

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Silvana Souza da Silva Pereira

**Ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos privados: uma política de regulação na
Saúde Suplementar**

Rio de Janeiro

2021

Silvana Souza da Silva Pereira

**Ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos privados: uma política de regulação na
saúde suplementar**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública, Área de Concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde

Orientador: Prof. Dr. José Mendes Ribeiro

Rio de Janeiro

2021

Título do trabalho em inglês: Reimbursement to the SUS by private plan operators: a regulatory policy in Supplementary Health

Catálogo na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

P436r Pereira, Silvana Souza da Silva.
Ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos privados: uma política de regulação na saúde suplementar / Silvana Souza da Silva Pereira. -- 2021.
132 f. : il. color. ; graf.

Orientador: José Mendes Ribeiro.

Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2021.

1. Saúde Suplementar - organização & administração. 2. Compensação e Reparação - legislação & jurisprudência. 3. Sistema Único de Saúde - economia. 4. Planos de Pré-Pagamento em Saúde. 5. Parcerias Público-Privadas. 6. Pesquisa Qualitativa. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.10425

Silvana Souza da Silva Pereira

**Ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos privados: uma política de regulação na
saúde suplementar**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública, Área de Concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde

Aprovada em: 27 de outubro de 2021

Banca Examinadora

Prof.: Dr. Ademar Arthur Chioro dos Reis
Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina

Prof. Dr. Fausto Pereira dos Santos
Fundação Oswaldo Cruz - Instituto René Rachou

Prof. Dr. Marcelo Rasga Moreira
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof. Dr. Assis Mafort Ouverney
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof. Dr. José Mendes Ribeiro (Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Rio de Janeiro

2021

A todos e todas que acreditam na ciência como
norteadora da saúde e da vida, entre eles Fernando
e Guilherme, meus amados companheiro e filho.

AGRADECIMENTOS

Começo agradecendo àqueles que não me deixaram desistir. E são muitos e muitas.

Meu querido filho Guilherme, tudo é possível com dedicação, mas, em especial com amor e felicidade. Minha vida só tem sentido porque você existe, meu orgulho! Essa conquista aqui é sua e para você, amo tu!

Ao Fernando minha gratidão e amor. Companheiro de vida, de militância, de utopias. Nessa tese foi coorientador! Todas minhas conquistas são suas! Todas minhas lutas são suas!

Agradeço ao meu orientador Mendes, pelas reflexões, paciência e credibilidade depositada em mim, neste doutorado, bem como em todos outros projetos acadêmicos e profissionais.

Agradeço ao meu chefe e amigo Humberto Costa, por ter me dado a oportunidade de conciliar os estudos com o trabalho. Em nome do Adilson, estendo aos colegas do gabinete e da liderança do PT no Senado que compreenderam e ajudaram nesse longo processo.

Junior e Wagner que tiveram um papel de orientação, revisão e impulsionamento da tese nos momentos finais, foram de uma generosidade sem tamanho.

Todos àqueles que participaram dessa pesquisa, respondendo ao questionário, meu sincero agradecimento, mesmo durante a pandemia o fizeram com a sinceridade que lhes é peculiar. Muitos, percebi que se sentiram honrados em participar, pois digo que a honra foi minha!

Aos colegas do doutorado, carinhosamente chamamos nossa turma #ForaTemer e na sequência #ForaBolsonaro, dividimos alegrias, dificuldades, tristezas e talvez os 4 anos mais difíceis da história brasileira, ou pelo menos por nós vividos. Uma turma diversa, alegre, comprometida. Vou abraçar duas pessoas e nelas todos os demais sintam meu afeto. Uma a Cris, inteligente, engajada e afetuosa que me empurrou pra frente esses 4 anos e a Rafaela, que por intempéries da vida deixou, conscientemente, seus estudos para um momento mais adequado, esse momento vai chegar e vamos comemorar.

Ao grupo de #lanterninhas meus agradecimentos. Fomos os últimos a concluir esse processo, por conta das adversidades da vida pandêmica, mas combinamos de ninguém soltar a mão de ninguém, e assim aqui estamos!

Aos professores de toda minha vida, em especial aos da ENSP que me proporcionaram momentos de aprendizado e com isso pude avançar nas minhas reflexões acadêmicas e da gestão do SUS. Ao meu sempre professor de metodologia e amigo Marcelo, minha admiração. Sem você o mestrado e doutorado e os projetos vividos não seriam os mesmos.

Meus pais estariam orgulhosos desta conquista, meu eterno amor! Da mesma forma aos meus irmãos, sobrinhos, e demais familiares. Felipe e Chiara, meus afilhados, espero poder ser um bom exemplo.

Meus queridos amigos irmãos, militantes partidários e do SUS: Fausto, Ana, Arthur, Solla, Padilha, Lumena, Faustão, Jarbas, Martha, Andrezinho, Heider, Massuda, Giliate e tantos outros que dividimos experiências ao longo dos anos no Ministério da Saúde, ANS e Senado Federal. O que vocês me ensinaram e as oportunidades que me deram eu só posso ser grata.

Por fim, homenageio todos os profissionais de saúde que lutaram durante a pandemia e lutam diariamente. Aos cientistas que não desistem de alcançar um mundo melhor e a todos que perderam a vida ou perderam seus afetos durante esse triste período da história.

*Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.
O saber se aprende com mestres e livros.
A sabedoria, com o corriqueiro, com a vida e com os humildes.
O que importa na vida não é o ponto de partida, mas a caminhada.
Caminhando e semeando, sempre se terá o que colher.*

Coralina, Cora

RESUMO

Essa pesquisa busca refletir sobre a saúde suplementar, principalmente quanto aos aspectos organizacionais, estruturais e os que envolvem a regulação do setor por parte do Estado brasileiro. Este segmento de atendimento à saúde dos brasileiros envolveu em 2021 cerca de 48,4 milhões de beneficiários. O ressarcimento ao SUS é um instrumento em que as operadoras de planos privados de assistência à saúde indenizam o SUS pela utilização eventual da rede pública pelos seus beneficiários. São ressarcidos os valores relativos às internações e procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, sendo que desde 2001 dos R\$ 8,10 bi passíveis de ressarcimento, R\$ 6,84 bi foram efetivamente cobrados e, apenas R\$ 4,67 bi foram pagos ou parcelados. Este estudo parte do pressuposto que a ação regulatória do ressarcimento ao SUS apresenta falhas para que a execução dessa política aconteça de forma eficiente. Assim, buscou-se identificar os obstáculos para esta questão analisando o ressarcimento no período de 2000 a 2019. O percurso metodológico deste estudo partiu do levantamento da legislação em vigor, das propostas de alteração da Lei nº 9656/98, da Ação Direta de Inconstitucionalidade 1931 e das normas editadas. Foram aplicados, ainda, questionários aos ex-gestores (ANS e Ministério da Saúde) responsáveis pela elaboração e execução do ressarcimento nesse período, identificando a importância do ressarcimento, a força da legislação, o papel dos atores envolvidos. Como resultados observou-se que os principais objetivos do ressarcimento são: A regulação estatal, a microrregulação e a compensação/indenização. Quanto às lacunas identificadas a principal é que há pouco interesse e participação do Ministério da Saúde e dos entes subnacionais e, como recomendações apresenta-se a troca de experiências, indução de boas práticas, melhoria dos sistemas de informação, entre outras. Conclui-se que o ressarcimento é uma política pública de regulação efetiva, com poucas lacunas legais, mas evidencia-se a necessidade de que os responsáveis pela saúde brasileira (gestores e legisladores), bem como a sociedade, se debruçam na identificação de mecanismos de aperfeiçoamento e aprofundamento das políticas que facilitem e melhorem a interface pública e privada da saúde, entre elas o ressarcimento com vistas ao interesse público.

Palavras-chave: saúde suplementar, ressarcimento ao SUS, planos de saúde, ANS, relação público-privada.

ABSTRACT

This research discusses the organizational and structural aspects of supplementary health in Brazil and those who are involved in the regulation of the sector by the Brazilian government. In 2021, this segment of healthcare for Brazilians involved around 48.4 million beneficiaries. Refund to the public Healthy Unic System - HUS (Sistema Único de Saúde - SUS, in portuguese) is an instrument in which the operators of private health care plans compensates the public healthy system for the eventual use by their beneficiaries. The amounts related to hospitalization and highly complex procedures are reimbursed, and since 2001, of the BRL 8.10 billion subject to refunds BRL 6.84 billion were actually charged and only BRL 4.67 billion were paid or installments. This study assumes that the regulatory action of reimbursement to the HUS has flaws so that the implementation of this policy takes place efficiently; in this sense, this work sought to identify the obstacles to this issue by analyzing the compensation from 2000 to 2019. Methodologically, this study addressed the legislation in force on the Brazilian supplementary health system, the proposals to amend Law #9656, de 1998, currently in National Congress, the Direct Action of Unconstitutionality #1931, filed in Brazilian Supreme Court and some infralegal norms. Questionnaires were also applied to formers directors of Brazilian National Supplementary Health Agency (NSHA) and formers Brazilian ministers of Health because they were responsible for preparing and executing reimbursement during this period, identifying the importance of refund for the HUS maintenance, the force of the legislation, and the role of those who are involved in this matter. As a result, it was observed that the main objectives of compensation are: State regulation, micro-regulation and compensation/indemnification. As for the identified gaps, the main one is that there is little interest and participation from the Ministry of Health and subnational entities and, for that, it was recommended the exchange of experiences, induction of good practices, improvement of information systems, among others actions. This research concludes that compensation is a public policy of effective regulation with a few legal gaps; it, also, highlights the need for those responsible for Brazilian health (managers and legislators), as well as society, to focus on identifying mechanisms that improves these policies that ameliorate the public and private health interface, including compensation with a view to the public interest.

Keywords: supplementary health, HUS refund, health plans, NSHA, public-private relationship.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Ciclo Regulatório da Saúde Brasileira.....	25
Quadro 1 -	Intersecção entre os sistemas público e suplementar por nível de atenção.....	26
Figura 2 -	Regulação estatal e provimento de serviços privados no Brasil.....	27
Quadro 2 -	Tipos de regulação adotadas pela ANS.....	32
Gráfico 1 -	Operadoras de planos privados de saúde em atividade no Brasil – dezembro de 1999 a março de 2019	33
Gráfico 2 -	Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano	36
Gráfico 3 -	Número de atendimentos de beneficiários no SUS ano no período de 2001-2020	38
Figura 3 -	Fases e números do Ressarcimento ao SUS até junho de 2020.....	39
Quadro 3 -	Lei n ° 9656/1998 e suas alterações.....	42
Quadro 4 -	Projetos de Lei em tramitação relativos ao Ressarcimento ao SUS.....	48
Quadro 5 -	Diretores da ANS no período de 2000-2018.....	52
Gráfico 4 -	Opinião dos ex-diretores da ANS sobre o grau de importância do ressarcimento para inibir que as operadoras utilizem a rede SUS como seus próprios serviços.....	54
Gráfico 5 -	Opinião dos ex-diretores da ANS sobre o grau de importância do ressarcimento para incentivar que as operadoras tenham rede assistencial suficiente.....	54
Gráfico 6 -	Opinião dos ex-diretores da ANS sobre o grau de importância do ressarcimento para que os recursos gastos pelo SUS com pacientes de planos privados sejam devolvidos aos cofres públicos.....	55
Gráfico 7 -	Opinião dos ex-diretores da ANS sobre o grau de importância do ressarcimento para ajudar os planos a identificarem suas falhas de rede.....	55
Gráfico 8 -	Opinião dos ex-diretores da ANS se as premissas do ressarcimento previstas no artigo 32 da Lei nº9656/98 são respaldo legal suficiente para que a ANS realize essa cobrança.....	56
Gráfico 9 -	Opinião dos ex-diretores da ANS se as premissas do ressarcimento previstas no artigo 32 da Lei nº9656/98 possuem brechas/lacunas para que as operadoras de planos de saúde utilizem mecanismos de proteção do pagamento.....	57
Gráfico 10 -	Opinião dos ex-diretores da ANS se a demora no julgamento da ADI 1931 gerou grave instabilidade no ressarcimento.....	59

Gráfico 11 - Opinião dos ex-diretores da ANS a respeito da legitimidade da tese do ressarcimento após votação da ADI 1931.....	60
Gráfico 12 - Opinião dos ex-diretores da ANS se o ressarcimento se tornou mais efetivo após votação da ADI 1931.....	61
Gráfico 13 - Opinião dos ex-diretores da ANS se as operadoras que não pagam o ressarcimento depois da votação da ADI 1931 agem de forma irregular.....	62
Gráfico 14 - Opinião dos ex-diretores da ANS se as operadoras que não pagam o ressarcimento depois da votação da ADI 1931 agem de forma irregular.....	63
Gráfico 15 - Opinião dos ex-diretores da ANS se as normas expedidas pela ANS englobam os quesitos para o processamento do ressarcimento.....	64
Gráfico 16 - Opinião dos ex-diretores da ANS se as normas expedidas pela ANS englobam os quesitos para o processamento do ressarcimento.....	65
Gráfico 17 - Opinião dos ex-diretores da ANS se há suficiência jurídica nas decisões monocráticas da diretoria responsável pelo ressarcimento.....	66
Gráfico 18 - Opinião dos ex-diretores da ANS se a Diretoria Colegiada apoia a diretoria responsável pelo ressarcimento.....	67
Gráfico 19 - Opinião dos ex-diretores da ANS se o Ministério da Saúde respalda a ANS na cobrança do ressarcimento.....	68
Gráfico 20 - Opinião dos ex-diretores da ANS a respeito da possibilidade de descentralização do ressarcimento.....	69
Gráfico 21 - Opinião dos ex-diretores da ANS sobre a necessidade de haver formas mais dinâmicas e rápidas de cobrança do ressarcimento.....	71
Gráfico 22 - Opinião dos ex-diretores da ANS se a lei do ressarcimento deveria ter mecanismos que permitissem acordos locais entre operadoras e gestores.....	72
Gráfico 23 - Opinião dos ex-diretores da ANS sobre a necessidade de alterações de procedimentos no atual formato do ressarcimento.....	74
Gráfico 24 - Opinião dos ex-diretores da ANS sobre a necessidade de flexibilizar a legislação para não ressarcir quando o usuário de plano de saúde utilizar a rede SUS por escolha própria.....	75
Gráfico 25 - Opinião dos ex-diretores da ANS se há viabilidade futura no ressarcimento.....	76
Gráfico 26 - Opinião dos ex-diretores da ANS se o ressarcimento se tornou mais efetivo ao longo do tempo.....	77

Gráfico 27 - Opinião dos ex-diretores da ANS sobre a eficácia do ressarcimento desde sua criação.....	78
Gráfico 28 - Opinião dos ex-diretores da ANS se o ressarcimento fica refém de políticas de tecnologias de informação.....	79
Gráfico 29 - Opinião dos ex-diretores da ANS se a não cobrança dos procedimentos ambulatoriais fazem com que o ressarcimento não atinja seus objetivos.....	81
Gráfico 30 - Opinião dos ex-diretores da ANS se os gastos públicos para cobrança do ressarcimento justificam sua realização.....	82
Gráfico 31 - Opinião dos ex-diretores da ANS se os gastos públicos para cobrança do ressarcimento não justificam sua realização.....	83
Gráfico 32 - Opinião dos ex-diretores da ANS se o aumento da efetividade do ressarcimento reflete na não inibição na utilização do SUS pelos beneficiários de planos de saúde	84
Gráfico 33 - Opinião dos ex-diretores da ANS se os entes subnacionais se preocuparam pouco com o ressarcimento ao SUS.....	86
Gráfico 34 - Opinião dos ex-diretores da ANS se as representações de gestores estaduais e municipais do SUS defendem o ressarcimento.....	87
Gráfico 35 - Opinião dos ex-diretores da ANS se os gestores estaduais e municipais do SUS adotaram medidas suficientes efetivar o ressarcimento.....	88
Gráfico 36 - Opinião dos ex-diretores da ANS sobre se o desinteresse dos entes subnacionais em adotar medidas que apoiem o ressarcimento está no fato de os recursos arrecadados irem para o Fundo Nacional de Saúde.....	89
Gráfico 37 - Opinião dos ex-diretores da ANS se os órgãos de defesa do consumidor tiveram protagonismos na defesa do ressarcimento.....	90
Gráfico 38 - Opinião dos ex-diretores da ANS se as entidades que representam as operadoras auxiliaram na busca de soluções para efetivar o ressarcimento fosse efetivo.....	91
Gráfico 39 - Opinião dos ex-diretores da ANS se as entidades que representam as operadoras dificultaram na busca de soluções para efetivar o ressarcimento.....	92
Quadro 6 - Relação de entrevistados do Ministério da Saúde e o período de vigência de seus mandatos.....	93

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	ASPECTOS METODOLÓGICOS	18
2.1	OBJETIVO GERAL.....	19
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
2.3	CONSIDERAÇÕES SOBRE A ÉTICA EM PESQUISA.....	20
3	CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS	22
3.1	A SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL.....	22
3.2	SAÚDE SUPLEMENTAR E A REGULAÇÃO ESTATAL.....	24
3.3	RESSARCIMENTO AO SUS	34
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
4.1	NORMATIZAÇÃO DO RESSARCIMENTO AO SUS E SUAS PROPOSTAS DE ALTERAÇÃO	41
4.1.1	Lei nº 9656/98 e MP nº 2177/01	41
4.1.2	ADI 1931	44
4.1.3	Projetos de Lei	46
4.1.4	Normas do CONSU/ANS	49
4.2	OPINIÃO DOS DIRIGENTES DA ANS SOBRE QUESTÕES RELATIVAS AO RESSARCIMENTO	52
4.2.1	Importância do Ressarcimento	53
4.2.2	Força da lei 9656 e da ADI 1931 no ressarcimento	56
4.2.3	Papel da Diretoria de Desenvolvimento Setorial e da Diretoria Colegiada	65
4.2.4	Eficácia e viabilidade do ressarcimento	76
4.2.5	Papel dos entes subnacionais no ressarcimento	85
4.2.6	Papel das entidades representativas dos consumidores e operadoras	90
4.3	OPINIÃO DE ATORES CHAVES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE RELATIVAS AO RESSARCIMENTO (MINISTROS E SECRETÁRIOS DA SAS)	93
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
	REFERÊNCIAS	115
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIOS	121
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	130

1 INTRODUÇÃO

A saúde suplementar teve seus primeiros ensaios na década de 1920, com a Lei Eloy Chaves, que criava a Caixa de Aposentadorias e Pensões dos empregados das estradas de ferro, e representou o marco do início da Previdência Social no Brasil. A medida propunha fundos geridos pelos patrões e empregados, e entre os direitos estava o socorro médico hospitalar dos ferroviários e seus familiares (BRASIL, 1923).

A década de 1960 trouxe o crescimento econômico brasileiro e consigo o aumento do trabalho formal, em especial na indústria automobilística. As empresas passaram então a fornecer planos de assistência médica aos seus empregados.

A dinâmica nascente daquela atuação dos setores público e privados foi referendada na Constituição Cidadã que buscou uma concertação em prol da saúde brasileira como responsabilidade do Estado, ou seja, dos três entes federados, quais sejam União, estados e municípios:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

A despeito dessa responsabilidade conferida ao Estado, a iniciativa privada também recebeu seu papel. Desde a fundação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi permitido, por meio do art. 199 da Constituição Federal (CF), a participação deste setor. Ao afirmar que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, a permissão foi concedida ao modelo dos planos privados já existentes. Dessa forma, ao definir a relevância pública das ações e serviços de saúde, a Constituição previu a necessidade que todo o sistema de saúde brasileiro fosse de responsabilidade do Estado, tanto por meio da prestação direta do SUS (rede própria ou contratada) quanto por uma rede privada suplementar.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

(...)

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de

direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (BRASIL, 1988).

Neste mesmo sentido, a Lei nº 8080/90 reforçou a possibilidade da complementariedade da atenção à saúde pelos prestadores privados ou filantrópicos, priorizando os últimos (BRASIL, 1990). Com base nesse quadro a prestação de assistência à saúde no Brasil começou a ser normatizada.

Na saúde suplementar as ações e serviços de saúde são independentes dos prestados no SUS, embora o ideal seja a interlocução entre os dois sistemas. A prestação de assistência à saúde pelos planos privados não possui vínculo contratual direto com o SUS, sendo ofertada pelo setor de serviços de saúde, na esfera privada, e baseada em contratos celebrados entre as operadoras e seus beneficiários. Portanto, a relação direta existente é entre cidadão e o operador escolhido sem interferência contratual do órgão regulador e do SUS. Desta forma, o sistema privado de saúde brasileiro atua na assistência, na prestação direta, por meio da complementariedade ao SUS (clínicas e hospitais privados) e na suplementação (saúde suplementar).

A saúde suplementar no Brasil, desde 2000, quando passou a ser regulamentada oficialmente pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob os parâmetros da Lei nº 9656/98, teve coberturas significativas, em especial em anos em que a economia prosperava mais. Em 2000 o país tinha 31.273.633 beneficiários registrados em planos de saúde, uma taxa de cobertura de 18,2%, em 2014 atingiu o ápice de 50.293.576 de beneficiários (26%), e em 2020 estava com 47.036.166 de beneficiários (BRASIL, 2019).

No âmbito do financiamento, a assistência à saúde suplementar obteve em 2019, referente às contraprestações, 213 bilhões de reais, para atender 24% da população. Para efeito de comparação, o SUS teve, no mesmo período, um orçamento de 122 bilhões de reais, para atender 76 % da população assistencialmente, incluindo determinados serviços prestados exclusivamente pelo SUS como é o caso das vigilâncias (como sanitária e vacinação) que atendem 100% da população (DWECK; MORETTI; MELO, 2021).

A maior instância gestora da saúde no Brasil é o Ministério da Saúde (MS), que também deve atuar como regulador do sistema suplementar. A Lei nº 9656/98 regulamentou a Saúde Suplementar, complementando o código de defesa do consumidor 12 anos após sua edição (BRASIL, 1998). Além dos aspectos consumeristas, ela abordou aspectos organizacionais, financeiros e assistenciais desse setor.

Os aspectos consumeristas e administrativos tiveram avanços com o Código de Defesa do Consumidor e posteriormente com a Lei nº 9656/98, restando o desafio de deixar explícita

a proposta assistencial como um objetivo a ser alcançado. Inclusive, provar que um dos eixos da Lei seria transpor para o setor suplementar princípios da Lei Orgânica da Saúde, e não os desobrigar de cumpri-los (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008).

A Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde. A Lei atribui à ANS a promoção da 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 (BRASIL, 2000).

O fato de que a origem do setor privado da assistência suplementar antecedeu a regulação pública, provocou diversas distorções, evidenciadas por falhas como a assimetria de informações entre beneficiários e operadoras de planos de saúde, seleção de riscos e rompimentos arbitrários e unilaterais de contratos por parte das operadoras, dentre outras. Estas situações geraram a necessidade de intervenção por meio da regulação estatal com vistas à mitigação e correção dos efeitos à sociedade, alinhando suas prioridades ao interesse público em detrimento da autonomia privada que lhe deu origem, bem como na atuação da manutenção da sustentabilidade econômica e social do setor.

A sociedade brasileira, por meio da Constituição Federal de 1988, definiu o SUS como um sistema universal, portanto, pautado por um conjunto de atribuições que devem atingir toda a população brasileira que necessitar e procurar por seus serviços. As operadoras de planos de saúde, por seu turno, têm entre as suas obrigações legais o compromisso de fornecer a totalidade dos procedimentos definidos em um rol estipulado pelo órgão regulador. Há uma distância entre este rol de procedimentos regulamentados e a totalidade das necessidades de saúde da população. Muitas vezes os beneficiários de planos são impelidos a utilizar a rede SUS buscando atendimento desses mesmos procedimentos estipulados como de atribuição das operadoras. Vários podem ser os motivos dessa procura: dificuldade de autorização dos procedimentos, rede escassa e geograficamente concentrada, negativa de atendimento, opção do usuário em utilizar a rede mais próxima, o fato dos serviços de urgência e emergência como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e bombeiros levar os usuários para atendimento na rede pública, entre outros.

Desta forma, fica evidenciado que a rede SUS tem sido utilizada mesmo em casos onde a cobertura e oferta são obrigatórias e estão “relativamente” disponíveis aos planos de saúde contratados.

Assim surgiu o mecanismo do ressarcimento, como uma das estratégias regulatórias para mitigar o efeito ao sistema público pela utilização dos serviços realizados nos hospitais do SUS, que deveriam ter sido cobertos pelos planos de saúde, e mitigar as dificuldades de acesso dos beneficiários dos planos aos serviços contidos em seus contratos. O ressarcimento tem sua base legal na Lei nº 9656/98, que estipulou cobrança direta às operadoras de planos de saúde (BRASIL, 1998).

Um dos objetivos do ressarcimento é que as operadoras de planos de saúde ressarcam os cofres públicos pela utilização da rede SUS por seus beneficiários, por quem já são remuneradas.

Esse tema é relevante pois muitas críticas são feitas, tanto pela sociedade que cobra maior eficiência do setor público, como pelo próprio setor regulado, tornando a questão uma das mais judicializadas no setor da saúde.

Desde 1998, em decorrência de minha atuação profissional, tive a oportunidade de me aprofundar sobre a Saúde Pública. Atuei numa Secretaria no Ministério da Saúde que lidava diretamente com o tema do ressarcimento. Após isso, trabalhei por seis anos na Agência Nacional de Saúde Suplementar, momento em que me aproximei mais ainda do tema. Acompanhei, de forma muito próxima, os debates da legalidade e constitucionalidade do ressarcimento, assim como a interlocução entre a ANS, MS e Poder Legislativo. Esse último é área que me dedico nos últimos 8 anos, sendo que o ressarcimento é sempre muito pautado pelos segmentos envolvidos com o tema e encontra eco nas mais diversas matizes do espectro político partidárias.

O objeto deste estudo, buscou assim, identificar a situação problema na ação regulatória do ressarcimento ao SUS, que aponta falhas para que a execução dessa política aconteça de forma eficiente, o que leva a resultados aquém do esperado pela sociedade. Em síntese: quais os fatores ou obstáculos que limitam a efetivação de uma política de ressarcimento?

Em decorrência, o raciocínio hipotético apresentado no estudo aqui proposto é que a dificuldade de efetivação da ação regulatória do ressarcimento se daria por meio de medidas (administrativas, jurídicas, entre outras) protelatórias realizadas pelo mercado regulado, ou se daria pela incapacidade do Estado em agir, seja pautado por processos jurídicos, operacionais ou por vontade política.

Ambas as situações demonstram uma possível fraqueza institucional para efetivação do ressarcimento. Esse estudo se debruçará sobre os fatores que facilitam ou dificultam o ressarcimento desde sua criação.

Para esta tese os capítulos serão: revisão da literatura sobre regulação estatal, saúde suplementar e ressarcimento, o percurso metodológico, o levantamento e análise das normas e legislação sobre ressarcimento ao SUS, apresentação e discussão dos resultados alcançados a partir da aplicação dos dois questionários. Por fim, o capítulo com as considerações finais.

2 ASPECTOS METODOLÓGICOS

A nossa experiência, focada na gestão, gera desafios para a exploração numa pesquisa de rigor acadêmico. Desafio agravado pelo momento político e sanitário que o país atravessa. Em especial, pois o trabalho e militância dedicados por mim, foram agudizados no momento que deveria ter sido dedicado ao aprofundamento e finalização desse estudo. De toda sorte, o desafio pode ser superado buscando alternativas de organização pessoal e profissional.

O objeto deste estudo, como mencionado na introdução, é o ressarcimento ao SUS e os aspectos que giram em torno de sua execução.

Buscou-se desenvolver a pesquisa articulando abordagens qualitativas e quantitativas. Percorrendo um diálogo com referenciais de análise do campo da Saúde Coletiva, como área multidisciplinar do conhecimento científico. A proposta é articular contribuições do campo de conhecimento das ciências social e política, de autores da Análise de Políticas Públicas. Assim, referenciais teóricos da teoria política serão utilizados para balizar as análises.

A pesquisa iniciou-se com levantamento de fontes secundárias por meio de revisão documental para construção de uma série histórica da legislação em vigor, dos Projetos de Lei em tramitação no Congresso Nacional e das normas regulatórias expedidas pela ANS e pelo MS pertinentes ao ressarcimento. Esse levantamento foi realizado com buscas no site da ANS, do MS, da Câmara dos Deputados, do Senado Federal e do Supremo Tribunal Federal (STF).

A intenção inicial seria utilizar fontes primárias e a aplicação de entrevistas de forma aberta, expandindo um roteiro predefinido. Permitindo que os ex-diretores e atores chaves do Ministério da Saúde falassem livremente sobre suas opiniões relativas ao ressarcimento. Infelizmente veio a pandemia e houve necessidade de ajustar o roteiro para que as entrevistas fossem remotas. Ainda assim, a maioria dos entrevistados estava muito assoberbada, pois trabalha diretamente em equipamentos ou em ações de saúde, não sendo possível compatibilizar essa rotina para colheita de entrevistas. Dessa forma, optou-se pela aplicação dos formulários de preenchimento remoto.

Assim, a pesquisa seguiu utilizando a colheita da fonte primária por meio da aplicação de questionários de preenchimento remoto, conduzidos via roteiros estruturados. Esse roteiro continha 33 afirmações, às quais o entrevistado afirmava se concordava ou discordava. Para cada afirmação, 4 alternativas: concordar plenamente, concordar, discordar, e discordar plenamente. Adicionalmente, para cada uma dessas 33 afirmações havia a possibilidade para comentários. Foram acionados, por e-mail e por WhatsApp, todos os ex-diretores vivos da ANS do período

de 2000, quando a agência foi criada, até 2018. De um total de 21 gestores selecionados, 18 responderam.

Ao mesmo tempo, foram solicitadas contribuições de outros atores importantes no processo de regulação do ressarcimento, que tenham sido Ministros da Saúde ou Secretários da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS. Desses, 6 ex-ministros responderam e 5 ex-secretários da SAS. Para essas pessoas, o questionário foi composto de 8 questões abertas. Os questionários foram validados e aperfeiçoados por dois especialistas no tema, que atuaram por longos períodos no MS, na ANS e em outros setores da saúde suplementar.

2.1 OBJETIVO GERAL

O Objetivo Geral desta tese é analisar a política de ressarcimento ao SUS no Brasil no período compreendido entre sua criação em 2000 até 2019, e os desdobramentos para o Setor Suplementar e no SUS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Buscou-se atingir o Objetivo Geral a partir da consecução dos seguintes Objetivos Específicos (OE):

- OE1 - Descrever a legislação e as principais ações regulatórias adotadas pela ANS relativas ao ressarcimento:

Levantamento, organização e descrição das Leis, Projetos de Lei, Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI), normas e Portarias referentes ao ressarcimento ao SUS existentes no sítio da Câmara dos Deputados, Senado Federal, Supremo Tribunal Federal, ANS e do Ministério da Saúde. Levantadas as legislações e afins, foram sistematizadas em um banco de dados que permitiu organizá-las a partir de seus objetivos e dos procedimentos que propõem. Foram descritas também a base legal do ressarcimento, bem como a confirmação de sua constitucionalidade pelo STF.

- OE2 - Captar e descrever a percepção de altos dirigentes responsáveis pela regulação do setor suplementar quanto a capacidade regulatória do setor público referente ao ressarcimento.

Para essa avaliação foi realizada entrevista, por meio da aplicação de um questionário com questões fechadas e abertas, com ex-diretores da ANS e outro questionário com ex-Ministros da Saúde e ex-Secretários da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS.

• OE3 - Identificar e analisar as eventuais lacunas legais e regulatórias e seus reflexos na Saúde Suplementar e no SUS.

Para essa avaliação, aplicou-se um roteiro de entrevista fechada e aberta com ex-diretores da ANS e outro questionário com ex-Ministros da Saúde e ex-Secretários da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS.

As respostas contidas nas entrevistas com o apoio da coleta de dados, dos sistemas de informação, foram organizadas em um banco de dados que permitiu uma análise e alcance deste objetivo.

• OE4 - Identificar e elaborar recomendações que possam melhorar tanto a operacionalização do ressarcimento como a relação entre o setor público e privado (SUS e suplementar).

A partir dos dados e informações colhidas nos objetivos 1, 2 e 3, e por meio da experiência acumulada desta autora, foi possível identificar as possíveis melhorias para tornar a interface público privada, por meio do ressarcimento, mais justa e eficiente.

Por meio de análise da legislação e ações regulatórias, da ausculta dos atores envolvidos, e analisando os dados disponíveis, foi possível identificar as eventuais lacunas legais e regulatórias sobre o ressarcimento. Com todos esses objetivos alcançados, as recomendações para melhorar a eficiência do ressarcimento puderam ser elaboradas.

Todos esses passos perseguidos nestes objetivos específicos permitiram uma análise da política de ressarcimento no período proposto, atingindo assim o Objetivo Geral proposto nessa pesquisa.

2.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A ÉTICA EM PESQUISA

Esta pesquisa assumiu o compromisso de conduzir todas as etapas da investigação e de aplicar as técnicas de levantamento, armazenamento e análise das informações sob a orientação dos princípios da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

Assim, são cumpridas as exigências estabelecidas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (CEP/ENSP), ao qual será enviada esta pesquisa após sua conclusão. Juntamente ao projeto serão enviados os instrumentos de pesquisa

construídos para os fins desta investigação e o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) que foi apresentado aos participantes da pesquisa.

Buscou-se atender aos objetivos específicos estipulados no projeto de pesquisa, cuja consecução consiste exatamente na aplicação das técnicas e da metodologia previstas. Faz-se necessário estabelecer as relações entre as técnicas empregadas e os princípios da bioética.

Os objetivos que se visa alcançar por meio da aplicação da técnica de pesquisa em fontes secundárias públicas: como estas são públicas e de livre acesso a todos os cidadãos que desejarem, os princípios da bioética estão garantidos.

Por sua vez, a aplicação de entrevistas abertas é uma técnica de levantamento primário de dados, que demanda um relacionamento direto do pesquisador com os sujeitos do estudo. Assim, apenas foram entrevistados aqueles que concordaram voluntariamente em participar, expressando este consentimento através da assinatura do TCLE elaborado especificamente para os fins desta investigação.

Durante a condução da investigação foi garantido aos sujeitos participantes, mesmo depois do preenchimento dos instrumentos de pesquisa, o direito de solicitar a supressão integral ou parcial do texto produzido. Também foi assegurado aos mesmos o direito de obter informações sobre o andamento do estudo através de contato com o pesquisador. Para garantir sigilo e segurança aos participantes, o material referente aos dados resultantes da aplicação dos instrumentos desse estudo será acessado apenas pelo pesquisador e por seu orientador, além de permanecer armazenado em arquivo durante, no mínimo, cinco anos, conforme determinado pelo Conselho Nacional de Saúde e pelo CEP/ENSP.

3 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

3.1 A SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

A oferta e organização da saúde suplementar no Brasil foi iniciada na década de 30, por ocasião do surgimento dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Os Institutos funcionavam como fundos que eram geridos e financiados por patrões e empregados que, além de garantirem aposentadorias e pensões – como destacado em suas denominações –, também financiavam serviços médico-hospitalares aos trabalhadores e seus dependentes.

A partir dos anos 40, outras formas de prestação de serviços de saúde surgem em empresas públicas e privadas. No âmbito de empresas ou instituições públicas, surgem a Caixa de Assistência à Saúde dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) e a Assistência Patronal (atualmente Geap), inicialmente restrita aos funcionários das instituições previdenciárias e depois ampliada para outras categorias de servidores públicos, como o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários (IAPB) para atender toda a categoria dos bancários e um hospital exclusivo para trabalhadores da Companhia Siderúrgica Nacional (MENICUCCI, 2007).

Nos anos 50, as empresas estatais e as multinacionais passaram a oferecer programas assistenciais próprios aos seus funcionários, prestando assistência médica de forma direta, atuação muito comum na região do ABC Paulista, onde grande parte dessas empresas estava localizada (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008). Ainda nesta década iniciou a configuração da prestação de serviços com uma rede contratada, o início da medicina de grupo e os primeiros planos de saúde do país, com o objetivo principal de otimizar o serviço oferecido e reduzir o absenteísmo dos trabalhadores por motivos de saúde (CORDEIRO, 1984).

Este modelo sofre muitas críticas das entidades médicas pelo seu modelo de medicina capitalista, que poderia cometer infrações éticas e não respeitar os direitos dos usuários. Assim surgem, da organização dos médicos, as Unimed que ao invés de competir no modelo de prestação de assistência à saúde acabam competindo pelo modelo de negócio mercantilista oferecido pelas medicinas de grupo (CORDEIRO, 1984).

No ano de 1966 os IAP são unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Essa década foi um dos marcos na história da saúde suplementar, pois muitos trabalhadores já possuíam planos de saúde, mas de formas muito diferentes, sem padronização e sem segurança nenhuma. Esse processo se deu pela lógica do direito trabalhista, por meio do fortalecimento da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e não com um olhar de saúde

pública ou de direito do consumidor. Tratava-se tão somente de um benefício laboral, sem qualquer pretensão de uma política pública estruturada (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008).

Já nos anos 70 foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), da qual fazia parte o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Essa configuração passou a privilegiar ainda mais a compra de serviços do setor privado, provocando uma capitalização crescente deste setor. A seguir, a década de 80 é marcada por crises políticas, sociais e econômicas. Em meio a esse panorama de incertezas, houve o crescimento do movimento sanitário brasileiro, que culmina na criação do SUS, com a manutenção e ampliação do setor suplementar (RONCALLI, 2003).

A sociedade brasileira entendeu a necessidade de buscar um alicerce constitucional dos direitos, aprendizado decorrente dos obscuros anos da ditadura (1964 a 1985), amplificado com a retomada do processo democrático pressionado pelo movimento das “Diretas Já”. Vários movimentos sociais fortaleceram esse processo e foram por ele fortalecidos.

Um dos movimentos sociais mais ativos foi o da defesa da saúde. Tanto que por ocasião da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser declarada como um direito fundamental, devendo o Estado prover as condições para o seu exercício, e foi garantida, também, a participação da iniciativa privada no SUS, em caráter suplementar.

Por outro lado, ao final da década de 80 houve a expansão e a intensificação da comercialização de planos de saúde com a adesão de novos grupos de trabalhadores, incluindo os funcionários públicos, e a entrada de grandes empresas seguradoras no mercado de saúde suplementar (PEREIRA, 2009). Esta expansão foi, ao longo do tempo, impulsionada pela situação de baixa capacidade resolutiva dos serviços públicos de saúde, e também pela hegemonia do modelo vigente no país centrado na doença e focado na assistência médico-hospitalar especializada. Já nos anos 2000, essa expansão se deu especialmente pelo aumento da População Economicamente Ativa (PEA), que deu ensejo a uma oferta maior de planos coletivos, vinculados aos postos de trabalho formais (SANTOS, 2006).

3.2 SAÚDE SUPLEMENTAR E A REGULAÇÃO ESTATAL

Como já mencionado, a saúde brasileira é responsabilidade do Estado, ou seja, dos três entes federados, quais sejam União, estados e municípios, conforme o texto constitucional.

Nem por isso se limitou as atividades de saúde ao setor público, pois foi resguardada desde a fundação do SUS a participação de atores privados na saúde suplementar. Ao afirmar que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, a permissão para realização de suas atividades foi concedida ao modelo dos planos privados já existentes. Mas, ao definir a relevância pública das ações e serviços de saúde, a Constituição previu a necessidade de que a totalidade do sistema de saúde brasileiro fosse de responsabilidade do Estado, seja por meio da prestação direta ao SUS (rede própria ou contratada) ou mesmo a suplementar.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.
 § 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (BRASIL, 1988).

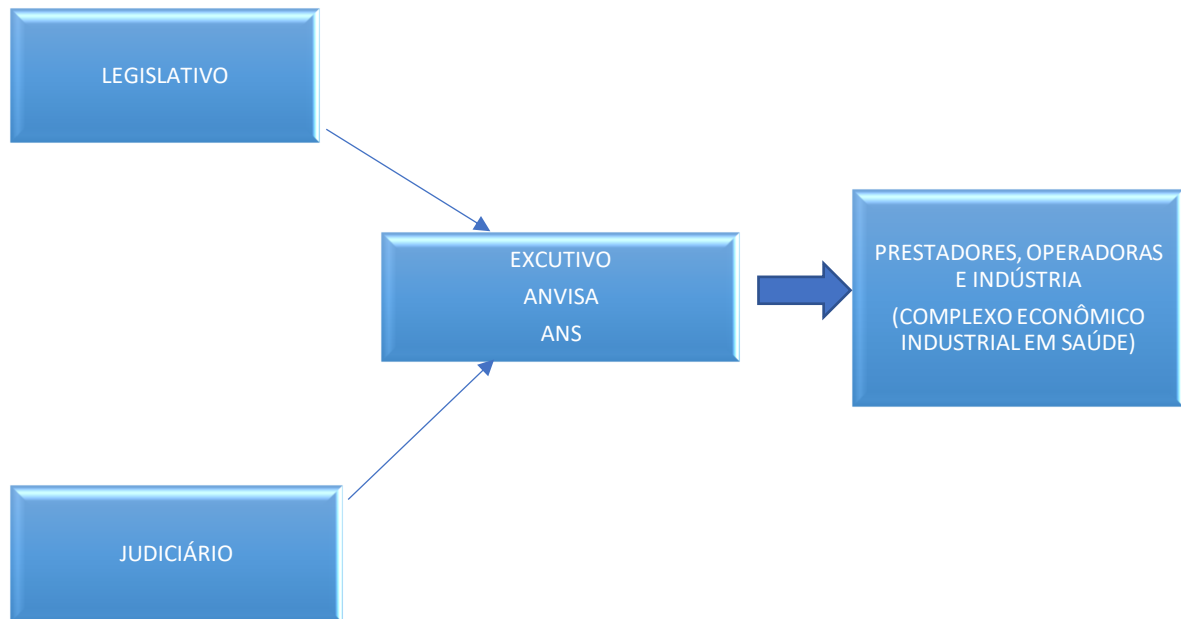
A Lei nº 8080 reforçou a possibilidade da complementariedade da atenção à saúde pelos prestadores privados ou filantrópicos, priorizando os últimos nas escolhas. O mercado de prestação de assistência à saúde, assim, começou a ser normatizado (BRASIL, 1990).

A Saúde Suplementar passou a ter sua sustentação legal na Constituição ao permitir a atuação privada na assistência à saúde. Esse setor já atuava com baixa regulamentação, mas a sociedade sentiu a necessidade de uma regulamentação mais efetiva e, nessa esteira, a Lei 9656/98 foi longamente discutida no Congresso Nacional.

Por outro lado, foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 1999, para realizar o controle sanitário no país, garantindo segurança sanitária aos cidadãos. Esse controle ocorre em todos os âmbitos e vínculos com a saúde, sejam públicos ou privados. Assim, todo setor privado passou a ser regulado, alcançando a integralidade do complexo produtivo em saúde.

O papel do Estado regulador sobre os setores que compõe o complexo da saúde pode ser expresso na figura abaixo:

Figura 1 – Ciclo Regulatório da Saúde Brasileira



Fonte: A autora, 2021.

A estrutura regulatória da saúde no Brasil é complexa e diversa, como podemos observar na figura acima. Isso reflete ou é um reflexo da regulamentação e da regulação aplicada a este setor. Regular um setor com tantas diversidades requer um esforço do Estado de forma a evitar sobreposições ou ausência de ações vitais para que o interesse público seja atendido.

Como apontado por Bahia (2001) é necessário reconhecer a natureza capitalista da área da saúde, sua lógica de funcionamento, o que permitirá elaborar políticas públicas que compreendam o setor e possam interagir e intervir.

Por um lado, o Estado de Bem-estar Social brasileiro conformou-se na contra mão do pensamento de Keynes, enquanto o setor suplementar pautou-se por essa premissa:

Para o governo, o mais importante não é realizar coisas que os indivíduos já estão fazendo, e fazê-las um pouco melhor ou um pouco pior, mas fazer aquelas coisas que atualmente deixam de ser feitas (KEYNES; KEYNES, 2004).

O setor privado brasileiro, mais especificamente a saúde suplementar, ergueu-se, nessa lógica, sendo muito mais complementar do que suplementar. Ele complementa as maiores fragilidades do SUS e se apropria de suas fortalezas, como por exemplo nos casos de deficiência ou dificuldade na contratação de redes.

A lógica da saúde pública brasileira foi ofertar tudo para todos, sem segmentar e sem, a princípio, definir limites. A definição de uma tabela no SUS não foi feita sob a lógica de pautar

os serviços a serem realizados, mas ainda na lógica do INAMPS, de pagar os prestadores privados. Até os dias atuais, ainda, busca-se formas de superar essa lógica de pagamento por procedimento, uma lógica pautada pela doença e não pelo estado de saúde ou de promoção desta.

O modelo de saúde vigente no Brasil, baseado na doença e, ainda, pouco pautado por promoção à saúde e prevenção de doenças, acabou intensificando a oferta e o desejo de adquirir planos de saúde, pois esses ofertam apenas a atenção à saúde.

Para a OCDE o sistema de saúde brasileiro tornou-se duplicado na atenção à saúde, pois tanto o SUS como a Saúde Suplementar ofertam esse tipo de atenção (OCDE, 2008). O quadro abaixo, resume, por nível de atenção, onde há intersecção entre os sistemas público e suplementar.

Quadro 1 - Intersecção entre os sistemas público e suplementar por nível de atenção

<u>Sistema Único de Saúde</u>	<u>Sistema de Saúde Suplementar</u>
Vigilância Sanitária	-
Vigilância Epidemiológica	-
Atenção à Saúde <ul style="list-style-type: none"> • Promoção à Saúde • Prevenção de riscos e doenças • Atenção Básica • Atenção de Média e Alta Complexidade 	Atenção à Saúde <ul style="list-style-type: none"> • Promoção à Saúde • Prevenção de riscos e doenças • Atenção Básica • Atenção de Média e Alta Complexidade
Sistema de Saúde Brasileiro – Duplicado na Atenção à Saúde	

Fonte: (PEREIRA, 2009, p.18)

Percebe-se que há sobreposição e concorrência entre os sistemas público e privado, assim como o privado concorre internamente. Com essa participação intensa do setor privado na saúde brasileira, complementando ou suplementando ou mesmo prestando atenção diretamente, é possível atingir uma regulação estatal forte no sistema de saúde brasileiro, ao encontro de que o Estado tenha controle e domínio voltado para o interesse público e do bem-estar social.

Portanto, a pretensão de ter um sistema de saúde universal de fato, sem suplementação, é praticamente impossível, dada a conformação privada histórica do sistema de saúde. Mas para desenvolver os sistemas complementares e suplementares, em um país que constitucionalmente

ambiciona ter um sistema único, é necessário um forte papel do Estado, seja na gestão, na prestação dos serviços, como na regulação de todos os serviços de saúde. Segundo Keynes:

A escolha não deve ser se o estado deve ou não estar envolvido (na economia), mas como ele se envolve. Assim, a questão central não deve ser o **tamanho do estado**, mas as atividades e métodos do governo. Países com economias bem-sucedidas têm governos que estão envolvidos em um amplo espectro de atividades. (KEYNES; KEYNES, 2004).

Conforme demonstrou Stiglitz (2004) não se trata de promover uma *competição* entre o Estado e o mercado, mas sim de obter uma adequada *complementação* do mercado, que agindo sozinho não é capaz de resolver todos os problemas.

Além do mais é fundamental que haja articulação em todas as partes do sistema de saúde, gestores, operadores e prestadores, envolvendo uma verdadeira definição do papel das distintas esferas de governo e da relação entre o SUS e o segmento de saúde suplementar (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2013).

Os prestadores de saúde são uma parte importante do Sistema de Saúde Brasileiro, pois prestam atendimento tanto ao SUS, ao Sistema Suplementar e diretamente aos cidadãos. Hoje, eles são praticamente desprovidos de regulação estatal, única regulação existente é a sanitária. Infere-se, assim, uma lacuna do papel do Estado. Abaixo, a figura 2, uma demonstração da regulação estatal brasileira no Sistema de Saúde, conforme Reis *et al.* (2016).

Figura 2 – Regulação estatal e provimento de serviços privados no Brasil



Fonte: (REIS *et al.*, 2016)

O Estado pode delegar ao setor privado várias ações que são de sua responsabilidade, com maior ou menor grau de liberalidade, mas, em tese, de forma nenhuma o Estado poderia

abrir mão de ser, em última instância, o definidor de políticas e de regras e de ter critérios transparentes e claros para fiscalizar e, se for o caso, até intervir nestes setores.

No início da década de 30 teve início a moderna Administração Pública Brasileira, momento que a industrialização exigia uma capacidade administrativa do Estado, mais densa e complexa, conforme descrito no *peer review* elaborado pela OCDE (2008), no qual apresentou uma análise das reformas regulatórias nos países que a compõem, e incluíram o Brasil. A regulação do Estado no setor privado ocorre há muito tempo e de diversas formas. Inclusive há muitas divergências entre os conceitos de regulação e regulamentação, sendo que ambas são realizadas pela administração direta, ou ainda mais recentemente por novos arranjos institucionais, a exemplo das Agências Reguladoras.

Os governos de Kubitschek e Goulart (1955 a 1964) tiveram uma tendência de simplificação e de descentralização, que foram totalmente revistas durante o regime militar (1964 a 1985). Nesse período houve um processo de centralização de recursos e poderes na União. Para encampar este novo modelo, foi instituído o Decreto Lei Nº 200, de 1967, que vigora até hoje. Este Decreto Lei trouxe o advento da “administração indireta” para o Brasil, aumentando, desta forma, a intervenção do Estado na economia (OCDE, 2008).

A partir do fim de regime militar, e da subsequente abertura democrática, foi inaugurado um novo modelo administrativo. Essa nova fase, cujos direitos foram conquistados e novos deveres atribuídos ao Estado, exigiu uma revisão do modelo estatal brasileiro. Em 1990, foi editada a Lei Nº 8.031, introduzindo o Programa Nacional de Desestatização (PND), que visava aumentar a competitividade e restringia o papel do Estado na economia, privatizando algumas estatais.

O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, apresentado em 1995 pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, identificou uma série de gargalos, como: i) custos crescentes da burocracia e de controles burocráticos e legais sobre a administração pública; ii) a perda da autonomia das agências responsáveis pelo fornecimento de serviços; e iii) a redução das capacidades dos Ministérios para formular políticas e controlar os órgãos e entidades centrais da administração pública. O Plano propunha a reorganização das atividades responsáveis pelo Estado: separação entre a formulação de políticas, regulamentação e controle e provimento de serviços. A ambição era organizar as agências executivas e as agências reguladoras: as primeiras seriam responsáveis pela operação dos serviços, enquanto as segundas seriam responsáveis pela regulação dos mercados.

Essa proposta de reforma, contudo, não foi plenamente executada. Pode-se perceber um Estado minimalista do ponto de vista de investimento, mas com novas responsabilidades,

principalmente sociais, assumidas e oriundas da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988). Dessa forma, o governo Fernando Henrique Cardoso iniciou um novo modelo da administração, a chamada “agencificação”, sendo a maneira encontrada para normatizar, organizar, acompanhar, e fiscalizar o setor regulado, que estava em franco crescimento com a agenda privatista proposta na década de 1990. Vários serviços que até então eram exclusivamente públicos foram repassados para que o setor privado prestasse, como, por exemplo, nos setores de energia elétrica e telecomunicações.

O mesmo modelo foi aplicado em setores que não eram de serviços exclusivos do Estado, como, por exemplo, no setor de planos privados de assistência à saúde e medicamentos, mas que, de fato, necessitariam ser regulamentados e regulados da mesma forma. Conforme Ramalho (2009) “A regulação da economia no Brasil remonta às origens do Estado brasileiro. A partir do processo de *state building* da Era Vargas, houve no país vários processos de reforma do Estado.” Segundo o mesmo autor, estas reformas tiveram o objetivo da melhoria da eficiência do Estado e do próprio setor regulado.

O Brasil seguia a tendência mundial, conforme afirmado por Cruz (2009), num contexto em que houve delegação em vários países da gestão de serviços públicos e coletivos a empresas privadas, desde que supervisionadas por agências reguladoras. Para a OCDE, essas instituições são essenciais para a identificação de um sistema regulatório moderno.

Moreira Neto (2007), citando o administrativista francês Guy Braibant, elenca a tríade de vantagens da regulação: i) A vantagem política da abertura da participação ao administrado, legitimando as decisões da entidade; ii) A vantagem técnica da despolitização de inúmeras decisões que, em vez de serem tomadas por indivíduos das áreas política ou burocrática, passam a ser negociadas pelos grupos sociais mais diretamente interessados, evitando posturas políticas, ideológicas, etc.; e iii) A vantagem fiscal, por fim, está no fato de que esses entes de cooperação podem vir a ser criados sem gerar novos ônus para o Estado, prescindindo de novos tributos para custeá-los, uma vez que os recursos necessários para mantê-los e desenvolver-lhes as atividades, podem vir a ser cobrados de todos os diretamente beneficiados.

A Regulação, enfim, pode ser entendida como o conjunto de medidas e ações de normatização, controle e fiscalização do Estado perante os mercados privados, de forma a alcançar as vantagens descritas acima. A regulação estatal da economia pauta-se pelo conjunto de medidas estatais, restringindo a liberdade privada, influenciando o comportamento dos agentes econômicos, evitando o prejuízo aos interesses sociais definidos constitucionalmente (ARAGÃO, 2004).

Segundo Cruz (2009), há influência da OCDE sobre os países latinos nas formas de regulação adotadas, apresentando três categorias da atividade regulatória, inclusive no Brasil:

- Regulação Econômica – caracteriza-se pela intervenção direta nas decisões de mercado, tais como definição de preços, competição, entrada e saída de novos agentes nos mercados.
- Regulação Social – destina-se a proteger o interesse público nas áreas de saúde, segurança, meio ambiente e em questões nacionais.
- Regulação Administrativa – destina-se a estabelecer os procedimentos administrativos por meio dos quais o governo intervém nas decisões econômicas, os chamados red-tapes.

Com base em todos os fatores apontados pelos autores aqui destacados, pode-se afirmar que são três os pilares sobre os quais se fundamentou teoricamente a criação das agências reguladoras autônomas: delegação, credibilidade e especialização dos agentes. Adicionam-se a esses fatores motivadores da criação das agências autônomas as falhas de governo, reveladas pela corrente de viés econômico para o qual a incapacidade dos agentes governamentais de dar conta de toda a complexidade administrativa e regulatória exigiria nova ordem institucional.

A saúde suplementar no Brasil, como mencionado anteriormente, remonta desde a década de 30, momento que a industrialização começou se desenvolver e juntamente com planos de aposentadoria, vieram os planos de assistência médico hospitalar. Mas até a conquista da saúde como direito fundamental, prevista na CF 88, essa “saúde suplementar” era apenas um item de mercado, como outro qualquer. Com a elevação da saúde a direito fundamental do cidadão, a sociedade começou a compreender que seria responsabilidade do Estado, minimamente, definir e impor limites aos abusos do setor privado da área de saúde.

Ainda assim, essa regulação surgiu depois de 30 anos de funcionamento do setor da saúde privada, sem nenhum tipo de controle. Após a CF 88, e antes da edição da Lei 9656/1998 (Lei dos Planos de Saúde), os consumidores passaram a ficar um pouco mais garantidos pelo Código de Defesa do Consumidor, com papel importante dos PROCONS estaduais e municipais, direcionando as relações de consumo (SALAZAR *et al.*, 2003).

Esse desenvolvimento foi insuficiente para regular as relações deste mercado complexo, com participação de beneficiários (consumidores) empresas de planos privados de assistência à saúde e prestadores. A sociedade e o Congresso Nacional entenderam necessária uma intervenção mais aprofundada, de forma a evitar as falhas nessas relações.

A regulação do setor de saúde suplementar na maioria dos países, é feita a partir da atividade econômica em si, atuando sobre as empresas do setor e garantindo suas condições de solvência e a competitividade do mercado. No Brasil, optou-se por regular fortemente o

produto oferecido, ou seja, a assistência à saúde, com medidas inovadoras como a proibição da seleção de risco e do rompimento unilateral dos contratos. E a regulação teve como um de seus objetivos principais corrigir as distorções quanto às seleções de risco e preservar a competitividade do mercado (BAHIA; VIANA, 2002).

A Lei 9656/98, que regulamentou a Saúde Suplementar, foi alvo de muitos debates no Congresso, e veio como complemento ao código de defesa do consumidor. Todavia, segundo Salazar *et al.* (2003), apesar de a proteção aos beneficiários de planos de saúde apresentar avanços, a Lei nº 9656/98 não resolveu os principais conflitos entre os beneficiários e as operadoras, e de certa forma pareceu desobrigar o setor privado de obedecer à Lei Orgânica da Saúde.

A Lei 9.961/00 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que deveriam garantir a assistência suplementar à saúde. A ANS, bem como outras agências brasileiras, é espelhada no modelo norte americano, contando com autonomia política para regulação dos setores em que atuam. Assim, com o afastamento dos Ministérios supervisores nas decisões, o custo político das decisões recai diretamente sobre elas (BAIRD, 2020).

Segundo a Lei, 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 (BRASIL, 2000).

A ANS, conforme demonstrado abaixo, busca abranger os diversos espectros da regulação do setor privado já nominados e descritos. Inova-se, com as regulações que fogem das tradicionais econômicas e administrativas. Sendo regulação de um setor que envolve cuidados com a saúde surgem aspectos assistenciais, sociais e da qualidade que precisam ser regulados, fiscalizados e monitorados. Mesmo que seja com o objetivo de induzir boas práticas ou mesmo de acompanhar as informações do setor. Importante ressaltar que o ressarcimento ao SUS encontra-se em várias classificações, desde a regulação econômica, passando pela regulação da qualidade, social e assistencial.

O quadro abaixo, adaptado de Pereira (2009), demonstra os principais tipos de regulação adotadas pela ANS com seus principais objetivos:

Quadro 2 – Tipos de regulação adotadas pela ANS

CLASSIFICAÇÃO REGULATORIA	AÇÕES REGULATORIAS
Regulação administrativa	Autorização de funcionamento Contratualização (operadoras-prestadores) ¹ Informações do Setor
Regulação econômica	Autorização de funcionamento Garantias financeiras Intervenções (direções fiscal e técnica) ²
	Controle dos reajustes ³ Ressarcimento Informações do setor
Regulação da qualidade	Autorização de funcionamento Garantias financeiras Intervenções (direções fiscal e técnica) Indução de boas práticas assistenciais ⁴ Competitividade (IDSS) ⁵ Ressarcimento Informações do Setor
Regulação Social	Intervenções (direções fiscal e técnica) Portabilidade ⁶ Controle dos reajustes Contratualização (operadoras-prestadores) Indução de boas práticas assistenciais Ressarcimento Informações do setor
Regulação assistencial	Intervenções (direções fiscal e técnica) Portabilidade Indução de boas práticas assistenciais Notificação Intermediação Preliminar ⁷ Ressarcimento Informações do setor
Regulação consumerista	Intervenções (direções fiscal e técnica) Portabilidade Acompanhamento dos contratos Notificação Intermediação Preliminar (NIP) Competitividade (IDSS) Informações do Setor

Fonte: adaptado de Pereira (2009)

¹ Estabelecimento de regras mínimas na relação contratual entre as operadoras e os prestadores de serviço (unidades de saúde e profissionais de saúde)

² As modalidades de intervenções são as fiscais (para desequilíbrios econômicos) e as técnicas (para desequilíbrios assistenciais ou organizacionais).

³ Reajuste de planos de saúde na modalidade individuais são regulados, os dos planos coletivos monitorados.

⁴ Indução de políticas assistenciais adequadas como o estímulo projetos de promoção à saúde e prevenção de doenças e adoção do parto adequado.

⁵ IDSS (Índice de Desempenho da Saúde Suplementar) é um programa que mensura a qualidade das operadoras, composto por um conjunto de indicadores agrupados em quatro dimensões e calculado com base nos dados extraídos dos sistemas de informações da Agência ou coletados nos sistemas nacionais de informação em saúde.

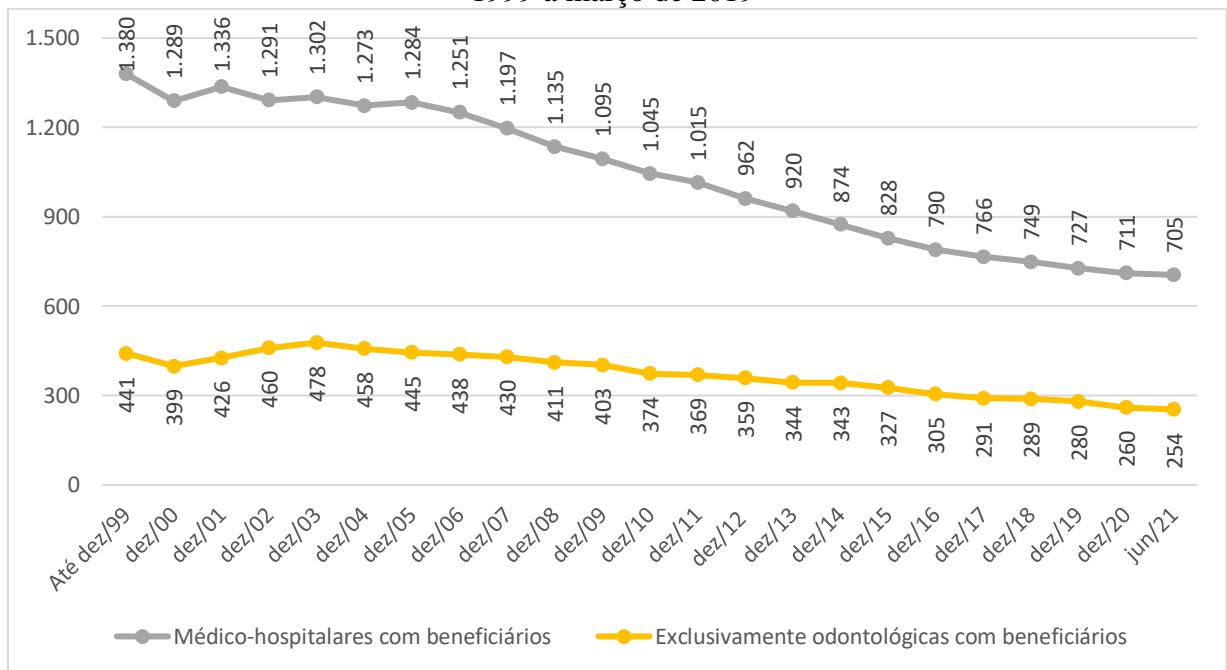
⁶ Portabilidade de beneficiários entre planos de saúde com características semelhantes a qualquer momento, desde que cumpridas as carências. Garantia fornecida também quando há possibilidade de desequilíbrios financeiros e assistenciais de um produto.

⁷ A NIP é uma ferramenta para resolução de conflitos com o objetivo de solucionar, de forma ágil, as reclamações e demandas entre consumidores e operadoras registradas pelos canais de atendimento da ANS.

A evolução das operadoras após regulação, conforme apresentado no quadro abaixo, demonstra que, após adotadas as regulações descritas acima, muitas dessas operadoras deixaram o mercado. Não conseguiram ou não tiveram interesse em se adequar às propostas de estruturação do setor. Houve, assim como em outros mercados regulados, um movimento para concentração, principalmente para as grandes operadoras, com mais estrutura financeira.

Em 2000 eram 2000 operadoras cadastradas como existentes e em funcionamento, em janeiro de 2019 são 1220 (BRASIL, 2021a). A partir do processo de regulação, de definição de regras, várias operadoras deixaram o mercado, por não ter as condições mínimas exigidas para funcionar.

Gráfico 1 - Operadoras de planos privados de saúde em atividade no Brasil – dezembro de 1999 a março de 2019



Fonte: (CADERNO DE INFORMAÇÕES DA SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019, p. 27)

Entre as ações regulatórias definidas em Lei, sob responsabilidade da ANS, está o ressarcimento ao SUS. O ressarcimento é o pagamento pelas operadoras de planos de saúde ao SUS por seus pacientes utilizarem essa rede, em procedimentos que deveriam ser cobertos pelas operadoras, de acordo com os contratos e definido no Rol de Procedimentos editado pela ANS.

Há debates sobre os poderes regulamentador e normativo conferidos à ANS, citados por Lopes (2016):

Portanto, o pensamento majoritário da doutrina brasileira reconhece, atualmente, que o poder regulamentar pode ser exercido tanto pelo Presidente da República, como expressamente previsto na Constituição Federal, assim

como pelos Ministros de Estado e outras entidades e órgãos da Administração Pública. Em vista desse entendimento majoritário, não haveria óbices às agências reguladoras independentes deterem a competência regulamentar, desde que dentro de certos limites quanto ao alcance e conteúdo das normas por elas expedida (LOPES, 2016, p. 29).

Para Lopes (2016) várias são as controvérsias em torno da fundamentação jurídica, legal e justa do ressarcimento. Alguns autores interpretam o ressarcimento como tendo natureza restitutórias, entendendo que se fundamenta no instituto do enriquecimento sem causa. Sua lógica é expressa desta forma:

(...) quando um cliente do plano de saúde usufrui os serviços públicos de saúde, a operadora se locupleta dos valores que teria gastado se tivesse prestado os serviços. Recebe as mensalidades dos clientes e não presta a assistência à saúde, logo, se enriquece sem justa causa. [...]. Por fim, há o nexo entre o empobrecimento do SUS e o enriquecimento da operadora, pois esta se locupleta às custas dos serviços públicos custeados por toda sociedade. Assim, ocorrendo o enriquecimento sem justa causa, nasce para a operadora a obrigação de restituir este valor ao SUS. Por uma questão de justiça e solidariedade social, não é compreensível que entidades privadas se locuplem às custas de toda população brasileira, afinal, como dito, os serviços públicos são custeados por toda sociedade (LOPES, 2016, p.30).

3.3 RESSARCIMENTO AO SUS

Conforme já destacado em tópico anterior, a Constituição Federal/88 introduziu, em seu artigo 196, que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Ao mesmo tempo em que reafirmou que é livre à iniciativa privada (BRASIL, 1988). Neste bojo jurídico conceitual é que a saúde suplementar teve elementos para coexistir com o sistema público.

Para regulamentar o setor de saúde suplementar foi necessária a edição da Lei nº 9656/98 que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde (BRASIL, 1998). Em 2000 foi editada a lei 9961 que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e atribuiu funções para regular esse setor (BRASIL, 2000).

A interface entre os dois setores da saúde, público e suplementar ocorre no dia a dia do sistema de saúde brasileiro, ou seja, na contratação da rede prestadora e de profissionais, nas marcações de consulta, nos sistemas de informação, na realização de procedimentos. Para essa interface são poucas ou até mesmo inexistentes as regulamentações.

Segundo Bahia (BAHIA, 2001) o ressarcimento ao SUS é um dos instrumentos regulatórios concebidos para evitar que os pacientes de planos privados utilizem o SUS. Esse instrumento foi instituído pela Lei 9656/98, em seu artigo 32, e regulamentado por normas da

ANS e do MS. O objetivo deste instrumento regulatório é que fizesse valer a obrigação das operadoras de planos privados de assistência à saúde restituírem aos cofres do SUS os eventuais atendimentos de seus beneficiários de procedimentos cobertos contratualmente. Poderia ser um instrumento utilizado para organizar e limitar a utilização do sistema público de saúde por beneficiários de planos de saúde para procedimentos cobertos por seus contratos. Portanto, pode-se identificar dois principais objetivos deste instrumento: inibir a utilização desenfreada do SUS como prestador dos planos de saúde, e o que for utilizado seja restituído ao sistema público.

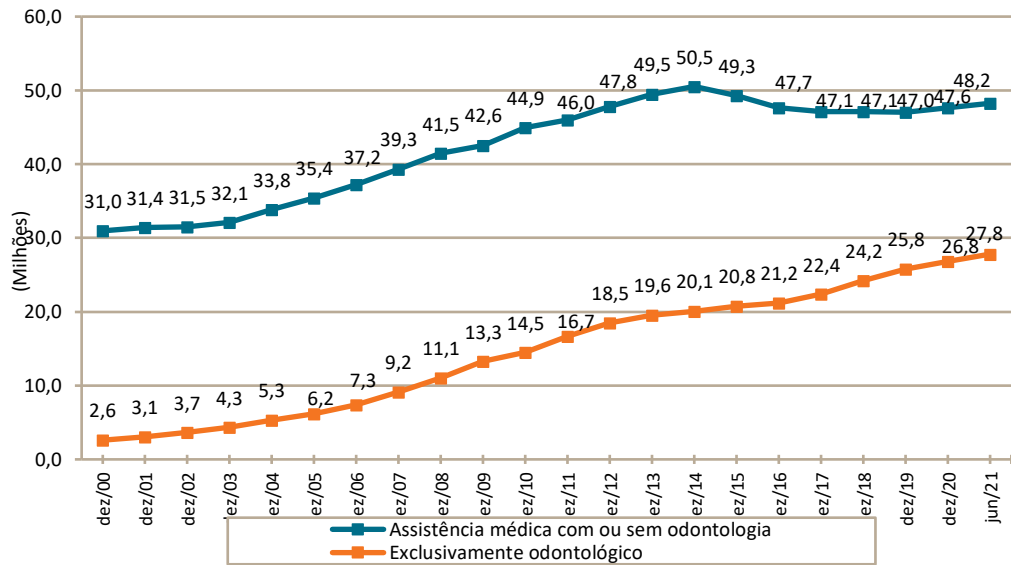
Há várias interpretações sobre o papel do ressarcimento, entre elas, o da Confederação Nacional de Saúde – Hospitais Estabelecimentos e Serviços (CNS), expressa na ADI (CNS, 1998), na qual sustenta que o sistema de saúde brasileiro é universal, devendo portanto todo cidadão poder utilizá-lo sem necessidade de qualquer pagamento além dos impostos. Outra interpretação é a de que os prestadores públicos não podem ser prestadores dos planos de saúde e essa cobrança inibiria as negativas de atendimento e as dificuldades de acesso aos procedimentos no setor suplementar.

Para Tibúrcio embora a saúde pública seja universal, o custo do atendimento de pacientes de planos de saúde, que gozem do direito do atendimento pelas suas operadoras acabaria, em caso de não ressarcimento, sendo suportado por toda coletividade:

A saúde pública é um direito social universal e gratuito, sendo que a prestação desse serviço público aos usuários de planos de saúde representa um ganho (uma não despesa) para as operadoras, que deixaram de desembolsar com a prestação do serviço ao usuário. O custo desse atendimento, no entanto, é suportado por toda a coletividade. Como forma de evitar o subsídio indireto de uma atividade privada, bem como em decorrência do princípio da solidariedade, o custo desse serviço público de saúde deve ser reinternalizado pela operadora, por meio do ressarcimento ao SUS (TIBÚRCIO, 2011).

O setor suplementar vem apresentando números impressionantes no Brasil. Os beneficiários de planos de saúde de assistência médica, com ou sem odontologia, passaram de 30 milhões em 2000 atingindo 50 milhões em 2014 e reduzindo para 47 milhões em dezembro de 2021, com uma taxa de cobertura de 24,8% conforme gráfico abaixo. Entende-se não ser possível creditar que no início dos anos 2000 havia apenas esse número de beneficiários, mas que ao longo dos anos pode-se atingir uma maior fidelidade nas informações. Afirma-se que a partir de 2000 iniciaram-se as buscas e organização pelas informações do setor.

Gráfico 2 - Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano



Fonte: (BRASIL, 2021a)

Um dado ainda pouco explorado é sobre os planos públicos. São aqueles planos de saúde operados pelos governos estaduais e municipais para seus servidores públicos e dependentes. Essas informações não estão contidas no gráfico acima, pois não fazem parte da base de dados da ANS e ao que parece em nenhum sistema de informação. A Pesquisa Nacional de Saúde⁸, realizada pelo IBGE, aponta que em 2019 havia 59.724 milhões de pessoas com algum tipo de plano de saúde. Ao comparar com os dados de beneficiários de planos de saúde informados na ANS em 2019, que eram 47.600 milhões de pessoas, supõe-se que aproximadamente 12 milhões de pessoas possuem algum tipo suplementar de assistência à saúde não regulado pela ANS, e que parte destes são os planos públicos referidos acima.

A ANS não tem atribuição legal para regular esse tipo de planos, sendo assim o ressarcimento dessas operadoras também não é realizado. Assim, há um vazio regulatório no setor de planos públicos de assistência à saúde.

Tanto o sistema público quanto o privado têm crescido e aumentado nos últimos anos. Esse aumento também é reflexo do crescente aumento das necessidades da população. Segundo o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar - IESS (2018) os estabelecimentos ambulatoriais e de internação no SUS somam 81.982, e na saúde suplementar são 123.453. Mostrando uma

⁸ A Pesquisa Nacional de Saúde - PNS, fruto de convênio com o Ministério da Saúde, foi a campo, pela primeira vez, em 2013, com o propósito de ampliar o escopo temático dos Suplementos de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD investigados pelo IBGE até 2008. Um dos eixos da pesquisa é a informação se os indivíduos possuem planos de saúde (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019).

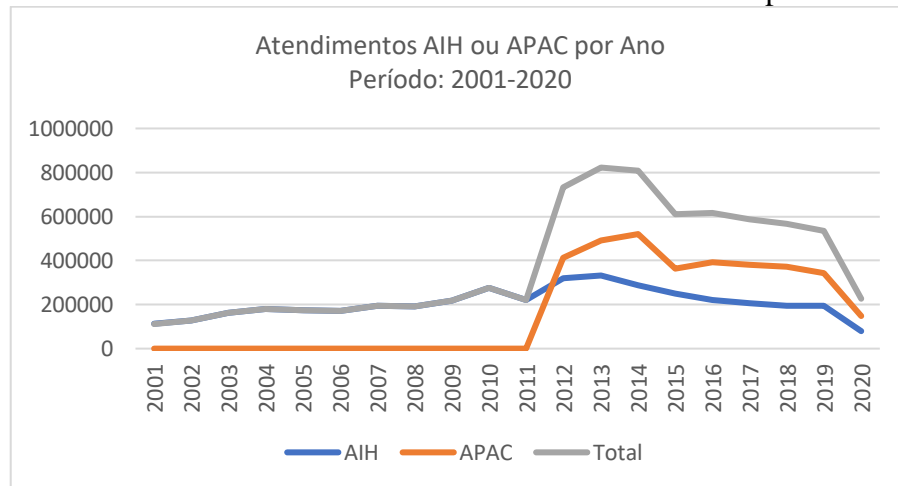
desproporcionalidade, onde na saúde suplementar os números de ambulatórios são maiores que do SUS (121.105 contra 76.187). Nos estabelecimentos que oferecem internação esse número se inverte e no SUS é bem maior que na saúde suplementar (5.795 contra 2.348). Lembrando que dos 220 milhões de brasileiros 47 milhões aproximadamente, conforme o gráfico acima, possuem algum tipo de plano de saúde. Há, sem dúvida, uma desproporcionalidade no acesso aos serviços de saúde entre os setores públicos e suplementar, e isso se torna mais evidente se os beneficiários de plano utilizarem a rede SUS. A saúde brasileira, conforme mostrada nos números acima é de proporções gigantescas e com poucas comparações em sistemas de saúde mundiais

Esse desequilíbrio entre os dois setores, se reflete no gasto em saúde no Brasil que está avaliado atualmente em torno de 9,1% do PIB, sendo que destes, 5,2% é o gasto privado, dentro dele o gasto com planos de saúde (BRASIL, 2018a). Assim, embora o Sistema de Saúde brasileiro seja universal, e 76% da população utilize exclusivamente o SUS, mais da metade do gasto em saúde no país é privado.

Embora as duas redes prestadoras, tanto a pública quanto a privada, estejam ampliando constantemente sua capacidade, têm-se notado um aumento no número de utilização da rede prestadora do SUS por beneficiários de planos de saúde. Uma questão que ainda permanece para justificar esse crescente nos números é se as informações e a capacidade de cobrança do ressarcimento vêm aumentando e sendo efetivas, ou se houve um aumento na utilização, de fato, dos beneficiários na rede SUS.

Esse salto observado no gráfico abaixo, entre os anos de 2011 e 2012, pode ser justificado pelo início da cobrança dos procedimentos de alta complexidade ambulatoriais, conhecidos como APAC e por organização dos processos internos da ANS e MS, agilizando a cobrança de um passivo. (BRASIL, 2021a). Em que pese, esse pico de atendimentos de beneficiários no SUS entre 2013 e 2014, observa-se um decrescente nesse quantitativo a partir de 2015. Para essas informações faz-se necessário também reforçar que no início dos anos 2000 ainda não haviam informações fidedignas do setor. Aperfeiçoamento esse, que ocorreu ao longo do tempo.

Gráfico 3 - Número de atendimentos de beneficiários no SUS ano no período de 2001-2020



Fonte: (BRASIL, 2021a)

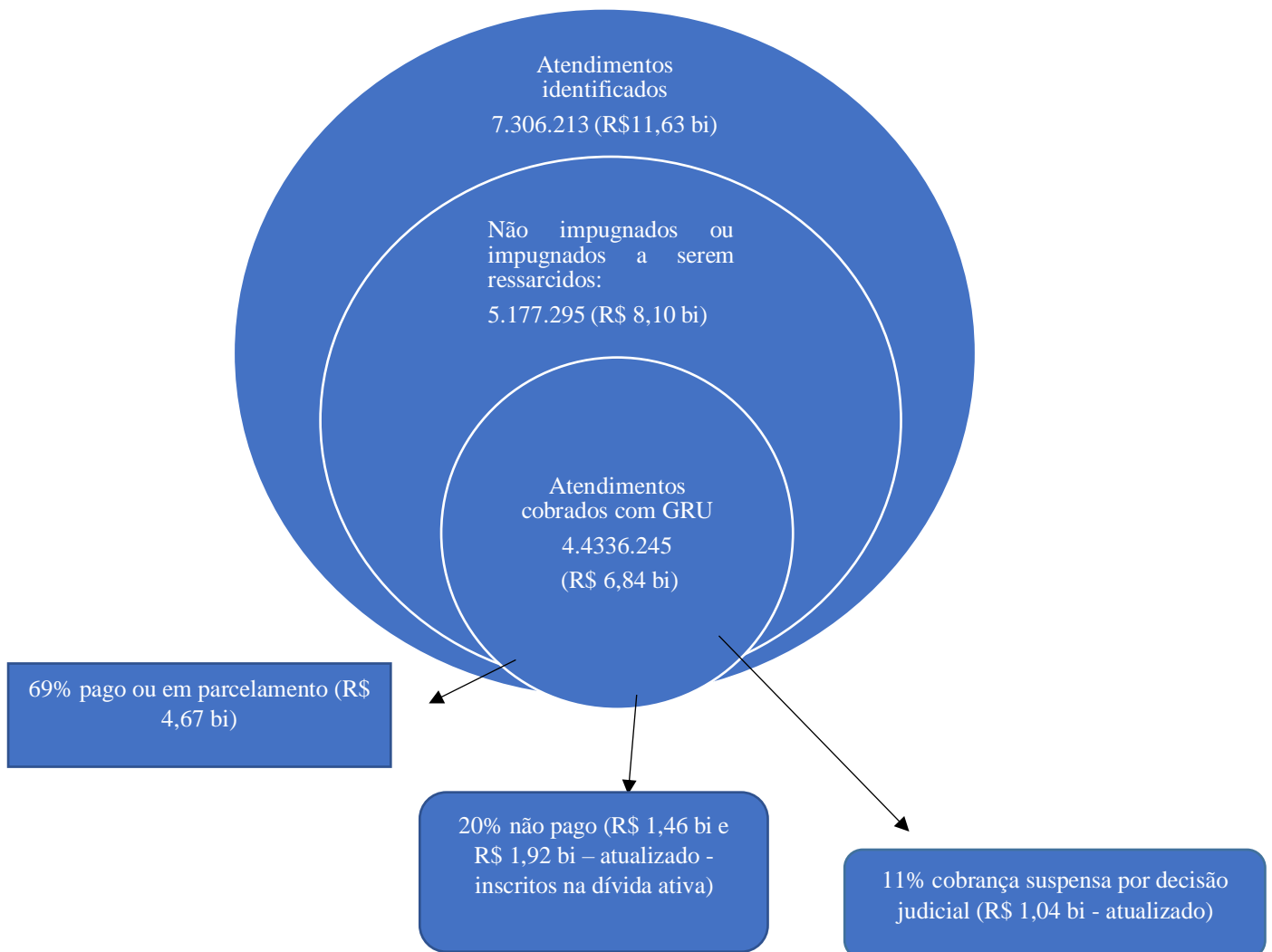
O ressarcimento ao SUS, embora instituído legalmente em 1998, na edição da Lei 9656 iniciou, de fato, em 2001, logo após a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar e é organizado, basicamente, da seguinte forma:

- 1) Realização de procedimento hospitalar ou ambulatorial em uma unidade de saúde do SUS, pública ou privada, conveniada ou contratada;
- 2) Cruzamento dos dados dos sistemas de informações do SUS com o Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) da ANS para identificar as pessoas que foram atendidas na rede pública e que possuem plano de saúde;
- 3) Notificação da operadora pela ANS com as informações dos atendimentos realizados pelo SUS aos beneficiários dos planos de saúde;
- 4) Resposta da operadora, caso essa conteste, informando que não lhe cabe o pagamento, tendo em vista que o paciente não é mais beneficiário, ou que o procedimento não está coberto no contrato entre ela e o cliente, ou, ainda, confirmando as informações;
- 5) Análise pela ANS da contestação ou pagamento pela operadora.
- 6) Se a operadora não pagar o que é reconhecidamente devido, será incluída no Cadastro Nacional de Inadimplentes (CADIN) e os débitos inscritos em dívida ativa da ANS para a devida execução;
- 7) Os valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS são repassados pela ANS para o Fundo Nacional de Saúde.

Desde de 2001 até 2019 já foram identificados um total 7.305.213 (ambulatoriais de alta complexidade ou hospitalares) procedimentos passíveis de ressarcimento (BRASIL, 2020). Sendo que só são cobrados aqueles que tem as informações completas como a identificação dos

beneficiários com seus dados, ou seja, as internações hospitalares e mais recentemente, em 2012, procedimentos ambulatoriais de alta complexidade. A forma de identificação da realização de procedimentos no SUS e a ausência do Cartão Nacional do SUS ou outra forma de identificação eletrônica não permite que seja realizado o batimento de procedimentos ambulatoriais de baixa complexidade. O processo de descentralização do SUS, de pagamento per capita da atenção básica e média complexidade e não por procedimento realizado, em que pese ser um avanço no processo de descentralização do SUS, não permite obter todas as informações necessárias.

Figura 3 - Fases e números do Ressarcimento ao SUS até junho de 2020



Fonte: adaptado do Boletim Informativo nov./2020 (BRASIL, 2020)

Segundo Boletim Informativo da ANS (BRASIL, 2020), desde o início da instituição do ressarcimento até dezembro de 2020 foram identificados 7.306.213 (R\$11,63 bi) procedimentos, sendo que destes, 5.177.295 (R\$ 8,10 bi) são passíveis de ressarcimento. Foram

cobrados 4.4336.245 (R\$ 6,84 bi) procedimentos, sendo que 69% foi efetivamente pago, 20% não foi pago e 11% tem suas cobranças suspensas por decisão judicial.

Pode-se observar que dos R\$ 8,10 bi passíveis de ressarcimento, R\$ 6,84 bi foram efetivamente cobrados desde 2001 e, apenas R\$ 4,67 bi foram pagos ou parcelados. Pouco mais da metade.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 NORMATIZAÇÃO DO RESSARCIMENTO AO SUS E SUAS PROPOSTAS DE ALTERAÇÃO

A Lei n° 9656/98 foi aprovada no Congresso em 1998 e sofreu várias alterações por medidas provisórias (MP). O artigo 32, que se refere ao ressarcimento, não constava na lei original, e foi incluído na MP 1665/1998. Foi totalmente reescrito pela MP 2177-44 enviada em 2001 e ainda sofreu pequenas alterações pela Lei n° 12.469, de 2011.

Observa-se, assim, que o tema do ressarcimento foi incluído por iniciativa do governo, pois Medidas Provisórias são enviadas pelo Poder Executivo ao Congresso, que por sua vez nunca se debruçou sobre o tema para fazer as adequações em legislação de própria autoria. Recorde-se que o trâmite normal de uma MP é que após sua edição pelo Poder Executivo Federal, encaminhe-se ao Congresso para análise pelo Poder Legislativo, podendo então ser rejeitada, aprovada e/ou alterada. Essa MP vigora até hoje, mesmo sem a análise do Congresso, isso porque a Emenda Constitucional 32 de 2001, que em seu art. 2º permitiu essa aprovação tácita.

Art. 2º As medidas provisórias editadas em data anterior à da publicação desta emenda continuam em vigor até que medida provisória ulterior as revogue explicitamente ou até deliberação definitiva do Congresso Nacional. (BRASIL, 2001a)

Da primeira proposta do governo, contida na MP 1665/1998, as operadoras ressarciam diretamente os prestadores. Na MP 2177/01 esse ressarcimento passou a ser feito pelas operadoras ao SUS.

§ 1º O ressarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde - FNS (BRASIL, 2001b).

4.1.1 Lei n° 9656/98 e MP n° 2177/01

Se a CF 88 referendou a participação da iniciativa privada na assistência à saúde, e os planos de saúde já existiam, foi necessário regulamentar esse setor, e isso foi feito por meio de Lei Ordinária. Sua origem foi o PLS 93/1993, de autoria do Senador Iram Saraiva do MDB/GO

(BRASIL, 1993). Na Câmara recebeu o número 4425/1994, tendo sido aprovado apenas em 1998, quando retorna ao Senado, após as alterações recebidas. Durante a tramitação o projeto, que inicialmente tratava exclusivamente de proibir a exclusão de cobertura de despesas com tratamento de determinadas doenças, tomou corpo e forma de regulamentação mais ampla do setor. Com o prosseguimento do processo legislativo o Projeto de Lei se tornou mais robusto, tendo sido aprovado e encaminhado para sanção. Foi na etapa do debate na Câmara dos Deputados que se incluiu o ressarcimento ao SUS.

Em 2001 a lei sofreu diversas alterações, por meio da edição de diversas MPs sequenciais inclusive de seu artigo 32, como mostra a comparação abaixo:

Quadro 3 - Lei n° 9656/1998 e suas alterações

continua

Lei n° 9656/1998	Alterações da MP n° 2.177/2001
Art.32. Serão ressarcidos pelas operadoras a que alude o art. 1º 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	Art.32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o 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
§ 1º O ressarcimento a que se refere o caput será efetuado pelas operadoras diretamente à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, ou ao SUS, nos demais casos, mediante tabela a ser aprovada pelo CNSP, cujos valores não serão inferiores aos praticados pelo SUS e não superiores aos praticados pelas planos e seguros.	§ 1º O ressarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde - FNS .
§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a entidade prestadora ou o SUS, por intermédio do Ministério da Saúde, conforme o caso, enviará à operadora a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.	§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.

Quadro 3 - Lei n° 9656/1998 e suas alterações

continuação

<p>§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o trigésimo dia após a apresentação da fatura, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao Fundo Nacional de Saúde, conforme o caso.</p>	<p>§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o 15º (décimo quinto) dia da data de recebimento da notificação de cobrança feita pela ANS.</p>
<p>§ 4º O CNSP, ouvida a Câmara de Saúde Suplementar, fixará normas aplicáveis aos processos de glosa dos procedimentos encaminhados conforme previsto no § 2º deste artigo.</p>	<p>§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:</p> <p style="padding-left: 40px;">I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;</p> <p style="padding-left: 40px;">II - multa de mora de dez por cento</p> <p>§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos.</p> <p>§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde.</p> <p>§ 7º A ANS disciplinará o processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo, cabendo-lhe, inclusive, estabelecer procedimentos para cobrança dos valores a serem ressarcidos. (Redação dada pela Lei nº 12.469, de 2011)</p> <p>§ 8º 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 § 1º do art. 1º desta Lei.</p> <p>§ 9º Os valores a que se referem os §§ 3º e 6º deste artigo não serão computados para fins de aplicação dos recursos mínimos nas ações e serviços públicos de saúde nos termos da Constituição Federal. (Incluído pela Lei nº 12.469, de 2011)</p>

Fonte: Elaboração da autora com base na Lei n° 9656 e MP n° 2177

Entre a publicação da Lei n° 9656/98 e as alterações trazidas pela MP n° 2.177/01, as mudanças se concentraram basicamente na inclusão da ANS como o órgão com competência para atuar no processamento e cobrança do ressarcimento.

Outra alteração de relevância foi a mudança do depósito dos recursos ressarcidos. Na lei original seria direto ao prestador e em 2001 isso foi alterado, tendo em vista que os Fundos

Municipais ou Estaduais já realizariam esse pagamento. Portanto, o ressarcimento passou a ser realizado ao Fundo Nacional de Saúde. Esse passou a ser um dos maiores questionamentos deste dispositivo legal, que veremos refletido nos projetos de lei que tramitam no Congresso, isto é, a decisão de não recolher os recursos diretamente ao Fundo de Saúde que efetuou o pagamento.

4.1.2 ADI 1931

A Lei nº 9656 foi publicada em 03/06/1998 e em 10/12/1998 foi protocolada no Supremo Tribunal Federal (STF) uma ADI apresentada pela CNS (CNS, 1998) questionando a constitucionalidade do ressarcimento ao SUS e outros aspectos da Lei. Essa ação tramitou por nada menos que 20 anos no STF.

O processo foi julgado apenas em 2018, com decisão desfavorável ao impetrante, confirmando por unanimidade a constitucionalidade do ressarcimento. A CNS argumentou em seu pedido que se a universalidade do SUS é constitucional, não caberia aos planos pagar ao poder público, já que é um direito de todo cidadão ser atendido pelo SUS, devendo o Sistema suportar esse custo. Alegaram ainda que as operadoras de saúde, no ressarcimento, assumem esse ônus, contrariando assim o disposto no artigo 196 da Constituição Federal que estabelece o dever do Estado de garantir o atendimento (BRASIL, 1988). Questionaram também, que os recursos oriundos do ressarcimento seriam uma nova fonte para seguridade, que, portanto, não poderia ser prevista em Lei Ordinária, apenas por Lei Complementar, que possui quórum para aprovação mais rigoroso.

Durante o julgamento no STF o Ministro Relator Gilmar Mendes, em seu voto, reafirma os preceitos constitucionais do SUS, e define alguns pontos importantes neste debate sobre o ressarcimento:

- a natureza da cobrança não é fiscal e nem punitiva, mas sim de restituição aos cofres públicos por um serviço prestado ao setor privado, possuindo, portanto, natureza compensatória.
- não se trata de nova fonte de custeio da seguridade social, mas o ressarcimento tem natureza indenizatória.
- resgata a proibição, que consta do parágrafo 2º do artigo 199, de que se destine recursos públicos para auxílio ou subvenção às instituições privadas com fins lucrativos (BRASIL, 2018b).

O Relator, ainda em seu voto, questiona:

o que diferencia é a quem compete o custo final da prestação dos serviços: ao orçamento público da seguridade social ou às receitas dos operadores de planos de saúde, que são remunerados pelos segurados para prestarem tais serviços (BRASIL, 2018b).

Já o Ministro Edson Fachin, em seu voto, grifou:

a questão que se coloca não envolve a relação entre o dever estatal de prestação de saúde e o beneficiário, mas sim entre a operadora dos planos – que se obrigou a prestar atendimento por meio de contrato – e o SUS, que efetivamente prestou o serviço (BRASIL, 2018b).

Por sua vez, o Ministro Lewandowski, simplificando o entendimento, exemplifica em seu voto:

Quando um segurado de um plano de saúde sofre um acidente ou fica doente, surge para seguradora uma obrigação de fazer ou de pagar. Se este segurado é atendido pelo SUS obviamente não haverá nenhum desembolso por parte dessa seguradora. Então é justo que ela reembolse o SUS sob pena de locupletamento ilícito e o nosso ordenamento jurídico não se compadece com essa situação (BRASIL, 2018b).

O relator, Ministro Gilmar Mendes, lembrou ainda do apelo do Dr. Pinotti, médico que assumiu vários postos na gestão da saúde em SP, em seu voto:

Eu me lembro que, há muitos anos, vinha aqui ao Tribunal o Doutor Pinotti - de saudosa memória - que trabalhou nesse modelo no Legislativo, ele entendia que essa era uma fonte não decisiva, mas fundamental para o próprio SUS, e insistia que nós resolvêssemos essa pendenga, porque embora não tivéssemos dado liminar, dizia ele: os questionamentos na esfera de primeiro grau, nos Tribunais, levava ao não fluxo contínuo desses recursos para o âmbito do SUS - e como nós sabemos têm carências de financiamento (BRASIL, 2018b).

O debate realizado no STF a respeito desta ADI jogou luz a várias questões que antes eram debatidas nos espaços institucionais do SUS como Conselhos de Saúde e Comissões Intergestores. Muito interessante observar que todos os votos do Ministros reconhecem a legitimidade de o Estado cobrar o atendimento realizado pelas estruturas públicas a beneficiários de planos de saúde, sem fugir em nenhum momento dos compromissos constitucionais do Estado em prestar uma saúde universal e integral.

Embora o resultado tenha sido favorável à manutenção da constitucionalidade, por unanimidade, não se pode negar que essa demora de análise tenha causado instabilidade jurídica na legitimidade da cobrança. Conforme os dados apresentados no subcapítulo do ressarcimento,

percebe-se que há uma discrepância entre os números identificados como passíveis de cobrança e os efetivamente pagos. Vários fatores podem estar relacionados a esse distanciamento, entre eles a demora na tomada da decisão da ADI 1931.

4.1.3 Projetos de Lei

No Congresso Nacional, vários foram os projetos de lei foram apresentados para alteração da Lei 9656/1998, desde sua criação. Para modificar o artigo 32, sobre o ressarcimento, especificamente, foram poucos. Entre eles, alguns com o mesmo objetivo ou até com o mesmo texto, como apresentado abaixo.

No Senado Federal foram apresentados, no período analisado, qual seja, desde a edição da Lei 9656 em 1998 até os dias atuais, apenas três Projetos de Lei que propuseram alteração de aspectos relacionados ao ressarcimento ao SUS. Percebeu-se no Senado um movimento dos entes federados (estados e municípios), e dois dos três projetos apresentados buscaram descentralizar os recursos, destinando-os diretamente aos fundos de saúde correlatos ao ente federado de prestação do serviço, revendo o pacto federativo sobre o tema. Atualmente os recursos são destinados ao Fundo Nacional de Saúde, que os repassa aos fundos estaduais e municipais conforme os critérios de alocação gerais do SUS. Abaixo segue a explicação dos projetos.

Projeto de Lei do Senado (PLS) 485/2015 de autoria do Senador Dalírio Beber (BRASIL, 2015c) que: “Altera a Lei dos Planos de Saúde, para prever que o ressarcimento ao SUS por atendimento a beneficiário de plano de saúde seja realizado não mais ao Fundo Nacional de Saúde, mas ao fundo de saúde do ente da Federação onde tenha ocorrido o atendimento”. Ou seja, o ponto central abordado neste PLS é a descentralização do recurso para o ente federado cujo estabelecimento de saúde por ele contratado executou o atendimento.

Por sua vez, o PLS 308/2015 de autoria da Senadora Marta Suplicy: “Altera a Lei nº 9.656/98, para descentralizar o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) feito pelos planos de saúde por atendimentos de seus usuários pela rede do SUS, permitindo que Estados e Municípios sejam diretamente ressarcidos quando o atendimento se der em estabelecimentos a eles vinculados” (BRASIL, 2015b). Esse PLS, assim como o anterior, tem por objetivo descentralizar os recursos para o ente executor. O diferencial deste projeto é que ele autoriza parte dessa transferência direta aos fundos estaduais ou municipais e avança mais, caso estes

entes assumam a responsabilidade de fiscalizar e cobrar o ressarcimento terão o valor totalmente depositados em seus cofres.

O terceiro projeto, o PLS 585/2015, de autoria do Senador Romero Jucá, muda a lógica do ressarcimento, substituindo a característica indenizatória para comprobatória, com ônus para os prestadores de serviço e para as gestões do SUS (BRASIL, 2015d). A operadora só será obrigada a ressarcir caso seja avisada e negue, ou não providencie a transferência do paciente. Repassa-se assim para os hospitais do SUS a obrigação de notificar as operadoras. Interessante observar que o mesmo texto apareceu como emenda “jabuti” (emendas cujo conteúdo divergem do mérito do texto original) em várias Medidas Provisórias. Em nenhuma vingou, pois nesse momento o Congresso já havia adotado a premissa de não permitir assunto alheio ao objetivo inicial da Medida Provisória. O projeto do Senador Romero Jucá propõe o seguinte: “Acrescenta art. 32-A à Lei nº 9.656/98 (Lei dos Planos de Saúde), para determinar a obrigação de comunicação às operadoras de planos privados de assistência à saúde da realização de procedimentos eletivos em hospitais públicos” (BRASIL, 2015d).

Na Câmara dos Deputados seis Projetos de Lei foram apresentados. Em 2004, a Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde apresentou, por ocasião de sua conclusão, o PL 2934/2004, com várias sugestões de alteração da Lei 9656/1998. Uma delas é a introdução da obrigatoriedade de que os prestadores de serviço do setor suplementar estejam cadastrados no Ministério da Saúde, facilitando assim, entre outras ações, o ressarcimento. Embora não tenha sido aprovado, essa passou a ser uma exigência do próprio Ministério da Saúde e da ANS, como forma de melhorar o processo de cobrança (BRASIL, 2004).

O Deputado Dr. Pinotti apresentou o PL 7600/2006, o qual sugere no momento de identificação/notificação de todos os atendimentos realizados pelo SUS que seja informado se o paciente é beneficiário de plano de saúde (BRASIL, 2006). Segundo o autor essa informação facilitará a cobrança do ressarcimento. Em sua justificativa ainda afirma que a medida apenas facilitaria a cobrança, e não serviria para facilitar ou dificultar o acesso. Ele sugere a adoção do Cartão Nacional de Saúde em todos os cadastros de beneficiários das operadoras, assim como nos registros dos atendimentos realizados. Propõe também a elaboração de um índice econômico próprio para monitorar e atualizar os preços de serviços e insumos do setor de saúde suplementar.

Em 2011, o então Deputado Rogério Carvalho apresentou o PL 1147/11, que, se aprovado, tornaria obrigatória a publicização do ressarcimento na porta das unidades de saúde, na internet e em boletos. Ao mesmo tempo buscou proibir que qualquer unidade exija a informação do cidadão, se ele é possuidor ou não de plano de saúde (BRASIL, 2011). Esse PL

tem dois objetivos principais: um deles é dar transparência aos usuários do SUS, que as operadoras serão obrigadas a pagar por suas utilizações na rede pública. Por outro lado, essa informação sendo pública, nenhuma unidade de saúde poderá arguir, de forma a intimidar ou desencorajar, os seus usuários, ou mesmo utilizar de mecanismos que impeça a utilização da rede SUS. O SUS sendo universal, a escolha é do cidadão brasileiro.

O Deputado Odorico Monteiro (BRASIL, 2015a) apresentou exatamente o mesmo texto do Senador Romero Jucá, mas atribui a responsabilidade ao SUS, e portanto propõe uma alteração na Lei n.º. 8080/1990 e não na Lei n.º. 9656/1998. A lógica é a mesma dos dois projetos, de que os prestadores do SUS informem as operadoras de planos de saúde caso atendam um paciente beneficiário do setor suplementar. O ressarcimento só seria devido, assim, caso os planos não providenciassem a transferência. É o PL 2344/2015, que “Trata de procedimento para transferência de paciente que tem plano de saúde de hospital público para a rede privada de saúde.”

Por fim, o PL 6175/2016, do Deputado Rafael Motta (BRASIL, 2016), que apresenta conteúdo semelhante ao dos que tramitam no Senado Federal, mas com o mesmo objetivo do Senador Dalírio e da Senadora Marta, visando ressarcir o ente federativo prestador do serviço. É um projeto de lei que rediscute o pacto federativo no ressarcimento ao SUS.

Quadro 4 - Projetos de Lei em tramitação relativos ao Ressarcimento ao SUS

continua

PLS	Resumo	Classificação/objetivo
PLS 308/2015 de autoria da Senadora Marta Suplicy	Ressarcir diretamente o ente federativo que prestou o atendimento	Altera o pacto federativo do ressarcimento
PLS n.º 485, de 2015 de autoria do Senador Dalírio Beber	Ressarcir diretamente o ente federativo que prestou o atendimento	Altera o pacto federativo do ressarcimento

Quadro 4 - Projetos de Lei em tramitação relativos ao Ressarcimento ao SUS
continuação

PLS 585/2015 do Senador Romero Jucá	Obrigar as unidades de saúde avisarem as operadoras quando seus beneficiários procuram o SUS e os planos tem prazo para transferir. Caso não ocorra o SUS pode cobrar o ressarcimento.	Altera as regras de operacionalização com o ônus para o SUS.
PLS 585/2015 do Senador Romero Jucá	Obrigar as unidades de saúde avisarem as operadoras quando seus beneficiários procuram o SUS e os planos tem prazo para transferir. Caso não ocorra o SUS pode cobrar o ressarcimento.	Altera as regras de operacionalização com o ônus para o SUS.
PL 2934/2004 da CPI	Obrigar que os prestadores de serviço do setor suplementar estejam cadastrados no Ministério da Saúde	Facilita operacionalização do ressarcimento
PL 7600/2006 do Dep. Pinotti	Identificação dos beneficiários em todos os atendimentos	Facilita operacionalização do ressarcimento
PL 1147/2011 do Dep. Rogério Carvalho	Obrigar o SUS e as operadoras informarem da existência do ressarcimento	Transparência
PL 2344/2015 do Dep. Odorico Monteiro	Obrigar as unidades de saúde avisarem as operadoras quando seus beneficiários procuram o SUS e os planos tem prazo para transferir. Caso não ocorra o SUS pode cobrar o ressarcimento.	Altera as regras de operacionalização com o ônus para o SUS.
PL 6175/2016 do Deputado Rafael Motta	Ressarcir diretamente o ente federativo que prestou o atendimento	Altera o pacto federativo do ressarcimento

Fonte: A autora, 2021.

4.1.4 Normas do CONSU/ANS

Com a vigência da Lei nº 9656/98, dispondo sobre os planos privados de assistência à saúde, surgiu o Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), composto Ministros de Estados (Casa Civil, Saúde, Fazenda e Planejamento), descrito no artigo 35-A, com as seguintes competências:

... 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. (BRASIL, 1998)

Para o desempenho dessas atribuições foram editadas Resoluções do CONSU entre 1998 e 2000. Foram três as resoluções relativas ao ressarcimento, todas atualmente revogadas. Foram, todavia, as primeiras regulamentações infra legais sobre o tema: duas sobre as disposições gerais do ressarcimento e outra sobre a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP). Destaca-se a seguir essas duas resoluções, tendo em vista ter sido um marco para a operacionalização do ressarcimento.

A CONSU 09, publicada ainda em novembro de 1998, teve como ementa: “Dispõe sobre o ressarcimento dos serviços de atendimento à saúde prestados a usuários de plano ou seguro de saúde por instituições públicas ou privadas integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS”. Essa resolução definiu critérios e requisitos para operacionalizar o ressarcimento.

Por sua vez, a CONSU 23 dispôs “sobre a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP para fins de ressarcimento dos atendimentos prestados aos beneficiários de plano privado de assistência à saúde, por instituições públicas ou privadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS”. A TUNEP era calculada prevendo um valor que ficava entre a tabela do SUS e a tabela paga pelos planos privados de assistência à saúde.

A CONSU 09 foi assinada pelo Ministro da Saúde da época, José Serra e a 23 pelo Ministro da Fazenda Pedro Parente.

A tabela, em anexo à Resolução, definia os valores a serem pagos pelas operadoras de planos privados de atenção à saúde para ressarcir o SUS pela utilização de sua rede. Todas normatizações atualizaram esses valores.

A Lei nº 9.656/1998 determinou em seu § 8º do artigo 32 que os valores a serem ressarcidos não podem ser inferiores aos praticados pelo SUS, e tampouco superiores aos praticados pelas operadoras de planos privados de atenção à saúde (BRASIL, 1998). Conforme

previsto no § 1º do mesmo artigo, esses valores devem estar previstos em tabela de procedimentos aprovados pela ANS (Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - TUNEP). Um total de 26 normativos foram para alteração do valor da TUNEP.

Quando a ANS foi criada, por intermédio da Lei nº 9961/2000, o artigo 4º definiu competências para a Agência. O inciso VI dispunha entre suas atribuições “estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS” (BRASIL, 2000, p.). Assim a ANS passou editar as normas para regular o ressarcimento em complemento à Lei 9656/1998. Foram elas: Resolução da Diretoria Colegiada (RDC), Resoluções Normativas (RN), Resolução Especial (RE) e Instrução Normativa (IN).

Na sequência, entre 2000 e 2001 foram editadas 3 Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC) sobre ressarcimento. Todas também já foram revogadas e substituídas. A partir de 2001 as RDC passaram a ser chamadas de Resoluções Normativas. Sobre o tema em questão foram editadas 27. A maioria destas RNs reservaram-se na atualização dos valores da Tabela TUNEP. Em 2014 foi editada a RN nº 367, atualmente em vigor, criando um Índice de Valoração do Ressarcimento - IVR., ou seja, definiu um parâmetro de cálculo fixo de valoração a ser cobrado no ressarcimento, assim não será mais necessária a publicação de RN a cada alteração da tabela SUS:

Art. 1º O valor de ressarcimento ao SUS resulta da multiplicação do Índice de Valoração do Ressarcimento - IVR, estipulado em 1,5 (um vírgula cinco), pelo valor lançado no documento do SUS de autorização ou de registro do atendimento (BRASIL, 2014).

A Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES) editou normas de organização interna para o processamento do ressarcimento, entre 2000 e 2001 eram as Resoluções Especiais (RE) num total de 07. A partir de 2002 passaram a se chamar Instruções Normativas, sendo 13 até 2014. Todas dizem respeito aos detalhes de processamento das AIHs, formas de pagamentos pelas operadoras, sobre sistemas operacionais e formas de prestação das informações.

4.2 OPINIÃO DOS DIRIGENTES DA ANS SOBRE QUESTÕES RELATIVAS AO RESSARCIMENTO

A estrutura diretiva da ANS, conforme previsto na Lei nº 9961/1998, é organizada por uma Diretoria Colegiada (responsável pela gestão), Procuradoria, Corregedoria e Ouvidoria. Além de uma Câmara de Saúde Suplementar, de caráter consultivo (BRASIL, 2000).

Desde sua criação até a apresentação desta pesquisa, a agência teve 23 diretores, dos perfis mais diversos possíveis (BRASIL, 2021c) Segue abaixo a lista dos dirigentes desse período:

Quadro 5 - Diretores da ANS no período de 2000-2018

	Ex-diretor(a)	Período
1	Januario Montone	1999 - 2003
2	João Luis Barroca de Andrea	1999 - 2003
3	Luiz Arnaldo Pereira da Cunha	2000 - 2003
4	Solange Beatriz Palheiro Mendes	2000 - 2004
5	Maria Stella Gregori	1999 - 2005
6	Gilson Caleman	2004 - 2007
7	Jose Leoncio de Andrade Feitosa	2003 – 2006 / 2006 – 2009
8	Fausto Pereira dos Santos	2003 – 2006 / 2007 - 2010
9	Alfredo Luiz de Almeida Cardoso	2004 – 2007 / 2007 - 2010
10	Hésio de Albuquerque Cordeiro	2007 - 2010
11	Mauricio Ceschin	2009 - 2012
12	Eduardo Marcelo de Lima Sales	2006 – 2009 / 2010 - 2013
13	Elano Rodrigues de Figueiredo	2013
14	Bruno Sobral de Carvalho	2011 - 2014
15	André Longo Araújo de Melo	2012 - 2015
16	Leandro Reis Tavares	2009 – 2012 / 2013 - 2016
17	José Carlos de Souza Abrahão	2014 - 2017
18	Martha Regina de Oliveira	2014 - 2017
19	Karla Santa Cruz Coelho	2015 - 2018
20	Leandro Fonseca da Silva	2017 – 2020
21	Simone Sanches Freire	2014 – 2017 / 2017 – 2020
22	Rodrigo Rodrigues de Aguiar	2017 – 2020
23	Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho	2019 – Até os dias atuais

Fonte: A autora, 2021.

O primeiro roteiro com questões objetivas com possibilidade para comentários adicionais foi aplicado a 21 ex-diretores da ANS, atuantes no período de 2000 a 2019. Descartou-se dois: um em razão de seu falecimento, o Dr. Hésio Cordeiro, inclusive que muito contribuiu com o SUS e com a ANS. O outro é o Paulo Roberto, pois o marco temporal da

pesquisa foi delimitado restringindo-se até 2019, e que não atuasse mais na agência no momento da entrevista. Dos 21 ex-diretores provocados, obteve-se retorno de 18.

Nesse roteiro foram apresentadas 33 questões com opções fechadas de resposta (concordo plenamente, concordo, discordo, discordo plenamente), com a possibilidade de comentários adicionais, que estão anexadas à essa tese.

As respostas foram agrupadas em grandes eixos, a saber:

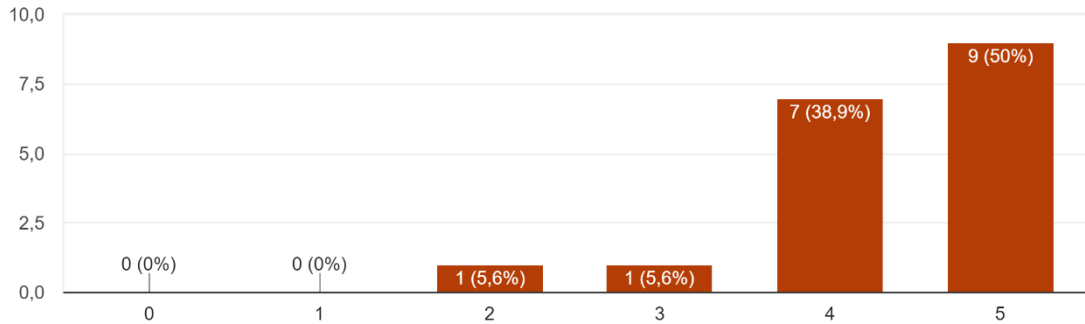
1. Um conjunto de respostas que destacam a importância do ressarcimento (com grau de importância de 0, ou nula, a 5, como máxima);
2. Um conjunto sobre a força da lei 9656 e da ADI 1931 no ressarcimento;
3. Um conjunto sobre o papel da Diretoria de Desenvolvimento Setorial e da Diretoria Colegiada nas decisões sobre ressarcimento;
4. Um conjunto sobre as alternativas, ou necessidades de revisão do ressarcimento;
5. Um conjunto sobre eficácia e viabilidade do ressarcimento;
6. Um conjunto sobre o papel dos entes subnacionais no ressarcimento;
7. E, por fim, um conjunto sobre o papel das entidades que representativas das operadoras.

Abaixo segue descrição das respostas, conforme os eixos apontados. Os gráficos apresentados buscam demonstrar a proporção dos respondentes para cada questão.

4.2.1 **Importância do Ressarcimento**

Foram apresentadas afirmações sobre o que seria mais importante no ressarcimento. Cinco foram as alternativas para resposta com grau de importância de 0, ou nula, a 5, como máxima. O entrevistado deveria escolher uma delas de acordo com sua experiência e opinião.

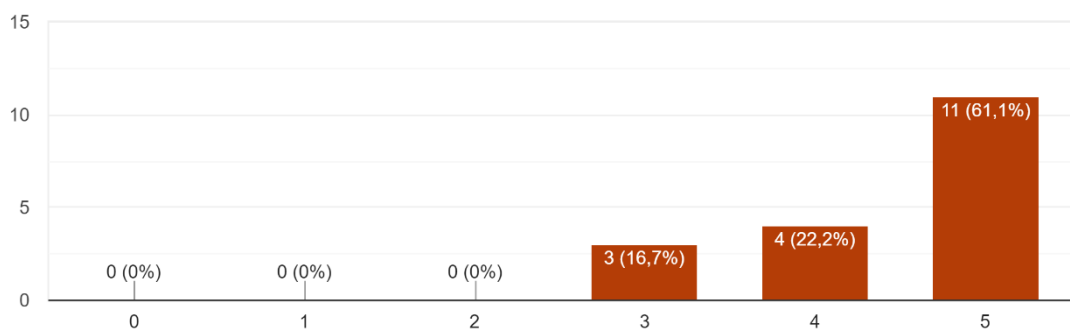
Gráfico 4 - Opinião dos ex-diretores da ANS sobre o grau de importância do ressarcimento para inibir que as operadoras utilizem a rede SUS como seus próprios serviços, sendo 0 menos importante e 5 mais importante



Fonte: A autora, 2021.

Quando a afirmação se referia que o mais importante no ressarcimento era que este inibiria a utilização da rede SUS pelas operadoras (como se fossem suas próprias redes), 16 dos 18 entrevistados deram importância alta ou muito alta no efeito pedagógico do ressarcimento, ou seja, inibir que as operadoras de planos de saúde utilizem a rede SUS.

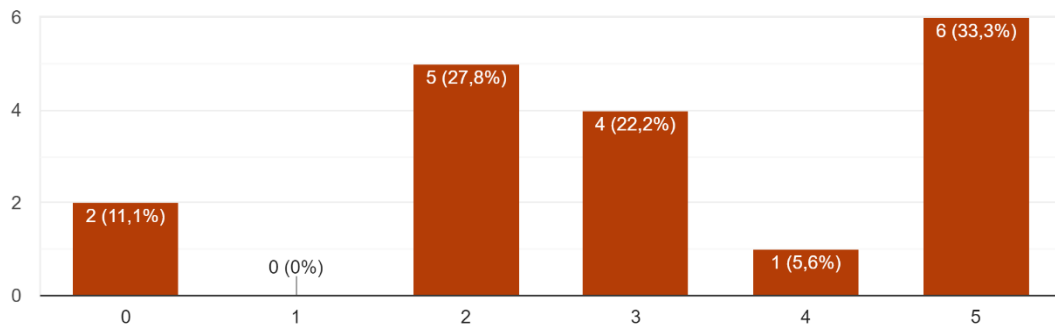
Gráfico 5 - Opinião dos ex-diretores da ANS sobre o grau de importância do ressarcimento para incentivar que as operadoras tenham rede assistencial suficiente



Fonte: A autora, 2021.

Ainda sob o argumento pedagógico, mas agora a respeito da organização interna das operadoras na estruturação de suas redes assistenciais, 15 entrevistados avaliaram que o ressarcimento teria importância alta ou muito alta.

Gráfico 6 - Opinião dos ex-diretores da ANS sobre o grau de importância do ressarcimento para que os recursos gastos pelo SUS com pacientes de planos privados sejam devolvidos aos cofres públicos

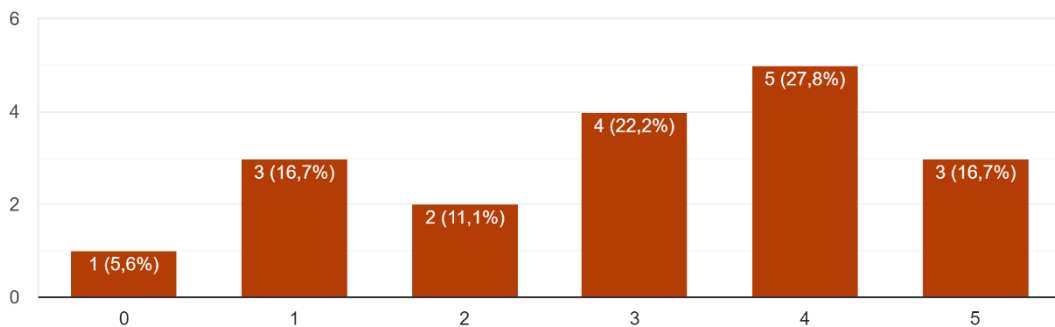


Fonte: A autora, 2021.

Quanto à importância da devolução dos recursos ao SUS, houve uma divisão sobre a avaliação da importância. 11 avaliaram de média até nenhuma importância e 7 de alta ou muita alta. O que revela uma dispersão, ou seja, não há um consenso, nesse grupo de pesquisados.

O mesmo ocorreu na questão seguinte, quanto à interpretação de que o ressarcimento ajude as operadoras a identificarem suas falhas de rede. Dez entrevistados avaliaram de média para baixa importância, enquanto 8 de alta ou muito alta importância.

Gráfico 7 - Opinião dos ex-diretores da ANS sobre o grau de importância do ressarcimento para ajudar os planos a identificarem suas falhas de rede



Fonte: A autora, 2021.

Em suma, sobre a importância do ressarcimento houve um consenso maior de que ele teria um efeito pedagógico tanto para inibir as operadoras de planos privados de utilizarem a rede SUS, bem como um incentivo para organizar suas próprias redes.

Já sobre a devolução dos recursos ao SUS, efetivamente, e sobre ser um processo avaliativo interno da capacidade da rede, não houve consenso da relevância desse objetivo.

4.2.2 Força da lei 9656 e da ADI 1931 no ressarcimento

Nas questões 02 a 09 foram apresentadas afirmativas relativas à força da Lei nº9656 e da ADI 1931 no ressarcimento. Os resultados destas questões são apresentados a seguir.

Questão 2: As premissas do ressarcimento previstas no artigo 32 da Lei 9656/98 é respaldo legal suficiente para a ANS realizar essa cobrança.

Gráfico 8 - Opinião dos ex-diretores da ANS se as premissas do ressarcimento previstas no artigo 32 da Lei nº9656/98 são respaldo legal suficiente para que a ANS realize essa cobrança



Fonte: A autora, 2021.

A grande maioria dos entrevistados concordou plenamente que o artigo 32 da lei 9656/1998 é suficiente, do ponto de vista legal, para respaldar a ANS a realizar a cobrança do ressarcimento. Apenas 1 entrevistado discordou plenamente, com o seguinte argumento:

“Não, porque há uma colisão com a premissa constitucional do acesso de todos ao SUS. Apesar do STF ter decidido sobre a constitucionalidade, ficou esquisito. Ainda mais, a forma como se dá a cobrança é discutível. Não seria mais interessante o paciente explicar por que procurou o SUS? Em muitas regiões e em certas especialidades, alguns preferem o serviço do SUS (Trauma e Queimados, especialmente). Isto deveria ser considerado.”

Esta justificativa confronta a necessidade de garantir a integralidade da atenção oferecida pelas operadoras de planos de saúde, sendo esse um dos maiores objetivos do Rol de Procedimentos, além de transferir a responsabilidade para o paciente que usou o SUS. Operacionalmente ficaria difícil de organizar, e se o paciente informar que usou o SUS porque a operadora não forneceu rede ou negou atendimento, restaria a pergunta a “culpa é de quem?”

e o que fazer com o “culpado”? O entrevistado justificou que essa discordância está pautada no mesmo argumento utilizado pela Confederação Nacional de Saúde em seu pedido de ADI 1931.

“Sim. Só que não faz com a eficiência necessária.”

Outra resposta a ser destacada é que a Lei 9656/1998 é suficiente, mas a ANS não realiza seu dever com a devida eficiência.

Questão 3: As premissas do ressarcimento previstas no artigo 32 da Lei 9656/98 possuem brechas/lacunas para que as operadoras de planos de saúde utilizem mecanismos de protelação do pagamento.

Gráfico 9 - Opinião dos ex-diretores da ANS se as premissas do ressarcimento previstas no artigo 32 da Lei nº9656/98 possuem brechas/lacunas para que as operadoras de planos de saúde utilizem mecanismos de protelação do pagamento



Fonte: A autora, 2021.

Sobre as brechas que porventura existam no instrumento legal garantido no artigo 32 da Lei 9656/1998, observou-se divisão entre os entrevistados. Doze deles, a grande maioria, discordaram ou discordaram plenamente que haveria brechas nessa legislação.

Dos que discordaram das brechas da lei, relativas ao ressarcimento, destaca-se a opinião que a lei é clara, mas que o judiciário, ao acatar alguns questionamentos dessa ordem, acaba por incentivar as operadoras a apelarem para esse tipo de ação:

“O artigo é claro. O problema é nosso sistema judiciário que incentiva que as empresas procurem brechas onde não existem.”

Outra avaliação importante a ser destacada é que todo processo administrativo teria uma morosidade típica, não sendo privilégio do ressarcimento, e que quando a cobrança vai para a dívida ativa não há como a operadora se negar a pagar.

“Cumprido o processo legal de cobrança, a inscrição em dívida não dá margem para a operadora se esquivar da cobrança. Então, o processo administrativo cumpre o trâmite de qualquer outro. A morosidade é por padrão e não uma oportunidade no ressarcimento”.

“Todo processo possui brechas/lacunas que permitem protelação do pagamento, não é uma exclusividade do ressarcimento. As matérias de defesa das operadoras atacavam mais a existência do mecanismo, o que é esperado em matérias dessa natureza (cobrança)”

E, por último, a avaliação que a organização do processo interno da agência, em especial informatização dos processos, aperfeiçoaram as possíveis brechas existentes:

“Entendo que depende do processo/rito interno, bem como sistema informatizado, da ANS para processar o ressarcimento. Observe-se os resultados alcançados pela DIDES, entre junho de 2001 e março de 2003, após ajustes e aperfeiçoamento no processo de notificação, cobranças e inscrição na dívida ativa realizados no período”

Os seis entrevistados que concordaram na existência de possíveis brechas na lei apresentaram motivos diferentes, que vão desde a confusão no processo do ressarcimento, por incompetência da ANS, até o argumento de que previsão contratual permitiria questionamentos. Destacam-se os seguintes comentários:

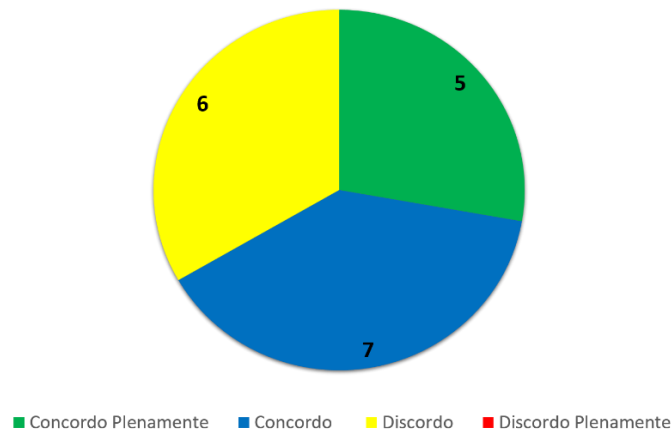
“O processo de ressarcimento é confuso e dá brechas para contestações.”

“É mais por incompetência da ANS.”

“A previsão contratual do procedimento realizado permite vários questionamentos por parte das operadoras.”

Questão 4: A ADI 1931, que questionou a constitucionalidade do ressarcimento ao SUS, entre outras, demorou 20 anos para ser julgada improcedente pelo STF. Essa demora no julgamento gerou grave instabilidade jurídica ao processo de ressarcimento, durante esse período.

Gráfico 10 - Opinião dos ex-diretores da ANS se a demora no julgamento da ADI 1931 gerou grave instabilidade no ressarcimento.



Fonte: A autora, 2021.

Sobre a afirmação que a demora no julgamento pelo STF da ADI 1931 tenha gerado instabilidade jurídica ao processo do ressarcimento, 12 entrevistados concordaram ou concordaram plenamente com essa possibilidade. Desses, os comentários mais relevantes foram:

“O argumento da inconstitucionalidade do ressarcimento foi o mais utilizado, principalmente por parte do Sistema Unimed.”

“Toda decisão judicial que demora a ser proferida, cria oportunidades de se arguir o direito e a legitimidade da atividade. Mas poderia ter sido identificado e cobrado da mesma forma.”

“Mas não justifica a incompetência da ANS.”

Dos entrevistados, 6 deles discordaram da influência da demora no julgamento do STF na efetivação do ressarcimento. Alguns argumentaram que não houve nenhuma protelação, ocorrendo normalmente sua cobrança. Outros, embora entendam que a demora não se justifica, ela não teria afetado o ressarcimento. Uma avaliação importante, feita por vários, é que o STF já havia proferido uma liminar julgando constitucional, não afetando a cobrança. Abaixo destaca-se os principais comentários:

“Discordo. O ressarcimento ao SUS ocorreu normalmente no período.”

“Eu concordo em razão da demora do julgamento, mas a existência do questionamento não chegou a afetar o processo de cobrança - no meu entendimento. Não é razoável que qualquer julgamento leve duas décadas para ser concluído e isso em si é fator de instabilidade jurídica. Mas o ressarcimento não somente não parou, como foi melhorado e passou a arrecadar mais, mesmo antes da finalização da ADI.”

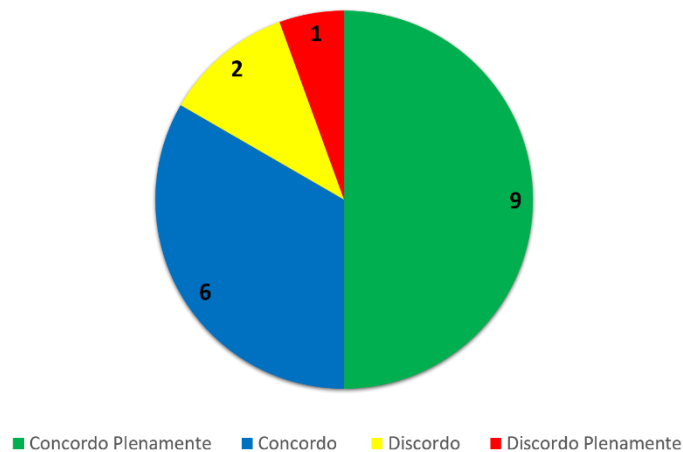
“Porque liminarmente o STF já tinha entendido que era constitucional o ressarcimento ao SUS e quando julgou o mérito posicionou-se no mesmo sentido”

“Toda e qualquer lei guarda presunção de constitucionalidade. Deve ser ressaltado que o STF, em análise cautelar, não suspendeu a eficácia do disposto no art. 32 da Lei nº 9.656/1998, o que, ao meu sentir, afasta a conclusão de instabilidade jurídica decorrente da demora do julgamento do mérito da ADI 1931 pelo Plenário do STF.”

“Havia liminar deferida e o entendimento de que o ressarcimento era constitucional se consolidou nos TRFs.”

Questão 5: Após a ADI 1931 ser votada e negada, a tese do ressarcimento ficou mais legítima.

Gráfico 11 - Opinião dos ex-diretores da ANS a respeito da legitimidade da tese do ressarcimento após votação da ADI



Fonte: A autora, 2021.

Dos 18 entrevistados, 15 concordaram com essa afirmação. Algumas observações foram apresentadas:

“A tese sempre foi legítima, ficou mais respaldada no campo do judiciário para algumas operadoras que insistiam em questionar o processo.”

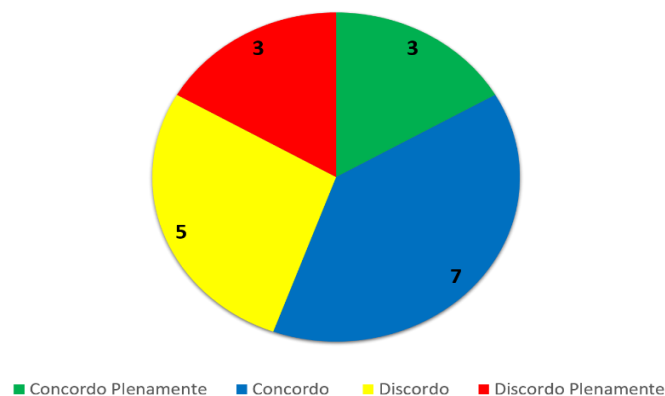
“Vários acordos extrajudiciais para pagamento foram firmados após o julgamento.”

“Concordo porque encerrar a questão no âmbito do Poder Judiciário (com posição favorável), certamente fortalece o ressarcimento. Mas a questão da legitimidade foi apenas afirmada - ela já existia.”

“Como dito anteriormente, as leis guardam presunção de constitucionalidade, pois foram submetidas ao juízo de prévia ponderação e compatibilidade com a Constituição da República pelo Congresso Nacional. Entretanto, decisão do STF que afirma ser constitucional a reposição por operadoras de planos de saúde de despesas públicas realizadas pelo SUS, quando do atendimento de pessoas que com elas tenham vínculo contratual (plano de saúde), independentemente da gratuidade do sistema público, inequivocamente consolida o marco regulatório da saúde suplementar.”

Questão 6: Após a ADI 1931 ser votada e negada, o processo do ressarcimento tornou-se mais efetivo.

Gráfico 12 - Opinião dos ex-diretores da ANS se o ressarcimento se tornou mais efetivo após votação da ADI 1931



Fonte: A autora, 2021.

Essa afirmação buscou compreender o entendimento dos entrevistados acerca dos efeitos do resultado da votação da ADI na efetividade do processo do ressarcimento. Uma discreta maioria dos ex-diretores entrevistados concordou, em alguma medida, que houve um reflexo direto na efetividade do ressarcimento. Apesar dessa maioria, oito deles se posicionaram afirmando que a efetividade do ressarcimento depende muito mais da capacidade da ANS em operacionalizar. Seguem algumas opiniões:

“A efetividade do ressarcimento depende muito mais da atuação de quem o opera. “Assim, não concordo que o julgamento tenha atingido procedimentos internos a ponto de se afirmar a existência de impacto na efetividade.”

“No decorrer dos anos a ANS vem aprimorando a cobrança do ressarcimento ao SUS”

“A ANS continua com a incompetência e morosidade de sempre.”

“Mudanças nos processos de trabalho da ANS e na qualidade do batimento dos dados tiveram muito mais efeito na efetividade do processo do que a votação da ADI”

Questão 7: As operadoras que optaram por não pagar o ressarcimento ANTES da ADI 1931 ser votada, agiram em desacordo com a legislação em vigor.

Gráfico 13 - Opinião dos ex-diretores da ANS se as operadoras que não pagam o ressarcimento depois da votação da ADI 1931 agem de forma irregular



Fonte: A autora, 2021.

Para essa afirmação, 9 dos entrevistados concordaram plenamente e 3 concordaram, ou seja, 12 dos ex-diretores avaliaram que as operadoras que não pagaram o ressarcimento, mesmo enquanto a análise da ADI não era finalizada, agiram em desacordo com a legislação. Chama a atenção os comentários abaixo:

“As operadoras que optaram por aguardar o julgamento agiram de acordo com as ferramentas que estavam disponíveis no momento. Do meu ponto de vista pessoal, era um risco grande e os valores deveriam ser devidamente provisionados para uma cobrança futura. Mas não vejo conduta em desacordo com a legislação nos casos em que havia o devido processo legal de questionamento.”

“Por causa da ADI havia possibilidade de depósito judicial.”

“Sim e se aproveitaram da ineficiência da ANS.”

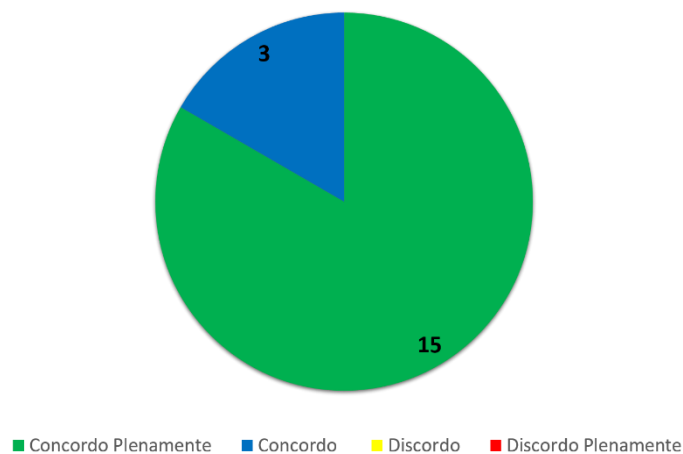
“As operadoras estavam fundamentadas num conceito constitucional de acesso universal.”

“Não dá para dizer que agiam ilegalmente.”

Os dois últimos comentários chamam a atenção à recorrente opinião sobre a fragilidade do papel da ANS nessa cobrança do ressarcimento e ao argumento utilizado na ADI pela CNES de que a universalidade do SUS desobriga as operadoras de ressarcir o atendimento prestado na rede pública. Esse raciocínio foi absolutamente derrotado pelos ministros do STF, sobretudo porque as operadoras são responsáveis pela cobertura dos contratos realizados com seus beneficiários, e caso esses valores não sejam ressarcidos, haverá enriquecimento ilícito por parte delas.

Questão 8: As operadoras que se negam pagar o ressarcimento DEPOIS da ADI ser votada agem em descumprimento à legislação

Gráfico 14 - Opinião dos ex-diretores da ANS se as operadoras que não pagam o ressarcimento depois da votação da ADI 1931 agem de forma irregular



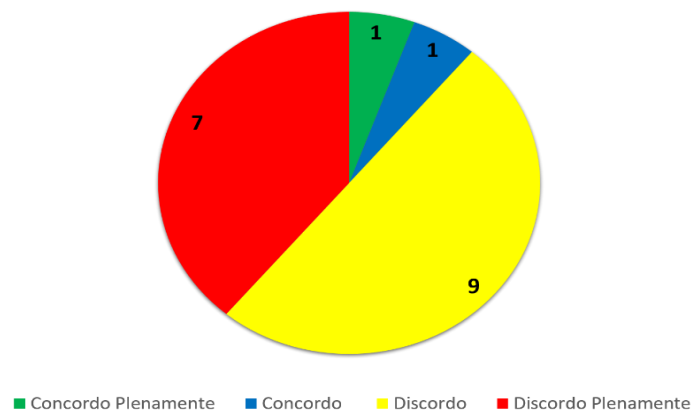
Fonte: A autora, 2021.

Quando os ex-diretores foram provocados se as operadoras agiam em desacordo à lei, caso não efetuassem o ressarcimento após a decisão do STF sobre a ADI impetrada pela CNES, restou concordância de todos os entrevistados, sendo que a grande maioria concordou plenamente. Apenas um comentário merece destaque, abrindo possibilidade para o não pagamento, a depender de cada caso.

“Entendo que, em tese, sim, mas merece ser analisado cada caso concreto.”

Questão 9: Os argumentos interpostos na ADI 1931 na tese do ressarcimento, que o SUS é universal e os pacientes têm liberdade de escolha, são justos e este deveria ter sido considerado inconstitucional, com base na universalidade do SUS.

Gráfico 15 - Opinião dos ex-diretores da ANS se as normas expedidas pela ANS englobam os quesitos para o processamento do ressarcimento



Fonte: A autora, 2021.

Para essa afirmação observa-se que a grande maioria dos ex-diretores da ANS, 16 deles, discordou de uma das teses que embasou a ADI 1931, de que o SUS sendo universal não caberia a cobrança do ressarcimento.

Vários avaliaram que o não pagamento do ressarcimento é um enriquecimento sem causa das operadoras, e que isso avaliza a constitucionalidade analisada pelo STF. Outros argumentos que foram evidenciados é o da obrigatoriedade de cumprimento dos contratos, garantindo assim as coberturas previstas.

“O melhor argumento é o de enriquecimento sem causa e da necessidade de suficiência de rede.”

“Não, é evidente o enriquecimento sem causa.”

“As operadoras já precificaram esse atendimento. Portanto, independentemente de onde ele é feito, cabe o pagamento da operadora.”

“Discordo. As operadoras devem garantir a cobertura a que se obrigam quando comercializam plano ao beneficiário, não podendo direcioná-los ao SUS.”

“Os pacientes de fato têm liberdade de escolha e é factível que alguém opte por se tratar no SUS, em casos de hospital de referência, por exemplo. Contudo, a universalidade de acesso não é fundamento para evitar o ressarcimento, que tem outras funções, principalmente regulatórias do setor privado.”

“Pois, o ressarcimento tem o escopo de contribuir com o SUS, quando utilizado por quem tem acesso ao sistema suplementar”

“Não há incompatibilidade entre a gratuidade/universalidade do SUS e o dever de ressarcimento das operadoras de planos de saúde, pois o Estado, segundo a CF, presta os

relevantes serviços de saúde aos seus cidadãos de maneira universal e sem ônus para estes. Contudo, deve o Estado exigir daquelas pessoas jurídicas de direito privado, cujos beneficiários eventualmente tenham sido atendidos pelo SUS, o ressarcimento das despesas realizadas com estes, observado o disposto no respectivo contrato.”

“Tal procedimento tem por objetivo, além de outros, evitar o enriquecimento sem causa das operadoras de planos de saúde.”

“Planos devem cumprir seus contratos”

Dois ex-diretores concordaram com a tese de que com a universalidade do SUS não caberia a cobrança do ressarcimento, em especial porque o beneficiário usa o SUS por escolha própria, tendo direito ao atendimento. Observa-se que imputa ao cidadão a responsabilidade do enriquecimento ilícito das operadoras.

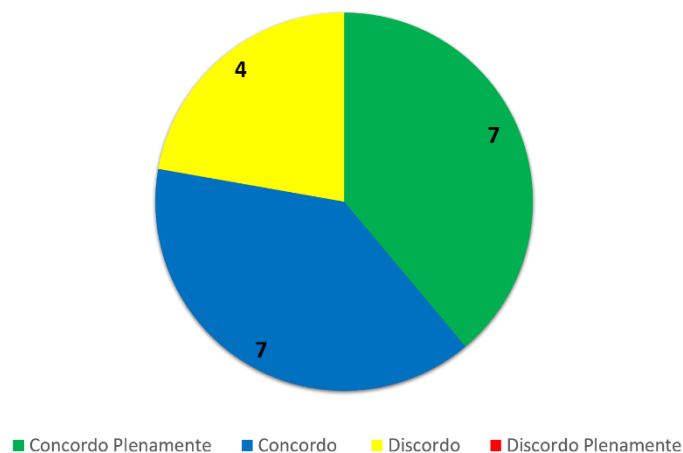
“Sim, por vezes, o beneficiário usa o SUS por escolha própria e ele tem direito a isso.”

4.2.3 Papel da Diretoria de Desenvolvimento Setorial e da Diretoria Colegiada

A seguir serão apresentados os resultados com relação à opinião dos ex-diretores sobre o papel da Diretoria de Desenvolvimento Setorial e da Diretoria Colegiada.

Questão 10: As normas expedidas pela ANS englobam todos os quesitos necessários para o processamento efetivo do ressarcimento.

Gráfico 16 - Opinião dos ex-diretores da ANS se as normas expedidas pela ANS englobam os quesitos para o processamento do ressarcimento



Fonte: A autora, 2021.

A maioria, 14, dos entrevistados concordou ou concordou plenamente que as normas expedidas pela ANS englobam todos os quesitos necessários para processar o ressarcimento. Dos 4 que discordaram a justificativa passa desde a abrangência dos procedimentos a serem ressarcidos (apenas os hospitalares e ambulatoriais de alta complexidade) até o argumento que as normas são tendenciosas ao interesse privado. Os principais argumentos:

“O ressarcimento ainda não alcança a totalidade de procedimentos efetuados no SUS, de forma que há muito o que se fazer para concordar com a afirmação.”

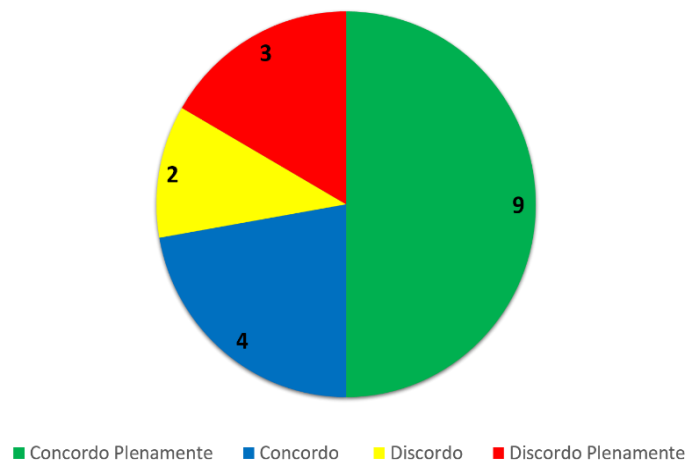
“As normas são complexas e confusas.”

“Protegem as operadoras.”

“Faltam alguns dados que não são disponíveis.”

Questão 11: As decisões monocráticas da diretoria responsável pelo ressarcimento têm valor jurídico suficiente que permitem a cobrança efetiva do ressarcimento.

Gráfico 17 - Opinião dos ex-diretores da ANS se há suficiência jurídica nas decisões monocráticas da diretoria responsável pelo ressarcimento



Fonte: A autora, 2021.

Nesta afirmação, 13 entrevistados validaram a juridicidade das decisões monocráticas da DIDES, Diretoria de Desenvolvimento Setorial, que é responsável pelo processo do ressarcimento. Ressalta-se, no entanto, que a maioria destacou ser importante existir a possibilidade de recurso em outra instância dentro da ANS, a Diretoria Colegiada.

“As diretorias da Agência, embora atuem com exacerbada individualidade, são parte de um todo e se posicionam em nome da ANS, ainda que por apenas um Diretor. Também é garantido o recurso ao colegiado, de forma que as garantias de defesa são respeitadas.”

“Sim, no que tange às decisões monocráticas se porventura não houver concordância, caberá recurso a Diretoria Colegiada.”

“A Diretoria Colegiada da ANS é o órgão superior de administração da entidade reguladora, sendo sua instância recursal. Assim, eventual irresignação com esta ou aquela decisão monocrática poderá ser manejada através de recurso perante a Diretoria Colegiada da ANS. Lembro que qualquer pessoa (natural ou jurídica) tem direito público subjetivo a um processo administrativo célere. Sendo assim, as decisões monocráticas, observado o devido processo legal, têm valor jurídico, estando em conformidade com o sistema jurídico nacional.”

“No fluxo as decisões são corroboradas pela DICOL.”

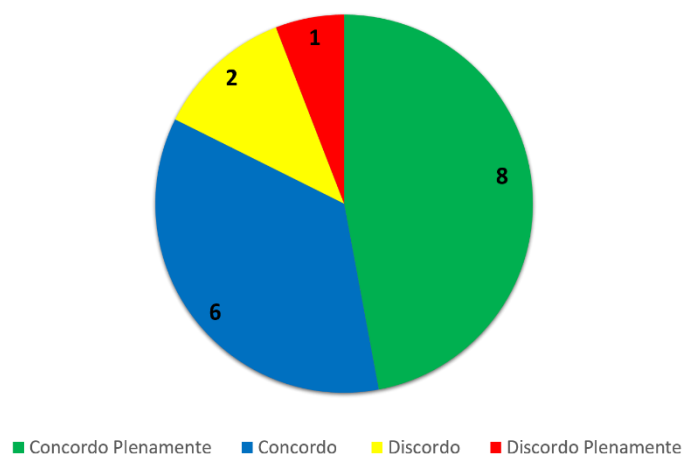
Dois deles discordaram sugerindo que a DICOL seja responsável pelas decisões, ou que depende dos acordos internos definidos nos regulamentos:

“As decisões têm que ser da Diretoria Colegiada”

“Em tese concordo com a afirmativa, mas depende da regulamentação interna vigente.”

Questão 12: A Diretoria Colegiada apoia e respalda a diretoria responsável pelo ressarcimento para cumprir sua função de processamento e cobrança.

Gráfico 18 - Opinião dos ex-diretores da ANS se a Diretoria Colegiada apoia a diretoria responsável pelo ressarcimento



Fonte: A autora, 2021.

A respeito do apoio e respaldo da DICOL à DIDES para cumprir sua função no processamento do ressarcimento, embora 8 tenham concordado plenamente e 6 concordado, 3 deles discordaram da afirmação. Alguns comentários chamaram a atenção, em especial a avaliação de que a DICOL não trata o ressarcimento como uma prioridade regulatória:

“O processo de Ressarcimento sempre foi um dos pilares da atuação da ANS, mas nem sempre teve a prioridade destacada dentro da Diretoria Colegiada da ANS.”

“Não apoia”

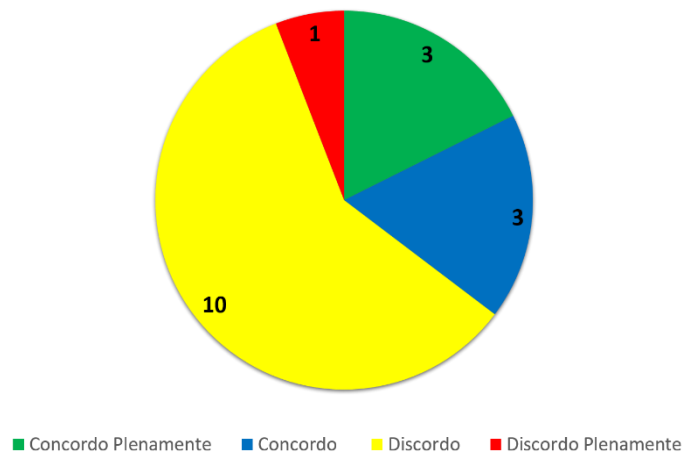
“A Diretoria Colegiada apoia a diretoria responsável, mas não trata o ressarcimento como uma prioridade regulatória, do meu ponto de vista, muito em razão da escassez dos recursos necessários para tal - como pessoal, por exemplo. Mas decisões de TI, por exemplo, foram tomadas no passado recente para privilegiar a automatização do processo de ressarcimento, numa ação de respaldo ao trabalho.”

Dos que concordam ressalta-se a justificativa abaixo, de forma lacônica e direta:

“Nesta diretoria, desconheço.”

Questão 13: O Ministério da Saúde sempre deu respaldo político, administrativo e financeiro para que a ANS pudesse cumprir sua função de processamento e cobrança do ressarcimento.

Gráfico 19 - Opinião dos ex-diretores da ANS se o Ministério da Saúde respalda a ANS na cobrança do ressarcimento



Fonte: A autora, 2021.

Para essa afirmação sobre o apoio/respaldo do Ministério da Saúde ao ressarcimento, 11 dos entrevistados discordaram de alguma forma. Apenas 6 deles concordaram. As justificativas demonstram um certo ressentimento dos dirigentes da ANS em relação ao apoio do Ministério:

“O MS nunca pôs foco neste ponto.”

“Nunca deu suporte desejado.”

“Faltam dados, integração e interesse no tema.”

“Nos últimos anos não.”

“Podia ter disponibilizado mais infra. A partir de 2013 melhorou.”

“Há dificuldades administrativas e financeiras como reforço de pessoal e necessidade de agregação de tecnologia ao processo que sempre foram dificultadores e carecem de maior investimento por parte do Ministério da Saúde.”

“Discordo. O Ministério demonstra ter pouco conhecimento da complexidade do processo de ressarcimento e são as pessoas (indivíduos) que atuam no MS que acabam colaborando no necessário. A troca constante do alto escalão prejudica um engajamento maior na questão.”

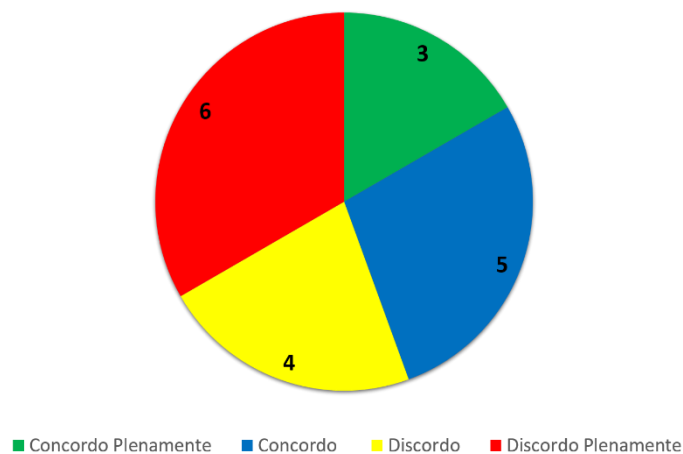
Dos que discordam, ressalta-se a autonomia da ANS como um ponto prioritário.

“A ANS tem autonomia.”

“A ANS é órgão com autonomia técnica, financeira e administrativa, não necessitando de apoio do Ministério da Saúde, no tocante às decisões que tem competência legal para atuar.”

Questão 14: A lei do ressarcimento deveria permitir que esse fosse feito por estados e municípios no dia a dia da gestão.

Gráfico 20 - Opinião dos ex-diretores da ANS a respeito da possibilidade de descentralização do ressarcimento



Fonte: A autora, 2021.

Sobre a opinião dos entrevistados acerca da descentralização do ressarcimento para estados e municípios, obteve-se respostas bem equilibradas entre concordar e discordar, e por pequena diferença a maioria discordou, 10 deles. As justificativas apresentadas são bem

diversas para os dois lados, desde uma avaliação da incapacidade das gestões locais de realizar essa cobrança, até a inviabilidade legal e administrativa:

“Não, eles não têm estrutura.”

“Não acredito que a descentralização desse processo pudesse ser benéfica no princípio de sua efetivação.”

“No marco legal atual, a ANS tem as melhores condições de fazer o processamento.”

“Como a ANS é órgão federal e não é descentralizada, entendo que cabe a ela gerir o ressarcimento ao SUS.”

“Incentivaria a fila dupla.”

“Isso geraria custos de transação enormes para o sistema, com reflexos no preço dos planos para os beneficiários.”

“Dificuldades regionais podem piorar muito a cobrança.”

“Para operacionalizar esta proposta, ter-se-ia que abrir dados das operadoras, cuja a ANS é fiel depositária dos regulados. Além da complexidade da operação de cobrança e inscrição em dívida ativa, que extrapolaria a capacidade administrativa de muitos entes federados.”

“Perderia-se em escala. Abriria espaço para desvios.”

Dos que avaliaram ser uma possibilidade interessante, as justificativas são muito diversas, desde uma compatibilidade com os princípios descentralizadores do SUS até uma melhoria operacional nesse processamento:

“Até para se alinhar com o conceito de descentralização administrativa do SUS.”

“Seguindo a lógica estrutural do SUS, sim, desde que fosse estabelecida regras únicas, a serem igualmente aplicadas por todos.”

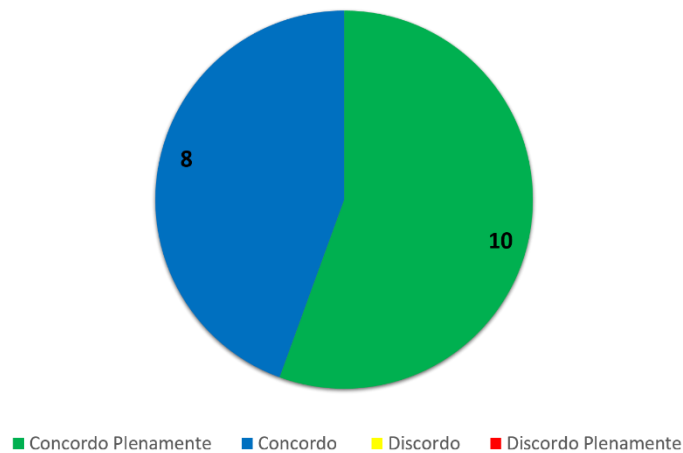
“Embora esse sistema fosse trazer custos possivelmente altos para o mercado regulado, a atuação direta dos entes que prestam o serviço e o consequente reembolso direto aos seus cofres agilizaria o batimento dos beneficiários e a cobrança, descentralizaria o processo de trabalho (agregando muitos outros profissionais) e, adicionalmente, iria inibir o uso deliberado da rede SUS por parte das operadoras.”

“O recurso tem que ser descentralizado.”

“Desde que houvesse um período de transição, o que garantiria a transferência de informações, sistemas, além da capacitação dos respectivos órgãos ou pessoas dos estados e municípios.”

Questão 15: Deveria haver formas mais dinâmicas e rápidas de cobrança do ressarcimento.

Gráfico 21 - Opinião dos ex-diretores da ANS sobre a necessidade de haver formas mais dinâmicas e rápidas de cobrança do ressarcimento



Fonte: A autora, 2021.

Sobre a necessidade de que haja formas mais eficientes, todos os entrevistados avaliaram como necessário, apresentando justificativas de vários tipos, inclusive na reorganização dos processos administrativos e tecnológicos. Surgiram várias sugestões, incluindo uma forma que, pelos relatos, pode ter sido proposta em algum momento pela própria ANS, que seria uma semelhança ao Imposto de Renda. Das sugestões feitas para aperfeiçoar, chama a atenção o fato de que nenhuma proposta para descentralizar qualquer etapa do ressarcimento apareceu espontaneamente, embora já tenha sido ventilada em outra questão:

“Claro o processo atual é caro, confuso e lento!”

“A ANS tem que melhorar a gestão em relação ao ressarcimento.”

“Reduzir a judicialização.”

“Sim com os avanços tecnológicos sempre importante haver o aprimoramento e aperfeiçoamento das formas de cobrança do ressarcimento.”

“Através de investimento tecnológico.”

“Devemos sempre lembrar que ressarcimento não é fonte de financiamento.”

“Sim, poderia ser como na declaração do imposto de renda. A ANS disponibilizaria o batimento e entregaria às empresas. A partir daí seria autodeclarável e sujeito a auditoria pela ANS com multas pesadas por fraude.”

“Melhoria continua dos procedimentos, com agregação de tecnologia e incentivos para pagamento célere podem melhorar a eficiência e efetividade do processo.”

“Concordo, com soluções digitais (à semelhança do IRPF).”

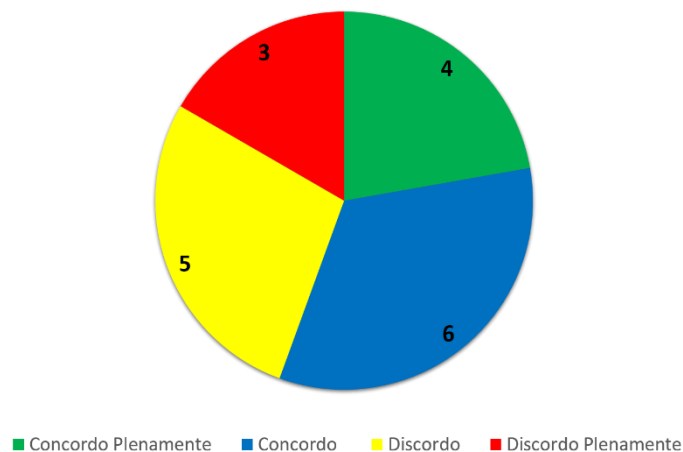
“É um movimento natural do aprimoramento das ações administrativas tendentes a dar maior segurança, qualidade e celeridade ao processo administrativo de ressarcimento.”

“A tecnologia da informação deveria ser amplamente empregada no processo de ressarcimento ao SUS, com ferramentas que permitissem a rápida identificação do usuário, a análise global do contrato existente entre ele e a operadora do plano (para identificar possíveis exclusões de cobrança) e a cobrança.”

“Poderia ser adotado alguma sistemática similar a "lucro presumido" para efeitos de imposto de renda, com aferição periódica de parâmetros. O tema chegou a se estudado, mas acabou não prosperando.”

Questão 16 - A lei do ressarcimento deveria ter mecanismos que permitissem acordos locais entre operadoras e gestores com formas de ajustes (como pagamento direto ao SUS local pela utilização, contratação de rede do SUS que esteja com possível sobre ou ainda permuta de serviços de acordo com a necessidade de cada um dos sistemas.

Gráfico 22 - Opinião dos ex-diretores da ANS se a lei do ressarcimento deveria ter mecanismos que permitissem acordos locais entre operadoras e gestores



Fonte: A autora, 2021.

Esta afirmação apontou para uma divisão de opiniões, em que 10 avaliaram que uma descentralização do ressarcimento deveria ser possível, recomendando reforma legal no processo do ressarcimento com várias propostas de alterações, as quais descentralizariam algumas das etapas do processamento aos gestores locais do SUS. As opiniões foram divididas e várias sugestões apareceram, com destaque para:

“Quanto mais direto e na ponta melhor.”

“Quanto maior a flexibilidade, melhores seriam os resultados.”

“As opções apresentadas são formas de dar maior celeridade ao instituto e descentralizar seu processo, o que acredito que traria ganhos em efetividade superiores a eventuais prejuízos que podem ser fundamento para discordar da afirmação (como eventual benefício a usuário de plano de saúde em ambiente público, em razão de um contrato).”

“A lei pode prever a descentralização, mas não a flexibilização.”

“Dada a relevância dos serviços de saúde e a finalidade de garantir plenamente o cuidado das pessoas, creio ser razoável tal iniciativa.”

“Acordos sempre com participação do órgão regulador.”

“Concordo. Em especial, a possibilidade de contratação da rede.”

“Nas localidades onde a gestão plena, de fato, está se realizando, poder-se-ia pensar mecanismos nesta linha.”

Por outro lado, 8 discordaram da afirmação, entendendo ser mais prudente a centralização de todo processo. Algumas observações importantes é a assimetria entre os poderes públicos locais e o possível poder das empresas de planos de saúde, podendo gerar desequilíbrio nessa interação. Outra opinião relevante, embora discorde da descentralização, foi a de gerar a cobrança direta ao sistema suplementar, sem gerar a AIH.

“Não há ainda maturidade neste processo para permitir esses acordos.”

“O poder político e econômico das empresas no âmbito local é muito desproporcional”

“O processo hoje está relativamente arrumado. Isso desorganizaria o processo e reduziria o incentivo a formação da rede. A integração pública privada poderia existir ainda assim. Se o plano paga o hospital público pelo serviço é só o hospital gerar uma cobrança pro plano e não gerar uma AIH”

Questão 17 - Há necessidade de profundas alterações de procedimentos no atual formato do ressarcimento.

Gráfico 23 - Opinião dos ex-diretores da ANS sobre a necessidade de alterações de procedimentos no atual formato do ressarcimento



Fonte: A autora, 2021.

A maioria dos entrevistados, 10 deles, avaliou que não há necessidade de profundas alterações no atual formato do ressarcimento. Um dos entrevistados, que atuou como um dos primeiros diretores da ANS, afirmou não ter elementos para se posicionar sobre essa afirmação. Os 7 que concordaram de alguma forma com essa necessidade de alterações foram bem enfáticos em suas justificativas, destacam-se as opiniões abaixo:

“No procedimento não, na judicialização sim

“Não vejo a necessidade de profundas alterações de procedimento e sim sempre o seu aperfeiçoamento.

“Não seriam possível alterações profundas por conta da base legal

“Acho que atualmente funciona relativamente bem

“Há oportunidades de melhorias, mas não vejo necessidade de alterações legais que podem trazer novos questionamentos judiciais.

“As alterações teriam que ser no formato. Na legislação atual só cabem alterações incrementais.”

“Necessidade, não. É desejável.”

“Contudo, as mudanças devem ser ponderadas e realizadas após o necessário debate com os agentes regulados, com o Sistema Nacional de Defesa dos Consumidores e com a sociedade, além da necessária observância aos princípios da legalidade e eficiência.”

“É necessário alterar quem faz o ressarcimento, quem o processa, as ferramentas de TI empregadas, o destinatário das verbas, o envolvimento de Municípios e Estados e até mesmo de grandes prestadores de serviços de saúde, para não somente atingir a totalidade de

procedimentos, como para agilizar a cobrança. A descentralização não inibe a ação regulatória, uma vez que o órgão regulador pode simplesmente cobrar informações do ressarcimento diretamente às operadoras.”

“Deve mudar tudo.”

Questão 18: Há necessidade de flexibilizar a legislação para que não haja cobrança do ressarcimento quando o usuário de plano de saúde utilizar a rede SUS se essa lhe for mais adequada e no tempo necessário.

Gráfico 24 - Opinião dos ex-diretores da ANS sobre a necessidade de flexibilizar a legislação para não ressarcir quando o usuário de plano de saúde utilizar a rede SUS por escolha própria



Fonte: A autora, 2021.

Essa afirmação é pautada por alguns projetos de lei que foram discutidos nessa pesquisa: a possibilidade de ajustar a legislação de forma a não cobrar o ressarcimento caso fique comprovada que foi escolha do paciente. A grande maioria dos entrevistados, 15 dos 18, discordou dessa afirmação, e de forma enfática.

“A obrigação das OPS é fornecer rede adequada a seus beneficiários.”

“De jeito nenhum. Isto tira a responsabilidade das operadoras.”

“Acho positiva a forma adotada pelo legislador pátrio no tocante ao ressarcimento ao SUS.”

“Quando for mais adequada ok, mas o tempo não deve ser um fator para a escolha pelo SUS.”

“Difícilimo de fiscalizar.”

“Não podemos confundir o direito de escolha dos usuários/consumidores com a relação obrigacional entre Estado regulador e operadoras de planos de saúde.”

“Nunca saberíamos se houve de fato escolha livre do usuário, porque leva a matéria para o campo da subjetividade. Ademais, traria um elemento de difícil comprovação para um processo

administrativo que já tende a ser vagaroso (seria necessário, por exemplo, falar com o beneficiário para saber o que ocorreu, acrescentando uma fase ao processo).”

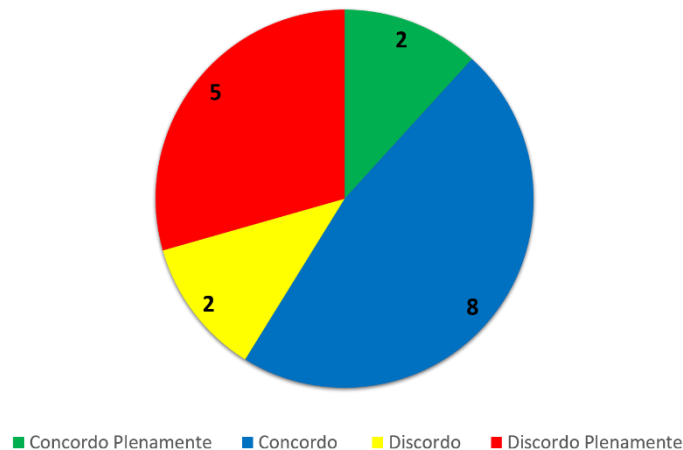
“Entendo que: 1- A operadora deve ofertar os serviços ofertados pelo Plano contratado; 2- Pode criar efeitos adversos similares a "incentivos/prêmios" por não utilizar o Plano de Saúde, como ocorre em seguros; 3- Vai dificultar o processo de ressarcimento.”

4.2.4 Eficácia e viabilidade do ressarcimento

Quanto à eficácia e viabilidade do ressarcimento foram feitas as afirmativas das questões 19 a 26, cujos os resultados são apresentados abaixo.

Questão 19: O ressarcimento, no atual formato, terá viabilidade no futuro.

Gráfico 25 - Opinião dos ex-diretores da ANS se há viabilidade futura no ressarcimento



Fonte: A autora, 2021.

Já sobre a afirmação sobre a viabilidade do ressarcimento no futuro, há ainda bastante credibilidade entre os entrevistados. A maioria, 10 dos 18 entrevistados, concordou, mas 7 discordaram da afirmação de alguma forma. Salienta-se as justificativas abaixo:

“É caro e lento.”

“Não, tem que ser mais ágil.”

“Sim, mas sempre acompanhando as inovações tecnológicas disponíveis.”

“Muito trabalho para muito pouco resultado. Não se sabe o custo efetividade desse processo.”

“Pode sempre ser mais ágil.”

“Não vejo porque não. Quando a qualidade dos dados melhorar vai ser ainda mais fácil cobrar.”

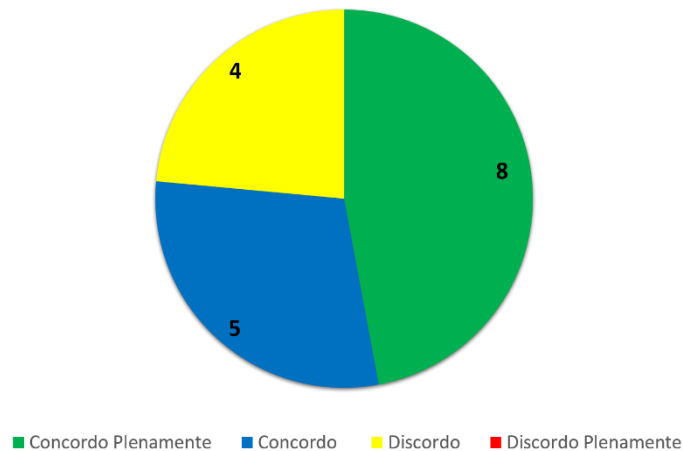
“Sim, com algumas melhorias de procedimentos e agregação de tecnologia para permitir mais eficiência e efetividade.”

“Concordo, embora aprimoramentos são sempre desejáveis.”

“Em se mantendo exatamente como está, não há razão para acreditar que o ressarcimento irá se tornar inviável. Contudo, aumento no número de operadoras e de beneficiários e obrigação de incluir média ou baixa complexidade, são fatores que podem, de fato, deixar o atual formato completamente insuficiente.”

Questão 20: O ressarcimento evoluiu ao longo do tempo, tornando-se mais efetivo.

Gráfico 26 - Opinião dos ex-diretores da ANS se o ressarcimento se tornou mais efetivo ao longo do tempo



Fonte: A autora, 2021.

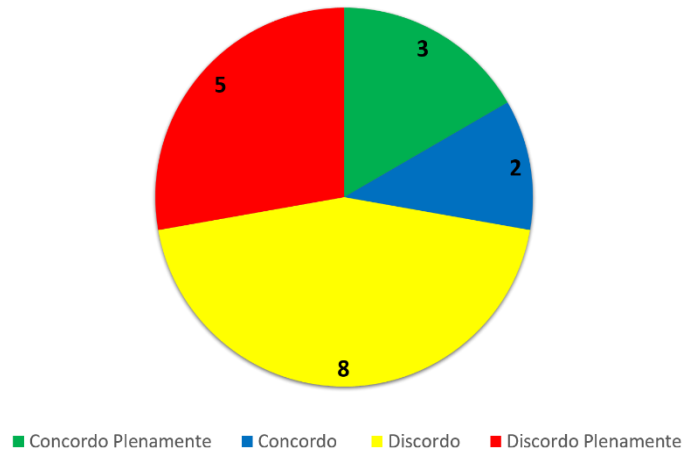
Sobre a progressão da efetividade do ressarcimento ao longo do tempo, a maioria dos entrevistados, 13 deles, acreditou que se tornou mais efetivo, com os comentários destacados abaixo, em especial os que dizem respeito às melhorias no processo de cobrança. Dos que discordaram, nenhum apresentou justificativa

“A evolução tecnológica e a melhoria dos cadastros permitiram uma melhora gradativa do processamento.”

“As mudanças implementadas pela ANS ao longo dos anos, associadas à tecnologia têm, ao meu juízo, gerado resultados positivos.”

Questão 21: O ressarcimento não foi eficaz nesses 20 anos.

Gráfico 27 - Opinião dos ex-diretores da ANS sobre a eficácia do ressarcimento desde sua criação



Fonte: A autora, 2021.

Quanto à eficácia, a maioria, 13, dos entrevistados discordou que o ressarcimento não foi eficaz. Algumas avaliações são importantes de serem ressaltadas, a maioria acredita que a eficácia evoluiu com o tempo, em especial pela ajuda dos instrumentos tecnológicos:

“Apesar de problemas acredito que ele foi efetivo em apontar uma serie de distorções na saúde suplementar.”

“Não cumpriu todos os seus objetivos, mas não poderia ser caracterizado como ineficaz

“Poderia ter sido melhor no início da vigência da lei, mas o processo foi se aprimorando na cobrança.”

“É um processo, e como todo processo tem os seus defeitos. O que é mais importante é que a ANS não ficou inerte frente aos desafios do ressarcimento.”

“A ausência de qualquer cobrança seria ineficaz e possivelmente incentivaria algumas operadoras a utilizarem a rede pública de forma deliberada. Ainda que incipiente no início, a mera existência do processo de cobrança inibe comportamentos oportunistas pelo mercado privado. A evolução desse processo tem justamente o objetivo de tornar o ressarcimento uma exceção.”

“Durante o período assinalado teve alguma eficácia, apesar da resistência de parte das operadoras, entre junho 2000 a março de 2003, entendo que teve eficácia crescente, mas não tenho informações após este período.”

Dos que concordaram que o ressarcimento foi ineficaz, ressaltam-se os dois comentários abaixo:

“Poderia ter resultados muito melhores.”

“O percentual da receita é baixo.”

O ressarcimento fica refém de políticas insuficientes de tecnologias de informação, pois apenas cobram-se os procedimentos hospitalares e ambulatoriais de alta complexidade.

Questão 22: O ressarcimento fica refém de políticas insuficientes de tecnologias de informação, pois apenas cobram-se os procedimentos hospitalares e ambulatoriais de alta complexidade.

Gráfico 28 - Opinião dos ex-diretores da ANS se o ressarcimento fica refém de políticas de tecnologias de informação



Fonte: A autora, 2021.

A maioria dos entrevistados concordou ou concordou plenamente com a afirmação de que a insuficiência das políticas de tecnologia de informação afeta o processo do ressarcimento. Importante ressaltar que o ressarcimento tem alguns aspectos importantes para sua operacionalização. Os instrumentos fundamentais, citados pelos entrevistados, para o processamento são os que facilitam o batimento das AIHs, as informações adequadas, a rapidez na troca de informações, ou ações que agilizam ou tornam mais seguros. Isso foi reconhecido por 12 dos 18 ex-diretores entrevistados.

“As informações são defasadas e controversas.”

“De TI e vontade política.”

“Com o cartão SUS isso reduziria drasticamente.”

“Agregar uma melhor política de tecnologia de informação é fundamental para expandir e aprimorar o ressarcimento, tornando-o mais eficiente!”

“Sim. Mas não é culpa do processo nem da TI. É problema de coleta de dados.”

“Refém não é a melhor palavra. Fica dependente.”

“A incorporação tecnológica não é tão simples. Ao contrário, é complexa e cara, além de demandar tempo. Dados os desafios setoriais enfrentados pela ANS - rol de procedimentos, reajustes, concentração de mercado, dispersão e suficiência de rede dos planos, planos coletivos X individuais, dentre outros. Priorizar o ressarcimento impõe um debate do seu real significado e alcance, mais do que uma simples questão de recomposição patrimonial do Estado.”

“Para um ressarcimento pleno é imprescindível a aplicação de ferramentas e políticas de ponta de TI (vide o tamanho da população e tudo o mais), então posso concordar que o processo é refém disso. Mas as tecnologias existem, elas não são insuficientes. Elas não são utilizadas no ressarcimento (não as realmente necessárias). Contudo, se a afirmação se limita aos recursos tecnológicos já utilizados, concordo que são insuficientes.”

Dos entrevistados que discordaram o principal motivo foi de que haveria necessidade de ressarcir todos os procedimentos incluídos no rol:

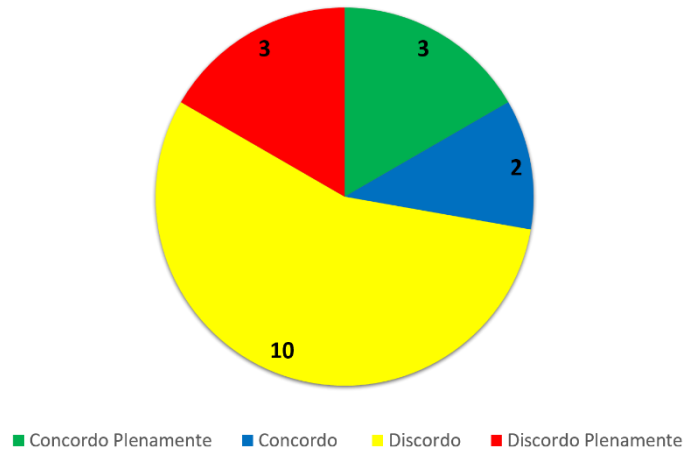
“Tem que ressarcir tudo, inclusive atenção básica.”

“O ressarcimento diz respeito a todas as coberturas contratuais previstas nos planos de saúde realizadas pelo SUS.”

“Não é este o principal problema. No marco legal atual, os procedimentos ambulatoriais de menor complexidade não justificam os custos do processamento.”

Questão 23: A não cobrança dos procedimentos ambulatoriais fazem com que o ressarcimento não atinja seus objetivos, de ação regulatória inibidora e de retorno aos cofres públicos de valores devidos.

Gráfico 29 - Opinião dos ex-diretores da ANS se a não cobrança dos procedimentos ambulatoriais fazem com que o ressarcimento não atinja seus objetivos



Fonte: A autora, 2021.

Quando os entrevistados analisaram a afirmação que a não cobrança dos procedimentos ambulatoriais reforçaria a tese de que o ressarcimento não atingiria os objetivos descritos (de ação inibidora e de ressarcimento financeiro), 13 deles discordaram de alguma forma. Os que concordaram e justificaram foi no sentido de ação regulatório e não de devolução aos cofres públicos. Destacam-se algumas justificativas:

“Volume e custo são muito baixos.”

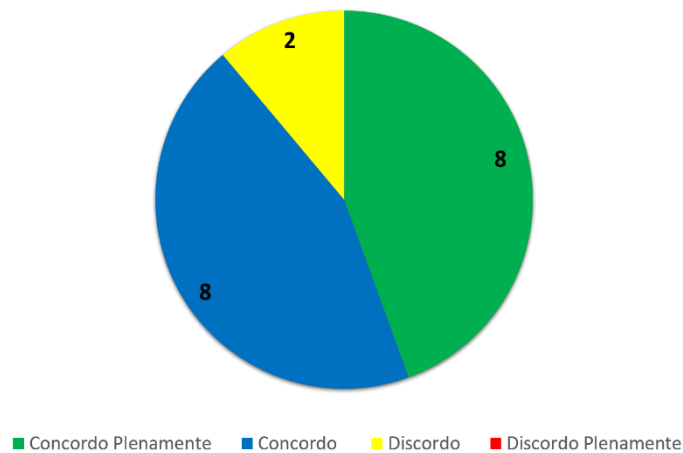
“O atendimento ambulatorial não tem custo elevado e não parece ser falha de rede da operadora, mas sim escolha por comodidade do beneficiário.”

“De fato, eu concordo parcialmente, uma vez que a cobrança dos procedimentos ambulatoriais daria uma real dimensão da utilização da rede pública por parte dos beneficiários de planos de saúde verdadeiramente, podendo apontar se há de fato direcionamento, inclusive por localidade. Contudo, a cobrança de internações e de procedimentos de alta complexidade consegue, ainda que parcialmente, trazer dados regulatórios relevantes (quando feita no tempo correto) e ressarcir os cofres públicos em grandes quantias, de forma que a ausência dos ambulatoriais não permite afirmar que os objetivos não são atingidos.”

“Os procedimentos ambulatoriais já deveriam ter sido incorporados à sistemática do ressarcimento há muito tempo.”

Questão 24: Os investimentos/gastos públicos para cobrança do ressarcimento justificam sua realização

Gráfico 30: Opinião dos ex-diretores da ANS se os gastos públicos para cobrança do ressarcimento justificam sua realização



Fonte: A autora, 2021.

Apenas 2 dos entrevistados discordaram da afirmação de que os investimentos/gastos públicos utilizados no ressarcimento justificam sua realização. A maioria dos que concordam reforçaram a importância do papel do ressarcimento como uma ação regulatória. Muitas percepções interessantes apareceram nas justificativas, que reforçam que o ressarcimento é uma política pública de regulação, indo além da viabilidade econômica pura:

“Alterando se o processo sim. Mas mantendo se o processo arrisca se gastar mais recurso com a arrecadação do que o valor arrecadado.”

“Pode ser feito de forma mais efetiva.”

“Deve ser avaliada sua custo efetividade.”

“É uma excelente questão. Teria que refazer as contas, mas minha percepção é que com o aumento da eficiência interna da cobrança e o maior volume de recursos cobráveis tende a ser eficiente sim.”

“Sim, o ressarcimento é um imperativo legal e de justiça para com o SUS, além disso é ferramenta regulatória fundamental do setor suplementar.”

“Embora exista ainda muita discussão sobre quais valores justificam a manutenção de todo o aparato do ressarcimento - inclusive com comparativos com os valores que movem a cobrança de dívidas públicas, por exemplo, a existência do processo não se resume em recuperar o dinheiro. Há ganho regulatório com as informações colhidas, que por vezes em nada se relacionam com o valor envolvido na ponta, com qual procedimento foi realizado.”

“Desconheço o processo/procedimento atual, mas com o regramento e sistemas informatizados adequados os custos podem ser bem racionais.”

“O retorno sobre o investimento é muito flagrante.”

“Tem que ser feito a qualquer custo.”

“Além do recurso, é uma ação regulatória.”

Questão 25: Os investimentos/gastos públicos para cobrança do ressarcimento NÃO justificam sua realização

Gráfico 31 - Opinião dos ex-diretores da ANS se os gastos públicos para cobrança do ressarcimento não justificam sua realização



Fonte: A autora, 2021.

A grande maioria dos entrevistados discordou de que não há justificativa financeira para não realizar a cobrança. Houve coerência com a resposta anterior, e os mesmos dois entrevistados avaliaram que isso não justifica a cobrança. Nos comentários, reforçou-se a tese da questão anterior, da importância do ressarcimento como instrumento regulatório:

“É uma ação regulatória importante e fonte de informação.”

“A cobrança das operadoras em 2019 já supera 1.4 bilhões e o valor pago e parcelado 1,07 bilhão em 2019, o que suplanta em muito os gastos públicos para tal arrecadação.”

“Como disse, não se trata apenas de uma questão econômica, mas regulatória.”

“Informações sobre insuficiência de rede, que impactam na questão assistencial e no acompanhamento econômico-financeiro das operadoras de planos de saúde, podem ser obtidos através dos dados colhidos pelo ressarcimento, desde que estes o sejam em tempo hábil (por que de nada adianta colher dados de anos atrás e justificar ações regulatórias com isso, o ressarcimento, tal qual outras ações do órgão regulador, deve ser célere e capaz de antecipar medidas).”

Questão 26: Ao longo do tempo o ressarcimento aumentou sua efetividade em números, isso pode ser interpretado que o objetivo de inibir a utilização do SUS pelos beneficiários de planos de saúde não foi atingido.

Gráfico 32 - Opinião dos ex-diretores da ANS se o aumento da efetividade do ressarcimento reflete na não inibição na utilização do SUS pelos beneficiários de planos de saúde



Fonte: A autora, 2021.

A maioria dos entrevistados discordou da afirmação de que o ressarcimento aumentou sua efetividade em números e de que isso poderia levar à interpretação de que um dos objetivos regulatórios do ressarcimento – reduzir a utilização da rede SUS – não teria sido atingido. Muitas justificativas interessantes foram apresentadas:

“Em parte, sim, mas quando vemos que o procedimento que mais é ressarcido ao SUS é Parto em SP, vemos que a efetividade não é alta.”

“A agência passou a fazê-lo e depois incluiu procedimentos ambulatoriais de alta complexidade o que causa esse “retrato” de aumento ao longo do tempo.”

“O aumento se deve à mudança de comportamento das operadoras.”

“Antes os valores eram menores, por que havia problemas na eficiência da cobrança e no pagamento efetivo pelas operadoras, que optavam em sua maioria a recorrer ao Poder Judiciário.”

“Melhorou a forma de identificar e cobrar.”

“Aumentou a qualidade da cobrança e houve a adição das APACS. Ao ganhar confiabilidade mais operadoras passaram a pagar. Mas é uma ótima questão. Precisa avaliar qualitativamente essas cobranças, identificar vazios assistenciais e avaliar até que ponto na média esses valores declinam. Em tese deveriam cair na média.”

“Ainda estamos desvendando todo o potencial do ressarcimento e os números ainda refletem isso.”

“Na maioria das vezes ainda é benéfico para a operadora o pagamento do ressarcimento. A identificação de beneficiários de plano utilizando-se da rede do SUS deveria servir como indicador de rede insuficiente e gerar punição para a operadora.”

“Não existem estudos que demonstrem essa relação de causalidade.”

“O aumento dos números reflete a celeridade da cobrança, principalmente do passivo existente. Não é possível afirmar qualquer variação de utilização a partir de números que mostram apenas um arranjo administrativo do processo.”

Destacam-se duas justificativas, uma que o ressarcimento ainda é subutilizado como ferramenta regulatória e outro levanta a possibilidade de que é mais barato para as operadoras ressarcirem o SUS do que garantirem rede própria:

“Tem que se analisar os dados, causas dos atendimentos pelo SUS. Pode-se apenas significar que a sistemática se aperfeiçoou. Mas pode-se e deve-se auferir se não está "mais barato" ressarcir ao SUS do que garantir rede própria.”

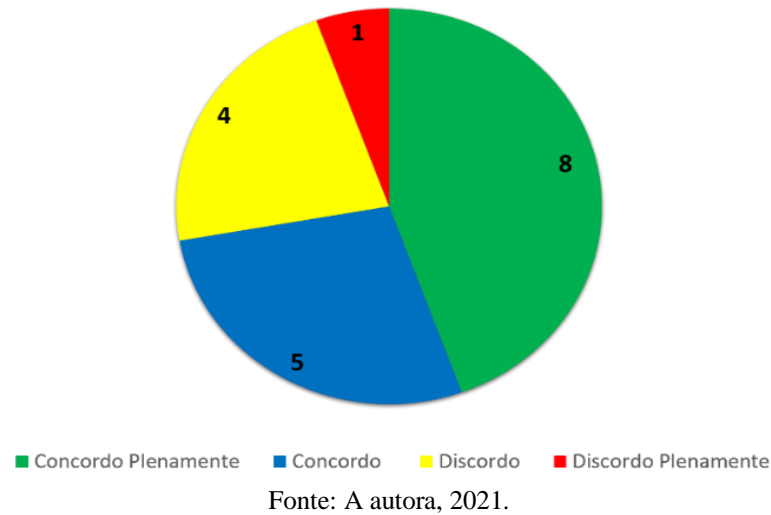
“Precisaria ser mais utilizado como instrumento regulatório.”

4.2.5 Papel dos entes subnacionais no ressarcimento

Dos gráficos 33 ao 37 estão expressas as questões que tratam sobre o papel dos entes subnacionais no ressarcimento, como pode ser observado a seguir.

Questão 28: Os entes subnacionais se preocuparam pouco com esse processo de organização e de busca de alternativas que permitam evitar o uso da rede SUS pelos planos privados.

Gráfico 33 – Opinião dos ex-diretores da ANS se os entes subnacionais se preocuparam pouco com o ressarcimento ao SUS



A maioria dos entrevistados, 13, concordou com a afirmação de que os entes subnacionais pouco se preocupam em buscar alternativas que auxiliem na redução da utilização da rede SUS pelos planos privados de atenção à saúde. Justificativas das mais diversas foram apresentadas: desde que os problemas municipais são tão grandes que seria mais um trabalho até a forma de transferência dos recursos. Seguem os principais comentários.

“O foco é garantir orçamento.”

“Não valorizam e menosprezam.”

“Principalmente por questão política.”

“Sim, por que constitucionalmente qualquer cidadão pode utilizar o SUS.”

“Muitos nem sabem que existe. O fato de os recursos irem pro Fundo Nacional ajuda nessa alienação.”

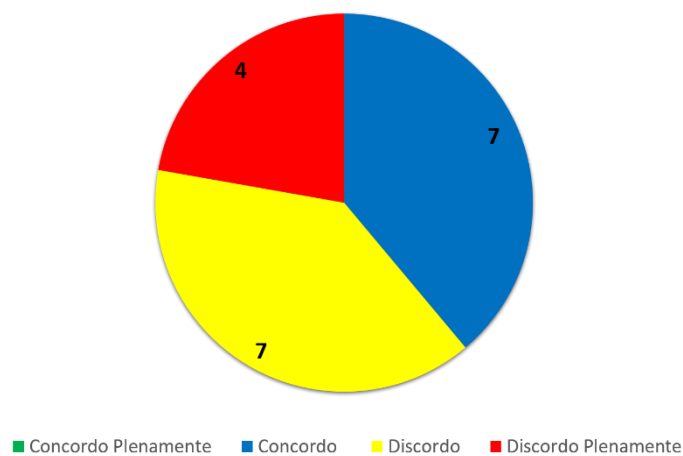
“Estados e municípios atuaram pouco nesta temática, creio mais por desinformação do real alcance do ressarcimento.”

“Novamente, são raros os envolvimento desses entes na questão, muito provavelmente pela ausência de informações.”

“Não tem autonomia legal para adotar medidas preventivas ou restritivas.”

Questão 29: As representações de gestores estaduais e municipais do SUS tiveram protagonismos na defesa do ressarcimento.

Gráfico 34 – Opinião dos ex-diretores da ANS se as representações de gestores estaduais e municipais do SUS defendem o ressarcimento



Fonte: A autora, 2021.

Dos entrevistados, 11 discordaram que as entidades que representam os secretários municipais ou os estaduais, CONASS ou CONASEMS, tivessem adotado a pauta do ressarcimento como uma causa importante ou prioritária. Seguem as principais opiniões:

“Não tiveram protagonismo, pois nossa CF assegura que qualquer cidadão tem direito a utilizar o SUS.”

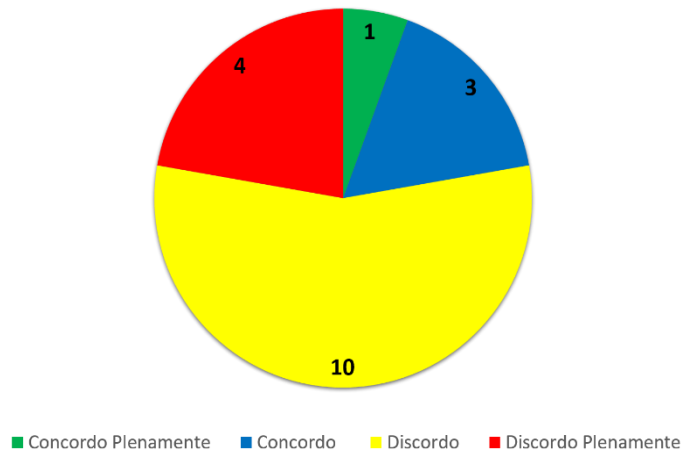
“As representações de gestores, na medida do possível, sempre atuaram na defesa do ressarcimento, o que não significa um real protagonismo de estados e municípios.”

“Alguns posicionamentos oficiais das representações, no decorrer dos anos, colaboraram com o ressarcimento, em especial em momentos em que havia alguma espécie de "ataque" - como o andamento de algum projeto de lei ou posicionamento de contraditório de alguma autoridade. Mas na maioria das vezes, a participação se limita a uma nota ou uma entrevista defendendo o ressarcimento, faltando o envolvimento direto em seu fortalecimento.”

“No período que tenho informação, de 2000 a março de 2003, sim!”

Questão 30: Os gestores estaduais e municipais do SUS adotaram medidas suficientes para que o ressarcimento fosse efetivo.

Gráfico 35 – Opinião dos ex-diretores da ANS se os gestores estaduais e municipais do SUS adotaram medidas suficientes efetivar o ressarcimento



Fonte: A autora, 2021.

Nesta afirmação, 14 entrevistados discordaram da afirmação de que os gestores estaduais e municipais adotassem medidas suficientes para que o ressarcimento fosse efetivo, ou seja, avaliam que os gestores estaduais ou municipais pouco participam do processo do ressarcimento. E de fato, legalmente a única atribuição deles é enviar corretamente as AIHs para o Ministério da Saúde, afora as poucas experiências locais de tentativas de parcerias com o setor suplementar, evitando a utilização indevida ou inoportuna da rede SUS pelas operadoras. Seguem as observações apresentadas:

“Não há organização efetiva para isto.”

“Faltou darem mais importância.”

“Pouco se envolveram.”

“Maioria desconhece.”

“O ressarcimento foi recentralizado pela ineficiência dos entes subnacionais.”

“Desconheço medidas efetivas neste âmbito.”

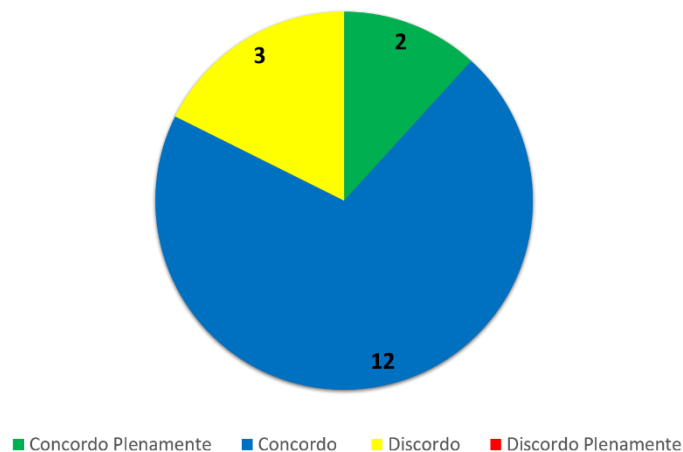
“Estados e municípios não emprestaram prioridade ao ressarcimento na sua real dimensão.”

“Creio que os gestores possuem poucas informações sobre o ressarcimento ao SUS, muito provavelmente porque não é uma questão presente em seu cotidiano. Por exemplo, todo secretário sabe falar sobre números de judicialização e isso ocorre porque as decisões judiciais são numerosas e em alguns locais chegam todos os dias, fazendo com que o envolvimento seja

necessário. Com o ressarcimento, a questão toda acaba ficando no próprio prestador de serviço que já possui inúmeras outras atribuições. Assim, o envolvimento dos secretários acaba sendo secundário.”

Questão 31: O desinteresse dos entes subnacionais em adotar medidas que apoiem o ressarcimento está no fato de os recursos arrecadados irem para o Fundo Nacional de Saúde, e não são transferidos diretamente aos entes executores

Gráfico 36 – Opinião dos ex-diretores da ANS sobre se o desinteresse dos entes subnacionais em adotar medidas que apoiem o ressarcimento está no fato de os recursos arrecadados irem para o Fundo Nacional de Saúde



Fonte: A autora, 2021.

Os entrevistados entenderam, em sua maioria (14), que os entes subnacionais não se interessavam em adotar medidas que apoiem o ressarcimento porque não percebem os recursos diretamente.

“Se fosse direto, o interesse seria outro.

“Deveria ser descentralizado

“Por esta razão e razões políticas

“Pode ser um das razões

“Além de o valor ser muito pequeno

“É provável que isto explique a menor atuação.

“Creio que o desinteresse está relacionado que essa não é uma atribuição legal deles

“Concordo parcialmente, já que não apenas porque não há transferência direta, mas também por desinformação.

Dois avaliaram que é por falta de interesse e vontade política mesmo:

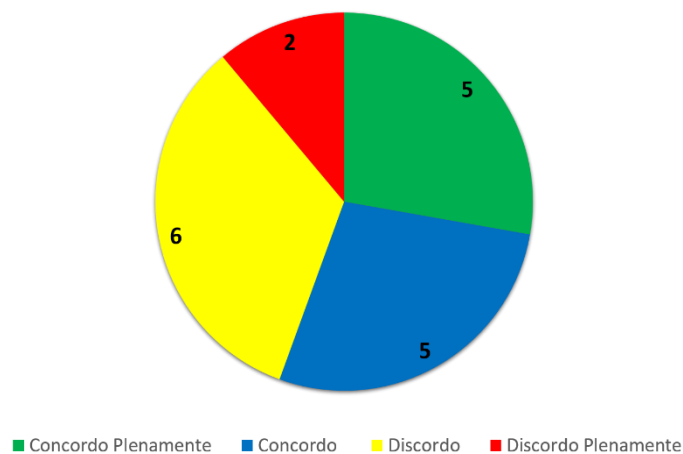
“Está mais relacionado à forma como os gestores se comportam em relação ao setor privado.”
“Como se a gestão do setor saúde fosse só sobre as estruturas do SUS.”

4.2.6 Papel das entidades representativas dos consumidores e operadoras

Seguem os Gráficos 37 ao 39, os quais retratam as questões sobre o papel das entidades representativas dos consumidores e operadoras.

Questão 27: Os órgãos de defesa do consumidor tiveram protagonismos na defesa do ressarcimento.

Gráfico 37 – Opinião dos ex-diretores da ANS se os órgãos de defesa do consumidor tiveram protagonismos na defesa do ressarcimento



Fonte: A autora, 2021.

Dez dos entrevistados, ou seja, uma pequena maioria deles, concordaram com o protagonismo dos órgãos de defesa do consumidor no ressarcimento. Dos 18 entrevistados, 8 discordaram de alguma forma. As justificativas são bem diversas, há comentários que analisam as prioridades de intervenção dos órgãos de defesa do consumidor, outros avaliam que houve pouca apropriação dessas estruturas para compreender o objetivo regulatório do ressarcimento.

“Nunca foi foco. O foco sempre foi o reajuste.”

“Sempre estiveram a favor.”

“Não tiveram protagonismo neste tema, mas sempre posicionaram-se positivamente a tal tema.”

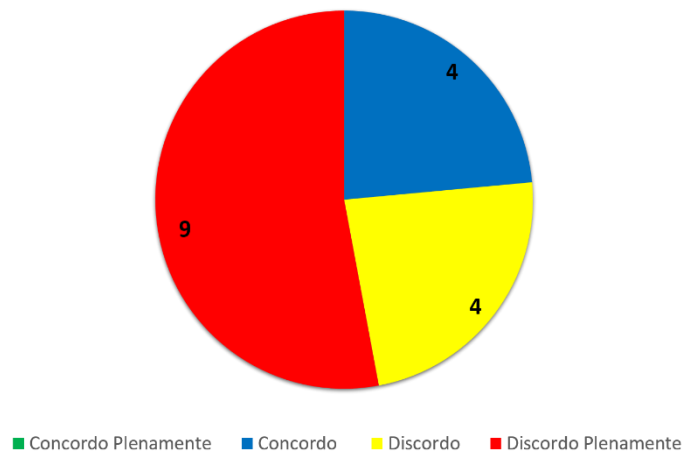
“Essa pressão foi exercida mais pelos sanitaristas do que pelos órgãos de defesa do consumidor.”

“A ação propositiva dos órgãos de defesa do consumidor aprofundou o debate sobre a importância do ressarcimento, sob todos os aspectos.”

“Com raras exceções, os órgãos de defesa do consumidor demonstram desconhecimento tanto da sistemática do ressarcimento, quanto sobre os motivos que levam ao uso do SUS pelos usuários de planos de saúde, levando a posicionamentos que se resumem a frases prontas.”

Questão 32: As entidades que representam as operadoras, na maioria das vezes, auxiliaram na busca de soluções para que o ressarcimento fosse efetivo.

Gráfico 38 – Opinião dos ex-diretores da ANS se as entidades que representam as operadoras auxiliaram na busca de soluções para efetivar o ressarcimento fosse efetivo



Fonte: A autora, 2021.

Dos ex-diretores entrevistados, 13 discordaram que as entidades representativas das operadoras auxiliassem na busca da efetivação do ressarcimento, alguns sendo enfáticos em suas justificativas, inclusive argumentando que foram responsáveis pela judicialização do ressarcimento.

“O foco é retardar e contestar.”

“Sempre foram contra, com falsos argumentos.”

“Não, fere os interesses deles.”

“Desde sempre foram contrárias ao ressarcimento ao SUS.”

“A judicialização do ressarcimento poderia ter sido mitigada caso houvesse real interesse das entidades representativas na implementação do ressarcimento como recomposição do erário

e, principalmente, como instrumento regulatório fundamental na solução do grave problema de dispersão de rede e combate às assimetrias de mercado.”

Dos 4 que concordaram, destacam-se as justificativas abaixo, que parecem ser de atores que dialogavam mais diretamente com essas entidades:

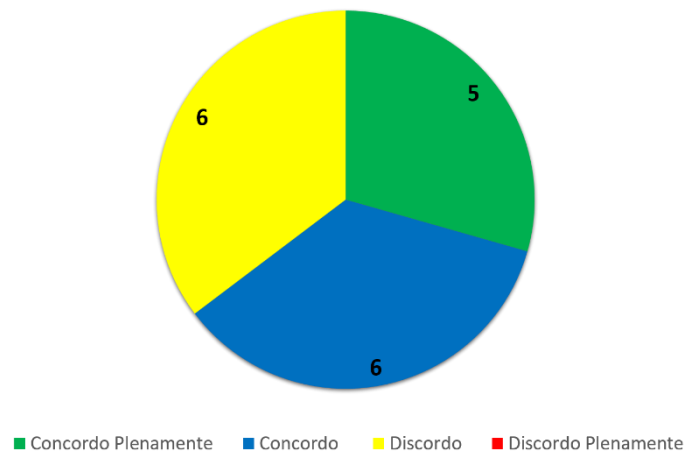
“Concordo parcialmente. No passado os posicionamentos eram mais rígidos combativos, mas nos últimos anos deram espaço ao diálogo e busca conjunta por soluções que possam atender a todos envolvidos. Mesmo a ADI foi importante, para encerrar de vez a discussão sobre legalidade. Então sim, elas atuaram auxiliando.”

“Não tenho informações atualizadas para responder a esta afirmativa. No período entre 2000 a março de 2003, algumas sim, outras não, eram muitas entidades nacionais, regionais, estaduais ou locais.”

“Apontaram pontos de aprimoramento no processo de cobrança.”

Questão 33: As entidades que representam as operadoras, na maioria das vezes, dificultaram na busca de soluções para que o ressarcimento fosse efetivo.

Gráfico 39 – Opinião dos ex-diretores da ANS se as entidades que representam as operadoras dificultaram na busca de soluções para efetivar o ressarcimento



Fonte: A autora, 2021.

Ao inverter a afirmação e considerar a possibilidade de as entidades que representam as operadoras, de fato, dificultaram a busca de soluções para efetivar o ressarcimento, 11 dos ex-diretores concordaram com a afirmação. Ou seja, além das entidades representativas das operadoras não auxiliarem na busca da efetivação do ressarcimento, a maioria dos entrevistados entenderam que elas dificultaram na busca de soluções para isso.

As justificativas foram bem semelhantes à questão anterior.

4. 3 OPINIÃO DE ATORES CHAVES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE RELATIVAS AO RESSARCIMENTO (MINISTROS E SECRETÁRIOS DA SAS)

Como mencionado acima, o segundo roteiro aplicado foi totalmente aberto, contendo 8 questões, com dirigentes chaves do Ministério da Saúde, 5 ex-secretários(as) da Secretaria de Atenção à Saúde e 6 ex-Ministros que capitanearam o MS em algum período entre 2000 a 2019, conforme aponta o quadro abaixo. Optou-se pela SAS, pois é a secretaria que mais tem vínculo operacional, administrativo e técnico com a o processo do ressarcimento.

Quadro 6 – Relação de entrevistados do Ministério da Saúde e o período de vigência de seus mandatos

Ministros entrevistados	Período
José Serra	1998-2002
Humberto Costa	2003-2005
Agenor Alvarez	2006-2007
José Gomes Temporão	2007-2010
Alexandre Padilha	2011-2014
Arthur Chioro	2014-2016
Ex-Secretários e ex-secretária adjunta entrevistados	Período
Renilson Rehem	1998-2002
Jorge Solla	2003-2005
Helvécio Miranda	2011 – 2014
Lumena Furtado	2015
Cleusa Bernardo (adjunta)	2007-2014/2015-até hoje

Fonte: A autora, 2021.

Assim como foi enviado aos ex-diretores da ANS foram solicitadas as contribuições de outros atores chaves, que tenham sido ou Ministros da Saúde ou Secretários da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS. Destes, 6 ministros e 5 secretários (ou substituta) da SAS responderam. Importante destacar, que desses atores chave entrevistados, embora tenham ocupado importantes espaços no MS, 4 deles são parlamentares atualmente– dois Senadores: José Serra e Humberto Costa, e dois Deputados Federais: Alexandre Padilha e Jorge Solla. Esse questionário foi composto de 8 questões abertas, que passa-se a descrever.

O que você considera mais importante no Ressarcimento ao SUS, previsto no artigo 32 da Lei 9656/1998, ou seja, seu maior objetivo?

As respostas obtidas por esses entrevistados chaves podem ser categorizadas em 3 grandes objetivos:

1 – Justiça social e fiscal – se o privado utiliza de um serviço público, que ele o financie por isso e como instrumento de financiamento do SUS. A questão da justiça social, de pagar pelo que deve ou de evitar a apropriação de recursos públicos, é um dos temas mais reconhecidos como objetivo do ressarcimento. Afinal, recursos públicos são bens públicos e devem ser utilizados equitativamente pela sociedade, evitando que um setor se favoreça disso. Como financiamento, embora seja absolutamente justo, há uma certa ilusão de que são recursos que fariam grande diferença nos cofres públicos para o SUS. A dívida hoje gira em torno de R\$3,43 bi. Em tempos de recursos escassos fará diferença nos cofres do SUS.

“Recompor a base de financiamento do SUS, já que as operadoras são remuneradas para o cuidado aos seus beneficiários e (parte) dos serviços prestados, normalmente de custo elevado, são efetuados e pagos pelo SUS, que já é profundamente desfinanciado. Assim, trata-se de uma questão de justiça social.”

“A questão de redução da desigualdade entre os financiamentos do SUS e do setor privado brasileiro, uma das complexas situações da relação público privado brasileiro, ainda que neste caso muito incipiente.”

“Garantir que o SUS seja reembolsado dos gastos efetuados com pacientes que têm cobertura contratual de planos de saúde.”

“A justiça fiscal, o reequilíbrio da equidade na utilização dos recursos do SUS.”

“A possibilidade de contribuir com o financiamento do SUS. Vivemos um cenário complexo: aumento de custos e da demanda pelos serviços públicos de saúde e, ao mesmo tempo, uma crise econômica que está pressionando o orçamento público. A lei é uma forma de ajudar o Estado a enfrentar essas dificuldades de financiamento.”

“O aspecto mais importante foi o reconhecimento da "dívida" das operadoras com os prestadores da atenção à saúde e a regulamentação do ressarcimento, bem como, o cronograma para o ressarcimento aos prestadores dos serviços. Só é necessário fazer cumprir a lei.”

“Garantir ao SUS que as operadoras paguem pelo atendimento prestado aos usuários de planos em rede pública, pois esses beneficiários já pagam pelos atendimentos em contratos. Sendo um recurso que pode ser reinvestido.”

2 – Regulação – i. obter as informações necessárias tanto para o SUS quanto para o sistema complementar planeje suas redes e cumpram seu papel; ii. como um desestímulo ao uso reiterado indevido da rede SUS pelas operadoras, sendo residual, de fato, essa utilização; iii- como demonstrativo da grandiosidade do SUS.

“Contribuir para que as operadoras sejam obrigadas a oferecer redes assistenciais em todo o território onde possuam beneficiários e vendam planos, assumindo assim suas responsabilidades pelo cuidado integral aos seus usuários, reservando o compartilhamento de redes para situações de urgência e excepcionais (e não como rotina, como acontece em muitos lugares e situações).”

“O mais importante é a obrigatoriedade de que uma empresa privada (aqui empresa usado no sentido geral), que vende seus serviços de assistência à saúde ao cidadão e não realiza o que contratualizou deixando ao SUS essa responsabilidade, deva ressarcir o recurso que ganhou para realizar este serviço. Muitas empresas fazem intencionalmente essa desassistência, particularmente em ações de alta complexidade/custo.”

“Conhecer o quanto os Planos e Seguros de saúde não dispõe de rede para atender seus segurados.”

“Além de desvendar os múltiplos caminhos e vasos comunicantes entre os dois sistemas, como ferramenta regulatória.”

“Com isso também desestimular a prática de deixar para o SUS a assistência destes segurados.”

“Além do mais tem o objetivo indireto de mostrar a amplitude, a importância e a generosidade do SUS.”

3 – Garantia Constitucional – garantir que o cidadão brasileiro utilize o serviço que mais lhe convier, ou que lhe seja mais adequado, cumprindo assim a universalidade do SUS. Essa resposta foi apontada por apenas um dos entrevistados o que demonstra ser uma opinião bem residual dos entrevistados. Afinal o preceito da universalidade é mais amplo que o ressarcimento e esse não influi diretamente nesse preceito.

“O artigo 32 vem contribuir na organização do sistema de saúde brasileiro público, sendo complementado pelo privado. Também, assegura o acesso universal aos usuários de planos de saúde que buscam atendimento na rede prestadora de serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente nos casos de emergência, atingindo o objetivo principal previsto no artigo 196 da Constituição Federal.”

A lei do ressarcimento deveria ter mecanismos que permitissem acordos locais entre operadoras e gestores da saúde (como pagamento direto ao SUS local pela utilização de sua rede, contratação de rede do SUS que esteja com possível sobra ou ainda permuta de serviços de acordo com a necessidade de cada um dos sistemas etc)?

Para essa pergunta as respostas podem ser categorizadas em dois eixos: a flexibilização da Lei para que possa haver acordos locais e os que defenderam que não seria adequado qualquer flexibilização.

1 – Possibilidade de acordos locais entre gestores e operadoras de planos de saúde para descentralizar etapas ou a totalidade do ressarcimento. Muitas alternativas apresentadas reforçando a necessidade da pactuação e deliberação dos espaços institucionais do SUS, como Comissões Intergestores e Conselhos de Saúde. Exemplos como no caso da pandemia, que poderia facilitar a regulação de leitos.

“Acordos locais, particularmente estaduais, se forem construídos a partir de regras pactuadas nos espaços de compartilhamento do SUS, podem ser interessantes para efetivar mais rapidamente o ressarcimento e permitir retornos concretos ao SUS.”

“Em momentos como o da pandemia atual, a gestão pelo SUS do conjunto da rede, pública e privada, pode ser uma estratégia necessária para garantir um cuidado universal e equânime . Sempre com diálogo e pactuação com estes.”

“Sim. Acho que seria muito mais efetivo. Talvez mantendo as informações para a ANS e MS.”

“Sim, ainda que também tenha problemas na equidade entre os municípios, já que só os grandes teriam condição de operar o ressarcimento, portanto, deveria ter um mecanismo equalizador dos recursos obtidos.”

“De acordo. Inicialmente seria operacionalizado o processo de ressarcimento ao SUS através dos gestores locais de saúde o que poderia dar maior efetividade na fiscalização, na alocação destes recursos na rede que prestou o atendimento e para coibir a prática de deixar para a rede SUS o atendimento dos pacientes segurados.”

“Desde que pactuado na Tripartite e com critérios bem estabelecidos que garantam homogeneidade de tratamento da questão a nível nacional, sim seria possível.”

“Penso que seria positivo, pois permitiria soluções locais com benefício para a saúde suplementar e para o SUS. O grande desafio é operacional.”

“Acordos locais somente a partir de regras claras definidas em negociação na tripartite e referendado pelo CNS. O cuidado é de evitar manipulação local pela pressão das operadoras.

No acordo local além das regras definidas nacionalmente, deverá também ser exigido acordo na bipartite e homologação dos Conselhos Municipais e Estadual de saúde.”

“Acordos locais apenas para troca e aquisições de serviços, desde que acordados nas CIB e CIT, a parte fiscal apenas deve ser realizada pela União por intermédio do MS e ANS.”

2 – Inviabilidade de flexibilizar a lei do ressarcimento – embora apenas três dos entrevistados tenham demonstrado preocupação, foram com argumentos muito contundentes da inviabilidade de atingir resultados positivos para o sistema de saúde brasileiro. Respostas baseadas em experiências no início da implantação do ressarcimento, bem como a reiterada problemática da dupla porta vivida em alguns hospitais públicos que atendem os planos de saúde, cujo controle fica deficiente. Uma das opiniões também reforça o papel da União em utilizar os recursos de forma equânime, redistribuindo os recursos de forma a reduzir as desigualdades do país.

“Não creio que seja adequado, pois quebraria a lógica constitutiva do SUS e seus princípios. As experiências no início dos anos 2000, logo após aprovação da Lei 9656, foram desastrosas. Interesses políticos, clientelísticos, a força das operadoras e corporações, ainda que com regras e controle social, não me parecem suficientes para garantir uma relação republicana entre gestores do SUS e operadoras. Há ainda outro argumento. A operação da saúde suplementar é desigualmente ofertada no território nacional, concentrando-se em regiões com PIB e empregabilidade mais elevadas. Temo que o resultado seria maior concentração de recursos assistencial, ampliando a desigualdade de oferta e delegando ao SUS menos recursos e menor capacidade do SUS de resolver os gargalos e vazios assistenciais. O Brasil ficaria ainda mais desigual na área da saúde.”

“Se entendi o que está perguntado, a possibilidade da operadora poder comprar serviços da rede do SUS sou totalmente contra. Arranjos já existentes de equipamentos do SUS venderem também para a rede privada seus serviços, a chamada "dupla porta" tem sido responsáveis por uso do dinheiro público para priorizar a qualidade no cuidado privado, em detrimento do investimento desse recurso na prestação de serviços públicos. Muitas vezes inclusive com duplo pagamento para o mesmo serviço prestado ou com a mudança para a "fatura SUS" quando necessita de um serviço de maior custo para a mesma pessoa que acessou mais rápido o serviço pela porta privada.”

“Deve ser mediada nacionalmente, onde há regiões com maiores beneficiários seriam mais beneficiados. Como o SUS é único a redistribuição dos recursos deve levar em consideração as desigualdades do país.”

É de seu conhecimento ações de gestores (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais ou Municipais) e/ou da ANS para evitar que as operadoras de planos de saúde utilizem a rede SUS de forma inoportuna, excluindo os casos de livre demanda dos cidadãos? Poderia relatar?

A resposta dos dirigentes a esta pergunta foi categorizada em três eixos: o primeiro dos que apontam alguma ação diretamente, exemplos concretos; o segundo de alguma possibilidade de ações de gestores, sem citar experiência concreta; e o terceiro do desconhecimento de experiências.

1 - A primeira categoria, que citam experiências conhecidas, traz o modelo de São Bernardo do Campo. Pela explicação, tudo indica que seria uma forma criativa da relação público privada, que iria além do ressarcimento. O foco da ação foram os usuários do sistema mesmo. Pode-se ter atingido o ressarcimento, mas não é uma alternativa a ele. Responde diretamente ao questionamento da pesquisa.

“Só conheço a experiência que liderei em São Bernardo do Campo, a partir de 2009. Não podia ser secretário de saúde de apenas metade da cidade (já que mais ou menos 50% tinham planos de saúde). Criamos uma diretoria de regulação da saúde suplementar na Secretaria Municipal de Saúde. Para além de apoiar os cidadãos que tinham planos e apresentavam dificuldades de acesso ou aumento abusivos, tratamos de estabelecer mecanismos de regulação sobre o uso de serviços por usuários que tinham planos e se utilizavam do SUS, revertendo tal situação e fazendo com que "amigavelmente" as operadoras assumissem responsabilidades assistenciais e custos (cuidado domiciliar, oxigênio, TRS, etc). Mas fomos além. Algumas ações foram de integração de esforços para enfrentar problemas prioritários do município. Houve, por exemplo, um grande esforço de envolver a saúde suplementar (operadoras e prestadores) no esforço para diminuição da mortalidade materna, do enfrentamento da dengue e da epidemia de H1N1, com resultados muito interessantes. Com a melhoria da qualidade do SUS na cidade, abriu-se um amplo debate com o Sindicato dos Metalúrgicos do ABC para estabelecer formas diretas de atenção à saúde aos trabalhadores de montadoras com menos de 100 empregados. Em 2014 deixei a SMS e não sei se foram mantidas tais iniciativas.”

2 - A resposta abaixo aponta dois exemplos. O primeiro exemplo enfatizou o papel da ANS nas direções técnicas e financeiras, instrumento este utilizado pela Agência quando a operadora se encontra em desequilíbrio técnico ou financeiro. A direção técnica constitui um apoio, com a

presença na operadora de um técnico contratado pela própria Agência. Caso a direção técnica alcance os resultados sugeridos a operadora terá sua operação reconhecidamente sanada.

Quanto ao segundo exemplo, embora não tenha citado um caso, é o da possibilidade do serviço SAMU direcionar os pacientes (que sejam beneficiários de planos de saúde com a cobertura adequada), caso eles informem, ou caso tenha um sistema de informação ágil, para o hospital que seu plano de saúde cubra os eventos necessários.

“Em um momento da história da ANS ela investia em processos de direção técnica e financeira que permitiam aprofundar o olhar sobre o modo de funcionamento das operadoras, muitas vezes ajudando a visibilizar mecanismos de desresponsabilização destas com encaminhamentos ao SUS. Eu mesma pude exercer esse papel e vivenciar a importância destes processos. Uma ação que me parece simples e pouco usada, realizada por alguns gestores municipais, é a regulação do SAMU considerar a rede privada como local de encaminhamento, caso seja essa a vontade do usuário. Evita a entrada dessa pessoa, que tem a possibilidade de uso da rede contratada pela sua operadora, no SUS e os desdobramentos disso.”

3 - Uma outra resposta afirma não conhecer ação concreta, mas relata um formato no qual a justiça faria uma certa “pressão” para que as operadoras resolvessem. Não fica claro se na etapa da eventual negativa de cobertura ou se na etapa para o devido ressarcimento.

“Não tenho conhecimento real de alguma ação nesse sentido recentemente. Já me foi relatado a organização de ação judicial para “enquadrar” operadoras, mas não tenho conhecimento se prosperaram. Estou há muito tempo fora desse contexto.”

Todos os demais comentários foram informando que desconhecem experiências nesse sentido. Evidencia-se um deles que avalia ser impossível qualquer articulação nesse sentido, pela inviabilidade dos dados constantes nos sistemas de informação.

“Não conheço experiência positiva nesta direção. Mesmo a implantação das centrais de regulação do SUS não conseguem identificar e redirecionar pacientes que tenham cobertura de planos de saúde porque não têm acesso a lista dos segurados o que ficou restrito ao acompanhamento pela ANS.”

O ressarcimento, no atual formato, terá viabilidade no futuro?

Para esta questão, as respostas podem estar categorizadas da seguinte forma: os que avaliaram que o ressarcimento tem viabilidade, outros que avaliaram que há viabilidade, se superadas algumas barreiras, e outros que não vislumbram viabilidade.

1 - Dos que avaliaram viável o ressarcimento, apontaram especialmente os avanços alcançados nos últimos anos:

“O sistema de ressarcimento desenvolvido a partir de 2013/2014 superou, finalmente, qualquer dificuldade de ordem técnica ou legal. Sua lógica é simples e factível. Sua aplicação depende de vontade política (do Ministério da Saúde e da ANS) e de como se compreende o papel da saúde suplementar no sistema nacional de saúde brasileiro.”

2 - Dos que avaliaram que há viabilidade caso sejam superadas dificuldades, apontaram algumas sugestões, em especial a necessidade de um novo pacto na relação público privada, da descentralização e da possibilidade de aumentar as punições às operadoras:

“Difícil saber. De todo modo acho que se precisa pensar em evoluir talvez para outro modelo que crie mais condições de parceria entre o SUS e o Setor Privado.”

“É fundamental que este seja melhor regulamentado para ficar menos vulnerável às pressões das operadoras.”

“Acho que ele deverá ser remodelado, com o objetivo de permitir que o ressarcimento aconteça no âmbito da gestão local do SUS.”

“Precisa ser aperfeiçoado tornando mais efetivo e com valores que desestimulem a que o atendimento fique a cargo do SUS.”

“O ressarcimento só alcançará seus objetivos quando se conseguir a integração total das bases de dados do SUS e do sistema suplementar, prontuário eletrônico universal e universalização do cartão SUS.”

“Tenho dúvidas. Talvez tenhamos de ser mais criativos e buscar construir uma solução em conjunto: saúde suplementar e o SUS. Volto a dizer, o problema operacional deve ser enfrentado como uma das prioridades. Se isso for feito, as soluções vão aparecer ao longo do tempo.”

3 - E, enfim, os que não vislumbraram qualquer viabilidade. Destaca-se o comentário abaixo.

“Não creio. O atual formato é muito frouxo e não impõe nenhuma sanção efetiva às operadoras no caso de descumprimento do estatuto legal que rege o tema. As próprias chicanas judiciais inviabilizam a cobrança do ressarcimento. O próprio termo ressarcimento leva a compreensão equivocada da obrigação. Passa a ideia de ação voluntária e não obrigação de um contrato regulado por uma lei.”

De que forma o Ministério da Saúde acompanha a efetividade do papel da ANS no ressarcimento?

As respostas a essa questão foram mais homogêneas, em que quase todos avaliaram que o MS não faz esse acompanhamento diretamente ou como deveria ser feito.

“Acho que não acompanha.”

“Sem dar prioridade no meio de tantas demandas e necessidades da gestão do SUS.”

“O Ministério da Saúde, por meio do Fundo Nacional de Saúde, disponibiliza uma conta específica para o recebimento do crédito de ressarcimento, no entanto todo o processo é coordenado e executado pela ANS, que tem acesso direto à conta específica, para o controle dos recursos ressarcidos ao SUS.”

“Desconheço ação do nível central do Ministério da Saúde nos últimos anos nesta direção.”

“Infelizmente, não sei se acompanha. Percebo pouca interação entre a ANS e o MS, mas sai do Ministério há quase 20 anos.”

“Pelo que já acompanhei no próprio MS o acompanhamento se dá de forma muito relativizada sobre a responsabilidade da ANS. Deveria ter um acompanhamento mais rigoroso, inclusive para permitir ao MS apoio político e jurídico do Governo na formalização do ressarcimento e cobrança de ações efetivas para que o ressarcimento possa se viabilizar a contento.”

Duas das respostas foram destoantes, uma delas em que o entrevistado avaliou que acompanhou o máximo possível, e que inclusive, o fato de o MS participar ativamente dessa política pode ter sido um fator de redução na sustentabilidade política de sua gestão. Outra resposta destoante foi de ressaltar novamente o papel do ressarcimento na gestão da relação público privada, com base no papel gestor do MS como coordenador do Sistema Nacional de Saúde.

“Não sei como isso se dá - ou mesmo se ocorre - no momento. Na minha gestão procurei acompanhar passo a passo a implementação, os resultados, dar visibilidade nacional,... E também sei que paguei alto preço político por isso.”

“Ele pode ter um papel importante nesse acompanhamento quando sua relação geral com a ANS é de coordenador do sistema nacional de saúde, onde o privado também está. Sem exercer este papel não tem a possibilidade de fazer com qualidade esse acompanhamento.”

Quais seriam as responsabilidades/ações dos atores (gestores do SUS, ANS, operadoras e prestadores de serviço), para que haja equilíbrio nas relações público-privadas envolvidas no ressarcimento?

Para essa questão, as respostas podem ser divididas em duas categorias: os que acreditaram que os instrumentos existentes são suficientes, apenas há necessidade de implantá-los; e os que apresentaram novas alternativas para que seja estabelecida uma verdadeira relação público privada saudável.

1 - Para os que acreditaram que os atuais instrumentos são suficientes e que depende de vontade política de implantar, destacam-se:

“Cumprimento da regra do jogo já estabelecida. A questão dos obstáculos ao ressarcimento só pode ser compreendida no campo da política e do jogo de interesses econômicos vigente. Um mercado que se criou e sobreviveu mais de 4 décadas sem qualquer regulação clama por um retorno ao passado, onde não era regulado, criava as regras e não tinha nenhuma obrigação em assumir suas responsabilidades. Por outro lado, MS e ANS teriam que se preparar tecnicamente e cumprir seus deveres e obrigações. Não me parece, insisto, que seja um problema de inadequação da política de ressarcimento. Só resistências que precisam ser quebradas e consolidadas.”

“Aprendemos no SUS que o melhor caminho para qualificar as ações de gestão é o fortalecimento de espaços de conversa e pactuação (quando possível). Os gestores do SUS e da ANS tem a responsabilidade de aprofundar e definir conjuntamente os passos, fluxos e consequências do processo de ressarcimento. Isto posto é importante o compartilhamento com as operadoras/prestadores, cobrando destas suas responsabilidades.”

“Tanto os gestores públicos quanto os privados devem manter as suas redes assistenciais funcionando adequadamente, para facilitar o acesso dos usuários ao tratamento adequado, evitando que recorram a outras alternativas.”

2 - Na categoria de apresentação de alternativas, as respostas abaixo apontaram alguns caminhos. Desde descentralizar ações do ressarcimento, como a proposta de um espaço permanente de debate e pactuação específico sobre o tema até um pequeno roteiro com atribuições para cada um dos atores responsáveis pelo ressarcimento, destacando o papel dos gestores que no atual formato não participam diretamente:

“Maior descentralização possibilitando acordos locais e outras formas de ressarcimento de modo a construir uma parceria.”

“O MS poderia propor uma câmara permanente da relação público privada no SUS, ainda com as insuficiências legais no Brasil, para analisar, acompanhar e propor medidas em todos

os campos, incluindo sistema de informação, gestão da qualidade e performance, regulação, etc entre os dois subsistemas.”

“Gestores do SUS - fiscalização e geração dos processos de ressarcimento.”

“ANS - regulação do sistema e cobrança dos processos não pagos”

“Operadoras - assegurar a cobertura dos serviços contratos - suficiência de rede. Prestadores de serviço - oferta a assistência contratada pelas operadoras ou pelo SUS.”

“Entendo que tudo precisa se iniciar com um diálogo mais aberto e franco. O Ministro da Saúde tem um papel fundamental de priorizar as ações que tragam maior benefício para a sociedade.”

“Atuar de forma integrada nas ações de cobrança do ressarcimento com definição de diretrizes políticas claras da responsabilidade individual e coletiva intergestores como mecanismo de pressão sobre as operadoras.”

Em que pese a ANS ser a principal responsável pelo processamento do ressarcimento ao SUS, o que o Ministério da Saúde pode fazer para tornar esse processo mais efetivo, ou que garanta que as operadoras reduzam as negativas de cobertura e até facilitem o acesso de seus beneficiários aos procedimentos a que tem direito?

Várias sugestões interessantes foram desvendadas com essa questão. Podemos dividi-las em duas categorias: o MS fortalecer o Sistema Nacional de Saúde, compreendendo que a Saúde Suplementar é de sua responsabilidade também e pela primeira vez foi resgatado o papel do acompanhamento das ações da ANS por meio do Contrato de Gestão ⁹; uma proposta mais operacional de melhoria dos sistemas de informação.

1 - Na categoria de fortalecimento do Sistema Nacional de Saúde destacam-se as seguintes sugestões, incluindo a proposta de descentralização das ações

“Assumir efetivamente seu papel de coordenador na elaboração das políticas públicas de saúde para cumprir o preceito constitucional de saúde para todos, além de estabelecer regras mais claras no monitoramento das atividades regulatórias da ANS. Propor mudanças no contrato de gestão da ANS e MS para definir mecanismos de responsabilização de ambos no descumprimento de cláusulas essenciais para garantia dos direitos dos usuários e do SUS no ressarcimento.”

⁹ Contrato de Gestão tem o objetivo de pactuar entre a ANS e a União, por intermédio do Ministério da Saúde, compromissos e resultados mediante o estabelecimento de diretrizes estratégicas, ações e indicadores. O contrato constitui instrumento de controle social e de avaliação e aperfeiçoamento da gestão e do desempenho da ANS.

“Penso que as regras de cobertura deveriam ser as mesmas para o SUS e os seguros e planos de saúde.”

“1) estabelecer isso como prioridade política acionando demais atores do executivo federal, do legislativo e judiciário que possam contribuir como tema 2) aprimorar mecanismos de informação do SUS 3) contribuir com a ANS para dar transparência.”

“Exigir no Contrato de Gestão que a ANS cumpra o seu papel. Vontade política para fazer cumprir. Dar muita transparência ao ressarcimento, envolvendo o Conselho Nacional de Saúde na fiscalização (até porque os recursos beneficiam diretamente o SUS ou porque passam a exigir que as operadoras cumpram seu papel e deixem de sobrecarregar o SUS).”

“A gestão do SUS e não só o MS precisa pensar em iniciativas que identifiquem a possibilidade ou maior risco de uso dos serviços públicos por clientes de planos e seguros de saúde antes que aconteça e assim construir soluções conjuntas.”

“O principal fator é político. Apenas quando o governo federal colocar o SUS no centro da política de saúde em toda a sua radicalidade. E isso pode ser alcançado através do aperfeiçoamento da legislação do ressarcimento, aperfeiçoamento do contrato de gestão entre a ANS e o MS e avanços na integração das bases de dados.”

“Continuo defendendo a descentralização do processo de ressarcimento ao SUS.”

2 - Na categoria de melhoria da informação, abaixo as principais sugestões, sendo considerado uma questão operacional:

“O Ministério da Saúde pode provocar o aprimoramento dos sistemas de registro de informações, desde onde o paciente é atendido até o processamento final das contas.”

“Para além do que já está posto e dada a complexidade das informações necessárias para este acompanhamento, o desenvolvimento/oferecimento pelo MS de ferramentas tecnológicas que facilitem a publicização e o acompanhamento desses processos pode ser importante se pensamos a possibilidade deste processo de ressarcimento ter gestão descentralizada.”

Cite possíveis alternativas ao ressarcimento, capazes de tornar essa relação público-privada mais dinâmica e eficiente, sem prejudicar o SUS, em especial.

Essa questão, para esses entrevistados, que viveram e vivem a experiência do SUS em diversas instâncias e instituições, aponta aperfeiçoamento e alternativas ao ressarcimento com respostas detalhadas. Interessante observar que pela primeira vez aparece a necessidade de revisar a legislação da saúde suplementar, com objetivo de atualizá-la. As respostas apresentaram sugestões bem diversas como pode-se observar, na íntegra, abaixo:

“Teria vontade de experimentar uma alternativa mista: pagamento pelas Operadoras de parte do ressarcimento em prestação de serviços que fossem essenciais para aliviar a repressão de demanda para os usuários do SUS. Penso que isso poderia ajudar a resolver gargalos do SUS, sem desfinanciar municípios e regiões que contam com pequena cobertura.”

“A fragmentação da oferta das ações necessárias ao cuidado, pelo SUS e pelo sistema privado, centradas em consultas, exames e procedimentos isolados é o maior fator de facilitação da assistência de baixa qualidade em ambos e também a desresponsabilização do privado por procedimentos isolados de alto custo. Uma política que estava em construção no MS apontava para possibilidades de superação desse modelo e que penso pudesse incidir fortemente na qualificação da relação público-privado. A construção de "pacotes integrais de cuidado" que passariam a ser objeto de contratação, responsabilizando os prestadores também privados por ofertar todos os procedimentos necessários para aquele cuidado e não apenas pelos mais rentáveis. Para isso será necessário um mapeamento da rede pública e privada existente em cada município/região/estado possibilitando um planejamento global.”

“Penso que o ressarcimento financeiro deva permanecer apenas para os casos onde não seja possível uma integração e parceria ao nível local. Essa parceria pode se dar, por exemplo, como uma base per capita, principalmente onde a quantidade de beneficiários seja tão pequena que não justifique o investimento em uma rede mesmo que contratada. Claro que isso se torna mais viável ao nível municipal para a Atenção Primária à Saúde.”

“A questão financeira ainda que tenha algum peso e sirva como apoiador das iniciativas para as operadoras cumprirem as normas legais e da ANS sobre oferta suficiente e de qualidade aos seus beneficiários, a grande questão ao meu ver é o caráter regulatório do mesmo, que pode ser muito mais bem explorado pelos gestores do SUS nas três esferas, desde que num movimento de realinhamento da relação público privado no Brasil, como por exemplo, a fila única regulatória pelo menos para alguns procedimentos de alta complexidade. Este arranjo se efetivado, pode ser mais útil do que arrecadar um recurso pouco relevante em termos de orçamento global do SUS.”

“Não vejo alternativa ao ressarcimento, principalmente pelo modelo do sistema de saúde adotado no Brasil.”

“Acho que pode ser além de descentralizar serem implantados mecanismos que façam o link entre as bases de dados das operadoras e as do SUS para informatizar e agilizar a identificação dos processos de ressarcimento a serem abertos.”

“Talvez deixar de ser ressarcimento e passar a ser um pagamento em base per capita proporcional à disponibilidade adequada ou inadequada da oferta de serviços de saúde. Como

o SUS em muitos locais também contrata a prestação de serviços privados, a saúde suplementar poderia participar desse financiamento.”

“Indicar mudanças na legislação para que o descumprimento do ressarcimento possa ser punido com sugestão de suspensão da atuação da operadora nos locais de apuração dos procedimentos passíveis de ressarcimento e não cumpridos.”

“Em caso de reincidência suspensão extensiva em toda de conveniada.”

“Indicar procedimentos para serem regulados pelas centrais do SUS; em caso da regulação indicar o setor público para atendimento, ressarcimento direto da operadora para o sistema local.”

“Tribunais e órgãos de controle auditar operadoras inadimplentes com ressarcimento.”

“Não acredito que o espírito central da lei precisa ser alterada. O que pode existir são mecanismos de estímulo positivo para as operadoras a cumprirem como divulgação, acesso a conta ANS, etc.”

“Discutir arranjos de trocas de serviços, de compras de serviço de acordo com a ociosidade que possa haver tanto na rede do SUS ou na rede das operadoras de planos. Além de um diálogo permanente entre os dois sistemas (SUS e Suplementar) para que a incorporação tecnológica não gere uma oferta demasiada em nenhum dos dois sistemas. Além disso, é hora de avaliar se há necessidade de atualizar a legislação da saúde suplementar.”

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desta tese é analisar o ressarcimento ao SUS, pelos planos privados de atenção à saúde, das despesas decorrentes da utilização da rede pública por seus beneficiários. A metodologia escolhida para este estudo, buscou incorporar a realização de análise bibliográfica; pesquisa documental; análise dos sistemas de informação da ANS e do MS; avaliação dos instrumentos legais e de possíveis propostas de alterações que circundam o tema por meio de projetos de lei; bem como da coleta das opiniões dos gestores que participaram de forma direta e indireta da sua implantação e implementação.

De tal feita, foi possível identificar os objetivos do ressarcimento, lacunas legais e processuais eventualmente presentes no processo, bem como discorrer sobre recomendações para aperfeiçoamento da relação público privada expressas no ressarcimento ao, e em benefício, do SUS. Abaixo discorre-se sobre os objetivos, lacunas e recomendações identificados nessa pesquisa.

Pode-se perceber que o ressarcimento ao SUS tem alguns objetivos, corroborados pela opinião dos entrevistados e pela análise documental. Os principais são:

1 – Regulação estatal – tem o objetivo de evitar que as operadoras utilizem a rede SUS como parte de sua rede, ou mesmo que neguem ou dificultem o acesso de seus beneficiários aos procedimentos que têm direito, forçando-os, de certa forma, a recorrerem ao SUS.

Uma das conclusões que se observa nesta tese é que dentre os maiores objetivos do ressarcimento destaca-se a regulação estatal, ou seja, a necessidade imperiosa de evitar que as operadoras de planos privados utilizem a rede SUS como seus próprios serviços. Referida conclusão encontrou eco na opinião da maioria dos responsáveis diretos pela regulação da saúde suplementar entre 2000 e 2020, entrevistados nesse estudo.

Observa-se também que embora tenha havido uma evolução ao longo dos anos nos resultados do ressarcimento ao SUS, do ponto de vista de melhora do processo de cobrança, ainda restam alguns vácuos, como por exemplo a cobrança apenas das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade. Quanto aos demais procedimentos da atenção à saúde não é possível realizar a cobrança, pois alega-se que as informações são insuficientes para viabilização deste procedimento. De toda sorte, há um debate, que necessita de aprofundamento, quanto a efetividade da cobrança de determinados procedimentos. Se, por um lado, o custo operacional para o processamento do ressarcimento pode ser maior que o valor cobrado e, isoladamente não resultar em valores significativos, de outro, no conjunto, pode resultar valores importantes que impactem o SUS. Considera-se que independentemente do

volume de recursos que venham a retornar aos cofres públicos, as informações adquiridas quanto aos procedimentos realizados pelo SUS para beneficiários de planos de saúde pode servir como instrumento de planejamento para o SUS e para a saúde suplementar.

2 – Auto ou micro regulação das operadoras – que são as formas de regulação que são pautadas na relação entre as operadoras, prestadores e beneficiários, sem a interferência do Estado (BRASIL, 2005). Pode, no caso do ressarcimento, ser um instrumento para que as operadoras avaliem e reorganizem suas redes a partir das informações obtidas no processo de ressarcimento, no âmbito interno, independente de ações da ANS.

O outro objetivo regulatório é que as próprias operadoras organizem suas redes a partir das informações decorrentes do ressarcimento, por isso micro ou autorregulatório, evitando-se que os beneficiários migrem para a rede SUS. Isso pode ser realizado analisando-se a frequência da utilização da rede SUS, ou por procedimentos (identificando necessidade de ampliação da rede) ou por localidade (observando os vazios assistenciais). Muito embora tenhamos notado a possibilidade desse objetivo regulatório, não foi possível analisar no âmbito deste estudo ações significativas por parte das operadoras que resultassem numa reorganização de suas redes por meio das informações oriundas do ressarcimento, tema, portanto, que merece aprofundamento.

3 – Compensação e indenização – Trata-se da devolução aos cofres públicos dos recursos decorrentes da utilização pelas operadoras da rede SUS, indenizando-o por essa utilização indevida. O conceito de indenização vem ao encontro das definições estabelecidas na tabela TUNEP, alteradas pelo Índice de Valoração do Ressarcimento (IVR)¹⁰, que ficam acima dos valores da tabela SUS, com o claro objetivo de indenizar o SUS.

Por sua vez, o STF considerou que a natureza do ressarcimento não é fiscal ou punitiva, mas sim de natureza compensatória e indenizatória (BRASIL, 2018b). Assim, embora para os gestores entrevistados as naturezas expressas pelo STF sejam importantes, referindo-se, inclusive, como um enriquecimento sem causa por parte das operadoras, esse não é o principal objetivo identificado. Ou seja, a questão regulatória (de evitar que as operadoras utilizem a rede SUS como suas) ou autorregulatória (estímulo às operadoras para estruturar suas redes e fluxos de atendimento) é mais intenso na opinião dos entrevistados e secundarizada (embora não descartada) pela decisão do STF. Em síntese, conclui-se que para os gestores o principal objetivo do ressarcimento é regulatório e para o STF é o compensatório. No entanto, a opinião dos entrevistados converge com a decisão STF quando este considera a natureza do

¹ Tabela TUNEP foi substituída pelo IVR em 2014. Esse índice é equivalente a 1,5 o valor da tabela SUS.

ressarcimento indenizatório. Assim a política pública de regulação é efetivada em todos os aspectos, de regulação, autorregulação, indenização e compensação.

O SUS é um sistema cronicamente subfinanciado, sendo que a situação se agravou quando da aprovação da Emenda Constitucional 95 em 2016, que estipulou um teto para o gasto público, retirando R\$ 22,5 bilhões do orçamento federal de ações e serviços públicos de saúde entre 2018 e 2020 (CHIORO *et al*, 2021). Desta forma, será sempre necessário considerar todas as fontes de recurso para o SUS, em especial a fonte compensatória e indenizatória, que encontra assento no ressarcimento. Como apresentado nesta pesquisa, dos R\$ 8,10 bi passíveis de ressarcimento apenas R\$ 4,67 bi foram pagos ou parcelados, sendo R\$ 3,43 bi são devido aos cofres públicos. Anualmente o impacto pode não ser tão expressivo, mas, quando analisado cumulativamente tem uma importância significativa.

Para Pereira, Moretti e Pucca (2020), encontra-se no Brasil uma lamentável situação de nos configurarmos no único caso no mundo com sistema universal em que os gastos públicos representam menos da metade das despesas totais do setor saúde, portanto não é possível desconsiderar qualquer fonte de recursos. Em 2015 a OMS já apontava que o gasto público em saúde no Brasil em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) foi de 3,8%, enquanto na Argentina foi 4,9% e o National Health Service (NHS) britânico aplica 7,9% do PIB (OCKÉ-REIS, 2020). Portanto, é urgente que, na efetivação de um sistema de saúde universal, o gasto público em saúde seja superior ao gasto privado.

Quanto às lacunas existentes no ressarcimento ou à necessidade de revisões legais ou processuais (papel dos gestores) pode-se concluir que:

1 – Quanto aos aspectos legais:

Percebeu-se que tanto nas opiniões dos pesquisados nesta tese, que consideram os embasamentos das Lei nº 9656/98 e 9961/00 suficientes para que o ressarcimento seja executado pelo MS e ANS, quanto na própria decisão do STF que referendou a constitucionalidade do ressarcimento, ainda que esse tema tenha ficado aguardando 20 anos para seu julgamento final, não foram identificadas lacunas na legislação hoje existente de ressarcimento ao SUS.

Mesmo neste ambiente, percebe-se que apesar desta decisão do STF, algumas das operadoras persistem em descumprir esse preceito legal. Em 2019, conforme informações da ANS, 23 operadoras em situação ativa no cadastro oficial, não havia pagado nenhum valor relativo ao ressarcimento, uma dívida de mais de 380 milhões de reais. Se considerar o total das operadoras (incluindo ativas e inativas) 321 delas não haviam quitado suas dívidas relativas ao ressarcimento, totalizando 544 milhões de reais (BRASIL, 2019).

Um aspecto a ser aprofundado é a necessidade de uma regulação mínima dos chamados planos públicos de assistência à saúde. Aqueles que são estabelecidos e oferecidos pelo setor público aos servidores públicos. Atualmente não há em nenhum órgão atribuição para que eles sejam regulados em nenhum aspecto, inclusive não ressarcem ao SUS.

Por sua vez, conforme descrito nesta tese, embora haja consenso sobre a suficiência da legislação do ressarcimento, verifica-se as possibilidades de alteração legal, identificadas nos Projetos de Lei que tramitam no Congresso Nacional, tendo como principal objetivo descentralizar os recursos e algumas etapas do processamento do ressarcimento. Não foi verificada a intenção de supressão do advento do ressarcimento, embora algumas operadoras persistam em não cumprir seu dever legal.

2 – Quanto ao papel dos agentes reguladores (MS e ANS)

Pode-se concluir, pelas opiniões obtidas dos entrevistados e pela análise do histórico do ressarcimento, que embora haja uma avaliação positiva dos progressos alcançados no decorrer dos anos, há análises indicando que o papel dessas estruturas públicas pode ser mais efetivo, em especial se o MS colocasse o ressarcimento entre as suas prioridades políticas. Também é possível inferir que se a ANS tivesse um papel mais ativo, em especial para elaborar uma política regulatória que induzisse mais efetivamente as operadoras a efetuarem o ressarcimento de forma ágil, ou mesmo, incentivasse ações prévias ao ressarcimento, de organização de rede e de autorização de procedimentos mais eficazes, poderia auxiliar as operadoras a evitar que seus beneficiários sejam impelidos a utilizar a rede SUS, óbvio que quando esse for um problema de organização interna da operadora e não uma ação deliberada.

Analisando os normativos da ANS e do MS referentes ao ressarcimento ao SUS, percebe-se que estes pouco agiram para estimular que o ressarcimento fosse utilizado pelas operadoras como um instrumento avaliativo de suas redes, ou seja, autorregulatório. O órgão regulador pode e deve estimular os agentes regulados, por meio de capacitações, campanhas e reconhecimento às melhores práticas nos seus processos internos.

3 – Quanto à participação dos entes subnacionais – estados e municípios

É consenso também que há pouca participação e interesse dos entes subnacionais, estados e municípios para assumirem alternativas que pudessem auxiliar o órgão regulador na efetivação do ressarcimento. Infere-se, pelas entrevistas, que isso ocorre principalmente porque a atribuição legal é do governo federal.

Outra possibilidade para esse desinteresse ocorre porque os recursos ressarcidos não vão direto aos fundos municipais ou estaduais de saúde. Isso é comprovado pela articulação política refletida no levantamento, realizado por esta pesquisa, quanto aos Projetos de Lei apresentados

no Congresso Nacional, que, embora poucos, podem refletir o desejo de alguns parlamentares de ir ao encontro de propostas descentralizadoras dos recursos do ressarcimento. Em especial os PL's no Senado Federal, que reorganizam o destino dos recursos oriundos do ressarcimento, que ao invés de serem centralizados nos cofres da União propõe sua destinação direta aos Fundos Estaduais ou Municipais de Saúde.

Embora a atribuição legal de realizar o ressarcimento ao SUS seja do governo federal, alguns mecanismos, com ou sem mudanças legais, podem ser adotados por todos os entes e instituições, como forma de melhorar a relação público privada, gerando otimização e melhorias no resultado do ressarcimento e conseqüentemente uma relação público privada mais harmônica.

Importante lembrar aqui também a necessidade de regulação dos planos públicos de assistência à saúde. Em especial, porque esses planos são operados pelos governos estaduais e municipais. Caberia a estes entes, com apoio do governo federal, uma regulação mínima que fosse ao encontro do interesse público. Esse tema necessita de aprofundamento.

A seguir apresentam-se algumas recomendações, para aprofundamento futuro, como forma de atingimento de um dos objetivos dessa tese:

1 - Essa pesquisa identificou, na fala de um dos entrevistados, a experiência de São Bernardo do Campo onde a gestão da saúde municipal teve um papel ativo na articulação entre os setores público privado de forma a planejar a atenção à saúde de forma universal de fato. Foram criados mecanismos de mediação de conflitos, tanto para o acesso de beneficiários dos planos aos serviços contratados, quanto na avaliação de aumentos abusivos possivelmente praticados pelas operadoras. Além do aspecto de mediação de conflitos, a experiência logrou êxito em medidas de ações comuns para enfrentamento de questões de saúde pública, como o enfrentamento da dengue e da epidemia de H1N1.

Experiências semelhantes no país podem ser buscadas pela ANS e pelo MS e divulgadas como estímulo e com o objetivo de levar soluções que aprimorem a relação entre os sistemas público e o suplementar. Trocas de experiências são sempre exitosas na gestão do SUS e melhores práticas podem vir a ser adotadas pelo gestor federal com o apoio dos estados e municípios.

Como forma de induzir que as operadoras lancem mão de ações que organizem suas redes e seus processos de autorização, evitando que seus beneficiários migrem pra rede SUS, ou mesmo formas de agilizar o processamento e pagamento do ressarcimento, a ANS pode utilizar de mecanismos de indução de boas práticas, como fez em algumas políticas, a exemplo das campanhas de promoção à saúde e prevenção de doenças no âmbito do setor suplementar,

ou mesmo o estímulo ao parto normal. Da mesma forma quanto ao acima proposto relativo às boas práticas existentes, aqui se propõe políticas de regulação que incentivem ações adequadas que reduzam a necessidade de ressarcir ao SUS, ou mesmo reconhecendo e divulgando práticas exitosas. Embora os entrevistados tenham se referido ratificando a necessidade desse incentivo, não foi identificada, nas análises efetuadas das normas editadas pela ANS, ação normativa que fosse ao encontro desta ação.

2 - O Índice de Desenvolvimento da Saúde Suplementar (IDSS) é um programa desenvolvido pela ANS com a finalidade de avaliar anualmente as operadoras, estimulando a qualidade da atenção à saúde prestada por elas e dando transparência para a população, como um mecanismo de redução da assimetria de informação que comumente ocorre na saúde suplementar. Este IDSS é divulgado amplamente, de forma que a sociedade possa avaliar cada uma das operadoras, mas a metodologia de avaliação não inclui uma análise ou avaliação do ressarcimento ao SUS. Em que pese um dos eixos conter avaliações sobre a garantia de acesso, não é utilizado o ressarcimento como um mecanismo para avaliar a efetividade da organização da rede.

3 - Em 2012, já se observava pelo Senado Federal a necessidade de aprofundar a interface entre os sistemas público e suplementar, questão que continua cabendo muito bem ainda hoje. A Comissão Temporária Externa do Senado, destinada a propor soluções ao Financiamento do Sistema de Saúde do Brasil propôs esse encaminhamento, embora não tenha sido levada adiante até o presente:

Criem Comissão Temporária destinada a discutir a relação público-privado do sistema de saúde brasileiro, com o objetivo de aprofundar as interfaces existentes entre o SUS e o sistema suplementar e suas possíveis otimizações (BRASIL, 2013).

Embora a correlação de forças políticas no Congresso atualmente não seja a mais favorável à valorização do sistema público e do bem público, inclusive com possibilidades de favorecer o interesse econômico peculiar do sistema suplementar, esta sugestão precisa ser considerada no momento mais oportuno.

Vários outros eixos da interface público privada devem ser refletidos com mais profundidade pelas autoridades, como a participação das Organizações Sociais no sistema de saúde brasileiro e o debate dos potenciais benefícios e possíveis prejuízos das isenções fiscais do setor privado no financiamento da saúde pública. Outro eixo fundamental para ser articulado é a regulação da incorporação e distribuição tecnológica de produtos e procedimentos no

sistema de saúde brasileiro, com identificação de déficits e sobras em ambos os subsistemas. É premente uma reordenação da cadeia produtiva da saúde para que atenda às necessidades de saúde da população e reduza os impactos dos interesses puramente econômicos nesse processo.

4 - Aperfeiçoamento constante dos sistemas de informação. Conforme afirmado por Ribeiro (2004) as questões informacionais são imprescindíveis pro processo regulatório e para conferir maior transparência ao setor. No mundo contemporâneo em que vive-se a era digital e a internet das coisas conecta praticamente a totalidade da vida do cidadão, é absolutamente necessário e aceitável que todas as informações de saúde dos brasileiros estejam unificadas em um sistema, seja ele usuário do SUS ou do sistema suplementar, e que o acesso à essas informações seja seguro e esteja disponível no tempo necessário. E, por meio dessas informações, pode-se agilizar o processo do ressarcimento, ou até mesmo lançar mão de métodos de compensação ao SUS pela utilização da rede pública pelos beneficiários.

Com informações seguras é possível identificar vazios e excessos assistenciais das redes públicas e privadas. Assim, planejar as redes de serviço com o olhar de toda a estrutura de saúde, podendo permitir arranjos locais ou regionais de trocas de serviços, ou até um compartilhamento de rede por nível de atenção, priorizando sempre o interesse público. Tema esse, que merece aprofundamento.

5 – Regulação mínima, iniciando com a coleta de informações dos planos públicos de assistência à saúde operados pelos entes subnacionais, que como observado nessa pesquisa atinge aproximadamente 12 milhões de brasileiros. Mesmo que essa atribuição legalmente não seja da ANS, um estímulo desta, juntamente com o MS e com a Comissão Inter gestores Tripartite, para que se inicie um projeto de conhecimento e acúmulo de informações para planejamento e tomada de decisão posterior. Os beneficiários destes planos não devem ficar sem nenhum respaldo regulatório, como ocorre atualmente.

6- Aplicação de um valor fixo a ser pago pelas operadoras baseada na quantidade de beneficiários afiliados ao plano. O recurso recolhido poderia ser destinado aos segmentos da atenção à saúde do SUS que mais compartilham ações com o sistema suplementar como a rede de urgência e emergência e as ações de vigilância sanitária e em saúde.

Alguns entraves precisariam ser superados: um deles, como mencionado acima, é que os sistemas de informação necessitam ser seguros, fieis e dinâmicos, para que possa ser avaliado constantemente o uso da rede pública pelos beneficiários de cada plano, evitando abusos pelas operadoras, como negativas de procedimentos reiteradas e desnecessárias. Outro entrave está na eventual necessidade de alteração legislativa para efetivar essa sugestão, haja vista os riscos

inerentes em alterações na Lei nº 9656/98 em um Congresso Nacional que frequentemente se rende aos interesses econômicos do setor suplementar.

Conclui-se esta tese, com base na análise documental e nas entrevistas, corroborada pela experiência da autora, que o ressarcimento ao SUS é uma política pública de regulação efetiva, com poucas lacunas legais ou processuais, mas evidencia-se a necessidade de que os responsáveis pela saúde brasileira (gestores e legisladores), bem como a sociedade, por meio da participação social, se debrucem na identificação de mecanismos de aperfeiçoamento e aprofundamento das experiências que facilitem e melhorem a interface pública e privada da saúde, entre elas o ressarcimento com vistas ao interesse público.

REFERÊNCIAS

- ARAGÃO, Alexandre Santos de. Regulação da economia: conceito e características contemporâneas. **Revista de Direito da Energia**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 144–201, out., 2004.
- BAHIA, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 329–339, 28. jan. 2001.
- BAHIA, L.; VIANA, A. Breve histórico do mercado de planos de saúde no Brasil. *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. 10-13.
- BAIRD, M. F. **Saúde em jogo: atores e disputas de poder na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2020.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 2934, de 2004**. Altera a Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e dá outras providências. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2004.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 7600, de 29 de setembro de 2006**. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e dá outras providências. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2006.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 1147, de 26 de abril de 2011**. Torna obrigatória a divulgação de que os planos de saúde são obrigados a ressarcir o Sistema Único de Saúde - SUS quando seus clientes são atendidos em unidades de saúde do SUS. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2011.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 2344, de 14 de julho de 2015**. Inclui o artigo 18-A na Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2015a.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 6175, de 19 de setembro de 2016**. Altera o art. 32, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para ressarcir o ente federativo que prestou o serviço. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2016.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Emenda Constitucional nº 32, de 11 de setembro de 2001**. Altera dispositivos dos arts. 48, 57, 61, 62, 64, 66, 84, 88 e 246 da Constituição Federal, e dá outras providências. Brasília, DF: [Congresso Nacional], 2001a. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra%3Bjsessionid=5BFADDFC2256930188D698B580FEBFF2.proposicoesWeb1?codteor=224968&filename=LegislacaoCitada+-PRN+2/2004. Acesso em: 21 ago. 2021.
- BRASIL. **Decreto nº 4682, de 24 de janeiro de 1923**. Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. Rio de Janeiro: Presidência da República, 1923. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/historicos/dpl/dpl4682-1923.htm. Acesso em: 20 set. 2021.

BRASIL. Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998. Lei Geral dos Planos de Saúde. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, p. 1, 4 jun. 1998. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1998/lei-9656-3-junho-1998-353439-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 23 ago. 2021.

BRASIL. **Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000**. Lei de Criação da ANS. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2000.

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

BRASIL. **Medida Provisória 2.177-44, de 24 de agosto de 2001**. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2001b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/2177-44.htm. Acesso em: 21 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **ANS TabNet**: informações em saúde suplementar: beneficiários. Rio de Janeiro: ANS, 2021a. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_res.def. Acesso em: 19 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Boletim Informativo Utilização do Sistema Único de Saúde por Beneficiários de Planos de Saúde e Ressarcimento ao SUS**. 11. ed. Rio de Janeiro: ANS, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/integracao-com-SUS/ans-divulga-novo-boletim-do-ressarcimento-ao-sus/Boletim_Ressarcimento_11_edicao.pdf. Acesso em: 15 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dados abertos ressarcimento ao SUS**. Rio de Janeiro: ANS, 2019. Disponível em: http://ftp.dadosabertos.ans.gov.br/FTP/PDA/ressarcimento_ao_SUS_indice_efetivo_pagamento/. Acesso em: 20 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dados e Publicações do Ressarcimento ao SUS**. Rio de Janeiro: ANS, 2021b. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-e-publicacoes-do-ressarcimento-ao-sus>. Acesso em: 25 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dois lados da mesma moeda**: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Galeria de Ex-Diretores - ANS**. Rio de Janeiro: ANS, 2021c. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/diretoria-colegiada/galeria-de-ex-diretores>. Acesso em: 2 maio. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 367, de 18 de dezembro de 2014. Dispõe sobre o Índice de Valoração do Ressarcimento - IVR. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 213, 19 dez. 2014.

BRASIL. Secretaria do Tesouro Nacional. **Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil**. Brasília, DF: Tesouro Nacional, 2018a. Disponível em: https://sisweb.tesouro.gov.br/apex/f?p=2501:9::::9:P9_ID_PUBLICACAO:28265. Acesso em 21 set. 2021.

BRASIL. Senado Federal. Comissão Temporária destinada a propor soluções ao financiamento do sistema de saúde no Brasil – CTS. **Relatório final**. Brasília, DF: Senado Federal, 2013. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=4804492&ts=1594007400220&disposition=inline>. Acesso em: 14 out. 2021.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei do Senado nº 93, de 1993**. Proíbe a exclusão de cobertura de despesas com tratamento de determinadas doenças em contratos que asseguram atendimento médico-hospitalar pelas empresas privadas de seguro saúde ou semelhantes. (dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência a saúde). Brasília, DF: Senado Federal, 1993.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei do Senado nº 308, de 2015**. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 (Lei dos Planos de Saúde), para descentralizar o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Senado Federal, 2015b.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei do Senado nº 485, de 15 julho de 2015**. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 (Lei dos Planos de Saúde), para ressarcir diretamente o ente da Federação que realizar atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a beneficiário de plano de saúde. Brasília, DF: Senado Federal, 2015c. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/122397/pdf>. Acesso em: 15 jul. 2021.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei do Senado nº 585, de 2015**. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para determinar a obrigação de comunicação às operadoras de planos privados de assistência à saúde da realização de procedimentos eletivos em hospitais públicos. Brasília, DF: Senado Federal, 2015d.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Processo eletrônico ADI 1931**. Brasília, DF: Supremo Tribunal Federal, 2018b. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=1741189>>. Acesso em: 25 set. 2021.

CADERNO DE INFORMAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, ano 13, n. 2, p.1-61, jun. 2019. ISSN versão online 1981-0962. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Dados_e_indicadores_do_setor/total-cad-info-jun-2019.pdf. Acesso em: 23 jul. 2021.

CHIORO, A. *et al.* Impacto das regras de gasto sobre o orçamento federal de ações e serviços públicos de saúde. *In*: CHIORO, A. *et al.* **Financiamento do SUS e garantia de direitos**: orientação técnica e produção de dados na garantia de direitos no contexto da pandemia Covid-19. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2021. p. 30-58.

CNS - CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, HOSPITAIS, ESTABELECIMENTOS E SERVIÇOS (Brasil). **Ação Direta de Inconstitucionalidade - ADI 1931**. Brasília, DF, 10 de fevereiro de 1998. Disponível em:

<https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/768110440/acao-direta-de-inconstitucionalidade-adi-1931-df-distrito-federal-0004171-8219981000000/inteiro-teor-768110506>. Acesso em 25 set. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF: CNS, 2012. Disponível em:

<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2021.

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

CRUZ, V. Estado e regulação: fundamentos teóricos. *In*: RAMALHO, P. I. S. (org.).

Regulação e agências reguladoras: governança e análise de impacto regulatório. Brasília, DF: ANVISA, 2009. p. 53-86.

DWECK, E.; MORETTI, B.; MELO, M. Pandemia e desafios estruturais do CEIS: financiamento do SUS, federalismo da saúde e as relações público-privadas. **Cadernos do Desenvolvimento**, Rio de Janeiro, vol. 16, n. 28, p. 239-265, jan.-abr. 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde**, v. 1. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. Disponível em:

<https://static.scielo.org/scielobooks/895sg/pdf/noronha-9788581100159.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em:

<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?edicao=28655&t=sobre>. Acesso em: 21 set. 2021.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Números do Setor Suplementar**. São Paulo: IESS, 2018. Disponível em:

<https://www.iess.org.br/?p=setor&grupo=Numeros>. Acesso em: 29 abr. 2019.

KEYNES, J. M.; KEYNES, J. M. **The end of laissez faire: the economic consequences of the peace**. Amherst, N.Y: Prometheus Books, 2004.

LOPES, E. A. P. Debates sobre ressarcimento e multas impostas às operadoras de planos de saúde: fontes de recursos para o SUS? **Cadernos Ibero Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, DF, v. 5, n. 2, p. 23-42, abr./jun. 2016.

MENICUCCI, T. M. G. As Formas privadas de assistência à saúde: desenvolvimento e características. *In*: MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p. 103-164.

MOREIRA NETO, D. DE F. **Mutações do direito administrativo**. 3. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Renovar, 2007.

OCDE. **Relatório sobre a reforma regulatória**: Brasil: fortalecendo a governança para o crescimento. [S.l.: s.n.], 2008.

OCKÉ-REIS, C. O. O SUS sobreviverá aos tempos de pandemia? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. esp. 4, p. 261-266, dez. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2020.v44nspe4/261-266/pt>. Acesso em: 20 out. 2021.

PEREIRA, S.; MORETTI, B.; PUCCA, G. Análise das despesas com ações e serviços públicos de saúde em 2019. In: ANÁLISE da Seguridade Social 2019. Brasília: ANFIP, 2020. p. 104-109.

PEREIRA, S. S. da S. **Regulação da saúde suplementar**: econômica, social ou da qualidade? 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão Pública) - Escola Nacional de Administração Pública, [Brasília, DF], 2009. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/conteudo-de-regulacao/regulacao/documentos/biblioteca-nacional/2009/monografia-silvana-versao-final.pdf>. Acesso em: 21 maio. 2021

PIETROBON, L.; PRADO, M. L. do; CAETANO, J. C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 767-783, 2008.

RAMALHO, P. I. S. (org.). **Regulação e agências reguladoras**: governança e análise de impacto regulatório. Brasília, DF: ANVISA, 2009.

REIS, A. A. C. dos *et al.* Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. esp. 18, p. 122-135, dez. 2016.

RIBEIRO, J. M. Restrições de informações, custos de transação e ambiente regulatório em saúde suplementar. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003**. Série B-Textos básicos de saúde. Rio de Janeiro: ANS, 2004. p. 147-177.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. (org.). **Odontologia em saúde coletiva**: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 28-49. Disponível em: https://www.professores.uff.br/jorge/wp-content/uploads/sites/141/2017/10/desenv_pol_pub_saude_brasil.pdf. Acesso em: 19 abr. 2020.

SALAZAR, A. L. *et al.* Assistência privada à saúde: regulamentação, posição Idec e reflexos no sistema público. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**: coletânea de textos, v. 1. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

SANTOS, F. P. dos. **A regulação pública da saúde no Brasil**: o caso da saúde complementar. 2006. 226 p. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP, 2006. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/309148>. Acesso em: 20 ago. 2021.

STIGLITZ, Joseph E.; GREENWALD, Bruce. **Rumo a um novo paradigma em Economia Monetária**. São Paulo: Francis, 2004.

TIBÚRCIO, D. R. Ressarcimento ao SUS: uma proposta de delimitação da fonte e do fundamento da obrigação constante do art. 32 da Lei nº 9.656/98. **Âmbito Jurídico**, São Paulo, n. 90, 1 jul. 2011. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9879. Acesso em: 15 abr. 2019.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIOS

QUESTIONÁRIO EX-DIRETORES ANS

1. O que você considera mais importante na Lei de Ressarcimento do SUS? Responda segundo uma escala de escala de 0 (zero) a 5 (cinco), onde “zero” representa “importância nula” e “cinco” representa “importância máxima”.

- a) O mais importante no ressarcimento é inibir que as operadoras utilizem a rede SUS como seus próprios serviços.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

- b) O mais importante no ressarcimento é incentivar que as operadoras tenham rede assistencial suficiente.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

- c) O mais importante no ressarcimento é que os recursos gastos pelo SUS com pacientes de planos privados sejam devolvidos aos cofres públicos.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

- d) O mais importante no ressarcimento é ajudar os planos a identificarem suas falhas de rede.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Comentário:

2. As premissas do ressarcimento previstas no artigo 32 da Lei 9656/98 é respaldo legal suficiente para a ANS realizar essa cobrança.

- () Concordo plenamente
 () Concordo
 () Discordo
 () Discordo plenamente

Comentário

3. As premissas do ressarcimento previstas no artigo 32 da Lei 9656/98 possui brechas/lacunas para que as operadoras de planos de saúde utilizem mecanismos de protelação do pagamento.

- Concordo plenamente
- Concordo
- Discordo
- Discordo plenamente

Comentário _____

4. A ADI 1931, que questionou a constitucionalidade do ressarcimento ao SUS, entre outras, demorou 20 anos para ser julgada improcedente pelo STF. Essa demora no julgamento gerou grave instabilidade jurídica ao processo de ressarcimento, durante esse período.

- Concordo plenamente
- Concordo
- Discordo
- Discordo plenamente

Comentário _____

5. Após a ADI 1931 ser votada e negada, a tese do ressarcimento ficou mais legítima.

- Concordo plenamente
- Concordo
- Discordo
- Discordo plenamente

Comentário _____

6. Após a ADI 1931 ser votada e negada, o processo do ressarcimento tornou-se mais efetivo.

- Concordo plenamente
- Concordo
- Discordo
- Discordo plenamente

Comentário _____

7. As operadoras que optaram por não pagar o ressarcimento ANTES da ADI 1931 ser votada, agiram em desacordo com a legislação em vigor.

- Concordo plenamente
- Concordo
- Discordo

Discordo plenamente

Comentário _____

8. As operadoras que se negam pagar o ressarcimento DEPOIS da ADI ser votada agem em descumprimento à legislação.

Concordo plenamente

Concordo

Discordo

Discordo plenamente

Comentário _____

9. Os argumentos interpostos na ADI 1931 na tese do ressarcimento, que o SUS é universal e os pacientes têm liberdade de escolha, são justos e este deveria ter sido considerado inconstitucional, com base na universalidade do SUS.

Concordo plenamente

Concordo

Discordo

Discordo plenamente

Comentário _____

10. As normas expedidas pela ANS englobam todos os quesitos necessários para o processamento efetivo do ressarcimento.

Concordo plenamente

Concordo

Discordo

Discordo plenamente

Comentário _____

11. As decisões monocráticas da diretoria responsável pelo ressarcimento têm valor jurídico suficiente que permitem a cobrança efetiva do ressarcimento.

Concordo plenamente

Concordo

Discordo

Discordo plenamente

Comentário _____

12. A Diretoria Colegiada apoia e respalda a diretoria responsável pelo ressarcimento para cumprir sua função de processamento e cobrança.

- Concordo plenamente
 - Concordo
 - Discordo
 - Discordo plenamente
- Comentário _____
-

13. O Ministério da Saúde sempre deu respaldo político, administrativo e financeiro para que a ANS pudesse cumprir sua função de processamento e cobrança do ressarcimento.

- Concordo plenamente
 - Concordo
 - Discordo
 - Discordo plenamente
- Comentário _____
-

14. A lei do ressarcimento deveria permitir que esse fosse feito por estados e municípios no dia a dia da gestão.

- Concordo plenamente
 - Concordo
 - Discordo
 - Discordo plenamente
- Comentário _____
-

15. Deveria haver formas mais dinâmicas e rápidas de cobrança do ressarcimento.

- Concordo plenamente
- Concordo
- Discordo
- Discordo plenamente

16. A lei do ressarcimento deveria ter mecanismos que permitissem acordos locais entre operadoras e gestores com formas de ajustes (como pagamento direto ao SUS local pela utilização, contratação de rede do SUS que esteja com possível sobra ou ainda permuta de serviços de acordo com a necessidade de cada um dos sistemas).

- Concordo plenamente
 - Concordo
 - Discordo
 - Discordo plenamente
- Comentário _____
-

17. Há necessidade de profundas alterações de procedimentos no atual formato do ressarcimento () Concordo plenamente

- Concordo
- Discordo
- Discordo plenamente

Comentário _____

18. Há necessidade de flexibilizar a legislação para quando haja cobrança do ressarcimento quando o usuário de plano de saúde utilizar a rede SUS se essa lhe for mais adequada e no tempo necessário,.

- Concordo plenamente
- Concordo
- Discordo
- Discordo plenamente

Comentário _____

19. O ressarcimento, no atual formato, terá viabilidade no futuro.

- Concordo plenamente
- Concordo
- Discordo
- Discordo plenamente

Comentário _____

20. O ressarcimento evoluiu ao longo do tempo tornando-se mais efetivo.

- Concordo plenamente
- Concordo
- Discordo
- Discordo plenamente

Comentário _____

21. O Ressarcimento não foi eficaz nesses 20 anos

- Concordo plenamente
- Concordo
- Discordo
- Discordo plenamente

Comentário _____

22. O ressarcimento fica refém de políticas insuficientes de tecnologias de informação, pois apenas cobram-se os procedimentos hospitalares e ambulatoriais de alta complexidade

- Concordo plenamente
- Concordo
- Discordo
- Discordo plenamente

Comentário _____

23. A não cobrança dos procedimentos ambulatoriais fazem com que o ressarcimento não atinja seus objetivos, de ação regulatória inibidora e de retorno aos cofres públicos de valores devidos.

- Concordo plenamente
- Concordo
- Discordo
- Discordo plenamente

Comentário _____

24. Os investimentos/gastos públicos para cobrança do ressarcimento justificam sua realização

- Concordo plenamente
- Concordo
- Discordo
- Discordo plenamente

Comentário _____

25. Os investimentos/gastos públicos para cobrança do ressarcimento NÃO justificam sua realização

- Concordo plenamente
- Concordo
- Discordo
- Discordo plenamente

Comentário _____

26. Ao longo do tempo o ressarcimento aumentou sua efetividade em números, isso pode ser interpretado que o objetivo de inibir a utilização do SUS pelos beneficiários de planos de saúde não foi atingido.

- Concordo plenamente
- Concordo

- Discordo
- Discordo plenamente

Comentário _____

27. Os órgãos de defesa do consumidor tiveram protagonismos na defesa do ressarcimento

- Concordo plenamente
- Concordo
- Discordo
- Discordo plenamente

Comentário _____

28. Os entes subnacionais se preocuparam pouco com esse processo de organização e de busca de alternativas que permitam evitar o uso da rede SUS pelos planos privados

- Concordo plenamente
- Concordo
- Discordo
- Discordo plenamente

Comentário _____

29. As representações de gestores estaduais e municipais do SUS tiveram protagonismos na defesa do ressarcimento

- Concordo plenamente
- Concordo
- Discordo
- Discordo plenamente

Comentário _____

30. Os gestores estaduais e municipais do SUS adotaram medidas suficientes para que o ressarcimento fosse efetivo

- Concordo plenamente
- Concordo
- Discordo
- Discordo plenamente

Comentário _____

31. O desinteresse dos entes subnacionais em adotar medidas que apoiem o ressarcimento está no fato de os recursos arrecadados irem para o Fundo Nacional de Saúde, e não são transferidos diretamente aos entes executores

- Concordo plenamente
- Concordo
- Discordo
- Discordo plenamente

Comentário _____

32. As entidades que representam as operadoras, na maioria das vezes, auxiliaram na busca de soluções para que o ressarcimento fosse efetivo.

- Concordo plenamente
- Concordo
- Discordo
- Discordo plenamente

Comentário _____

33. As entidades que representam as operadoras, na maioria das vezes, dificultaram na busca de soluções para que o ressarcimento fosse efetivo

- Concordo plenamente
- Concordo
- Discordo
- Discordo plenamente

Comentário _____

QUESTIONÁRIO EX-MINISTROS E EX-SECRETÁRIOS SAS

1. O que você considera mais importante no Ressarcimento ao SUS, previsto no artigo 32 da Lei 9656/98, ou seja, seu maior objetivo? *

2. A lei do ressarcimento deveria ter mecanismos que permitissem acordos locais entre operadoras e gestores da saúde (como pagamento direto ao SUS local pela utilização de sua rede, contratação de rede do SUS que esteja com possível sobra ou ainda permuta de serviços de acordo com a necessidade de cada um dos sistemas etc)? *

3. É de seu conhecimento ações de gestores (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais ou Municipais) e/ou da ANS para evitar que as operadoras de planos de saúde utilizem a rede SUS de forma inoportuna, excluindo os casos de livre demanda dos cidadãos? Poderia relatar? *
4. O ressarcimento, no atual formato, terá viabilidade no futuro? *
5. De que forma o Ministério da Saúde acompanha a efetividade do papel da ANS no ressarcimento? *
6. Quais seriam as responsabilidades/ações dos atores (gestores do SUS, ANS, operadoras e prestadores de serviço), para que haja equilíbrio nas relações público-privadas envolvidas no ressarcimento?
7. Em que pese a ANS ser a principal responsável pelo processamento do ressarcimento ao SUS, o que o Ministério da Saúde pode fazer para tornar esse processo mais efetivo, ou que garanta que as operadoras reduzam as negativas de cobertura e até facilitem o acesso de seus beneficiários aos procedimentos a que tem direito? *
8. Cite possíveis alternativas ao ressarcimento, capazes de tornar essa relação público-privada mais dinâmica e eficiente, sem prejudicar o SUS, em especial. *

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde: uma política de regulação”, desenvolvida por Silvana Souza da Silva Pereira, discente de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Professor Doutor José Mendes Ribeiro e coorientação de Marcelo Rasga Moreira.

O objetivo central do estudo é: Analisar a política de ressarcimento ao SUS no Brasil desde sua criação em 2000 até 2018 e os desdobramentos para o Setor Suplementar e para o SUS

O convite a sua participação se deve ao seu conhecimento e participação no setor de saúde e de saúde suplementar.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão tomadas as seguintes medidas e/ou procedimentos para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. Só serão identificados os dados públicos, sendo que os dados obtidos pela entrevista não serão expostos explicitamente. Caso deseje que seu nome ou de sua instituição conste do trabalho final com relação as informações fornecidas na entrevista, favor explicitar no presente Termo.

A qualquer momento você poderá desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento sem qualquer prejuízo. A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto. A entrevista somente será gravada se houver autorização do entrevistado sendo o tempo de duração de aproximadamente uma hora.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil, na Resolução nº 466/2012 e na Resolução nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).”

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e seus orientadores. Ao final da pesquisa, todo material será mantido permanentemente em um banco de dados de pesquisa, com acesso restrito, sob a responsabilidade do pesquisador coordenador, para utilização em pesquisas futuras, sendo

necessário, para isso, novo contato para que você forneça seu consentimento específico para a nova pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão divulgados por publicações científicas em revistas indexadas da área de Saúde Coletiva e na Tese em formato digital, disponibilizada nas plataformas científicas. O benefício indireto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de proporcionar um melhor entendimento das relações financeiras das indústrias farmacêuticas e instrumentos para o investimento de atividades estratégicas. Assegurando aos participantes da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa. Assim o retorno aos participantes será de maneira indireta.

Os potenciais riscos para o participante são referentes ao constrangimento durante a entrevista no tocante a informações estratégicas ou sigilosas do setor, assim como pelo risco de exposição indevida das informações. Para tanto seremos cautelosos na elaboração das perguntas e rigorosos na guarda das informações.

Este Termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador, com ambas as assinaturas apostas na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Tel do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Contato com o(a) pesquisador(a) responsável (doutoranda na ENSP/FIOCRUZ):

Tel: (61) 999660602

e-mail: silvanassp@bol.com.br

Rio de Janeiro, 28 de abril de 2019

Silvana Souza da Silva Pereira

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada:

Ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos privados: uma política de regulação na Saúde Suplementar

Autorizo a gravação da entrevista com gravador para registro de áudio

Não autorizo a gravação da entrevista com gravador para registro de áudio

Autorizo a divulgação da entrevista com identificação do meu nome

Não autorizo a divulgação da entrevista com identificação do meu nome

Assinatura do participante da pesquisa

Nome do participante: