³²²MALTA, Deborah Carvalho; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; JORGE, Alzira de Oliveira; ACIOLE, Giovanni Gurgel (Org.). **Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005. p 228.

Como exemplo, cite-se a decisão do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná ³²³ decidindo pela não aplicação do Código de Defesa do Consumidor nas atividades ligadas ao ato cooperativo e a recente decisão unânime da 2.^a Turma do STJ (de 25.03.2006), relatada pelo Ministro Francisco Peçanha Martins, provendo recurso especial da Cooperativa de Consumo dos Funcionários da Companhia Vale do Rio Doce, o qual compunha alegação *"acerca do ato cooperativo não gerar lucro nem originar faturamento, e conseqüentemente, não configurar fato gerador de tributo federal; bem como não haver relação de consumo entre cooperativa e cooperados"*.³²⁴

Sobre esse tema merecem destaque as palavras da Ministra Fátima Andrighi:

Inquestionável, portanto, o fato de que as relações jurídicas decorrentes do ato cooperativo não encontram guarida nas relações de consumo, porque o associado não é consumidor, mas sim um dos titulares da sociedade, com quotas de capital e direito a voto.³²⁵

Dessa forma, conclui-se que, se o parágrafo 2.^o da Lei n.^o 9.656/98 objetiva especificar o enquadramento como Operadoras de Planos de Saúde das *"cooperativas"* e das *"entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão"*, isto somente ocorrerá na hipótese de que tais instituições operem com não-sócios produtos e serviços que sejam caracterizados como Planos Privados de Assistência à Saúde.

Não sendo este o escopo da presente dissertação, opta-se por não estender a análise nas questões que envolvem a existência ou não de atuação de mercado e de

³²³ TJ-PR Rec. de Apelação Cível n.^o 275.802-9. Des.Carlos Mansur Arida. Disponível em: <http://www.tj.pr.gov.br/consultas/jurisprudencia/JurisprudenciaDetalhes.asp?Sequencial=1&TotalAcor daos=1&Historico=1> . Acesso em 13 jul. 2007.

³²⁴STJ Recurso Especial n.^o 479.012 -MG (2002/0134640-6). Ministro Francisco Peçanha Martins. Disponível em: <https://ww2.stj.gov.br/revistaeletronica/ita.asp?registro=200201346406&dt_publicacao=14/02/2007>. Acesso em: 13 jul. 2007.

³²⁵ANDRIGHI, op. cit., p.49-57.

relações de consumo nas atividades desempenhadas pelas demais formas jurídicas de autogestão de saúde.

Assim, sob a égide da legislação especial cooperativista, conclui-se que inexistem restrições para que o processo regulatório da saúde suplementar brasileira venha a interferir nas atividades de mercado normalmente desenvolvidas pelas Cooperativas Médicas e Odontológicas (via atos cooperativos – sentido amplo) ou sobre as Cooperativas de Consumo (via atos não-cooperativos) que venham a oferecer Planos Privados de Assistência à Saúde no mercado.

A única e efetiva diferença existente entre as cooperativas de trabalho e as demais empresas do mercado atuantes como Operadoras de Planos de Saúde reside no fato de que, naquelas, as responsabilidades que envolvem a operação de planos comercializados no mercado são exercidas por todos os seus respectivos sócios, na condição concomitante de fornecedores dos serviços. Nas demais formas jurídicas os prestadores dos serviços passam a desempenhar posição de subalternidade em relação aos donos da empresa para as quais prestam tais serviços, uma vez que estes passam a obter o lucro resultante das relações de trabalho decorrentes de tais atividades.

Deve ser ressaltado, uma vez mais, que o ato não-cooperativo, quando decorrente das atividades de Cooperativas de Consumo Não-Autogestionárias que operam Planos Privados de Assistência à Saúde, se assemelha em muito ao ato dos donos de uma empresa comercial tradicional. Por tal razão, muito embora aceitos pela legislação brasileira, os atos não-cooperativos não devem e não podem ser o foco principal de atuação de uma verdadeira cooperativa, sob pena de descaracterização da cooperatividade.

5.3 INADEQUAÇÕES DA REGULAMENTAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR ANTE O CÓDIGO CIVIL (2002)

A partir do que até aqui foi apresentado, sendo os aspectos ligados às relações de consumo eixo principal da regulação do setor de saúde suplementar brasileiro, conclui-se que a preocupação com a saúde financeira das operadoras e sua capacidade de honrar seus pagamentos está fundamentalmente ligada aos eventuais prejuízos causados aos seus beneficiários/consumidores. Além do mais, inexistem argumentos na doutrina e na jurisprudência que autorizem a interpretação de que a preocupação do agente regulador pudesse vir a decorrer da intenção de proteger os fornecedores das Operadoras de Planos de Saúde pois, mesmo no setor financeiro, esfera econômica mais regulada do mercado, inexistem quaisquer garantias neste sentido. Da mesma forma, a preocupação ligada aos produtos ofertados tem clara vinculação com as relações de consumo existentes entre os beneficiários dos planos de saúde e as respectivas operadoras.

Dessa forma, as principais correlações existentes entre a regulamentação dos Planos Privados de Assistência à Saúde e o novo Código Civil Brasileiro, em complemento às disposições da Lei n.º 5.764/71, passam essencialmente pelas questões decorrentes das responsabilidades societárias ligadas às eventuais exigências de garantias financeiras pelo poder regulador.

5.3.1 O Novo Código Civil Brasileiro e a Lei n.º 9.656/98

Algumas das disposições constantes do novo Código Civil brasileiro estão efetivamente em conflito com as disposições da Lei n.º 5.764/71, predominando a aceitação, na hermenêutica jurídica, de que deva prevalecer o disposto na lei especial (5.764/71).³²⁶ Além do mais, o Art. 1093, ao dispor que *"A sociedade cooperativa reger-se-á pelo disposto no presente Capítulo, ressalvada a legislação especial"*,

³²⁶ALVES e MILANI, op. cit., p.18.

evidencia o reconhecimento, por parte do próprio legislador, tratar-se, o Código Civil, de Lei Geral.

As controvérsias causadas pelo novo Código Civil no ambiente cooperativista têm levado ao desenvolvimento de diferentes pontos de vista na doutrina, existindo até mesmo "quem entenda inconstitucional e ilegal o novo texto".³²⁷ Dentro dessa abordagem é que Vergílio Périus advoga que as determinações constitucionais de vedação à interferência estatal no seu funcionamento (art. 5.º, inciso XVIII), estão "a exigir um lei futura e que trate apenas e especificamente das sociedades cooperativas", desta forma impedindo a eficácia de "uma legislação intermediária entre si e a legislação cooperativista".³²⁸

Note-se que nomes de expressão na doutrina cooperativista acabaram por manifestar mudanças de posicionamento em relação a tal assunto, de maneira que atualmente, na existência de eventuais conflitos, é praticamente unânime a aceitação da prevalência da lei especial cooperativista sobre outras de caráter geral, tais como o Código Civil e o Código de Defesa do Consumidor.³²⁹ Disso decorre que, por analogia, na inexistência de análises doutrinárias e jurisprudenciais específicas, a mesma interpretação deverá prevalecer perante a regulamentação dos Planos Privados de Assistência à Saúde.

No Código Civil brasileiro, as cooperativas estão disciplinadas no CAPÍTULO VII (Da Sociedade Cooperativa), incluindo os artigos 1.093 a 1.096. No Art. 1.094, nos incisos I a VIII, estão descritas as características das sociedades cooperativas, as quais têm repercussão significativa nas correlações com a legislação dos Planos Privados de Assistência à Saúde:

³²⁷BECHO, *Tributação...*, p.109.

³²⁸PERIUS, Vergílio. As sociedades cooperativas face o novo código civil. In: BECHO, Renato L. (Org.). **Problemas atuais do direito cooperativo**. São Paulo: Dialética, 2002. p.288.

³²⁹BECHO, *Tributação...*, p.110.

- I - variabilidade, ou dispensa do capital social;*
- II - concurso de sócios em número mínimo necessário a compor a administração da sociedade, sem limitação de número máximo;*
- III - limitação do valor da soma de quotas do capital social que cada sócio poderá tomar;*
- IV - intransferibilidade das quotas do capital a terceiros estranhos à sociedade, ainda que por herança;*
- V - quorum, para a assembléia geral funcionar e deliberar, fundado no número de sócios presentes à reunião, e não no capital social representado;*
- VI - direito de cada sócio a um só voto nas deliberações, tenha ou não capital a sociedade, e qualquer que seja o valor de sua participação;*
- VII - distribuição dos resultados, proporcionalmente ao valor das operações efetuadas pelo sócio com a sociedade, podendo ser atribuído juro fixo ao capital realizado;*
- VIII - indivisibilidade do fundo de reserva entre os sócios, ainda que em caso de dissolução da sociedade.*

À exceção das questões envolvendo conflitos ligados à dispensa de capital e inexistência de número mínimo de sócios (em função de disposições contrárias na Lei n.º 5.764/71), de acordo com Renato Becho, as determinações do Código Civil "não são regras jurídicas de grande completude [...] Mas têm conteúdos significativos, tanto que os princípios cooperativos internacionalmente aceitos estão, de alguma forma, aí indicados".³³⁰

Já o Art. 1.095 define a possibilidade de que na sociedade cooperativa a responsabilidade dos sócios possa ser tanto limitada quanto ilimitada, enquanto o Art. 1.096 prevê que, quando a *"lei for omissa, aplicam-se as disposições referentes à sociedade simples, resguardadas as características estabelecidas no art. 1.094"*.

De acordo com Renato I. Becho:

A novidade estipulada na nova legislação é que, nas cooperativas de responsabilidade limitada, os associados responderão até o valor de suas quotas-parte, quando poderão deixar de reaver esse valor em caso de liquidação da empresa, mas também por eventuais prejuízos verificados nas operações sociais, na proporção de sua participação nas mesmas operações (§ 1.º).³³¹

³³⁰BECHO, *Tributação...*, p.105.

³³¹BECHO, *Tributação...*, p.107.

Dentro dessa limitação, no caso específico das cooperativas médicas, o médico cooperado que determina serviços a serem executados para os clientes/beneficiários do plano de saúde da cooperativa poderá vir a participar, de forma proporcional, na reposição dos eventuais prejuízos decorrentes destas operações, de acordo com o que já previa Lei n.º 5.764/71, nos termos do disposto nos artigos 80 e 81:

Art. 80. As despesas da sociedade serão cobertas pelos associados mediante rateio na proporção direta da fruição de serviços.

Parágrafo único. A cooperativa poderá, para melhor atender à equanimidade de cobertura das despesas da sociedade, estabelecer:

I - rateio, em partes iguais, das despesas gerais da sociedade entre todos os associados, quer tenham ou não, no ano, usufruído dos serviços por ela prestados, conforme definidas no estatuto;

II - rateio, em razão diretamente proporcional, entre os associados que tenham usufruído dos serviços durante o ano, das sobras líquidas ou dos prejuízos verificados no balanço do exercício, excluídas as despesas gerais já atendidas na forma do item anterior.

Art. 81. A cooperativa que tiver adotado o critério de separar as despesas da sociedade e estabelecido o seu rateio na forma indicada no parágrafo único do artigo anterior deverá levantar separadamente as despesas gerais.

A mesma lei também já especificava a forma de recuperação dos prejuízos:

Art. 89. Os prejuízos verificados no decorrer do exercício serão cobertos com recursos provenientes do Fundo de Reserva e, se insuficiente este, mediante rateio, entre os associados, na razão direta dos serviços usufruídos, ressalvada a opção prevista no parágrafo único do art. 80.

Assim, se "a pessoa jurídica resolver buscar entre seus associados a saída para essas perdas, deverá fazê-lo proporcionalmente às operações de cada um. Nessa hipótese, a pessoa jurídica zera seu prejuízo operacional".³³²

³³²BECHO, *Tributação...*, p.109.

Da mesma forma, em se tratando de sociedade de responsabilidade limitada, caso não se possa obter a recomposição do prejuízo operacional por meio do rateio entre seus sócios, ou a "sociedade for extinta, seus credores só poderão buscar no patrimônio social suas satisfações, arcando os sócios da cooperativa com o valor de sua quota-parte, que poderá ser totalmente absorvida pelos credores."³³³

Sob esse ponto de vista, torna-se necessária a correlação com as normas da Saúde Suplementar brasileira, as quais, uma vez mais, deverão ser avaliadas com o devido cuidado e atenção, de forma a respeitar as características peculiares das cooperativas e, dentre estas, as decorrentes das suas diversas formas de atuação.

No caso das Cooperativas que ofereçam Planos Privados de Assistência à Saúde no mercado (i.e. Cooperativas de Trabalho de Médicos ou de Dentistas, praticando atos cooperativos – sentido amplo – e Cooperativas de Consumo Não-Autogestionárias de Usuários, praticando atos não-cooperativos), tais cooperativas, como condição para que venham a operar no mercado de Planos Privados de Assistência à Saúde, necessitarão ser transformadas, obrigatoriamente, em sociedades de responsabilidade ilimitada, já que as garantias financeiras, assim como o eventual rateio dos prejuízos, passam a ser de responsabilidade de cada um dos sócios.

Por outro lado, nas Cooperativas de Consumo Autogestionárias (Cooperativas de Usuários praticando atos cooperativos – sentido restrito), com base nas proteções constitucionais e nas determinações da legislação especial cooperativista, restaria ilegal a eventual pretensão do agente regulador em interferir nas questões de ordem interna da Cooperativa. Em respeito às previsões da legislação especial cooperativista, eventuais prejuízos e garantias financeiras dependeriam única e exclusivamente das determinações estatutárias e regimentais da Cooperativa, merecendo lembrança as palavras de Dante Cracogna que, oportunamente, lembra ser a Cooperativa:

³³³BECHO, *Tributação...*, p.109.

[...] uma organização dos próprios usuários empenhados em oferecer-se serviços a si mesmos, tratando obviamente, de fazê-lo com o menor custo possível e com a maior qualidade, motivo pelo qual a tutela ou proteção do Estado resulta redundante. É pouco sensato pensar que os funcionários públicos haverão de proteger os usuários melhor do que eles mesmos poderiam fazê-lo. E em última análise, de quem os protegeriam? Por acaso deles mesmos?³³⁴

O novo Código Civil, complementando a lei especial cooperativista, apresenta disposições especificamente referentes às questões que envolvem o equilíbrio econômico-financeiro das cooperativas, assim como a responsabilização de seus administradores. Portanto, se, por um lado, admite-se a eventual intervenção estatal nas atividades que envolvam Planos Privados de Assistência à Saúde ofertados no mercado por cooperativas atuantes na área da saúde, de outro evidencia-se que as Cooperativas Autogestionárias da Saúde não podem estar sujeitas a interferências externas por parte do agente regulador, no que se refere às questões de ordem societária ligadas às atividades internas da cooperativa.

Além do mais, as próprias normas do Direito Cooperativo, ao exigirem que eventuais prejuízos operacionais nas atividades desenvolvidas com seus próprios sócios venham, de alguma forma, a ser zerados ao final de cada exercício social, por si só já dispensariam eventuais preocupações do agente regulador com a saúde financeira das cooperativas autogestionárias.

Nesse aspecto, lembra-se das palavras de Fátima Andrighi:

Assim sendo, a cláusula mandato estabelecida nas relações procedentes do ato cooperativo encontra plausibilidade no Direito, porquanto firmada entre associados, quando vários membros constituem seu mandatário um outro membro, em regra o diretor. Dessa forma, estão outorgando poderes a um representante de sua própria sociedade, o qual foi escolhido em processo democrático para desempenhar referida função.

³³⁴CRACOGNA, op. cit., p.63. Tradução para o texto: "[...] una organización de los propios usuarios empenhados en brindarse el servicio a sí mismos, tratando obviamente, de hacerlo al menor costo posible y con la mayor calidad, por la cual la tutela o protección del Estado resulta redundante. Es poco sensato pensar que los funcionarios públicos habrán de proteger a los usuarios mejor de que ellos mismos podrían hacerlo. Y en último análisis, ¿de quieren los protegerán? ¿Acaso de si mismos?"

É inegável que o mandatário, mesmo que esteja atrelado à figura da cooperativa, de igual forma encontra-se vinculado ao cooperado, o que, nesse contexto, não possui o condão de abalar a fidúcia.³³⁵

Consideradas as características determinadas pela Legislação Especial Cooperativista no que se refere às responsabilidades societárias, merecem atenção as disposições do Art. 35-A, inc. IV, da Lei n.º 9.656/98, que criou o Conselho de Nacional Saúde Suplementar (CONSU), como órgão responsável para:

IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:

- a) aspectos econômico-financeiros;*
- b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;*
- c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;*
- d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;*
- e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;*

Note-se que o legislador, de acordo com o parágrafo único do mesmo artigo, determina que a Agência Nacional de Saúde deva fixar "*normas sobre as matérias previstas no inciso IV*" do referido artigo, "*devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU.*"

Por tais razões, a pretensão da disposição constante do artigo 27 da Resolução Normativa n.º 137, alterada pela Resolução Normativa n.º 148, de que pudessem vir a se tornar sem efeito as normas previstas nas Resoluções CONSU n.º 5, alteradas pela Resolução CONSU n.º 15, torna-se claramente ineficaz, visto que, em respeito às determinações da Lei n.º 9.656/98, qualquer disposição emitida pela Agência Nacional de Saúde que venha a contrariar normativa previamente emitida pelo CONSU se tornará automaticamente ilegal.

³³⁵ANDRIGHI, op. cit., p.49-57.

São disposições dos artigos 24 e 25 da Lei n.º 9.656/98, relativas às possibilidades de intervenção sobre a administração das Operadoras de Planos de Saúde, assim como as condições de responsabilização dos seus administradores por atos praticados indevidamente:

Art. 24. Sempre que detectadas nas operadoras sujeitas à disciplina desta Lei insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a ANS poderá determinar a alienação da carteira, o regime de direção fiscal ou técnica, por prazo não superior a trezentos e sessenta e cinco dias, ou a liquidação extrajudicial, conforme a gravidade do caso.

Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores de planos privados de assistência à saúde, conforme o caso, em consequência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias.

Na hipótese de que tais irregularidades sejam identificadas em uma determinada Cooperativa que atue como Operadora de Planos de Saúde, também as repercussões deverão ser analisadas de acordo com as características de cada uma das formas de cooperativismo de saúde.

No caso das Cooperativas de Produção (Cooperativas Médicas ou Odontológicas), as irregularidades a serem fiscalizadas de acordo com as Normas válidas para o Setor de Saúde Suplementar serão unicamente aquelas relacionadas às responsabilidades e obrigações decorrentes dos contratos de Planos Privados de Assistência à Saúde negociados com terceiros (atos cooperativos – sentido amplo). Já as eventuais irregularidades decorrentes das relações internas da Cooperativa com seus sócios (atos cooperativos – sentido restrito) deverão, necessariamente, ser fiscalizadas de acordo com as disposições do Direito Cooperativo. Nesta hipótese, nos casos de omissão da lei especial, eventualmente poderá ser utilizada a previsão

do art. 1.096 do Código Civil, em que poderão ser utilizadas as disposições previstas para as Sociedades Simples.

No caso das Cooperativas de Consumo (de Usuários) Não-Autogestionárias, haverá situação semelhante, em que os atos não-cooperativos e atos cooperativos – sentido restrito – serão definidas, respectivamente, de acordo com as normas do Setor de Saúde Suplementar e do Direito Cooperativo. Deve ser ressaltado o cuidado especial para que uma eventual preponderância de atividades decorrentes de atos não-cooperativos nas atividades deste tipo de Cooperativa não venha a descaracterizar o cunho cooperativista da Instituição.

No caso das Cooperativas de Consumo (de Usuários) Autogestionárias, inexistindo a figura do ato não-cooperativo nem a do ato cooperativo – sentido amplo –, as atividades desenvolvidas por este tipo de Cooperativa de Saúde deverão ser necessariamente fiscalizadas unicamente de acordo com as disposições do Direito Cooperativo, sob pena de caracterização de inconstitucionalidade e outras ilegalidades por parte do poder público.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Da análise histórica do cooperativismo mundial, resta evidenciado que o movimento cooperativista nasceu e cresceu como alternativa inserida no meio capitalista, capaz de propiciar benefícios econômicos para seus sócios, ao mesmo tempo em que preservava os interesses da comunidade.

Tal capacidade vem como decorrência direta do ambiente de democracia e da utilização do capital como instrumento a ser utilizado em função do trabalho, e não o inverso, como ocorre nas sociedades capitalistas tradicionais. Indiretamente, os ganhos sociais e econômicos advindos de suas atividades auto-reguladas, por serem realizadas sem caráter exploratório, acabam por gerar desenvolvimento econômico e social para toda a comunidade.

Os eventuais embates entre uma visão de movimento exclusivamente voltado para o trabalhador ou para consumidor, como já comprovado historicamente, não somente retardam o desenvolvimento de ambos os segmentos, como, em verdade, se mostram desnecessários em decorrência do equilíbrio naturalmente obtido pela via da autogestão democrática cooperativista, que acaba, ao longo do tempo, por colocar prestadores e consumidores como participantes de um único movimento. Exemplos práticos neste sentido já vem ocorrendo em alguns países da Europa, onde inúmeras cooperativas congregam usuários e prestadores de serviços de saúde. No Brasil, onde, muito embora ainda de forma incipiente, a intercooperação vem ocorrendo por meio de parcerias entre Cooperativas de Consumo Autogestionárias (compradoras de serviços) e Cooperativas Médicas e Odontológicas (vendedoras de serviços), que beneficiam ambos os setores, qualificando serviços, reduzindo custos, e aumentando significativamente o acesso ao sistema privado de assistência à saúde.

Por outro lado, o desenvolvimento histórico do cooperativismo apresenta diversos exemplos demonstrando que os maiores riscos e prejuízos para o cooperativismo ocorreram exatamente quando das tentativas governamentais de interferência sobre o processo autogestionário cooperativista. Ao deslocar o centro das decisões

para um ambiente externo às cooperativas, a grande capacidade inovadora e simplificadora de soluções fica comprometida, em geral resultando em fracassos e decepções, tais como o ocorrido no Cooperativismo de Estado Soviético, sob a interferência nazi-facista ou, ainda, nas tentativas de um cooperativismo artificial nas colônias africanas.

Ao longo de sua história de mais de 100 anos, o Cooperativismo brasileiro foi capaz de gerar a organização de uma detalhada estruturação jurídica que hoje claramente diferencia as sociedades cooperativas das demais. Porém, a falta de uma adequada compreensão, assim como de um entendimento pacificado sobre o conceito de ato cooperativo têm sido causa de inúmeras dificuldades e injustiças contra o movimento cooperativista brasileiro. Nesse sentido, é que o reconhecimento das diferentes implicações do ato cooperativo, quando considerado tanto no seu sentido amplo quanto restrito, passa a ser de fundamental importância como alternativa viabilizadora das condições políticas e legais que possam vir a favorecer o crescimento do setor cooperativista em sua totalidade e, em especial, o cooperativismo ligado à área da saúde.

No cooperativismo de saúde brasileiro, uma vez adequadamente compreendidas as características dos atos cooperativos, atos não-cooperativos e dos demais negócios cooperativos, torna-se facilitada a compreensão das características que diferenciam cada uma das formas de atuação das cooperativas da área da saúde, na qual Cooperativas de Produção e Cooperativas de Consumo representam apenas caminhos diferentes para o desenvolvimento do setor, que, de acordo com a regulamentação da Saúde Suplementar brasileira, estarão submetidos a diferentes formas de regulação.

Consideradas as evidências da importância do setor privado como alternativa de atendimento das necessidades de saúde de grande parte da população brasileira, inexistindo condições para que o Estado brasileiro, pelo menos em curto e médio prazo, venha a retomar tal responsabilidade, deve ser enfatizada a política de direcionamento mundial no sentido de que sejam reduzidos os níveis de participação dos respectivos Estados nas questões sociais, mesmo nos países mais desenvolvidos. Tal perspectiva

ganha maior importância se considerada a essência das questões de cidadania que envolvem os sistemas nacionais de saúde, principalmente nos países em desenvolvimento, merecendo destaque a capacidade do movimento cooperativista, especialmente o autogestionário, de vir a aproveitar as oportunidades que se abrem, como o mais justo, eficiente e dinâmico meio de conjugar os interesses sociais da saúde, com o afastamento do Estado da provisão direta dos serviços. Neste contexto, as questões que envolvem as inadequações da regulamentação da saúde suplementar passam a ter maior importância tanto em curto quanto em longo prazo, aumentando a responsabilidade dos atuais agentes reguladores e dirigentes cooperativistas da saúde no que diz respeito ao que será deixado como legado para as futuras gerações de brasileiros nesta crítica e fundamental área da sociedade.

Essencialmente voltada para as questões que envolvem a defesa dos consumidores dos planos privados, a regulamentação acaba por exercer poucas interferências sobre as atividades internas das Cooperativas de Produção, já que estas se caracterizam por se relacionarem com consumidores de planos de saúde em nível de mercado, permanecendo justificadas e adequadas tais interferências sobre atividades que são externas a estas cooperativas.

Porém, no caso das cooperativas autogestionárias, o processo regulatório da Saúde Suplementar brasileira tem falhado em reconhecer as suas especificidades, tornando-se absolutamente necessário que estas venham a ser diferenciadas das demais formas jurídicas de Operadoras de Planos de Saúde e, inclusive, das demais autogestões de saúde. De qualquer modo, como resultado dos mandamentos constitucionais e das disposições da legislação especial cooperativista, tornam-se evidente a ilegalidade e a inadequação da pretensão do Estado brasileiro em interferir nas questões internas das Cooperativas Autogestionárias, mesmo quando estas questões se referem a coberturas assistenciais de saúde, uma vez que tais coberturas não decorrem de relações de consumo, mas de decisões soberanas e democraticamente tomadas pelos sócios do sistema, à distância do que a própria regulação considera como atividades de "mercado".

Finalmente, evidencia-se a necessidade de que as atividades realizadas pelas Cooperativas de Consumo Não-Autogestionárias, na condição de Operadoras de Planos de Saúde, sejam adequadamente monitoradas. Na hipótese de que estas venham a focar suas atividades essencialmente nas relações com terceiros (resultando na prática de atos não-cooperativos), tenderão a afastar-se dos ideais cooperativistas, o que também as colocará sob o risco de virem a ser transformadas em falsas cooperativistas. Estas, por sua vez, deverão ser combatidas, não somente pelo poder regulador da Saúde Suplementar, mas, acima de tudo, pela própria comunidade cooperativista brasileira, tendo por base as determinações do Direito Cooperativo brasileiro, como forma de proteção ao setor cooperativista em sua totalidade.

REFERÊNCIAS

ALVES, Francisco de Assis; MILANI, Imaculada Abenante. **Sociedades cooperativas**: regime jurídico e procedimentos legais para sua constituição e funcionamento. 2.ed. São Paulo: Juarez de Oliveira, 2003. 203p.

ANDRIGHI, Fátima Nancy. Autonomia do direito cooperativo. In: KRUEGER, Guilherme (Coord.). **Cooperativismo e o novo código civil**. Belo Horizonte: Melhoramentos, 2003. p.49-57.

ANS. Caderno de Informação da Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, p.15, jun. 2007. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoesss/caderno_informaca_06_2007.pdf>. Acessado em: 27 jun. 2007.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; VILLA, Tereza Cristina Scatena; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. Access to health services: a possibility of enabling it in practice. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 jun. 2007. Pré-publicação.

BAHIA, Ligia; VIANA, Ana Luiza. Introdução. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Regulação e saúde**: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2002. p.7.

BAIMA, Francisco de Resende. **Análise de desempenho dos investimentos dos fundos de pensão no Brasil**. Florianópolis, 1998. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina. Item. 2.2 – Evolução da Seguridade Social n Brasil. Disponível em: <<http://www.deps.ufsc.br/disserta98/baima/>>. Acesso em: 27 jun. 2007.

BASTOS, Celso. **Comentários à constituição do Brasil**. São Paulo: Saraiva, 1990. v.7.

BATICH, Mariana. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v.18, n.3, p.33-34, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jul. 2007.

BECHO, Renato Lopes. **Elementos de direito cooperativo**. São Paulo: Dialética, 2002. 287p.

_____. **Tributação das cooperativas**. 3.ed. rev., ampl. e atual. São Paulo: Dialética, 2005. 383p.

_____. O conceito legal de ato cooperativo e os problemas para seu "adequado tratamento tributário". In: _____ (coord). **Problemas Atuais do Direito Cooperativo**. São Paulo: Dialética, 2002. 319p.

BELLINI JÚNIOR, João. Sociedades cooperativas: regime jurídico e aspectos tributários. **Revista de Estudos Tributários**, Porto Alegre, v.1, n.4, p.11-20, nov./dez., 1998.

BIRCHALL, Johnston. **The international co-operative movement**. Manchester: Manchester University Press, 1997.

BOTTESINI, Maury Ângelo; MACHADO, Mauro Conti. **Lei dos planos e seguros saúde:** comentada artigo por artigo - doutrina - jurisprudência. 2.ed. rev., ampl. e atual. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005. 576p.

BULGARELLI, Waldírio. **Regime jurídico das sociedades cooperativas.** São Paulo: Pioneira, 1965. 235p.

_____. **As sociedades cooperativas e a sua disciplina jurídica.** Rio de Janeiro: Renovar, 1998. 388p.

_____. **Regime Tributário das Cooperativas** (À luz da nova Lei cooperativista nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971). São Paulo: Saraiva, 1974. 134p.

CANOTILHO, J. J. Gomes. **Direito constitucional.** Coimbra: Almedina, 1993.

CARVALHO, Fábio J. de; MURGEL, Maria I. **IRPJ:** teoria e prática jurídica. 2.ed. São Paulo: Dialética, 2000.

_____. A base de cálculo do PIS. In: BECHO, Renato Lopes (Coord.). **Problemas atuais do direito cooperativo.** São Paulo: Dialética, 2002.

CARVALHO, Paulo Barros de. In: GRUPENMACHER, Betina Treiger (Coord.). **Cooperativas e tributação.** Curitiba: Juruá, 2001. p.64.

CASTILHO, Edmundo. Comunicação pessoal. In: DUARTE, Cristina Maria Rabelais. UNIMED: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.1001, jul./ago. 2001.

COSTA, Ricardo Cesar Rocha da. Decentralization, financing and regulation: reform of the public health system in Brazil during the nineties. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, n.18, p.50, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782002000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jun. 2007. Pré-publicação.

CRACOGNA, Dante. **Problemas actuales del Derecho Cooperativo.** Buenos Aires: Intercoop, 1992. 251p.

CRUZ, Hélio Jayme M. F. **Autorização de funcionamento:** importância para o mercado de saúde suplementar. Rio de Janeiro, 2004. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/DIS_Autoriza%C3%A7%C3%A3o%20de%20Funcionamento_Helio%20Jayme%20Cruz.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2007.

DUARTE, Cristina Maria Rabelais. UNIMED: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.1001, jul./ago. 2001.

FERRON, Fabiana. **Planos privados de assistência à saúde:** lei 9.656 de 3 de junho de 1998. São Paulo: Livraria e Editora Universitária de Direito Ltda., 2002. 174p.

FONSECA, Artur Lourenço da. **Portabilidade em planos de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro, 2004. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública ENSP.

FRANKE, Valmor. **Direito das sociedades cooperativas (direito cooperativo)**. São Paulo: Saraiva & Editora Universidade de São Paulo, 1973. 157p.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. The health industrial complex and the need of a dynamic approach on health economics. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.522, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200015&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 29 jun. 2007. Pré-publicação.

GIDE, Charles. **Consumers' Co-operative Societies**. New York: Haskell House Publishers, 1971. 251p.

GRUPENMACHER, Betina Treiger. ISS sobre cooperativas de trabalho. In: BECHO, Renato Lopes (Coord.). **Problemas atuais do direito cooperativo**. São Paulo: Dialética, 2002. p.39-52.

HERRERA, Juan C.; PIMIENTA, Norma E. **La nueva empresa cooperativa: estado, sociedad y economía solidaria – Cooperar para competir**. Buenos Aires: Macchi, 1997. 158p.

HOCHMAN, Gilberto. **De inapírios a cardeais da previdência social: a lógica da ação de uma elite burocrática**. Rio de Janeiro, 1990. 229p. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) - IUPERJ.

IRION, J. E. O complexo UNIMED. In: MAY, N. L. (Org.). **Compêndio de cooperativismo UNIMED**. Porto Alegre: WS, 1998. p.99.

MALTA, Deborah Carvalho; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; JORGE, Alzira de Oliveira; ACIOLE, Giovanni Gurgel (Org.). **Dois faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005. p.228.

MANFREDINI, Marco Antonio; BOTAZZO, Carlos. Tendências da indústria de equipamentos odontológicos no Brasil entre 1990 e 2002: notas prévias. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.170, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100025&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 jun. 2007. Pré-publicação.

MINTZBERG, Henry; AHLSTRAND, Bruce; LAMPEL, Joseph. **Safari de estratégia**. Porto Alegre: Bookman, 2000. 299p.

MIRANDA, Pontes de. **Tratado de direito privado**. Parte Especial. T. XLIX, p.434. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Borsoi, 1965. 592 p.

MONTONE, J. Desafios e perspectivas da saúde suplementar. In: **Imaginando e operando a gestão da assistência no âmbito da saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

MORAES, Margarete Farias de. **Algumas considerações sobre a história dos hospitais privados no Rio de Janeiro: o caso Clínica São Vicente**. Rio de Janeiro, 2005. 119 f. Dissertação (Mestrado em História da Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz.

NAMORADO, Rui. **Introdução ao direito cooperativo**. Coimbra: Livraria Almedina, 2000. 349p.

_____. **Horizonte cooperativo:** política e projetos. Coimbra: Almedina SA, 2001. 224p.

_____. **Cooperatividade e direito cooperativo:** estudos e pareceres. Coimbra: Almedina, 2005. 203p.

NITÃO, Sâmara Raquel Vieira. **Saúde suplementar no Brasil:** um estudo da dinâmica industrial pós-regulamentação. Rio de Janeiro, 2004. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz – ENSP. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/DIS_Saude%20Suplementar%20no%20Brasil%20Um%20Estudo%20da%20Dinamica%20Industrial%20Pos-Regulamenta%C3%A7ao_SAMARA_NITAO.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2007.

OLIVEIRA, Jaira Calil Siqueira de. **Regionalização da assistência à saúde:** um estudo dos limites da implantação da norma operacional de assistência à saúde NOAS na região norte do estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006. Dissertação (Mestrado) - Campos de Goytacases - Universidade Estadual Fluminense. Disponível em: <www.uff.br/politicassocial/dissertacao/dissertacaoJairaOliveira.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2007.

OLIVEIRA, Paula Maria de. **Hospital de São Sebastião (1889-1905):** um lugar para a ciência e um lazareto contra as epidemias. Rio de Janeiro, 2005. 118 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ.

PEREIRA, Carlos. **O marco regulatório no setor de saúde suplementar:** contextualização e perspectivas. Rio de Janeiro: Projeto de Cooperação Técnica Internacional 914 BRA 1078, 2003. p.5-6. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/documentostecnicos/EAAbrangenciadaregulacao/1_CPereira_%20MarcoRegulatorio.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2007.

PERIUS, Vergílio Frederico. As sociedades cooperativas face o novo código civil. In: BECHO, Renato L. (Org.). **Problemas atuais do direito cooperativo**. São Paulo: Dialética, 2002. p.287-292.

_____. **Cooperativismo e lei**. São Leopoldo: Ed. Unisinos, 2001. 351p.

POLIGNANO, Marcus Vinicius. História das políticas de saúde no Brasil. In: **Cadernos do Internato Rural:** Textos de Apoio. UFMG, 2001. p.3-4. Disponível em: <<http://internatorural.medicina.ufmg.br/textos.htm>>. Acesso em: 27 jun. 2007.

POLONIO, Wilson Alves. **Manual das sociedades cooperativas**. São Paulo: Atlas, 2004.

PONTES, Henilson Cunha. A contribuição social sobre o lucro e os tratados para evitar a dupla tributação sobre a renda. In: ROCHA, Valdir de Oliveira (Coord.). **Grandes questões atuais de direito tributário**. São Paulo: Dialética, 1997.

PRADO, Flávio Augusto Dumont. **Tributação das cooperativas à luz do direito cooperativo**. Curitiba: Juruá, 2005. 274p.

QUEIROZ, Carlos Alberio R. Soares de . **Manual da Cooperativa de Serviços e Trabalho**. 7ª. Ed Ver. Ampl. São Paulo: STS, 2003, 185p.

REALE, Miguel. **Lições preliminares de direito**. 13.ed. São Paulo: Saraiva, 1986.

RICARDO, David. **Princípios de economia, política e tributação**. São Paulo: Abril, 1983.

SANTIN, Olivio. **História da Coopesaude**. Comunicação Pessoal, 2006.

SANTOS, Boaventura de Souza (Org.). **Produzir para viver: os caminhos da produção não capitalista**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005. 518p.

SILVA, José Afonso da. **Aplicabilidade das Normas Constitucionais**. 3.ed. São Paulo: Malheiros, 1998. 270p.

SILVA, Humberto Banal Batista da. Comunicação pessoal. In: DUARTE, Cristina Maria Rabelais. UNIMED: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.1001, jul./ago. 2001.

THORDARSON, Bruce. Prefácio. In: BIRCHALL, Johnston. **The international co-operative movement**. Manchester: Manchester University Press, 1997.

UNIMED – Brasil. Relatório de Gestão 2006. São Paulo: Central Nacional UNIMED, 2007. p.7. Disponível em: <http://www.unimed.com.br/pct/index.jsp?cd_canal=34393>. Acesso em: 03 jul. 2007.

UNITED NATIONS ORGANIZATION. **Human Development Index 2005**. Disponível em: <http://hdr.undp.org/reports/global/2005/pdf/HDR05_HDI.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2007.

VIEIRA, José Roberto. Prefácio. In: PRADO, Flávio Augusto Dumont. **Tributação das cooperativas à luz do direito cooperativo**. Curitiba: Juruá, 2005. p.9-35.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Report 2000 -Health systems: improving performance. p.10-13. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_annex_en.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2007.

ANEXO 1

LEI N.º 9.656, DE 03 DE JUNHO DE 1998

LEI N.º 9.656, DE 03 DE JUNHO DE 1998.**MEDIDA PROVISÓRIA N.º 2.177- 44, DE 24 DE AGOSTO DE 2001**

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1.º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1.º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.

§ 1.º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

- a) custeio de despesas;
- b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
- c) reembolso de despesas;
- d) mecanismos de regulação;

- e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
- f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.

§ 2.º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1.º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração.

§ 3.º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos de assistência à saúde.

§ 4.º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1.º deste artigo.

Art. 2.º Revogado

Art. 3.º Revogado

Art. 4.º Revogado

Art. 5.º Revogado

Art. 6.º Revogado

Art. 7.º Revogado

Art. 8.º Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:

- I - registro nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, conforme o caso, em cumprimento ao disposto no art. 1.º da Lei n.º 6.839, de 30 de outubro de 1980;
- II - descrição pormenorizada dos serviços de saúde próprios oferecidos e daqueles a serem prestados por terceiros;
- III - descrição de suas instalações e equipamentos destinados a prestação de serviços;
- IV - especificação dos recursos humanos qualificados e habilitados, com responsabilidade técnica de acordo com as leis que regem a matéria;

V - demonstração da capacidade de atendimento em razão dos serviços a serem prestados;

VI - demonstração da viabilidade econômico-financeira dos planos privados de assistência à saúde oferecidos, respeitadas as peculiaridades operacionais de cada uma das respectivas operadoras;

VII - especificação da área geográfica coberta pelo plano privado de assistência à saúde.

§ 1.º São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos VI e VII deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, citadas no § 2.º do art. 1.º.

§ 2.º A autorização de funcionamento será cancelada caso a operadora não comercialize os produtos de que tratam o inciso I e o § 1.º do art. 1.º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.

§ 3.º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:

- a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade;
- b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;
- c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde;
- d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS.

Art. 9.º Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias, para as administradoras de planos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o § 1.º do art. 1.º desta Lei, e observado o que dispõe o art. 19, só poderão comercializar estes produtos se:

- I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e
- II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS.

§ 1.º O descumprimento das formalidades previstas neste artigo, além de configurar infração, constitui agravante na aplicação de penalidades por infração das demais normas previstas nesta Lei.

§ 2.º A ANS poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados.

§ 3.º A autorização de comercialização será cancelada caso a operadora não comercialize os planos ou os produtos de que tratam o inciso I e o § 1.º do art. 1.º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.

§ 4.º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial.

Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

- I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- III - inseminação artificial;
- IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- VIII - Revogado
- IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

§ 1.º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS.

§ 2.º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1.º do art. 1.º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.

§ 3.º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2.º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos.

§ 4.º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS.

Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1.º do art. 1.º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. (Artigo incluído pela Lei n.º 10.223, de 15.5.2001)

Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1.º do art. 1.º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o caput, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS.

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1.º do art. 1.º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

I - quando incluir atendimento ambulatorial:

- a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

II - quando incluir internação hospitalar:

- a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;
- b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

- e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro; e
- f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;

III - quando incluir atendimento obstétrico:

- a) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto;
- b) inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção;

IV - quando incluir atendimento odontológico:

- a) cobertura de consultas e exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo odontólogo assistente;
- b) cobertura de procedimentos preventivos, de dentística e endodontia;
- c) cobertura de cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral;

V - quando fixar períodos de carência:

- a) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo;
- b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos;
- c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;

VI - reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1.º do art. 1.º desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada;

VII - inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante.

§ 1.º Após cento e vinte dias da vigência desta Lei, fica proibido o oferecimento de produtos de que tratam o inciso I e o § 1.º do art. 1.º desta Lei fora das segmentações de que trata este artigo, observadas suas respectivas condições de abrangência e contratação.

§ 2.º A partir de 3 de dezembro de 1999, da documentação relativa à contratação de produtos de que tratam o inciso I e o § 1.º do art. 1.º desta Lei, nas segmentações de que trata este artigo, deverá constar declaração em separado do consumidor, de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do plano referência, e de que este lhe foi oferecido.

§ 3.º Revogado

Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1.º do art. 1.º desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:

- I - a recontagem de carências;
- II - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; e
- III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular.

Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde.

Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1.º do art. 1.º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E.

Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o caput para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1.º do art. 1.º, ou sucessores, há mais de dez anos.

Art. 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1.º do art. 1.º desta Lei devem constar dispositivos que indiquem com clareza:

- I - as condições de admissão;
- II - o início da vigência;
- III - os períodos de carência para consultas, internações, procedimentos e exames;

IV - as faixas etárias e os percentuais a que alude o *caput* do art. 15;

V - as condições de perda da qualidade de beneficiário;

VI - os eventos cobertos e excluídos;

VII - o regime, ou tipo de contratação:

- a) individual ou familiar;
- b) coletivo empresarial; ou
- c) coletivo por adesão;

VIII - a franquia, os limites financeiros ou o percentual de co-participação do consumidor ou beneficiário, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica;

IX - os bônus, os descontos ou os agravamentos da contraprestação pecuniária;

X - a área geográfica de abrangência;

XI - os critérios de reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias.

XII - número de registro na ANS.

Parágrafo único. A todo consumidor titular de plano individual ou familiar será obrigatoriamente entregue, quando de sua inscrição, cópia do contrato, do regulamento ou das condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as suas características, direitos e obrigações.

§ 2.º Revogado

Art. 17. A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1.º do art. 1.º desta Lei, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.

§ 1.º É facultada a substituição de entidade hospitalar, a que se refere o *caput* deste artigo, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

§ 2.º Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o § 1.º ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

§ 3.º Excetuam-se do previsto no § 2.º os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a operadora

arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor.

§ 4.º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando:

- I - nome da entidade a ser excluída;
- II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;
- III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e
- IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor.

Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1.º do art. 1.º desta Lei, implicará as seguintes obrigações e direitos:

- I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano;
- II - a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos;
- III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.

Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular.

Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1.º do art. 1.º desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS.

§ 1.º Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a comercialização ou operação dos produtos a que alude o caput, a partir de 2 de janeiro de 1999.

§ 2.º Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos a que alude o caput deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos, independentemente de outros que venham a ser exigidos:

- I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica;
- II - nome fantasia;
- III - CNPJ;
- IV - endereço;
- V - telefone, fax e *e-mail*; e
- VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam.

§ 3.º Para registro provisório dos produtos a serem comercializados, deverão ser apresentados à ANS os seguintes dados:

- I - razão social da operadora ou da administradora;
- II - CNPJ da operadora ou da administradora;
- III - nome do produto;
- IV - segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, odontológica e referência);
- V - tipo de contratação (individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão);
- VI - âmbito geográfico de cobertura;
- VII - faixas etárias e respectivos preços;
- VIII - rede hospitalar própria por Município (para segmentações hospitalar e referência);
- IX - rede hospitalar contratada ou referenciada por Município (para segmentações hospitalar e referência); e
- X - outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS.

§ 4.º Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica da ANS.

§ 5.º Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades do registro provisório, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de produtos a que alude o caput, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta Lei e em seus regulamentos, para cada segmentação definida no art. 12.

§ 6.º O não-cumprimento do disposto neste artigo implica o pagamento de multa diária no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) aplicada às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1.º do art. 1.º.

§ 7.º As pessoas jurídicas que forem iniciar operação de comercialização de planos privados de assistência à saúde, a partir de 8 de dezembro de 1998, estão sujeitas aos registros de que trata o § 1.º deste artigo.

Art. 20. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1.º do art. 1.º desta Lei são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas às suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32.

§ 1.º Os agentes, especialmente designados pela ANS, para o exercício das atividades de fiscalização e nos limites por ela estabelecidos, têm livre acesso às operadoras, podendo requisitar e apreender processos, contratos, manuais de rotina operacional e demais documentos, relativos aos produtos de que tratam o inciso I e o § 1.º do art. 1.º desta Lei.

§ 2.º Caracteriza-se como embaraço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, a imposição de qualquer dificuldade à consecução dos objetivos da fiscalização, de que trata o § 1.º deste artigo.

Art. 21. É vedado às operadoras de planos privados de assistência à saúde realizar quaisquer operações financeiras:

- I - com seus diretores e membros dos conselhos administrativos, consultivos, fiscais ou assemelhados, bem como com os respectivos cônjuges e parentes até o segundo grau, inclusive;
- II - com empresa de que participem as pessoas a que se refere o inciso I, desde que estas sejam, em conjunto ou isoladamente, consideradas como controladoras da empresa.

Art. 22. As operadoras de planos privados de assistência à saúde submeterão suas contas a auditores independentes, registrados no respectivo Conselho Regional de Contabilidade e na Comissão de Valores Mobiliários - CVM, publicando, anualmente, o parecer respectivo, juntamente com as demonstrações financeiras determinadas pela Lei n.º 6.404, de 15 de dezembro de 1976.

§ 1.º A auditoria independente também poderá ser exigida quanto aos cálculos atuariais, elaborados segundo diretrizes gerais definidas pelo CONSU.

§ 2.º As operadoras com número de beneficiários inferior a vinte mil usuários ficam dispensadas da publicação do parecer do auditor e das demonstrações financeiras, devendo, a ANS, dar-lhes publicidade.

Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas a falência ou insolvência civil, mas tão-somente ao regime de liquidação extrajudicial.

§ 1.º As operadoras sujeitar-se-ão ao regime de falência ou insolvência civil quando, no curso da liquidação extrajudicial, forem verificadas uma das seguintes hipóteses:

- I - o ativo da massa liquidanda não for suficiente para o pagamento de pelo menos a metade dos créditos quirografários;
- II - o ativo realizável da massa liquidanda não for suficiente, sequer, para o pagamento das despesas administrativas e operacionais inerentes ao regular processamento da liquidação extrajudicial; ou
- III - nas hipóteses de fundados indícios de condutas previstas nos arts. 186 a 189 do Decreto-Lei n.º 7.661, de 21 de junho de 1945.

§ 2.º Para efeito desta Lei, define-se ativo realizável como sendo todo ativo que possa ser convertido em moeda corrente em prazo compatível para o pagamento das despesas administrativas e operacionais da massa liquidanda.

§ 3.º À vista do relatório do liquidante extrajudicial, e em se verificando qualquer uma das hipóteses previstas nos incisos I, II ou III do § 1.º deste artigo, a ANS poderá autorizá-lo a requerer a falência ou insolvência civil da operadora.

§ 4.º A distribuição do requerimento produzirá imediatamente os seguintes efeitos:

- I - a manutenção da suspensão dos prazos judiciais em relação à massa liquidanda;
- II - a suspensão dos procedimentos administrativos de liquidação extrajudicial, salvo os relativos à guarda e à proteção dos bens e imóveis da massa;
- III - a manutenção da indisponibilidade dos bens dos administradores, gerentes, conselheiros e assemelhados, até posterior determinação judicial; e
- IV - prevenção do juízo que emitir o primeiro despacho em relação ao pedido de conversão do regime.

§ 5.º A ANS, no caso previsto no inciso II do § 1.º deste artigo, poderá, no período compreendido entre a distribuição do requerimento e a decretação da falência ou insolvência civil, apoiar a proteção dos bens móveis e imóveis da massa liquidanda.

§ 6.º O liquidante enviará ao juízo prevento o rol das ações judiciais em curso cujo andamento ficará suspenso até que o juiz competente nomeie o síndico da massa falida ou o liquidante da massa insolvente.

Art. 24. Sempre que detectadas nas operadoras sujeitas à disciplina desta Lei insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a ANS poderá determinar a alienação da carteira, o regime de direção fiscal ou técnica, por prazo não superior a trezentos e sessenta e cinco dias, ou a liquidação extrajudicial, conforme a gravidade do caso.

§ 1.º O descumprimento das determinações do diretor-fiscal ou técnico, e do liquidante, por dirigentes, administradores, conselheiros ou empregados da operadora de planos privados de assistência à saúde acarretará o imediato afastamento do infrator, por decisão da ANS, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, assegurado o direito ao contraditório, sem que isto implique efeito suspensivo da decisão administrativa que determinou o afastamento.

§ 2.º A ANS, ex officio ou por recomendação do diretor técnico ou fiscal ou do liquidante, poderá, em ato administrativo devidamente motivado, determinar o afastamento dos diretores, administradores, gerentes e membros do conselho fiscal da operadora sob regime de direção ou em liquidação.

§ 3.º No prazo que lhe for designado, o diretor-fiscal ou técnico procederá à análise da organização administrativa e da situação econômico-financeira da operadora, bem assim da qualidade do atendimento aos consumidores, e proporá à ANS as medidas cabíveis.

§ 4.º O diretor-fiscal ou técnico poderá propor a transformação do regime de direção em liquidação extrajudicial.

§ 5.º A ANS promoverá, no prazo máximo de noventa dias, a alienação da carteira das operadoras de planos privados de assistência à saúde, no caso de não surtirem efeito as medidas por ela determinadas para sanar as irregularidades ou nas situações que impliquem risco para os consumidores participantes da carteira.

Art. 24-A. Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde em regime de direção fiscal ou liquidação extrajudicial, independentemente da natureza jurídica da operadora, ficarão com todos os seus bens indisponíveis, não podendo, por qualquer forma, direta ou indireta, aliená-los ou onerá-los, até apuração e liquidação final de suas responsabilidades.

§ 1.º A indisponibilidade prevista neste artigo decorre do ato que decretar a direção fiscal ou a liquidação extrajudicial e atinge a todos aqueles que tenham estado no exercício das funções nos doze meses anteriores ao mesmo ato.

§ 2.º Na hipótese de regime de direção fiscal, a indisponibilidade de bens a que se refere o caput deste artigo poderá não alcançar os bens dos administradores, por deliberação expressa da Diretoria Colegiada da ANS.

§ 3.º A ANS, ex officio ou por recomendação do diretor fiscal ou do liquidante, poderá estender a indisponibilidade prevista neste artigo:

- I - aos bens de gerentes, conselheiros e aos de todos aqueles que tenham concorrido, no período previsto no § 1.º, para a decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial;
- II - aos bens adquiridos, a qualquer título, por terceiros, no período previsto no § 1.º, das pessoas referidas no inciso I, desde que configurada fraude na transferência.

§ 4.º Não se incluem nas disposições deste artigo os bens considerados inalienáveis ou impenhoráveis pela legislação em vigor.

§ 5.º A indisponibilidade também não alcança os bens objeto de contrato de alienação, de promessa de compra e venda, de cessão ou promessa de cessão de direitos, desde que os respectivos instrumentos tenham sido levados ao competente registro público, anteriormente à data da decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial.

§ 6.º Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde respondem solidariamente pelas obrigações por eles assumidas durante sua gestão até o montante dos prejuízos causados, independentemente do nexo de causalidade.

Art. 24-B. A Diretoria Colegiada definirá as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal e do responsável pela alienação de carteira, podendo ampliá-las, se necessário.

Art. 24-C. Os créditos decorrentes da prestação de serviços de assistência privada à saúde preferem a todos os demais, exceto os de natureza trabalhista e tributários.

Art. 24-D. Aplica-se à liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e ao disposto nos arts. 24-A e 35-I, no que couber com os preceitos desta Lei, o disposto na Lei n.º 6.024, de 13 de março de 1974, no Decreto-Lei n.º 7.661, de 21 de junho de 1945, no Decreto-Lei n.º 41, de 18 de novembro de 1966, e no Decreto-Lei n.º 73, de 21 de novembro de 1966, conforme o que dispuser a ANS.

Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, sujeitam a operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1.º do art. 1.º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente:

I - advertência;

II - multa pecuniária;

III - suspensão do exercício do cargo;

IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde;

V - inabilitação permanente para exercício de cargos de direção ou em conselhos das operadoras a que se refere esta Lei, bem como em entidades de previdência privada, sociedades seguradoras, corretoras de seguros e instituições financeiras.

VI - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora.

Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores de planos privados de assistência à saúde, conforme o caso, em consequência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias.

Art. 27. A multa de que trata o art. 25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, com valor não inferior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no § 6.º do art. 19.

Parágrafo único. Revogado

Art. 28. Revogado

Art. 29. As infrações serão apuradas mediante processo administrativo que tenha por base o auto de infração, a representação ou a denúncia positiva dos fatos irregulares, cabendo à ANS dispor sobre normas para instauração, recursos e seus efeitos, instâncias e prazos.

§ 1.º O processo administrativo, antes de aplicada a penalidade, poderá, a título excepcional, ser suspenso, pela ANS, se a operadora ou prestadora de serviço assinar termo de compromisso de ajuste de conduta, perante a diretoria colegiada, que terá eficácia de título executivo extrajudicial, obrigando-se a:

- I - cessar a prática de atividades ou atos objetos da apuração; e
- II - corrigir as irregularidades, inclusive indenizando os prejuízos delas decorrentes.

§ 2.º O termo de compromisso de ajuste de conduta conterá, necessariamente, as seguintes cláusulas:

- I - obrigações do compromissário de fazer cessar a prática objeto da apuração, no prazo estabelecido;
- II - valor da multa a ser imposta no caso de descumprimento, não inferior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou da prestadora de serviço.

§ 3.º A assinatura do termo de compromisso de ajuste de conduta não importa confissão do compromissário quanto à matéria de fato, nem reconhecimento de ilicitude da conduta em apuração.

§ 4.º O descumprimento do termo de compromisso de ajuste de conduta, sem prejuízo da aplicação da multa a que se refere o inciso II do § 2.º, acarreta a revogação da suspensão do processo.

§ 5.º Cumpridas as obrigações assumidas no termo de compromisso de ajuste de conduta, será extinto o processo.

§ 6.º Suspende-se a prescrição durante a vigência do termo de compromisso de ajuste de conduta.

§ 7.º Não poderá ser firmado termo de compromisso de ajuste de conduta quando tiver havido descumprimento de outro termo de compromisso de ajuste de conduta nos termos desta Lei, dentro do prazo de dois anos.

§ 8.º O termo de compromisso de ajuste de conduta deverá ser publicado no Diário Oficial da União.

§ 9.º A ANS regulamentará a aplicação do disposto nos §§ 1.º a 7.º deste artigo.

Art. 29-A. A ANS poderá celebrar com as operadoras termo de compromisso, quando houver interesse na implementação de práticas que consistam em vantagens para os consumidores, com vistas a assegurar a manutenção da qualidade dos serviços de assistência à saúde.

§ 1.º O termo de compromisso referido no caput não poderá implicar restrição de direitos do usuário.

§ 2.º Na definição do termo de que trata este artigo serão considerados os critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços a serem oferecidos pelas operadoras.

§ 3.º O descumprimento injustificado do termo de compromisso poderá importar na aplicação da penalidade de multa a que se refere o inciso II, § 2.º, do art. 29 desta Lei.

Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1.º do art. 1.º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o caput será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

§ 2.º A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

§ 3.º Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo.

§ 4.º O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

§ 5.º A condição prevista no caput deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego.

§ 6.º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.

Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1.º do art. 1.º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

§ 1.º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no caput é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.

§ 2.º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2.º, 3.º, 4.º, 5.º e 6.º do art. 30.

Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1.º do art. 1.º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS.

§ 1.º O ressarcimento a que se refere o caput será efetuado pelas operadoras à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao SUS, mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pela ANS.

§ 2.º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.

§ 3.º A operadora efetuará o ressarcimento até o décimo quinto dia após a apresentação da cobrança pela ANS, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao respectivo fundo de saúde, conforme o caso.

§ 4.º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3.º será cobrado com os seguintes acréscimos:

I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;

II - multa de mora de dez por cento.

§ 5.º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3.º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos.

§ 6.º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde.

§ 7.º A ANS fixará normas aplicáveis ao processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2.º deste artigo.

§ 8.º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1.º do art. 1.º desta Lei.

Art. 33. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.

Art. 34. As pessoas jurídicas que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei deverão, na forma e no prazo definidos pela ANS, constituir pessoas jurídicas independentes, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos privados de assistência à saúde, na forma da legislação em vigor e em especial desta Lei e de seus regulamentos.

Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1.º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei.

§ 1.º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS.

§ 2.º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado.

§ 3.º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original.

§ 4.º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora.

§ 5.º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros.

§ 6.º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1.º do art. 1.º desta Lei, contratados até 1.º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização.

§ 7.º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas.

§ 8.º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adaptação dos contratos de que trata este artigo.

Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar – CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:

- I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;
- II - aprovar o contrato de gestão da ANS;
- III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;
- IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:
 - a) aspectos econômico-financeiros;
 - b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;
 - c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;
 - d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;

e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;

V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.

Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU.

Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado: (Redação dada pelo Decreto n.º 4.044, de 6.12.2001)

I - da Justiça, que o presidirá;

II - da Saúde;

III - da Fazenda; e

IV - do Planejamento, Orçamento e Gestão.

§ 1.º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, ad referendum dos demais membros.

§ 2.º Quando deliberar ad referendum do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.

§ 3.º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.

§ 4.º O Conselho reunir-se-á sempre que for convocado por seu Presidente.

§ 5.º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.

§ 6.º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.

§ 7.º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU.

Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:

I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; e

II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35.

Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei.

Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:

I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade estará sujeita à autorização prévia da ANS;

II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela ANS;

III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o § 1.º do art. 1.º desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei;

IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.

§ 1.º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em sessenta anos ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições:

I - a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art. 15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que, aplicado a cada ano, permita atingir o reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada;

II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior;

III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação;

IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS;

V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo.

§ 2.º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1.º do art. 1.º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.

§ 3.º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo.

Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1.º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes.

Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1.º do art. 1.º desta Lei as disposições da Lei n.º 8.078, de 1990.

Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1.º do art. 1.º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em consequência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia.

Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica.

Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais.

Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.

Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS.

Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1.º do art. 1.º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei n.º 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores.

Art. 36. Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.

Brasília, 3 de junho de 1998; 177^a da Independência e 110.º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Renan Calheiros

Pedro Malan

Waldeck Ornélas

José Serra

ANEXO 2
RESOLUÇÃO CONSU N.º 05

RESOLUÇÃO CONSU N.º 05

(publicada no DO n.º 211 - quarta feira - 04.11.98)

Dispõe sobre a caracterização de Autogestão mediante a Lei n.º 9.656/98 e dentro do segmento supletivo de assistência à saúde no Brasil.

O **Presidente do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU**, instituído pela Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais, de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida, para dispor sobre a regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar :

RESOLVE:

Art. 1.º Para fins de aplicação das disposições contidas na Lei n.º 9.656/98, são caracterizados como sistemas de assistência à saúde na modalidade de autogestão aqueles destinados exclusivamente a empregados ativos, aposentados, pensionistas e ex-empregados, bem como seus respectivos grupos familiares definidos, de uma ou mais empresas, ou ainda a participantes e dependentes de associações, sindicatos ou entidades de classes profissionais.

Parágrafo único: O grupo familiar a que se refere o caput deste artigo está limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo e afim.

Art. 2.º As autogestões deverão possuir gestão própria através de órgãos internos das empresas, entidades sindicais, ou através de entidade jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, estabelecida precipuamente para este fim ou ainda através de fundações, sindicatos, caixas ou fundos de previdência fechada.

Art. 3.º A contratação de sua rede credenciada e referenciada de serviços e a administração de sua rede própria, deverão ser realizadas de forma direta, só sendo permitida a terceirização através de convênios de reciprocidade com entidades congêneres ou em regiões com dificuldade ou carência de contratação direta.

(Alteração dada pela Resolução CONSU n.º 15 - publicada no DO n.º 59 - segunda feira - 29.03.99)

Art. 4.º Deverão constar da documentação legal de constituição e seu regulamento a participação financeira do usuário e da empresa ou provedora, se for o caso, as condições

de ingresso e de exclusão, a forma de cálculo dos reajustes, as coberturas e exclusões assistenciais dentro dos parâmetros estabelecidos pelo CONSU, as carências, as franquias ou fatores moderadores e demais condições estabelecidas na Lei n.º 9.656/98.

Parágrafo único. Quando a gestão não for através de órgãos da própria empresa, conforme previsto no artigo 2.º desta resolução, deverá constar também da documentação, a eventual participação do usuário nos órgãos de administração.

Art. 5.º Os programas assistenciais existentes dentro da autogestão com fins específicos de promoção da saúde e prevenção de doenças, bem como os de gestão de custos para doenças crônicas e preexistentes, deverão ser protocolados no Ministério da Saúde.

Art. 6.º É de competência do Ministério da Saúde a concessão do registro de qualificação na categoria de autogestão, para fins de aplicação da legislação e normas em vigor para esta modalidade, na área de prestação de serviços de assistência à saúde.

§ 1.º - Para fins de obtenção do registro referido no *caput* deste artigo, as empresas ou entidades deverão:

- I - firmar, quando solicitado pelo Ministério da Saúde, sem ônus financeiro, ajuste ou convênio de parceria, ou de cooperação, em programas específicos de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- II - disponibilizar, sempre que solicitado pelo Ministério da Saúde e, em prazo previamente acordado, informações de índices de desempenho, base de dados, custos e outros sobre gestão de saúde.

§ 2.º - Na assinatura dos termos de ajuste ou convênios, poderão representar o Ministério da Saúde, os titulares da sua estrutura regimental, sendo objetivo deste artigo o estabelecimento de parâmetros para acompanhamento do mercado.

Art. 7.º Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos celebrados na vigência da Lei 9656/98, de 03 de junho de 1998, e aos existentes anteriores a sua vigência, a partir das respectivas adaptações.

Art. 8.º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogando as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

ANEXO 3

RESOLUÇÃO-RDC N.º 39, DE 27 DE OUTUBRO DE 2000

RESOLUÇÃO-RDC N.º 39, DE 27 DE OUTUBRO DE 2000

Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no uso das atribuições que lhe confere o inciso X do art. 4.º da Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000, em reunião realizada em 19 de outubro de 2000 e considerando o disposto no inciso VI do art. 8.º da Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, adotou a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente determino a sua publicação:

CAPÍTULO I
DA DEFINIÇÃO

Art. 1.º Definem-se como Operadoras de Planos de Assistência à Saúde as empresas e entidades que operam, no mercado de saúde suplementar, planos de assistência à saúde, conforme disposto na Lei n.º 9.656, de 1998.

Parágrafo único. Para efeito desta Resolução, define-se operar como sendo as atividades de administração, comercialização ou disponibilização dos planos de que trata o caput deste artigo.

Art. 2.º Para fins desta Resolução, define-se como rede própria:

I - hospitalar: todo e qualquer recurso físico hospitalar de propriedade:

- a) da operadora;
- b) de entidade ou empresa controlada pela operadora;
- c) de entidade ou empresa controladora da operadora;

II - médica ou odontológica: a constituída por profissional assalariado ou cooperado da operadora.

CAPÍTULO II

DOS TIPOS DE ATENÇÃO

Art. 3.º Os tipos de atenção prestados pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, dividem-se em:

I - médico-hospitalar: os oferecidos por entidades ou empresas que operam planos médico-hospitalares ou médico-hospitalares e odontológicos, podendo oferecer, adicionalmente, prestação de serviços médico-hospitalares ou odontológicos a terceiros não contratantes do plano; ou

II - odontológico: os oferecidos por entidades ou empresas que operam exclusivamente planos odontológicos, podendo oferecer, adicionalmente, prestação de serviços odontológicos a terceiros não contratantes do plano.

Parágrafo único. Não se aplica a disciplina deste artigo às autogestões e às administradoras.

CAPÍTULO III

DA SEGMENTAÇÃO

Art. 4.º As Operadoras de Planos que, na forma do artigo anterior, atuam no tipo de atenção médico-hospitalar segmentam-se em:

I - segmento primário principal - SPP: as que despendem, em sua rede própria, mais de 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde;

II - segmento primário principal/SUS SPP/SUS: as que despendem, em sua rede própria, mais de 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde e que prestam ao menos 30% (trinta por cento) de sua atividade ao Sistema Único de Saúde - SUS;

III - segmento primário subsidiário - SPS: as que despendem, em sua rede própria, entre 30% (trinta por cento) e 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde;

IV - segmento secundário principal - SSP: as que despendem, em sua rede própria, mais de 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços médicos referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde;

V - segmento secundário subsidiário - SSS: as que despendem, em sua rede própria, entre 30% (trinta por cento) e 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços médicos referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde; ou

VI - segmento terciário ST: as que despendem, em sua rede própria, menos de 30% (trinta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços médicos ou hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde.

§ 1.º O enquadramento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde dar-se-á, exclusivamente, em um único segmento.

§ 2.º Na hipótese de as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde se enquadrarem em mais de um segmento, prevalecerá, para fins do disposto no parágrafo anterior, o critério relativo aos gastos em serviços hospitalares.

Art. 5.º As Operadoras de Planos, que atuam no tipo de atenção odontológico descrito no inciso II do art. 3.º, segmentam-se em:

I - segmento próprio - SP: as que despendem, em sua rede própria, mais 30% (trinta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços odontológicos referentes a seus Planos Odontológicos;

II - segmento misto - SM: as que despendem, em sua rede própria, entre 10% (dez por cento) e 30% (trinta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços odontológicos referentes a seus Planos Odontológicos; ou

III - segmento terciário - ST: as que despendem, em sua rede própria, menos de 10% (dez por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços odontológicos referentes a seus Planos Odontológicos.

Art. 6.º REVOGADO PELA RN 137

Art. 7.º - REVOGADO PELA RN 137

Art. 8.º - REVOGADO PELA RN 137

Art. 9.º As Administradoras, definidas no art. 11 desta Resolução, segmentam-se em:

I - administradoras de planos: são as empresas que administram exclusivamente Planos Privados de Assistência à Saúde, as quais não assumem o risco decorrente da operação desses planos e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos, para oferecer aos beneficiários da sua contratante, sendo esses planos financiados por operadoras; ou

II - administradora de serviços: são as empresas que administram exclusivamente serviços de assistência à saúde, possuindo ou não rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos.

CAPITULO IV

DA CLASSIFICAÇÃO

Art. 10. As operadoras segmentadas conforme o disposto nos arts. 3.º ao 9.º desta Resolução deverão classificar-se nas seguintes modalidades:

- I - administradora;
- II - cooperativa médica;
- III - cooperativa odontológica;
- IV autogestão;
- V - medicina de grupo;
- VI - odontologia de grupo; ou
- VII - filantropia.

Seção I

Da Administradora

Art. 11. Classificam-se na modalidade de administradora as empresas que administram planos ou serviços de assistência à saúde, sendo que, no caso de administração de planos, são financiados por operadora, não assumem o risco decorrente da operação desses planos e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos.

Seção II

Da Cooperativa Médica

Art. 12. Classificam-se na modalidade de cooperativa médica as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam Planos Privados de Assistência à Saúde.

Seção III

Da Cooperativa Odontológica

Art. 13. Classificam-se na modalidade de cooperativa odontológica as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam exclusivamente Planos Odontológicos.

Seção IV

Da Autogestão

Art. 14. REVOGADO PELA RN 137

Seção V

Da Medicina de Grupo

Art. 15. Classificam-se na modalidade de medicina de grupo as empresas ou entidades que operam Planos Privados de Assistência à Saúde, excetuando-se aquelas classificadas nas modalidades contidas nas Seções I, II, IV e VII desta Resolução.

Seção VI

Da Odontologia de Grupo

Art. 16. Classificam-se na modalidade de odontologia de grupo as empresas ou entidades que operam exclusivamente Planos Odontológicos, excetuando-se aquelas classificadas na modalidade contida na Seção III desta Resolução.

Seção VII

Da Filantropia

Art. 17. Classificam-se na modalidade de filantropia as entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e tenham obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social CNAS e declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 18. Para requerer autorização definitiva de funcionamento, as empresas ou entidades que atuam no mercado de assistência à saúde, operando planos deverão, necessariamente,

enquadrar-se em um dos tipos de atenção, segmentação e classificação, conforme disposto nos Capítulos II, III e IV desta Resolução.

Art. 19. Para o cálculo dos gastos despendidos com a prestação de serviços médico-hospitalares ou odontológicos de que tratam os arts. 4.º e 5.º desta Resolução, respectivamente, deverão ser considerados os períodos de janeiro a junho e de julho a dezembro de cada ano civil, devendo ser enviados à ANS até o último dia útil dos meses de agosto e fevereiro, respectivamente.

§ 1.º As Operadoras que já possuem registro provisório junto à ANS deverão iniciar a apuração das informações definidas no caput deste artigo a partir de 1.º de janeiro de 2001, bem como remetê-los à ANS a partir da solicitação da autorização definitiva de funcionamento, conforme o disposto no caput deste artigo.

§ 2.º As Operadoras que obtiverem autorização de funcionamento junto à ANS, após a data de publicação desta Resolução, deverão apurar as informações definidas no caput deste artigo a partir da data de início de sua operação, bem como remetê-los à ANS a partir da solicitação da autorização definitiva de funcionamento, conforme o disposto no caput deste artigo.

Art. 20. Esta Resolução de Diretoria Colegiada entra em vigor na data de sua publicação.

JANUARIO MONTONE

(Of. El. n.º 93/2000)

ANEXO 4

RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN N.º 137, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2006

RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN N.º 137, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2006

Dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhes são conferidas pelos arts. 4.º, incisos X, XXIII, XXIX, XXX, XXXI, XXXIII, XXXIV e XXXV; e 10, inciso II, da Lei n.º 9.961, de 28 de Janeiro de 2000; e considerando o disposto no art. 64, inciso II, alínea “a”, do Anexo I, da Resolução Normativa – RN n.º 81, de 2 de setembro de 2004; nos arts. 1.º, § 2.º; 8.º, § 1.º; 10, § 3.º; e 35-F da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998; e no art. 230, § 3.º, inciso I, da Lei n.º 8.112, de 11 de novembro de 1990, com redação dada pela Lei n.º 11.302, de 10 de maio de 2006, em reunião realizada em 14 de novembro de 2006, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

CAPÍTULO I DO OBJETO E DO ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Art. 1.º Esta resolução dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar.

CAPÍTULO II DAS ENTIDADES DE AUTOGESTÃO

Seção I Da Definição

Art. 2.º Para efeito desta resolução, define-se como operadora de planos privados de assistência à saúde na modalidade de autogestão:

I - a pessoa jurídica de direito privado que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos seguintes beneficiários:

- a) sócios da pessoa jurídica;
- b) administradores e ex-administradores da entidade de autogestão;

- c) empregados e ex-empregados da entidade de autogestão;
- d) aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à entidade de autogestão;
- e) pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores; e
- f) grupo familiar dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores, limitado ao terceiro grau de parentesco, consanguíneo ou afim;

II - a pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos que, vinculada à entidade pública ou privada patrocinadora, instituidora ou mantenedora, opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos seguintes beneficiários:

- a) empregados e servidores públicos ativos da entidade pública patrocinadora;
- b) empregados e servidores públicos aposentados da entidade pública patrocinadora;
- c) ex-empregados e ex-servidores públicos da entidade pública patrocinadora;
- d) pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores;
- e) sócios da entidade privada patrocinadora, instituidora ou mantenedora da entidade de autogestão;
- f) empregados e ex-empregados, administradores e ex-administradores da entidade privada patrocinadora, instituidora ou mantenedora da entidade de autogestão;
- g) empregados, ex-empregados, administradores e ex-administradores da própria entidade de autogestão;
- h) aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à própria entidade de autogestão ou a sua entidade patrocinadora, instituidora ou mantenedora;
- i) pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores; e
- j) grupo familiar dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores, limitado ao terceiro grau de parentesco, consanguíneo ou afim; ou

III - a pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos, constituída sob a forma de associação, que opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos associados integrantes de determinada categoria profissional e aos seguintes beneficiários:

- a) empregados, ex-empregados, administradores e ex-administradores da própria entidade de autogestão;
- b) aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à própria entidade de autogestão;
- c) pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores; e
- d) grupo familiar dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores, limitado ao terceiro grau de parentesco, consanguíneo ou afim.

(Redação dada pela RN n.º 148, de 03 de março de 2007).

§ 1.º A entidade de autogestão só poderá operar plano privado de assistência à saúde coletivo e restrito aos beneficiários mencionados nos incisos I, II e III deste artigo. *(Redação dada pela RN n.º 148, de 03 de março de 2007).*

§ 2.º Constatado o descumprimento do disposto no parágrafo anterior, a entidade de autogestão deverá regularizar a situação no prazo de sessenta dias, contado do recebimento da intimação efetuada pela ANS.

§ 3.º Persistindo a irregularidade após o decurso do prazo previsto no parágrafo anterior, a ANS aplicará a sanção administrativa cabível e promoverá a reclassificação da modalidade da operadora.

Seção II

Do Objeto Social Exclusivo

Art. 3.º A entidade de autogestão deverá possuir administração própria e objeto social exclusivo de operação de planos privados de assistência à saúde, sendo-lhe vedada a prestação de quaisquer serviços que não estejam no âmbito do seu objeto.

Parágrafo único. A exigência prevista no caput não se aplica:

- I - à entidade de autogestão que, na data da publicação da Lei Complementar n.º 109, de 29 de maio de 2001, já prestava serviços de assistência à saúde;
- II - à entidade de autogestão definida no inciso I do artigo anterior; e
- III - à entidade de autogestão que, além da operação de planos privados de assistência à saúde, exerce atividade caracterizada como ação de promoção à saúde, nos termos do art. 35-F da Lei n.º 9.656, de 1998.

Seção III

Do Ato Constitutivo

Art. 4.º O ato constitutivo da entidade de autogestão deverá conter o critério e a forma de participação dos beneficiários titulares que contribuam para o custeio do plano, bem como do mantenedor ou patrocinador, na composição dos seus órgãos colegiados de administração superior. *(Redação dada pela RN n.º 148, de 03 de março de 2007).*

Parágrafo único. O disposto no caput não se aplica à entidade de autogestão definida no inciso I do art. 2.º. *(Redação dada pela RN n.º 148, de 03 de março de 2007).*

Seção IV

Das Formas de Garantia dos Riscos

Art. 5.º A entidade de autogestão deverá garantir os riscos decorrentes da operação de planos privados de assistência à saúde da seguinte forma: *(Redação dada pela RN n.º 148, de 03 de março de 2007).*

I - por meio da constituição das garantias financeiras próprias exigidas pela regulamentação em vigor; ou

II - por meio da apresentação de termo de garantia firmado com o mantenedor.

§ 1.º O termo de garantia é o instrumento por meio do qual o mantenedor obriga-se a garantir os riscos referidos no caput, comprovando a constituição do respectivo lastro financeiro.

§ 2.º O modelo do termo de garantia será elaborado pela Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras – DIOPE em regulamentação específica. *(Redação dada pela RN n.º 148, de 03 de março de 2007).*

§ 3.º O termo de garantia deverá ser submetido à prévia aprovação da DIOPE.

§ 4.º A não aprovação do termo de garantia sujeitará a entidade de autogestão a garantir os riscos referidos no caput na forma do inciso I.

§ 5.º Os riscos referidos no caput podem ser parcialmente garantidos pelo mantenedor e o valor remanescente pela entidade de autogestão após análise e aprovação da DIOPE. *(Redação dada pela RN n.º 148, de 03 de março de 2007).*

§ 6.º A entidade de autogestão que já tenha constituído as garantias financeiras próprias não poderá revertê-las, salvo de vieram a ser substituídas pelas de seu mantenedor e após aprovação da ANS. *(Redação dada pela RN n.º 148, de 03 de março de 2007).*

Seção V

Do Acompanhamento Econômico-Financeiro

Art. 6.º A entidade de autogestão deverá submeter, anualmente, suas demonstrações financeiras à auditoria independente, divulgá-las aos seus beneficiários e encaminhá-las a ANS.

Art. 7.º A forma de cumprimento do plano de contas padrão da ANS pelas entidades de autogestão será definida pela DIOPE em regulamentação específica.

Art. 8.º O disposto nos artigos 5.º, 6.º e 7.º não se aplica à entidade de autogestão definida no inciso I do art. 2.º.

Art. 9.º A entidade de autogestão definida no inciso I do art. 2.º deverá contabilizar, de acordo com as boas práticas contábeis, as despesas de prestação de assistência à saúde de forma separada em relação às demais, devendo tal informação constar expressamente de suas demonstrações financeiras.

Art. 10. A entidade de autogestão deverá enviar periodicamente à ANS informações econômico-financeiras, cadastrais e operacionais, nos termos e na forma definida pela DIOPE em regulamentação específica.

Parágrafo único. O disposto no caput não se aplica à entidade de autogestão definida no inciso I do art. 2.º.

Art. 11. Detectados indícios de desequilíbrio econômico-financeiro ou de anormalidades administrativas, a entidade de autogestão deverá regularizar a situação no prazo de sessenta dias, contado do recebimento da intimação efetuada pela ANS.

Parágrafo único. Persistindo a irregularidade após o decurso do prazo referido no caput, a ANS determinará a apresentação de plano de recuperação na forma da regulamentação em vigor ou, dependendo da situação, decretará qualquer uma das medidas previstas no art. 24 da Lei n.º 9.656, de 1998.

CAPÍTULO III

DO INSTITUIDOR, DO MANTENEDOR E DO PATROCINADOR

Seção I

Das Definições

Art. 12. Para efeito desta resolução, considera-se:

- I - instituidor: a pessoa jurídica de direito privado, com ou sem fins econômicos, que cria a entidade de autogestão;
- II - mantenedor: a pessoa jurídica de direito privado que garante os riscos referidos no caput do art. 5.º mediante a celebração de termo de garantia com a entidade de autogestão; e
- III - patrocinador: a instituição pública ou privada que participa, total ou parcialmente, do custeio do plano privado de assistência à saúde e de outras despesas relativas à sua execução e administração.

Seção II

Da Formalização da Condição do Patrocinador

Art. 13. A formalização da condição do patrocinador será efetivada por meio de convênio de adesão.

Parágrafo único. O convênio de adesão é o instrumento por meio do qual as partes pactuam direitos e obrigações recíprocos para a administração e execução do plano privado de assistência à saúde.

Art. 14. Sem o prejuízo de mais condições a serem definidas pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO em regulamentação específica, o regulamento do plano privado de assistência à saúde ou o convenio de adesão deverá conter, no mínimo, as seguintes informações:

- I - a participação financeira dos beneficiários no custeio do plano;
- II - a participação financeira do patrocinador no custeio do plano, quando for o caso;
- III - as condições de ingresso e de exclusão de beneficiários;
- IV - a forma de cálculo da revisão das contraprestações pecuniárias;
- V - as coberturas e exclusões assistenciais;
- VI - as carências;
- VII - os mecanismos de regulação ou fatores moderadores utilizados no plano; e
- VIII - as demais condições exigidas pela Lei n.º 9.656, de 1998.

Parágrafo único. O disposto neste artigo não se aplica à entidade de autogestão definida no inciso I do art. 2.º. (Redação dada pela RN n.º 148, de 03 de março de 2007).

Art. 15. Quando o patrocinador for instituição pública, a formalização dessa condição será efetivada por meio de convênio, nos termos do inciso I do § 3.º do art. 230 da Lei n.º 8.112, de 1990.

Subseção I

“Seção III”.

(Redação dada pela RN n.º 148, de 03 de março de 2007).

Do Ingresso e Saída de Mantenedor ou Patrocinador

Art. 16. O ingresso ou a saída de mantenedor ou patrocinador reger-se-á por esta resolução e, se necessário, pelas regras adicionais definidas em regulamentação específica pela

DIOPE e pela DIPRO no âmbito de suas respectivas atribuições regimentais. *(Redação dada pela RN n.º 148, de 03 de março de 2007).*

Subseção I

(Redação dada pela RN n.º 148, de 03 de março de 2007).

Do Ingresso

Art. 17. Na hipótese de ingresso de mantenedor, a entidade de autogestão deverá comprovar o enquadramento do mantenedor no seu ato constitutivo e dos beneficiários deste último no regulamento do plano, além de encaminhar à ANS a documentação pertinente e o último balancete contábil do pretendente. *(Redação dada pela RN n.º 148, de 03 de março de 2007).*

Art. 18. Na hipótese de ingresso de patrocinador, a entidade de autogestão deverá encaminhar à ANS a cópia do convênio de adesão ou do convênio celebrado, conforme o caso.

Art. 19. Ocorrendo o ingresso de mantenedor ou de patrocinador de forma irregular, a entidade de autogestão deverá regularizar a situação no prazo de sessenta dias, contado do recebimento da intimação efetuada pela ANS.

Parágrafo único. Transcorrido o prazo previsto no caput e persistindo a irregularidade, a ANS aplicará a sanção administrativa cabível e promoverá a reclassificação da modalidade da operadora.

Subseção II

Da Saída

Art. 20. Na hipótese de saída de mantenedor ou patrocinador, a entidade de autogestão deverá encaminhar a ANS os seguintes documentos, além de outros que possam ser exigidos pela DIOPE ou pela DIPRO:

- I - declaração de que o mantenedor ou o patrocinador cumpriu todas as suas obrigações;
- II - declaração de inexistência de beneficiários vinculados ao mantenedor ou ao patrocinador, ressalvadas as hipóteses de beneficiários amparados pelo disposto nos arts. 30 e 31 da Lei n.º 9.656, de 1998, observado o disposto no parágrafo único;
- III - declaração assinada pelos representantes dos mantenedores ou patrocinadores remanescentes junto às entidades de Autogestão, afirmando que não há qualquer restrição à saída do pretendente; e

IV - declaração de inexistência de dívidas com os provedores de serviço de assistência à saúde, relativas aos beneficiários vinculados ao mantenedor ou patrocinador.

Parágrafo único. As condições de garantia dos riscos referidos no caput do art. 5.º deverão ser preservadas pela própria entidade de autogestão ou, quando for o caso, por intermédio de acordo entre os mantenedores remanescentes.

CAPÍTULO IV

DA FORMA DE OPERAÇÃO

Art. 21. A entidade de autogestão deverá operar por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, cuja administração será realizada de forma direta.

§ 1.º Excepcionalmente, e mediante prévia comunicação à ANS, poderá ser contratada rede de prestação de serviços de entidade congênere ou de outra operadora em regiões ou localidades com dificuldades ou carência de contratação.

§ 2.º Celebrado o contrato, a entidade de autogestão deverá encaminhar à ANS, no prazo de trinta dias contado da sua assinatura, a respectiva cópia para a análise da DIPRO.

§ 3.º Na hipótese de constatação de irregularidade na realização do contrato, a entidade de autogestão deverá regularizar a situação no prazo de sessenta dias, contado do recebimento da intimação efetuada pela ANS.

§ 4.º Transcorrido o prazo previsto no parágrafo anterior e persistindo a irregularidade, a ANS aplicará a sanção administrativa cabível. *(Redação dada pela RN n.º 148, de 03 de março de 2007).*

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 22. A entidade de autogestão que, na data da publicação desta resolução, já prestava serviços de assistência à saúde a beneficiários distintos dos grupos mencionados nos incisos I e II do art. 2.º, poderá continuar a fazê-lo, sendo-lhe vedado o ingresso de novos beneficiários nesses planos, que serão denominados planos bloqueados ou em extinção.

Parágrafo único. O descumprimento do disposto no caput sujeitará a entidade de autogestão à sanção administrativa cabível e à reclassificação de sua modalidade.

Art. 23. Os integrantes dos órgãos colegiados de administração superior da entidade de autogestão deverão preencher os requisitos exigidos pela regulamentação em vigor para o exercício do cargo de administrador.

Parágrafo único. As exigências previstas no caput não se aplicam aos integrantes dos órgãos colegiados de administração superior da entidade de autogestão definida no inciso I do art. 2.º.

Art. 24. As entidades de autogestão deverão adaptar-se às disposições desta resolução até o dia 21 de maio de 2007. *(Redação dada pela RN n.º 148, de 03 de março de 2007).*

Art 25. A DIOPE e a DIPRO ficam autorizadas, no âmbito de suas respectivas atribuições regimentais, a editar outros atos normativos que julgarem necessários ao fiel cumprimento desta resolução.

Art. 26. Ficam revogados os artigos 6.º, 7.º, 8.º e 14 da Resolução de Diretoria Colegiada – RDC n.º 39, de 27 de outubro de 2000; o art. 11 da RN n.º 11, de 22 de julho de 2002; o art. 14 da RN n.º 26, de 1 de abril de 2004; e o art. 3.º da RN n.º 75, de 10 de maio de 2004.” *(Redação dada pela RN n.º 148, de 03 de março de 2007).*

Art. 27. Ficam sem efeito a Resolução CONSU n.º 5, de 4 de novembro de 1998; o item III do art. 1.º da Resolução CONSU n.º 15, de 23 de março de 1999.

Art. 28. Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS

Diretor-Presidente

ANEXO 5**LEI N.º 9.961 DE 28 DE JANEIRO DE 2000**

LEI N.º 9.961 DE 28 DE JANEIRO DE 2000

Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I
DA CRIAÇÃO E DA COMPETÊNCIA

Art. 1.º É criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro - RJ, prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

Parágrafo único. A natureza de autarquia especial conferida à ANS é caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes.

Art. 2.º Caberá ao Poder Executivo instalar a ANS, devendo o seu regulamento, aprovado por decreto do Presidente da República, fixar-lhe a estrutura organizacional básica.

Parágrafo único. Constituída a ANS, com a publicação de seu regimento interno, pela diretoria colegiada, ficará a autarquia, automaticamente, investida no exercício de suas atribuições.

Art. 3.º A ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

Art. 4.º Compete à ANS:

- I - propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - Consu para a regulação do setor de saúde suplementar;
- II - estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;

- III - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na [Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998](#), e suas excepcionalidades;
- IV - fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras;
- V - estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;
- VI - estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS;
- VII - estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;
- VIII - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões;
- IX - normatizar os conceitos de doença e lesão preexistentes;
- X - definir, para fins de aplicação da [Lei n.º 9.656, de 1998](#), a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades;
- XI - estabelecer critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados nos [arts. 30 e 31 da Lei n.º 9.656, de 1998](#);
- XII - estabelecer normas para registro dos produtos definidos no inciso I e no § 1.º do [art. 1.º da Lei n.º 9.656, de 1998](#);
- XIII - decidir sobre o estabelecimento de sub-segmentações aos tipos de planos definidos nos incisos I a IV do art. 12 da Lei n.º 9.656, de 1998;
- XIV - estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- XV - estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;
- XVI - estabelecer normas, rotinas e procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento de registro dos produtos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda; *(Redação dada pela MP n.º 2.177-44, de 24 de agosto de 2001)*.
- XVIII - expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões;
- XIX - proceder à integração de informações com os bancos de dados do Sistema Único de Saúde;
- XX - autorizar o registro dos planos privados de assistência à saúde;
- XXI - monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos;

XXII - autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário, sem prejuízo do disposto na Lei n.º 8.884, de 11 de junho de 1994; *(Redação dada pela MP n.º 2.177-44, de 24 de agosto de 2001).*

XXIII - fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento;

XXIV - exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XXV - avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos privados de assistência à saúde para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência;

XXVI - fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos;

XXVII - fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;

XXVIII - avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XXIX - fiscalizar o cumprimento das disposições da [Lei n.º 9.656, de 1998](#), e de sua regulamentação;

XXX - aplicar as penalidades pelo descumprimento da Lei n.º 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;

XXXI - requisitar o fornecimento de informações às operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciadas;

XXXII - adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde;

XXXIII - instituir o regime de direção fiscal ou técnica nas operadoras;

XXXIV - proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil das operadoras de planos privados de assistência à saúde; *(Redação dada pela MP n.º 2.177-44, de 24 de agosto de 2001).*

XXXV - determinar ou promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras; *(Redação dada pela MP n.º 2.097-36, de 26 de janeiro de 2001).*

XXXVI - articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto na [Lei n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990](#);

XXXVII - zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar;

XXXVIII - administrar e arrecadar as taxas instituídas por esta Lei.

XXXIX - celebrar, nas condições que estabelecer, termo de compromisso de ajuste de conduta e termo de compromisso e fiscalizar os seus cumprimentos. *(Redação dada pela MP n.º 2.177-44, de 24 de agosto de 2001).*

XL - definir as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal, do liquidante e do responsável pela alienação de carteira. *(Inciso incluído pela MP n.º 2.097-36, de 26 de janeiro de 2001).*

XLI - fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1.º do art. 1.º da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, incluindo: *(Artigo e alíneas incluídas pela MP n.º 2.177-44, de 24 de agosto de 2001).*

- a) conteúdos e modelos assistenciais;
- b) adequação e utilização de tecnologias em saúde;
- c) direção fiscal ou técnica;
- d) liquidação extrajudicial;
- e) procedimentos de recuperação financeira das operadoras;
- f) normas de aplicação de penalidades;
- g) garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados;

XLII - estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde. *(Inciso incluído pela MP n.º 2.177-44, de 24 de agosto de 2001).*

§ 1.º A recusa, a omissão, a falsidade ou o retardamento injustificado de informações ou documentos solicitados pela ANS constitui infração punível com multa diária de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), podendo ser aumentada em até vinte vezes, se necessário, para garantir a sua eficácia em razão da situação econômica da operadora ou prestadora de serviços. *(Redação dada pela MP n.º 1.976-33, de 23 de novembro de 2000).*

§ 2.º As normas previstas neste artigo obedecerão às características específicas da operadora, especialmente no que concerne à natureza jurídica de seus atos constitutivos.

§ 3.º Revogado. *(MP n.º 2.177-44, de 24 de agosto de 2001).*

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 5.º A ANS será dirigida por uma Diretoria Colegiada, devendo contar, também, com um Procurador, um Corregedor e um Ouvidor, além de unidades especializadas incumbidas de diferentes funções, de acordo com o regimento interno.

Parágrafo único. A ANS contará, ainda, com a Câmara de Saúde Suplementar, de caráter permanente e consultivo.

Art. 6.º A gestão da ANS será exercida pela Diretoria Colegiada, composta por até cinco Diretores, sendo um deles o seu Diretor-Presidente.

Parágrafo único. Os Diretores serão brasileiros, indicados e nomeados pelo Presidente da República após aprovação prévia pelo Senado Federal, nos termos do art. 52, III, "f", da Constituição Federal, para cumprimento de mandato de três anos, admitida uma única recondução.

Art. 7.º O Diretor-Presidente da ANS será designado pelo Presidente da República, dentre os membros da Diretoria Colegiada, e investido na função por três anos, ou pelo prazo restante de seu mandato, admitida uma única recondução por três anos.

Art. 8.º Após os primeiros quatro meses de exercício, os dirigentes da ANS somente perderão o mandato em virtude de:

- I - condenação penal transitada em julgado;
- II - condenação em processo administrativo, a ser instaurado pelo Ministro de Estado da Saúde, assegurados o contraditório e a ampla defesa;
- III - acumulação ilegal de cargos, empregos ou funções públicas; e
- IV - descumprimento injustificado de objetivos e metas acordados no contrato de gestão de que trata o Capítulo III desta Lei.

§ 1.º Instaurado processo administrativo para apuração de irregularidades, poderá o Presidente da República, por solicitação do Ministro de Estado da Saúde, no interesse da Administração, determinar o afastamento provisório do dirigente, até a conclusão.

§ 2.º O afastamento de que trata o § 1.º não implica prorrogação ou permanência no cargo além da data inicialmente prevista para o término do mandato.

Art. 9.º Até doze meses após deixar o cargo, é vedado a ex-dirigente da ANS:

- I - representar qualquer pessoa ou interesse perante a Agência, excetuando-se os interesses próprios relacionados a contrato particular de assistência à saúde suplementar, na condição de contratante ou consumidor;
- II - deter participação, exercer cargo ou função em organização sujeita à regulação da ANS.

Art. 10. Compete à Diretoria Colegiada:

- I - exercer a administração da ANS;
- II - editar normas sobre matérias de competência da ANS;
- III - aprovar o regimento interno da ANS e definir a área de atuação de cada Diretor;
- IV - cumprir e fazer cumprir as normas relativas à saúde suplementar;
- V - elaborar e divulgar relatórios periódicos sobre suas atividades;
- VI - julgar, em grau de recurso, as decisões dos Diretores, mediante provocação dos interessados;
- VII - encaminhar os demonstrativos contábeis da ANS aos órgãos competentes.

§ 1.º A Diretoria reunir-se-á com a presença de, pelo menos, três diretores, dentre eles o Diretor-Presidente ou seu substituto legal, e deliberará com, no mínimo, três votos coincidentes. *(Redação dada pela MP n.º 2.177-44, de 24 de agosto de 2001).*

§ 2.º Dos atos praticados pelos Diretores caberá recurso à Diretoria Colegiada como última instância administrativa. *(Redação dada pela MP n.º 2.177-44, de 24 de agosto de 2001).*

§ 3.º O recurso a que se refere o § 2.º terá efeito suspensivo, salvo quando a matéria que lhe constituir o objeto envolver risco à saúde dos consumidores.

Art. 11. Compete ao Diretor-Presidente:

- I - representar legalmente a ANS;
- II - presidir as reuniões da Diretoria Colegiada;
- III - cumprir e fazer cumprir as decisões da Diretoria Colegiada;
- IV - decidir nas questões de urgência *ad referendum* da Diretoria Colegiada;
- V - decidir, em caso de empate, nas deliberações da Diretoria Colegiada;
- VI - nomear ou exonerar servidores, provendo os cargos efetivos, em comissão e funções de confiança, e exercer o poder disciplinar, nos termos da legislação em vigor;
- VII - encaminhar ao Ministério da Saúde e ao Consu os relatórios periódicos elaborados pela Diretoria Colegiada;
- VIII - assinar contratos e convênios, ordenar despesas e praticar os atos de gestão necessários ao alcance dos objetivos da ANS.

Art. 12. São criados os cargos em comissão de Natureza Especial, do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS e os Cargos Comissionados de Saúde Suplementar - CCSS, com a finalidade de integrar a estrutura da ANS, relacionados no Anexo I desta Lei.

§ 1.º Os cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS serão exercidos, preferencialmente, por integrantes do quadro de pessoal da autarquia.

§ 2.º Do total de CCSS, no mínimo noventa por cento são de ocupação exclusiva de empregados do quadro efetivo, cabendo à Diretoria Colegiada dispor sobre o provimento dos dez por cento restantes.

§ 3.º Enquanto não estiverem completamente preenchidas as vagas do quadro de pessoal efetivo da ANS, os cargos de que trata o *caput* poderão ser ocupados por pessoal requisitado de outros órgãos e entidades da administração pública, devendo essa ocupação ser reduzida no prazo máximo de cinco anos.

§ 4.º O servidor ou empregado investido em CCSS perceberá os vencimentos do cargo efetivo, acrescidos do valor do cargo comissionado para o qual tiver sido designado.

§ 5.º Cabe à Diretoria Colegiada dispor sobre a realocação dos quantitativos e distribuição dos CCSS dentro de sua estrutura organizacional, observados os níveis hierárquicos, os valores de retribuição correspondentes e o respectivo custo global estabelecidos no Anexo I.

§ 6.º A designação para CCSS é inacumulável com a designação ou nomeação para qualquer outra forma de comissionamento, cessando o seu pagamento durante as situações de afastamento do servidor, inclusive aquelas consideradas de efetivo exercício, ressalvados os períodos a que se referem os incisos I, IV, VI e VIII do art. 102 da [Lei n.º 8.112, de 11 de dezembro de 1990](#), com as alterações da [Lei n.º 9.527, de 10 de dezembro de 1997](#).

Art. 13. A Câmara de Saúde Suplementar será integrada:

I - pelo Diretor-Presidente da ANS, ou seu substituto, na qualidade de Presidente;

II - por um diretor da ANS, na qualidade de Secretário;

III - por um representante de cada Ministério a seguir indicado:

a) da Fazenda;

b) da Previdência e Assistência Social;

c) do Trabalho e Emprego;

d) da Justiça;

e) da Saúde;

IV - por um representante de cada órgão e entidade a seguir indicados:

a) Conselho Nacional de Saúde;

b) Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde;

- c) Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde;
- d) Conselho Federal de Medicina;
- e) Conselho Federal de Odontologia;
- f) Conselho Federal de Enfermagem;
- g) Federação Brasileira de Hospitais;
- h) Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços;
- i) Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas;
- j) Confederação Nacional da Indústria;
- l) Confederação Nacional do Comércio;
- m) Central Única dos Trabalhadores;
- n) Força Sindical;
- o) Social Democracia Sindical;
- p) Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização; *(Alínea incluída pela MP n.º 2.177-44, de 24 de agosto de 2001).*
- q) Associação Médica Brasileira; *(Alínea incluída pela MP n.º 2.177-44, de 24 de agosto de 2001).*

V - por um representante de cada entidade a seguir indicada:

- a) do segmento de autogestão de assistência à saúde;
- b) das empresas de medicina de grupo;
- c) das cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar;
- d) das empresas de odontologia de grupo; *(Alterado pela MP n.º 2.177-44, de 24 de agosto de 2001).*
- e) das cooperativas de serviços odontológicos que atuem na área de saúde suplementar; *(Alterado pela MP n.º 2.177-44, de 24 de agosto de 2001).*

VI - por dois representantes de entidades a seguir indicadas: *(Inciso incluído pela MP n.º 2.177-44, de 24 de agosto de 2001).*

- a) de defesa do consumidor; *(Alínea incluída pela MP n.º 2.177-44, de 24 de agosto de 2001).*
- b) de associações de consumidores de planos privados de assistência à saúde; *(Alínea incluída pela MP n.º 2.177-44, de 24 de agosto de 2001).*
- c) das entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais. *(Alterado pela MP n.º 2.177-44, de 24 de agosto de 2001).*

§ 1.º Os membros da Câmara de Saúde Suplementar serão designados pelo Diretor-Presidente da ANS.

§ 2.º As entidades de que tratam as alíneas dos incisos V e VI escolherão entre si, dentro de cada categoria, os seus representantes e respectivos suplentes na Câmara de Saúde Suplementar. *(Redação dada pela MP n.º 2.177-44, de 24 de agosto de 2001).*

CAPÍTULO III

DO CONTRATO DE GESTÃO

Art. 14. A administração da ANS será regida por um contrato de gestão, negociado entre seu Diretor-Presidente e o Ministro de Estado da Saúde e aprovado pelo Conselho de Saúde Suplementar, no prazo máximo de cento e vinte dias seguintes à designação do Diretor-Presidente da autarquia.

Parágrafo único. O contrato de gestão estabelecerá os parâmetros para a administração interna da ANS, bem assim os indicadores que permitam avaliar, objetivamente, a sua atuação administrativa e o seu desempenho.

Art. 15. O descumprimento injustificado do contrato de gestão implicará a dispensa do Diretor-Presidente, pelo Presidente da República, mediante solicitação do Ministro de Estado da Saúde.

CAPÍTULO IV

DO PATRIMÔNIO, DAS RECEITAS E DA GESTÃO FINANCEIRA

Art. 16. Constituem patrimônio da ANS os bens e direitos de sua propriedade, os que lhe forem conferidos ou os que venha a adquirir ou incorporar.

Art. 17. Constituem receitas da ANS:

- I - o produto resultante da arrecadação da Taxa de Saúde Suplementar de que trata o art. 18;
- II - a retribuição por serviços de quaisquer natureza prestados a terceiros;
- III - o produto da arrecadação das multas resultantes das suas ações fiscalizadoras;
- IV - o produto da execução da sua dívida ativa;
- V - as dotações consignadas no Orçamento-Geral da União, créditos especiais, créditos adicionais, transferências e repasses que lhe forem conferidos;
- VI - os recursos provenientes de convênios, acordos ou contratos celebrados com entidades ou organismos nacionais e internacionais;
- VII - as doações, legados, subvenções e outros recursos que lhe forem destinados;
- VIII - os valores apurados na venda ou aluguel de bens móveis e imóveis de sua propriedade;
- IX - o produto da venda de publicações, material técnico, dados e informações;
- X - os valores apurados em aplicações no mercado financeiro das receitas previstas neste artigo, na forma definida pelo Poder Executivo;
- XI - quaisquer outras receitas não especificadas nos incisos I a X deste artigo.

Parágrafo único. Os recursos previstos nos incisos I a IV e VI a XI deste artigo serão creditados diretamente à ANS, na forma definida pelo Poder Executivo.

Art. 18. É instituída a Taxa de Saúde Suplementar, cujo fato gerador é o exercício pela ANS do poder de polícia que lhe é legalmente atribuído.

Art. 19. São sujeitos passivos da Taxa de Saúde Suplementar as pessoas jurídicas, condomínios ou consórcios constituídos sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa ou entidade de autogestão, que operem produto, serviço ou contrato com a finalidade de garantir a assistência à saúde visando a assistência médica, hospitalar ou odontológica.

Art. 20. A Taxa de Saúde Suplementar será devida:

I - por plano de assistência à saúde, e seu valor será o produto da multiplicação de R\$ 2,00 (dois reais) pelo número médio de usuários de cada plano privado de assistência à saúde, deduzido o percentual total de descontos apurado em cada plano, de acordo com as Tabelas I e II do Anexo II desta Lei;

II - por registro de produto, registro de operadora, alteração de dados referente ao produto, alteração de dados referente à operadora, pedido de reajuste de contraprestação pecuniária, conforme os valores constantes da Tabela que constitui o Anexo III desta Lei.

§ 1.º Para fins do cálculo do número médio de usuários de cada plano privado de assistência à saúde, previsto no inciso I deste artigo, não serão incluídos os maiores de sessenta anos.

§ 2.º Para fins do inciso I deste artigo, a Taxa de Saúde Suplementar será devida anualmente e recolhida até o último dia útil do primeiro decêndio dos meses de março, junho, setembro e dezembro e de acordo com o disposto no regulamento da ANS.

§ 3.º Para fins do inciso II deste artigo, a Taxa de Saúde Suplementar será devida quando da protocolização do requerimento e de acordo com o regulamento da ANS.

§ 4.º Para fins do inciso II deste artigo, os casos de alteração de dados referentes ao produto ou à operadora que não produzam consequências para o consumidor ou o mercado de saúde suplementar, conforme disposto em resolução da Diretoria Colegiada da ANS, poderão fazer jus a isenção ou redução da respectiva Taxa de Saúde Suplementar.

§ 5.º Até 31 de dezembro de 2000, os valores estabelecidos no Anexo III desta Lei sofrerão um desconto de 50% (cinquenta por cento).

§ 6.º As operadoras de planos privados de assistência à saúde que se enquadram nos segmentos de autogestão por departamento de recursos humanos, ou de filantropia, ou que tenham número de usuários inferior a vinte mil, ou que despendem, em sua rede própria, mais de sessenta por cento do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares

referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde e que prestam ao menos trinta por cento de sua atividade ao Sistema Único de Saúde - SUS, farão jus a um desconto de trinta por cento sobre o montante calculado na forma do inciso I deste artigo, conforme dispuser a ANS. *(Redação dada pela MP n.º 2.097-40, de 24 de maio de 2001).*

§ 7.º As operadoras de planos privados de assistência à saúde que comercializam exclusivamente planos odontológicos farão jus a um desconto de cinquenta por cento sobre o montante calculado na forma do inciso I deste artigo, conforme dispuser a ANS. *(Redação dada pela MP n.º 2.097-40, de 24 de maio de 2001).*

§ 8.º As operadoras com número de usuários inferior a vinte mil poderão optar pelo recolhimento em parcela única no mês de março, fazendo jus a um desconto de cinco por cento sobre o montante calculado na forma do inciso I deste artigo, além dos descontos previstos nos §§ 6.º e 7.º, conforme dispuser a ANS. *(Parágrafo incluído pela MP n.º 2.097-40, de 24 de maio de 2001).*

§ 9.º Os valores constantes do Anexo III desta Lei ficam reduzidos em cinquenta por cento, no caso das empresas com número de usuários inferior a vinte mil. *(Redação dada pela MP n.º 2.097-40, de 24 de maio de 2001).*

§ 10. Para fins do disposto no inciso II deste artigo, os casos de alteração de dados referentes a produtos ou a operadoras, até edição da norma correspondente aos seus registros definitivos, conforme o disposto na Lei n.º 9.656, de 1998, ficam isentos da respectiva Taxa de Saúde Suplementar. *(Parágrafo incluído pela MP n.º 2.177-44, de 24 de agosto de 2001).*

§ 11. Para fins do disposto no inciso I deste artigo, nos casos de alienação compulsória de carteira, as operadoras de planos privados de assistência à saúde adquirentes ficam isentas de pagamento da respectiva Taxa de Saúde Suplementar, relativa aos beneficiários integrantes daquela carteira, pelo prazo de cinco anos. *(Parágrafo incluído pela MP n.º 2.177-44, de 24 de agosto de 2001).*

Art. 21. A Taxa de Saúde Suplementar não recolhida nos prazos fixados será cobrada com os seguintes acréscimos:

I - juros de mora, na via administrativa ou judicial, contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de 1% a.m. (um por cento ao mês) ou fração de mês;

II - multa de mora de 10% (dez por cento).

§ 1.º Os débitos relativos à Taxa de Saúde Suplementar poderão ser parcelados, a juízo da ANS, de acordo com os critérios fixados na legislação tributária. *(Alterado pela MP n.º 2.097-36, de 26 de janeiro de 2001).*

§ 2.º Além dos acréscimos previstos nos incisos I e II deste artigo, o não recolhimento da Taxa de Saúde Suplementar implicará a perda dos descontos previstos nesta Lei. *(Parágrafo incluído pela MP n.º 2.097-36, de 26 de janeiro de 2001).*

Art. 22. A Taxa de Saúde Suplementar será devida a partir de 1.º de janeiro de 2000.

Art. 23. A Taxa de Saúde Suplementar será recolhida em conta vinculada à ANS.

Art. 24. Os valores cuja cobrança seja atribuída por lei à ANS e apurados administrativamente, não recolhidos no prazo estipulado, serão inscritos em dívida ativa da própria ANS e servirão de título executivo para cobrança judicial na forma da lei.

Art. 25. A execução fiscal da dívida ativa será promovida pela Procuradoria da ANS.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 26. A ANS poderá contratar especialistas para a execução de trabalhos nas áreas técnica, científica, administrativa, econômica e jurídica, por projetos ou prazos limitados, observada a legislação em vigor.

Art. 27. A ANS poderá requisitar, com ônus e para ocupação de cargos comissionados, servidores e empregados de órgãos e entidades integrantes da Administração Pública Federal.

Parágrafo único. Durante os primeiros trinta e seis meses subseqüentes à sua instalação, a ANS poderá:

- I - requisitar servidores e empregados de órgãos e entidades públicos, independentemente da função ou atividade a ser exercida;
- II - complementar a remuneração do servidor ou empregado requisitado, até o limite da remuneração do cargo efetivo ou emprego ocupado no órgão ou na entidade de origem, quando a requisição implicar redução dessa remuneração.

Art. 28. Nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, é a ANS autorizada a efetuar contratação temporária por prazo não excedente a trinta e seis meses, a contar de sua instalação.

§ 1.º Para os fins do disposto no *caput* deste artigo, são consideradas necessidades temporárias de excepcional interesse público as atividades relativas à implementação, ao acompanhamento

e à avaliação de atividades, projetos e programas de caráter finalístico na área de regulação da saúde suplementar, suporte administrativo e jurídico imprescindíveis à implantação da ANS.

§ 2.º A contratação de pessoal temporário poderá ser efetivada à vista de notória capacidade técnica ou científica do profissional, mediante análise do *curriculum vitae*.

§ 3.º As contratações temporárias serão feitas por tempo determinado e observado o prazo máximo de doze meses, podendo ser prorrogadas desde que sua duração não ultrapasse o termo final da autorização de que trata o *caput*.

§ 4.º A remuneração do pessoal contratado temporariamente terá como referência valores definidos em ato conjunto da ANS e do órgão central do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC.

§ 5.º Aplica-se ao pessoal contratado temporariamente pela ANS o disposto nos arts. 5.º e 6.º, no parágrafo único do art. 7.º, nos arts. 8.º, 9.º, 10, 11, 12 e 16 da [Lei n.º 8.745, de 9 de dezembro de 1993](#).

Art. 29. É vedado à ANS requisitar pessoal com vínculo empregatício ou contratual junto a entidades sujeitas à sua ação reguladora, bem assim os respectivos responsáveis, ressalvada a participação em comissões de trabalho criadas com fim específico, duração determinada e não integrantes da sua estrutura organizacional.

Parágrafo único. Excetuam-se da vedação prevista neste artigo os empregados de empresas públicas e sociedades de economia mista que mantenham sistema de assistência à saúde na modalidade de autogestão.

Art. 30. Durante o prazo máximo de cinco anos, contado da data de instalação da ANS, o exercício da fiscalização das operadoras de planos privados de assistência à saúde poderá ser realizado por contratado, servidor ou empregado requisitado ou pertencente ao Quadro da Agência ou do Ministério da Saúde, mediante designação da Diretoria Colegiada, conforme dispuser o regulamento.

Art. 31. Na primeira gestão da ANS, visando implementar a transição para o sistema de mandatos não coincidentes, as nomeações observarão os seguintes critérios:

I - três diretores serão nomeados pelo Presidente da República, por indicação do Ministro de Estado da Saúde;

II - dois diretores serão nomeados na forma do parágrafo único do art. 6.º desta Lei.

§ 1.º Dos três diretores referidos no inciso I deste artigo, dois serão nomeados para mandato de quatro anos e um, para mandato de três anos.

§ 2.º Dos dois diretores referidos no inciso II deste artigo, um será nomeado para mandato de quatro anos e o outro, para mandato de três anos.

Art. 32. É o Poder Executivo autorizado a:

I - transferir para a ANS o acervo técnico e patrimonial, as obrigações, os direitos e as receitas do Ministério da Saúde e de seus órgãos, necessários ao desempenho de suas funções;

II - remanejar, transferir ou utilizar os saldos orçamentários do Ministério da Saúde e do Fundo Nacional de Saúde para atender as despesas de estruturação e manutenção da ANS, utilizando como recursos as dotações orçamentárias destinadas às atividades finalísticas e administrativas, observados os mesmos subprojetos, subatividades e grupos de despesas previstos na Lei Orçamentária em vigor;

III - sub-rogar contratos ou parcelas destes relativos à manutenção, instalação e funcionamento da ANS.

Parágrafo único. Até que se conclua a instalação da ANS, são o Ministério da Saúde e a Fundação Nacional de Saúde incumbidos de assegurar o suporte administrativo e financeiro necessário ao funcionamento da Agência.

Art. 33. A ANS designará pessoa física de comprovada capacidade e experiência, reconhecida idoneidade moral e registro em conselho de fiscalização de profissões regulamentadas, para exercer o encargo de diretor fiscal, de diretor técnico ou de liquidante de operadora de planos privados de assistência à saúde. *(Redação dada pela MP n.º 2.177-44, de 24 de agosto de 2001).*

§ 1.º A remuneração do diretor técnico, do diretor fiscal ou do liquidante deverá ser suportada pela operadora ou pela massa. *(Parágrafo incluído pela MP n.º 2.177-44, de 24 de agosto de 2001).*

§ 2.º Se a operadora ou a massa não dispuserem de recursos para custear a remuneração de que trata este artigo, a ANS poderá, excepcionalmente, promover este pagamento, em valor equivalente à do cargo em comissão de Gerência Executiva, nível III, símbolo CGE-III, ressarcindo-se dos valores despendidos com juros e correção monetária junto à operadora ou à massa, conforme o caso. *(Parágrafo incluído pela MP n.º 2.177-44, de 24 de agosto de 2001).*

Art. 34. Aplica-se à ANS o disposto nos arts. 54 a 58 da [Lei n.º 9.472, de 16 de julho de 1997](#).

Art. 35. Aplica-se à ANS o disposto no art. 24, parágrafo único, da [Lei n.º 8.666, de 21 de junho de 1993](#), alterado pela [Lei n.º 9.648, de 27 de maio de 1998](#).

Art. 36. São estendidas à ANS, após a assinatura e enquanto estiver vigendo o contrato de gestão, as prerrogativas e flexibilidades de gestão previstas em lei, regulamentos e atos normativos para as Agências Executivas.

Art. 37. Até a efetiva implementação da ANS, a Taxa de Saúde Suplementar instituída por esta Lei poderá ser recolhida ao Fundo Nacional de Saúde, a critério da Diretoria Colegiada.

Art. 38. A Advocacia-Geral da União e o Ministério da Saúde, por intermédio de sua Consultoria Jurídica, mediante comissão conjunta, promoverão, no prazo de cento e oitenta dias, levantamento dos processos judiciais em curso, envolvendo matéria cuja competência tenha sido transferida à ANS, a qual substituirá a União nos respectivos processos.

§ 1.º A substituição a que se refere o *caput*, naqueles processos judiciais, será requerida mediante petição subscrita pela Advocacia-Geral da União, dirigida ao Juízo ou Tribunal competente, requerendo a intimação da Procuradoria da ANS para assumir o feito.

§ 2.º Enquanto não operada a substituição na forma do § 1.º, a Advocacia-Geral da União permanecerá no feito, praticando todos os atos processuais necessários.

Art. 39. O disposto nesta Lei aplica-se, no que couber, aos produtos de que tratam o inciso I e o § 1.º do art. 1.º da [Lei n.º 9.656, de 1998](#), bem assim às suas operadoras.

Art. 40. O Poder Executivo, no prazo de 45 (quarenta e cinco) dias, enviará projeto de lei tratando da matéria objeto da presente Lei, inclusive da estrutura física e do funcionamento da ANS.

Art. 41. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 28 de janeiro de 2000; 179.º da Independência e 112.º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Serra

Publicado no DOU de 29.1.2000 (Ed. Extra)

ANEXO I
QUADROS DEMONSTRATIVOS

QUADRO DEMONSTRATIVO DE CARGOS DE NATUREZA ESPECIAL E EM
COMISSÃO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

UNIDADE	N.º DE CARGOS	DENOMINAÇÃO	NE/DAS
Diretoria Colegiada	5	Diretor	NE
	5	Diretor-Adjunto	101.5
	6	Assessor Especial	102.5
	5	Assessor	102.4
Gabinete	1	Chefe	101.4
Procuradoria	1	Procurador-Geral	101.5
Ouvidoria	1	Ouvidor	101.4
Corregedoria	1	Corregedor	101.4
	6	Gerente-Geral	101.5
	29	Gerente	101.4

QUADRO DEMONSTRATIVO DE CARGOS COMISSIONADOS DE SAÚDE
SUPLEMENTAR DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

CÓDIGO/CCSS	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO (R\$)	TOTAL (R\$)
CCSS-V	34	1.170,00	39.780,00
CCSS-IV	70	855,00	59.850,00
CCSS-III	12	664,00	7.968,00
CCSS-II	16	585,00	9.360,00
CCSS-I	38	518,00	19.684,00
TOTAL	170		136.642,00

ANEXO II
TABELAS DE DESCONTOS

TABELA I - DESCONTOS POR ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DO PLANO

ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA	DESCONTO (%)
Nacional	5
Grupo de Estados	10
Estadual	15
Grupo de Municípios	20
Municipal	25

TABELA II - DESCONTOS POR COBERTURA MÉDICO-HOSPITALAR-
ODONTOLÓGICA OFERECIDA

COBERTURA	DESCONTO (%)
Ambulatorial (A)	20
A+Hospitalar (H)	6
A+H +Odontológico (O)	4
A+H+Obstetrícia (OB)	4
A+H+OB+O	2
A+O	14
H	16
H+O	14
H+OB	14
H+OB+O	12
O	32

ANEXO III
ATOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR

ATOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR	VALOR (R\$)
Registro de Produto	1.000,00
Registro de Operadora	2.000,00
Alteração de Dados – Produto	500,00
Alteração de Dados – Operadora	1.000,00
Pedido de Reajuste de Mensalidade	1.000,00

ANEXO 6**LEI N.º 10.185, DE 12 DE FEVEREIRO DE 2001**

LEI N.º 10.185, DE 12 DE FEVEREIRO DE 2001

Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

Faço saber que o Presidente da República adotou a Medida Provisória n.º 2.122-2, de 2001, que o Congresso Nacional aprovou, e eu, Antonio Carlos Magalhães, Presidente, para os efeitos do disposto no parágrafo único do art. 62 da Constituição Federal, promulgo a seguinte Lei:

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

§ 1.º As sociedades seguradoras que já operam o seguro de que trata o caput deste artigo, conjuntamente com outros ramos de seguro, deverão providenciar a sua especialização até 1.º de julho de 2001, a ser processada junto à Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, mediante cisão ou outro ato societário pertinente.

§ 2.º As sociedades seguradoras especializadas, nos termos deste artigo, ficam subordinadas às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde - ANS, que poderá aplicar-lhes, em caso de infringência à legislação que regula os planos privados de assistência à saúde, as penalidades previstas na Lei n.º 9.656, de 1998, e na Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

§ 3.º Caberá, exclusivamente, ao Conselho de Saúde Complementar - CONSU, nos termos da Lei n.º 9.656, de 1998, e à ANS, nos termos da Lei n.º 9.961, de 2000, disciplinar o seguro de que trata este artigo quanto às matérias previstas nos incisos I e IV do art. 35-A da referida Lei n.º 9.656, de 1998, bem como quanto à autorização de funcionamento e à operação das sociedades seguradoras especializadas.

§ 4.º Enquanto as sociedades seguradoras não promoverem a sua especialização em saúde, nos termos deste artigo, ficarão sujeitas à fiscalização da SUSEP e da ANS, no âmbito de suas respectivas competências.

§ 5.º As sociedades seguradoras especializadas em seguro saúde, nos termos deste artigo, continuarão subordinadas às normas sobre as aplicações dos ativos garantidores das provisões técnicas expedidas pelo Conselho Monetário Nacional - CMN.

Art. 2.º Para efeito da Lei n.º 9.656, de 1998, e da Lei n.º 9.961, de 2000, enquadra-se o seguro saúde como plano privado de assistência à saúde e a sociedade seguradora especializada em saúde como operadora de plano de assistência à saúde.

Art. 3.º A sociedade seguradora que não se adaptar ao disposto nesta Lei fica obrigada a transferir sua carteira de saúde para sociedade seguradora especializada já estabelecida ou para operadora de planos privados de assistência à saúde, que venha a apresentar o plano de sucessão segundo as normas fixadas pela ANS.

Parágrafo único. Deverá ser observado o prazo limite de 1.º de julho de 2001 para a transferência da carteira de saúde de que trata o caput deste artigo.

Art. 4.º Ficam convalidados os atos praticados com base na Medida Provisória n.º 2.122-1, de 27 de dezembro de 2000.

Art. 5.º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Congresso Nacional, em 12 de fevereiro de 2001;
180.º da Independência e 113.º da República

Senador Antonio Carlos Magalhães
Presidente