

**FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO**

**MARCELLA ABUNAHMAN FREITAS**

**A AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA POLÍTICA DE RESSARCIMENTO AO SISTEMA  
ÚNICO DE SAÚDE**

**SÃO PAULO**

**2011**

Freitas, Marcella Abunahman.  
A Avaliação da Efetividade da Política de Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde/ Marcella Abunahman Freitas. - 2011.  
96 f.

Orientador: Álvaro Escrivão Junior.  
Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Assistência médica – Avaliação. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Legislação. 3. Saúde - Brasil. 4. Políticas públicas - Brasil. I. Escrivão Junior, Álvaro.. II. Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Título.

CDU 614.2(81)

**MARCELLA ABUNAHMAN FREITAS**

**A AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA POLÍTICA DE RESSARCIMENTO AO SISTEMA  
ÚNICO DE SAÚDE**

**Dissertação apresentada à Escola de  
Administração de Empresas de São Paulo da  
Fundação Getulio Vargas, como requisito para  
obtenção do título de Mestre em Administração  
de Empresas**

**Campo de Conhecimento:  
Administração em Saúde**

**Orientador: Prof. Dr. Álvaro Escrivão Junior**

**SÃO PAULO**

**2011**

**MARCELLA ABUNAHMAN FREITAS**

**A AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA POLÍTICA DE RESSARCIMENTO AO SISTEMA  
ÚNICO DE SAÚDE**

**Dissertação apresentada à Escola de  
Administração de Empresas de São Paulo da  
Fundação Getulio Vargas, como requisito para  
obtenção do título de Mestre em Administração  
de Empresas**

**Campo de Conhecimento:  
Administração em Saúde**

**Banca Examinadora:**

**Prof. Dr. Álvaro Escrivão Junior (Orientador)**

**FGV-EAESP**

**Prof<sup>ª</sup>. Dra. Ana Maria Malik**

**FGV-EAESP**

**Prof<sup>ª</sup>. Dra. Ligia Bahia**

**UFRJ**

Ao Denys, por me fazer feliz e por me fazer forte.

Aos meus pais, Luiz Fernando e Vera Lúcia, pelo apoio incondicional à concretização dos meus sonhos.

## AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Ao meu orientador, professor Álvaro Escrivão Júnior, por todo o suporte e incentivo, como também pelo auxílio nos períodos mais difíceis desta jornada.

À professora Ana Maria Malik, pelos ensinamentos e permanente ajuda. Obrigada pela constante disponibilidade em me auxiliar.

Ao professor Leonardo Carâp, pela introdução à gestão em saúde.

À professora Ligia Bahia, autoridade no assunto desenvolvido por esta dissertação, obrigada por fazer parte da minha defesa.

Aos gerentes da rede privada e pública por terem gentilmente cedido as entrevistas para a realização deste trabalho.

A todos os profissionais que me auxiliaram ao longo da dissertação, munindo-me de informações fundamentais para o enriquecimento desta obra.

A minha família e amigos pelo apoio ao longo desta caminhada.

Ao professor Fernando Luiz Abrucio, pelas críticas e sugestões oferecidas na qualificação.

À Cecília e ao José Carlos, sem os quais eu não teria chegado ao fim desta jornada.

Aos meus sogros, Duarte e Ildenir por estarem sempre ao nosso lado e dispostos a nos ajudar.

À CAPES, pela bolsa concedida, que possibilitará que os ensinamentos fornecidos pela EAESP-FGV sejam revertidos à sociedade para o seu crescimento e desenvolvimento.

A Deus.

## RESUMO

A necessidade de coibir o descontrole do mercado dos planos de saúde tornou-se uma questão importante no cenário nacional, na década de 90. Desta forma, 10 anos após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em um contexto de pressões e de baixa regulação dos planos de saúde, instituiu-se a Lei nº 9.656/1998, uma legislação inédita no Brasil, pois regulou as atividades das operadoras de planos de saúde (OPSs) em nível nacional. Dentre outras questões, a Lei estabeleceu a política de ressarcimento ao SUS, impondo no Artigo nº 32 o ressarcimento pelas OPSs das despesas geradas ao SUS quando um beneficiário usa a rede pública para um procedimento coberto pelo seu plano. No entanto, esta política é parte dos conflitos que se situa no limite dos interesses entre o setor privado e público: as OPSs já em 1998 moveram uma ação direta de inconstitucionalidade contra a mesma e têm recorrido frequentemente ao judiciário para não pagarem os valores cobrados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Após 12 anos da Lei, ainda não se conhece o seu real impacto. Portanto, o presente trabalho teve como objetivo avaliar a efetividade da política de ressarcimento ao SUS. A metodologia utilizada baseou-se na avaliação de dados produzidos pela ANS e pelo Ministério da Saúde/DATASUS, e das entrevistas realizadas com gerentes da rede pública e privada. Apesar das ações da ANS, os resultados apontaram a reduzida efetividade da política em termos financeiros, jurídicos e sobre o seu público-alvo. Apenas 22% do cobrado às OPSs foi restituído ao Sistema Único de 1999 a 2006, a política é vista como inconstitucional pelo mercado e tem reduzido impacto sobre as OPSs, o SUS e os beneficiários. Questões como os valores da tabela única nacional de equivalência de procedimentos (TUNEP), a inconstitucionalidade do ressarcimento e a opção do beneficiário pelo uso do SUS foram explicitadas pelos gestores de planos de saúde como fatores geradores de resistência das OPSs frente à política. Os dirigentes públicos afirmaram a importância da mesma para tutela de beneficiários e do SUS, como de ter viabilizado a construção do Cadastro de Beneficiários da ANS, porém, reconhecem os seus baixos resultados. Recomenda-se a manutenção do ressarcimento ao Sistema Único como um instrumento para coibir empresas que procuram contornar as exigências legais da Agência Reguladora, a qual atua promovendo a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde. No entanto, a mesma deve sofrer as devidas reformulações e devem ser estabelecidos consensos entre o SUS e o setor suplementar.

Palavras-chave: política de ressarcimento ao SUS; operadoras de planos de saúde; avaliação; efetividade; reformulações.

## ABSTRACT

The need to restrain the lack of control of the health plan market became an important issue in the national scene in the 90s. Thus, 10 years after the Unified Health System's (SUS) creation, in a context of pressure and of low health plan regulation, the Law nº 9.656/1998 was instituted. It was an unprecedented legislation in Brazil because it regulated the activities of health service companies (OPS) at national level. Among other issues, the Law established the SUS reimbursement policy, imposing in the Article nº 32 that when a beneficiary uses the public system for a procedure which is covered by his or her health plan, the OPS should reimburse the SUS. However, this policy is one of the conflicts that lie within the limits of interests between the private and public sector: already in 1998 OPSs filed an unconstitutional act against the policy and they resort to lawsuits for not paying the public coffers. Even after 12 years of the Law's creation, it is still unknown the real impact of Article nº 32 on its target public, therefore, this study aimed to evaluate the effectiveness of the SUS reimbursement policy. The methodology used was based on the evaluation of data managed by the Supplementary Health National Agency (ANS) and the Ministry of Health / DATASUS, and of interviews performed with managers of the public and the private sector. Despite ANS's efforts, the results showed reduced effectiveness of the policy in financial and legal terms; and on its target public. Only 22% of what ANS charged returned to the Unified System from 1999 to 2006, the policy is viewed as unconstitutional by the market and has little impact over OPSs, SUS and beneficiaries. Issues such as the values of the national unified equivalence procedure table (TUNEP), the reimbursement's unconstitutionality and the beneficiary's own option to use SUS's services were voiced by health plan managers as factors that generate OPSs's resistance towards the policy. Public actors affirmed its importance for beneficiary and SUS protection, and the fact that made possible the construction of the Registry of Beneficiaries of all OPSs. On the other hand, they recognize the policy's poor results. It is recommended to maintain the SUS reimbursement policy as a tool to deter companies which have the intention to bypass the legal requirements of the Regulatory Agency, that acts promoting the public interest in supplementary health care. However, it must undergo the necessary reformulations and consensus must be established between the Unified System and the supplementary sector.

Keywords: SUS reimbursement policy; health service companies; evaluation; effectiveness; reformulations.



## SUMÁRIO

1 Introdução.....	9
1.1 Pergunta de Pesquisa.....	12
1.2 Objeto de Estudo.....	12
2 Objetivo Geral.....	12
2.1 Objetivos Específicos.....	12
3 Metodologia.....	13
4 Revisão da Literatura.....	15
4.1 - As Políticas Públicas e o <i>Policy Cycle</i> .....	15
4.1.1 - A Avaliação de Políticas Públicas.....	17
4.1.2 - A Metodologia de Avaliação de Políticas Públicas.....	18
4.1.3 - A Efetividade nas Políticas Públicas.....	19
4.2 - Os Marcos Regulatórios dos Planos Privados de Saúde no Brasil.....	21
4.2.1- O Decreto Lei nº 73, de 21 de Novembro de 1966.....	21
4.2.2- O Sistema Único de Saúde.....	23
4.2.3- A Criação da Lei nº 9.656, combinada com a Medida Provisória nº 1.655, de 5 de Junho de 1998.....	24
4.2.4- A Criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.....	26
4.3 – A Política de Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde.....	29
4.3.1 - Os Objetivos do Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde.....	31
4.3.2 - O Processo de Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde.....	38
4.4 - As Operadoras de Planos de Saúde e o Poder Judiciário Brasileiro.....	43
4.4.1 - A Judicialização da Política de Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde pelas Operadoras de Saúde.....	46
5 Resultados e Discussão.....	49
6 Conclusões.....	85
7 Considerações Finais.....	87
8 Referências Bibliográficas.....	90
Anexo I: Roteiros para Entrevistas.....	94

## 1 Introdução

Ocorreu, nas últimas décadas, significativo progresso no que tange às políticas sociais. A Reforma Sanitária constituiu-se de um movimento que culminou na criação de um dos mais importantes avanços sociais do país: o Sistema Único de Saúde (SUS), que estabeleceu a saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

Inegáveis foram os avanços provenientes da instituição do SUS. No entanto, ao longo dos anos, ocorreu o crescimento expressivo do setor da saúde suplementar como consequência das próprias falhas do Governo na montagem precária e morosa do Sistema Único. Além disso, o mercado de planos de saúde desenvolveu-se em um contexto de baixa regulação até o final dos anos 90, favorecendo a abertura e operação de empresas, submetendo a clientela privada as suas próprias regras.

Os marcos regulatórios da Lei nº 9.656/1998 e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2000, alteraram este cenário, estabelecendo regras para, fundamentalmente, proteger os consumidores e qualificar um mercado em franca expansão.

Neste novo contexto, criou-se o ressarcimento ao SUS, instituído pelo Artigo nº 32 da Lei nº 9.656/98 e um dos pilares de atuação da Agência Reguladora. O ressarcimento ao Sistema Único foi a primeira proposta de regulação das interfaces entre o setor público e o privado que adquiriu normatização após a Constituição Federal (CF) de 1988. Este estabelece que serão ressarcidos, pelas operadoras de planos de saúde (OPSS), os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus beneficiários e dependentes em instituições integrantes do SUS.

O *caput* encontra-se transcrito abaixo:

*“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.” ( Lei nº 9.656/98).*

O ressarcimento ao Sistema Único, nesta obra, será tratado como uma política regulatória estatal de suma relevância. Com esta política pública, a ANS busca responder a demandas em saúde importantes o suficiente para compor a agenda de prioridades da Agência Reguladora, pois determinadas operadoras estimulariam o uso do SUS pelos seus beneficiários, que seria uma ação alinhada ao conceito denominado competição soma zero, difundido por Porter e Teisberg (2007). Esta forma de competição foi aplicada por estes autores no campo da saúde para definir o comportamento de participantes deste setor que procuram reduzir os gastos a qualquer custo. A

exigência na redução do tempo em consultas médicas, barreiras no acesso à realização de procedimentos, exames, materiais e medicamentos impostas por determinadas OPSs são alguns exemplos da competição soma zero. Isto, por sua vez, leva a tão indesejável situação de “perde-perde” ao invés da condição “ganha-ganha” entre OPSs e pacientes, favorecida quando os contratos são claros, bem elaborados, quando as empresas agem como verdadeiras gestoras de saúde e a ANS não logra em agir a favor dos beneficiários.

Com a ampliação da cobertura estimulada pela Lei nº 9.656/98 e pela ANS, a tendência seria atingir o “ressarcimento zero”, termo cunhado por Bahia (2001). Porém, há sinais que indicam o oposto. Os principais motivos para o fluxo de pacientes do setor privado para o setor público parecem ser a preferência dos beneficiários por serviços e ações do sistema público, em relação aos disponibilizados pelos seus próprios planos de saúde, e por algumas OPSs dificultarem ou limitarem o acesso de seus beneficiários à rede credenciada, fato que não agrega valor para os sistemas e serviços de saúde.

A política de ressarcimento ao SUS perdura há mais de 10 anos mas ainda não se sabe qual o real impacto que exerce sobre o sistema de saúde nacional, sendo que é a mídia quem rotineiramente publica matérias que se relacionam com a política, a exemplo das expostas abaixo:

Em 08/02/2011, o jornal Folha de São Paulo publicou uma matéria sobre operadoras que “empurram” os seus clientes à rede pública para a obtenção de medicações ou procedimentos que deveriam ser cobertos por elas. Como ilustração, o texto faz referência a um beneficiário de Seguradora que há três anos vinha tendo o seu tratamento coberto pelo plano de saúde com o medicamento Remicade® (Infliximab). Recentemente, porém, a OPS o informou por e-mail que não haveria a continuidade do tratamento alegando que o governo oferece gratuitamente essa medicação de alto custo e que não seria necessária sua internação para administração da droga, o que contraria a opinião de médicos especialistas consultados. Um frasco de 100 ml custa R\$ 4.000,00 e a cada dois meses este beneficiário usa cinco frascos. Segundo a OPS, a nova regulação da ANS exclui a cobertura da droga, mas na lista de procedimentos excluídos da Agência não consta este fato.

É importante ter em mente que nos planos com segmentação hospitalar, quando em função do quadro clínico do paciente o médico assistente atestar a necessidade de internação para administração de um medicamento, seja qual for a classe terapêutica, a cobertura ao seu fornecimento está assegurada pela Lei nº 9.656/98. Entretanto, o artigo do jornal acima demonstra um caso rico de elementos da competição soma zero praticada por uma Seguradora.

Em outra matéria jornalística, mais informação é fornecida sobre as barreiras levantadas por certas OPSs para restringirem o acesso de beneficiários de planos de saúde a procedimentos médicos.

*“Hospitais do Estado de São Paulo estão insatisfeitos com o tempo que os planos de*

*saúde levam para autorizar o tratamento de seus clientes. A demora na liberação de procedimentos é o problema mais frequente na relação entre planos e estabelecimentos de saúde para 51% dos hospitais paulistas.”* (www.monitormercantil.com.br).

Em casos de delonga na liberação de procedimentos, determinados beneficiários solucionam esta questão ao arcar com os custos do mesmo. Alguns procuraram os serviços da rede SUS e outros permanecem sem cuidado médico até a viabilização da assistência. Quando os pacientes recorrem aos Tribunais, as liminares acabam por disciplinar as ações das OPSs, quando este papel deveria ser do Estado. Em todos estes casos, as operadoras acabam se favorecendo pois transferem os custos financeiros e a responsabilidade para os clientes ou o SUS.

As situações expostas sugerem que mesmo com a política de ressarcimento ao SUS existente há 12 anos, certas empresas de planos de saúde não estão focadas em entregar Valor aos seus pacientes.

Conforme o Artigo nº 32 transcrito anteriormente, o ressarcimento deve ocorrer para todos os tipos de atendimentos realizados em serviços integrantes do SUS. Portanto, esta política deve abranger, por exemplo, os casos de internação hospitalar, domiciliar, de atendimento odontológico, ambulatorial e em hospital-dia de beneficiários da saúde suplementar cobertos contratualmente. Contudo, após 12 anos da criação do ressarcimento, as OPSs somente ressarciram ao SUS as internações hospitalares (ANS, 2009).

Sobre a situação financeira do ressarcimento ao SUS, aproximadamente 19% do valor cobrado pela ANS foi pago pelas OPSs no período entre 1999 a 2006, demonstrando uma possível resistência das empresas frente à política (ANS, 2009). O valor cobrado pela Agência representa cerca de 1% do total gasto pelo SUS com internações no sistema.

Assim, estas questões suscitam alguns questionamentos: seria esta política relevante, já que financeiramente o ressarcimento ao SUS representa tão pouco? Será que a ANS deveria gastar recursos humanos, financeiros e tempo para manter uma política que possui aparente baixa efetividade e legitimidade perante às OPSs? Pelo fato de haver operadoras, ainda hoje, restringindo os acessos de seus beneficiários à assistência, o ressarcimento ao sistema público não seria relevante?

A forma mais adequada para a identificação dos impactos da política de ressarcimento ao SUS seria por meio de sua avaliação. O objetivo da avaliação é dirigir os tomadores de decisão, orientando-os quanto à necessidade de correções ou mesmo da suspensão de uma determinada política ou programa. Ademais, ela deve ser realizada em todas as fases do ciclo de vida de uma política pública para, assim, estimular a sua reformulação de modo contínuo. Portanto, esta etapa é primordial para o desenvolvimento e adaptação permanente das políticas públicas. Como esta obra deseja avaliar os resultados da política de ressarcimento ao SUS após 12 anos de sua implantação,

esta dar-se-á de modo *ex post*.

O critério avaliativo “efetividade” será privilegiado pois ele afere os resultados de uma política, como o seu fracasso, sucesso ou indiferença em função dos impactos sobre a sua população alvo. Esta referência de avaliação encontra-se estreitamente relacionada à responsabilidade social, com a organização de uma sociedade mais democrática e menos desigual, atuando como impulsionadora do desenvolvimento pois fornece substratos para gestores atuarem contra os problemas que emanam da sociedade. Com a avaliação da efetividade, o ente estatal é ajudado na reestruturação de suas ações conforme os resultados de uma política ou programa.

A avaliação *ex post* de efetividade da política de ressarcimento ao SUS, a partir da análise das percepções de gestores do setor público, privado e de dados levantados ajudarão a identificar se o Sistema Único e os beneficiários estão, de fato, sendo amparados pela política de saúde acima; e se as OPSs então respeitando as “regras do jogo”. Além disso, uma avaliação independente de órgãos públicos e privados, visando discutir o ressarcimento ao SUS do ponto de vista do interesse coletivo, auxiliará no repensar desta política, ajudando tomadores de decisão a constantemente desenvolverem e adaptá-la.

Por fim, nesta obra, as internações no Sistema Único dos beneficiários da saúde suplementar com cobertura contratual e as quais irão gerar o ressarcimento ao sistema público serão definidas como “internações passíveis de ressarcimento ao SUS”.

### **1.1 Pergunta de Pesquisa**

A política de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde é efetiva?

### **1.2 Objeto de Estudo**

O ressarcimento ao Sistema Único de Saúde, por operadoras de planos de saúde, dos serviços prestados por estabelecimentos próprios, contratados e conveniados, integrantes do Sistema Único de Saúde, a beneficiários de planos privados de saúde que possuem cobertura contratual.

## **2 Objetivo Geral**

Avaliar a efetividade da política de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde, identificando e analisando seus principais resultados e impactos.

### **2.1 Objetivos Específico**

Mensurar o número de internações passíveis de ressarcimento ao Sistema Único de

Saúde, desde a implantação da política de ressarcimento ao SUS até o ano mais recente de cobrança das Autorizações de Internação Hospitalar passíveis de ressarcimento.

Conhecer e analisar as modalidades de operadoras de planos de saúde notificadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, desde a implantação da política de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde até o ano mais recente de cobrança das Autorizações de Internação Hospitalar passíveis de ressarcimento.

Mensurar os valores financeiros referentes ao ressarcimento ao Sistema Único de Saúde, desde a sua implantação até o ano mais recente de cobrança das Autorizações de Internação Hospitalar passíveis de ressarcimento.

Avaliar a efetividade da política de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde a partir da percepção de gestores do mercado de planos de saúde, da rede pública e da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

### **3 Metodologia**

Ao longo de 2010 realizou-se a revisão bibliográfica a partir do acervo da Biblioteca Karl A. Boedecker – Fundação Getúlio Vargas em São Paulo, da Biblioteca Virtual da Agência Nacional de Saúde Suplementar, EBSCO, SciELO, BIREME, EBAPE, utilizando os seguintes unitermos: “regulação e saúde”, “ressarcimento”, “ressarcimento ao SUS”, “regulação e ANS”, “Lei 9.656/98”, “Lei 9.961/00”, “regulação e saúde suplementar”, “avaliação e políticas públicas”, “definição e políticas públicas”, “efetividade e políticas públicas”, “desempenho e políticas de saúde”, “avaliação e políticas de saúde”, “fases das políticas públicas”, “etapas das políticas públicas”, “efetividade”, “relevância e efetividade”, “políticas relevantes”, “judicialização e saúde”, “ressarcimento eletrônico”, “ressarcimento e regulamentação” e “TUNEP”. O período analisado foi de 1982 a 2010. Após a obtenção de mais de 90 artigos, 31 foram identificados como de relevância para compor a revisão bibliográfica.

Foram levantados dados constantes em documentos oficiais da Agência Nacional de Saúde Suplementar, realizada reunião com técnicos da Agência Reguladora e consultados o Sistema de Informações de Beneficiários; o Sistema de Cadastro de Operadoras e do Sistema de Registro de Produtos; o Sistema de Controle de Impugnações; o Sistema de Gestão do Ressarcimento; o Sistema de Internações Hospitalares; e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, geridos pela ANS e pelo Ministério da Saúde/DATASUS, respectivamente.

Seguem abaixo os dados levantados:

- O número de beneficiários da saúde suplementar com segmentação “hospitalar”, “ambulatorial e hospitalar” e “plano de referência”, geral e por modalidade de operadora de plano

de saúde;

- O número de internações passíveis de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde, geral e por modalidade de operadora de plano de saúde;

- O número e as modalidades das operadoras de planos de saúde inscritas no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal/ Dívida Ativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar;

- Os valores cobrados às operadoras de planos de saúde;

- Os valores pagos ao Sistema Único de Saúde pelas operadoras de planos de saúde;

- Os valores parcelados pelas operadoras de planos de saúde ao Sistema Único de Saúde;

- Os valores cobrados em processo judicial a operadoras de planos de saúde;

- Os valores vencidos das operadoras de planos de saúde ao Sistema Único de Saúde;

- Os valores a vencer das operadoras de planos de saúde;

- Os valores no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal/ Dívida Ativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar; e

- As despesas das operadoras de planos de saúde com internações.

Ademais, foi consultado o Sistema de Internação Hospitalar, gerido pelo Ministério da Saúde/DATASUS.

Segue abaixo o dado levantado:

- As despesas do Sistema Único de Saúde com internações.

Por fim, a dissertação pautou-se na relação dos dados levantados, a fim de medir, desde o início da política, a evolução das estatísticas.

A fim de contemplar a percepção dos gestores, foram elaborados 6 roteiros, com perguntas abertas e adaptados ao tipo de profissional a ser entrevistado.

Foram entrevistados gestores da alta administração de operadoras de planos privados de saúde, com pelo menos 5 anos de atuação nas empresas, sendo uma amostra de conveniência (ver quadro 1):

**Quadro 1: Operadoras de Planos de Saúde Entrevistadas**

<b>Modalidade</b>	<b>Porte</b>	<b>Área de Abrangência</b>
Cooperativa Médica	Grande	Região Metropolitana de São Paulo
Autogestão	Médio	Estado de São Paulo
Autogestão	Médio	Estado de São Paulo
Seguradora	Grande	Nacional
Seguradora	Grande	Nacional
Medicina de Grupo	Pequeno	Região Metropolitana de São Paulo
Medicina de Grupo	Médio	Estados de São Paulo e do Rio de Janeiro
Filantrópica	Médio	Interior de São Paulo
Filantrópica	Médio	Interior de São Paulo

Deve-se ressaltar que um outro gerente de Cooperativa Médica não respondeu a tempo o

roteiro de perguntas. No entanto, isso não foi prejudicial para a conclusão do trabalho uma vez que foi possível, com o material colhido, obter uma percepção adequada dos gerentes privados sobre a efetividade da política de ressarcimento.

Foram entrevistados um gestor da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo, dois dirigentes e dois ex-dirigentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar. É importante destacar que um ex-dirigente da Agência é um atual gestor da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, o que contribuiu para explicitar a visão desta Secretaria sobre a política regulatória em estudo.

As identidades dos entrevistados foram mantidas em sigilo.

Por fim, este trabalho foi classificado como *ex post*, realizado por pesquisador independente e de avaliação da efetividade, tendo em vista que procura analisar os efeitos da política em pauta sobre a sua população alvo: as operadoras de planos de saúde, o Sistema Único de Saúde e os beneficiários com cobertura contratual mas que utilizam os serviços do Sistema Único.

## **4 Revisão da Literatura**

### **4.1 - As Políticas Públicas e o *Policy Cycle***

As políticas públicas podem ser entendidas como o Estado em ação, isto é, o ente estatal implantando um projeto de governo para setores específicos da sociedade. Elas são estabelecidas quando os governos democráticos traduzem os seus propósitos, as suas promessas e as suas plataformas eleitorais em ações, para a produção de resultados sociais, econômicos e políticos (Souza, 2006). É do Estado a responsabilidade de implantação e manutenção de políticas públicas, a partir do processo de tomada de decisão, envolvendo não somente órgãos públicos mas também outros atores da sociedade relacionados a uma dada política (Alves, 2009). Desta forma, as políticas públicas são diretrizes; princípios orientadores da ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade; e a própria mediação entre Estado e sociedade. Por fim, deve-se também levar em consideração as “não-ações”, as omissões de tomadores de decisão que utilizam-se de seus cargos políticos a seu favor e não em prol da sociedade (Teixeira, 2002).

Nesta perspectiva, as políticas públicas visam responder às demandas sociais existentes. Estas demandas, ou problemas, devem ter magnitude, possuir relevância social e capacidade suficiente para fazer parte da agenda de prioridades de um determinado órgão que promove políticas. Sem contar que envolve diferentes atores da vida social, com cada um trazendo os seus mais diversos interesses, que invariavelmente geram conflitos e, por conta disso, necessitam de contínuas negociações (Alves, 2009).

A política pública pode assumir quatro formatos distintos, conforme Frey (2000):



As políticas distributivas caracterizam-se pelo baixo grau de conflito, uma vez que estas políticas, aparentemente, distribuem vantagens e não geram custos. Os beneficiados são pequenos grupos e de diferentes estratos sociais. Esta política atende a solicitações pontuais de grupos sociais específicos, não é universal e apresenta fácil implantação porque não tempositor ao atendimento dessas demandas fragmentadas, pontuais e quase individuais.

As políticas regulatórias são as que envolvem a burocracia, grupos de interesse na definição de ordens, proibições e regulamentações constitutivas, sendo que o seu grau de conflito vai depender da forma como se configura a política.

As políticas redistributivas atingem um número elevado de indivíduos, impondo perdas concretas de curto prazo a determinados grupos sociais, para a obtenção de ganhos incertos e futuros para outros. Ao contrário das políticas distributivas, elas orientam-se para o conflito. O objetivo é o deslocamento de recursos financeiros, direitos ou outros valores entre camadas sociais e grupos da sociedade. Assim, estas políticas habitualmente são caracterizadas por confrontos e polarizações.

As políticas constitutivas ditam as regras do jogo e definem as condições em que se aplicarão as políticas distributivas, redistributivas ou as regulatórias.

O processo de formulação de uma política pública, também chamado de ciclo de vida de uma política pública, apresenta diversas fases conforme Viana (1996): a construção da agenda, a formulação, a implementação e a avaliação de políticas. Outro importante trabalho sobre as várias etapas de um ciclo de vida de uma política é o de Frey (2000). O autor ressalta que o *policy cycle* é um modelo interessante para a análise da vida de uma política pública. Ele diz que é comum a todas as propostas de análise, as fases de formulação, de implementação e de controle dos impactos das políticas. Entretanto, Frey (2000) amplia esta discussão, ao propor as seguintes etapas para a análise de uma política pública: a percepção e definição de problemas; a *agenda-setting*; a elaboração de programas e de decisão; a implementação de políticas; e a avaliação e a correção da ação.

Percepção e definição de problemas: nesta fase, atribui-se relevância política a um problema peculiar. Aqui, um fato pode ser percebido como um problema político por grupos sociais isolados, políticos, pela mídia e pela administração pública, por exemplo. Além disso, é importante considerar como os problemas foram definidos, pois é fundamental para a proposição de soluções na fase de elaboração dos programas (Frey, 2000).

*Agenda-setting* ou a construção da agenda: é a etapa onde se decide se um tema efetivamente será inserido na pauta política ou se o mesmo deverá ser excluído ou adiado para uma data posterior. Para tomar esta decisão, necessita-se de ao menos uma avaliação preliminar sobre custos e benefícios das várias opções disponíveis de ação. Seria uma avaliação das chances de um tema impor-se na arena política (Frey, 2000). Para Viana (1996), a agenda é definida como o espaço

de formação da lista de problemas ou dos assuntos que atraem a atenção do governo e da sociedade.

Elaboração de programas e de decisão ou a formulação de políticas: neste momento, precisa-se escolher a mais apropriada entre as inúmeras alternativas de ação (Frey, 2000). De acordo com Viana (1996), nesta fase ocorre a elaboração de alternativas e a escolha de uma delas, sendo que isso se desenvolve em um espaço político de trocas, poder, indeterminações e oposições.

Implementação de políticas: é a fase a qual produz determinados resultados e impactos. É importante ressaltar que, muitas vezes, os resultados e impactos concretos de certas políticas não correspondem aos impactos projetados na etapa de sua formulação. A integração entre formuladores e implementadores, o domínio deles sobre cada fase do ciclo político é de extrema importância para o sucesso da política em destaque (Frey, 2000).

Avaliação de políticas e da correção de ação: neste momento do ciclo, analisam-se os programas já implementados no que diz respeito aos seus impactos efetivos. No caso dos objetivos do programa terem sido alcançados, a avaliação pode levar à suspensão ou ao fim do ciclo político. Caso oposto, se a avaliação encontrar déficits de impacto e efeitos colaterais indesejáveis, ela incentiva a geração de um novo ciclo, isto é, uma nova fase de percepção e de definição de problemas para, com isso, elaborar um novo programa político ou modificação do anterior. Além disso, a avaliação não deve ser realizada exclusivamente no final do processo político. Ela deve estar presente em todas as fases do ciclo de vida de uma política pública para, assim, reformulá-las de modo contínuo (Frey, 2000). A etapa de avaliação, por fim, é fundamental para o desenvolvimento e adaptação contínua das políticas públicas.

#### **4.1.1 - A Avaliação de Políticas Públicas**

Para fins deste trabalho, será destacada a última fase do ciclo político, a avaliação de políticas, a qual aprecia as políticas no que diz respeito aos seus impactos e resultados efetivos.

Arretche (1998) escreve que qualquer forma de avaliação envolve necessariamente um julgamento, a atribuição de um valor, implica na aprovação ou desaprovação de uma política ou programa e em realizar análises a partir de uma certa concepção de justiça. Neste sentido, não há a possibilidade de que qualquer modalidade de avaliação de políticas públicas seja somente técnica ou neutra pois pode haver a influência de valores pessoais por parte do avaliador. Desta forma, o uso adequado dos instrumentos de análise e avaliação são fundamentais para que não se confunda opções pessoais com resultados de pesquisa.

Bellen e Trevisan (2008) dizem que as avaliações podem ser um “problema” para políticos pois os resultados podem gerar constrangimentos públicos. As informações das avaliações podem ser utilizadas pela sociedade e pela imprensa para criticar governos, do mesmo modo que em caso de “boas notícias”, os tomadores de decisão podem usá-las para o reconhecimento das próprias

políticas. No entanto, o interessado final é a própria sociedade, com isso, os relatórios das avaliações devem ser divulgados e fomentar o debate público em torno das alternativas de intervenção governamental em um dado contexto social. Inclusive para Costa e Castanhar (2002), o objetivo da avaliação é dirigir os tomadores de decisão, orientando-os quanto à permanência, à necessidade de correções ou mesmo a suspensão de uma determinada política ou programa. Por fim, esta fase do *policy cycle* para Arretche (1998) seria uma verdadeira ferramenta democrática de controle sobre as ações dos governos.

#### **4.1.2 - A Metodologia de Avaliação de uma Política Pública**

A avaliação pode ser classificada em função do seu *timing* (antes, durante ou depois da implementação de uma política ou programa), da posição do avaliador em relação ao objeto avaliado (interna, externa ou semi-independente) e da natureza do objeto avaliado (contexto, insumos, processos e resultados) (Faria, 2005).

Na avaliação antes da implementação da política, ou seja, a *ex ante*, Viana (1996) coloca que há duas formas de análise: custo-benefício e custo-efetividade. A primeira apresenta uma relação monetária entre custos e benefícios de uma determinada política, sendo que se os benefícios forem maiores do que os custos, então a política seria aceitável. A segunda não requer uma relação monetária, sendo que pode ser definida da seguinte forma: uma quantidade limitada de recursos deve ser utilizada para permitir o maior número possível de unidades de resultados ou benefícios, qualquer que seja o valor da unidade de resultado.

A avaliação intermediária, isto é, durante a implementação de uma dada política, visa obter mais conhecimento para dar suporte e melhorar a gestão, a implementação e o desenvolvimento da política (Bellen e Trevisan, 2008).

As avaliações que ocorrem após a implantação da política ou programa é denominada de *ex post*, sendo que também há duas formas de análise: de processo e de impacto. A avaliação de processo possui como objeto a aferição da adequação entre meios e fins, levando em conta o contexto organizacional, social, econômico e político em que a política está sendo implantada. O seu objetivo é fazer a correção da implementação da política, visando reorientá-la aos objetivos propostos. Com isso, pode-se selecionar racionalmente as alternativas que aumentem a eficiência da política. Por sua vez, a avaliação de impacto possui como objetivo medir os resultados de uma política. Estabelece se ocorreram mudanças; a magnitude destas alterações; os segmentos afetados pelas mudanças e em quais medidas; e quais foram as contribuições dos diferentes elementos da política na realização de seus objetivos (Viana, 1996).

Quanto à posição do avaliador, os internos e semi-independentes são indivíduos envolvidos, em alguma medida, com as equipes governamentais. Por conta disso, há uma série de

incentivos para que as avaliações concluam pelo êxito de um programa ou, ao menos, que procurem minimizar seus elementos de fracasso. Estas razões vão desde a manutenção dos próprios empregos por parte dos avaliadores, até o interesse dos tomadores de decisão em aumentar suas margens de poder e de gasto. Por estes motivos, é mais difícil que tais “avaliações” tenham algum valor avaliativo (Arretche, 1998). Assim, o que a autora defende é a realização das avaliações por instituições independentes (externas) pois estas possuem mais autonomia em relação às diretrizes governamentais, apesar de ser impossível prevenir erros em julgamentos ou tendências na forma como homens pensam e agem.

A mesma autora refere que a literatura de avaliação de políticas públicas costuma diferenciá-las em termos de sua efetividade, eficácia e eficiência, distinção esta que é um recurso analítico destinado a separar aspectos diferentes dos objetivos e, por consequência, da abordagem e das técnicas de avaliação. No entanto, Bellen e Trevisan (2008) relatam que a lista de critérios de avaliação é extensa e a escolha de um, ou mais, está atrelada ao que se pretende privilegiar na avaliação. Pode-se, por exemplo, valorar a eficiência, a efetividade, a eficácia, como já colocados por Arretche (1998), mas também os critérios como a sustentabilidade, o acesso, a satisfação do usuário, da população e a equidade.

#### **4.1.3 - A Efetividade nas Políticas Públicas**

Se a avaliação é uma forma de medir o desempenho de programas ou políticas, precisa-se definir as medidas para a aferição do resultado obtido. Como previamente exposto, a lista de critérios é longa e a escolha dependente do que se deseja privilegiar na avaliação.

Todos os critérios de avaliação são relevantes porém este trabalho privilegiará o critério de avaliação “efetividade”.

Conforme Sander (1982), o termo efetividade relaciona-se à responsabilidade social, segundo o qual a gestão deve prestar contas e responder pelos seus atos em função das inquietações e das prioridades que emergem da sociedade. A preocupação básica da efetividade seria a de promover o desenvolvimento social, econômico e aprimorar as condições de vida da sociedade. Assim, a efetividade relaciona-se aos objetivos mais amplos de equidade e de desenvolvimento social e econômico. Em suma, o conceito de efetividade possui compromisso real e verdadeiro em atingir os objetivos sociais e em satisfazer as demandas políticas da comunidade.

A avaliação da efetividade seria o exame da relação entre a implementação de um determinado programa e seus impactos e/ou resultados, isto é, o seu sucesso ou fracasso em termos de uma efetiva mudança nas condições sociais prévias da vida das populações atingidas pelo programa ou política sob avaliação (Figueiredo e Figueiredo, 1986).

É na avaliação da efetividade que a diferença entre a avaliação e a análise torna-se mais

clara e necessária, por conta da necessidade de demonstrar que os resultados encontrados na realidade social estão causalmente relacionados a uma política particular. Isso, por sua vez, é a principal dificuldade metodológica nas avaliações de efetividade. Estudos confiáveis sobre efetividade dos programas e políticas são difíceis e até raros por conta de razões que dizem respeito à obtenção de informações sobre os programas e as populações analisadas, sobre a possibilidade de isolar a interferência de variáveis intervenientes em qualquer sistema aberto próprio da análise social e pelas dificuldades operacionais referentes aos custos financeiros e organizativos envolvidos em pesquisas de campo (Arretche, 1998).

Como a efetividade está fortemente relacionada a ideais de igualdade e justiça social, Arretche (1998) também refere que há a expectativa de que as políticas implementadas reduzam os brutais índices de pobreza, desigualdade e exclusão social existentes entre os brasileiros. Por este motivo, a correlação entre políticas e seus resultados tem estado presente na análise das políticas públicas, apesar da tradição brasileira ser bastante pobre em relação aos estudos de avaliação da efetividade das políticas.

Para Carvalho (2003), a avaliação de impacto mede a efetividade pois é aquela que focaliza nos efeitos ou impactos produzidos sobre a sociedade e, portanto, para além dos beneficiários diretos da intervenção pública. Dois pressupostos orientam a avaliação de impacto, segundo o autor. O primeiro reconhece os propósitos de mudança social na política em análise e, neste caso, faz sentido estruturar a investigação para mensurar seus impactos. O segundo pressuposto é o que estrutura a análise com base em uma relação causal entre a política ou programa e a mudança social provocada. Desta forma, não basta constatar a ocorrência da mudança, é preciso provar que foi causada pelo programa.

Como exposto anteriormente, Viana (1996) afirma que a avaliação de impacto possui como objetivo medir os resultados de uma política. Desta forma, estabelecer se houve alterações; a grandeza destas mudanças; os setores impactados pelas modificações e em quais medidas; e quais foram as contribuições dos diferentes elementos da política na realização de seus objetivos.

Partindo-se destas concepções sobre o critério efetividade, percebe-se a sua relevância no processo avaliativo das políticas públicas. A efetividade mede os resultados de uma política, ou seja, o seu fracasso, sucesso ou neutralidade em função de mudanças efetivas nas condições de vida da população beneficiada por uma dada política. Logo, ela está intimamente atrelada à responsabilidade social para a construção de uma sociedade mais democrática e menos desigual, sendo uma impulsionadora do desenvolvimento pois deve reagir aos problemas que emergem da sociedade. Com a avaliação da efetividade, o Estado é auxiliado na reestruturação ou na manutenção das suas ações, dependendo dos resultados de uma política ou programa. Ela é um critério relacionado em termos da importância, da significação, da pertinência, do valor dos atos e

dos fatos administrativos para a vida de uma sociedade.

## **4.2 - Os Marcos Regulatórios dos Planos Privados de Saúde no Brasil**

### **4.2.1 - O Decreto Lei nº 73, de 21 de Novembro de 1966**

A criação de agências autônomas foi uma novidade no Brasil com o Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado de 1995, porém, a regulação estatal não foi oriunda exclusivamente da Reforma do Aparelho do Estado, pois já existiam no país órgãos com esta função. Havia, por exemplo, o Comissariado da Alimentação Pública de 1918, o Instituto de Defesa Permanente do Café de 1923, o Instituto do Açúcar e do Alcool de 1933, como também o Banco Central da República do Brasil e a Comissão de Valores Mobiliários (Gouveia, 2004).

No que tange ao mercado segurador, na década de 60 foram reguladas pelo Estado todas as operações de seguros e resseguros através do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966. O Decreto instituiu, dentre outras questões, o seguro-saúde para a cobertura da assistência médica. Assim, o mercado segurador ficou subordinado às disposições da Lei, sendo o controle exercido pelo Estado em prol dos interesses de beneficiários dos contratos de seguro.

Este Decreto-Lei institui o Sistema Nacional de Seguros Privados (SNSP), sendo constituído pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), pelo Instituto de Resseguros do Brasil (IRB), pelas sociedades autorizadas a operar em seguros privados e por corretores habilitados.

Segundo a Lei, o CNSP era o órgão normativo das atividades securitárias do país. A sua atribuição era de fixar as diretrizes e normas da política de seguros privados no Brasil, regulando a constituição, organização, funcionamento e fiscalização dos que exerciam atividades subordinadas ao SNSP, bem como a aplicação das penalidades previstas.

A composição do CNSP:

- O Ministro de Estado da Fazenda, como o presidente;
- Um representante do Ministério da Justiça;
- Um representante do Ministério da Previdência e Assistência Social;
- O Superintendente da Superintendência de Seguros Privados;
- Um representante do Banco Central do Brasil; e
- Um representante da Comissão de Valores Mobiliários.

A SUSEP, por sua vez, foi concebida como entidade autárquica dotada de personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa, financeira e ligada ao Ministério da Indústria e do Comércio até 1979. No entanto, após este período, ela vinculou-se ao Ministério da Fazenda.

Competia à SUSEP, na qualidade de executora da política traçada pelo CNSP, ser o órgão

fiscalizador da constituição, organização, funcionamento e operações das sociedades seguradoras. Era administrada por um conselho diretor, composto pelo superintendente e por quatro diretores, um secretário-geral e um procurador-geral.

O IRB era uma sociedade de economia mista, dotada de personalidade jurídica própria de direito privado e gozando de autonomia administrativa e financeira, com o objetivo de regular o co-seguro, o resseguro e a retrocessão, além de promover o desenvolvimento das operações de seguros no Brasil.

As sociedades autorizadas atuavam na operação de seguros de pessoas, bens, responsabilidades, obrigações, direitos e garantias.

O corretor habilitado seria o intermediário legalmente autorizado a promover contratos de seguro entre as sociedades seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de direito privado.

No que tange especificamente à regulação dos seguros de saúde, seguem abaixo as diretrizes fixadas pelo CNSP:

#### As normas do CNSP voltadas à regulação financeira

- A sociedade seguradora deverá pagar em dinheiro à pessoa física ou jurídica prestadora de assistência ao segurado;
- A cobertura do seguro-saúde ficará sujeita ao regime de franquia;
- O estabelecimento de tabelas de honorários médico-hospitalares e fixação de percentuais de participação obrigatória dos segurados nos sinistros; e
- O pagamento das despesas cobertas pelo seguro-saúde dependerá da apresentação de documentação médico-hospitalar que possibilite a identificação do sinistro.

#### As normas do CNSP voltadas à regulação de produto

- Livre escolha do médico e do hospital por parte dos segurados;
- Vedação às sociedades seguradoras de acumular assistência financeira com a assistência médico-hospitalar;
- As sociedades civis ou comerciais que venderam títulos, contratos, garantias, segurança, benefícios, títulos de saúde ou seguros sob qualquer outra denominação para atendimento médico, farmacêutico e hospitalar, a partir do Decreto ficam proibidas de efetuar novas transações do mesmo gênero;
- As sociedades beneficentes em funcionamento na data da promulgação do Decreto podem preferir o regime do seguro-saúde a qualquer tempo; e
- As entidades sem fins lucrativos do campo da saúde poderão operar sistemas próprios de pré-pagamento de serviços médicos e/ou hospitalares.

#### 4.2.2 - O Sistema Único de Saúde

No campo social, a CF de 1988 produziu uma significativa transformação no padrão de proteção social nacional. Este novo padrão constitucional caracterizou-se pela universalidade do acesso, pela descentralização política, administrativa e financeira, pela participação popular, pelo dever do Estado em garantir os direitos sociais e pela subordinação das práticas privadas à regulação Estatal por conta da relevância pública das ações e serviços na área social.

Alinhando-se com a Carta Maior, quando o SUS foi instituído, mais uma vez o Estado atuou como ente regulador, inclusive de planos privados de saúde, independente de serem ou não seguros, como segue no artigo abaixo:

*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 (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988).*

Mesmo com a regulação estatal, o mercado de planos privados de saúde expandiu por conta da contribuição de cinco fatores, como aponta Costa e Castro (2004):

Primeiro, os problemas no financiamento público devido à política de ajuste fiscal e da alteração na composição das despesas no campo da saúde, o que percuta no perfil da oferta de serviços de saúde no setor público.

Segundo, a própria insatisfação de indivíduos com a qualidade dos serviços disponibilizados pelo SUS, especialmente nos aspectos ligados a amenidades como hotelaria, presteza e atenção personalizada.

Terceiro, os custos crescentes dos serviços de saúde, reduzindo o número de pessoas que tenham condições financeiras de arcar com o pagamento direto.

Quarto, a busca de renda adicional por parte de profissionais do setor público por conta dos baixos salários e da grande oferta de recursos humanos, especialmente de médicos, favorecendo o ingresso destes no mercado de planos de saúde.

Quinto, a competição dentro do setor produtivo, fazendo com que empresas incorporem a atenção médica-hospitalar como um importante *fringe benefit* (benefício indireto) ao seu quadro de funcionários, de modo a diferenciá-las no mercado. Isso pode, por exemplo, melhorar a imagem de empresas e torná-las mais competitivas no recrutamento de recursos humanos.

Além das questões supra citadas, outro fato que também estimulou, e permanece incentivando, a expansão do mercado de planos de saúde é o subsídio do Estado ao segmento privado. Isso deve-se ao “gasto tributário”, que é o recurso que o ente estatal deixa de arrecadar por conta das desonerações fiscais. Por um lado, a desoneração funciona como um incentivador fiscal a prestadores e operadoras filantrópicas, uma vez que não pagam tributos federais, estaduais e



municipais e, por outro, como um indutor à compra de serviços e de planos privados por indivíduos pois este gasto é deduzido da base sobre a qual é calculada o imposto de renda devido por pessoas físicas (Santos, Ugá e Porto, 2008). Além deste fator, há o aporte de recursos públicos para o financiamento dos planos de saúde de servidores públicos civis e militares da administração direta e de empregados de empresas estatais (Bahia, 2001); e quando não ocorre o ressarcimento ao SUS pelas operadoras na utilização de serviços públicos por beneficiários de planos de saúde com cobertura contratual (Santos, 2009).

Percebe-se pelos fatores acima que quem propiciou, em grande escala, o crescimento expressivo da saúde suplementar no Brasil foi o próprio Governo por conta da provisão de uma precária política de saúde pública em muitas regiões do país e do subsídio do setor privado. Logo, isto acabou favorecendo a migração de pessoas para o setor suplementar, deixando de utilizar o que lhes é de direito: o SUS.

#### **4.2.3 - A Criação da Lei nº 9.656, combinada com a Medida Provisória nº 1.655, de 5 de Junho de 1998**

Até o final da década de 90, o mercado de planos de saúde atuava segundo a sua própria lógica e estabelecia suas próprias regras. Isso demonstrava a frágil regulação do setor, uma vez que a legislação das operadoras era do tipo societário, havia a livre definição da cobertura assistencial, das carências, dos reajustes, existia a liberdade na exclusão de clientes e a seleção de risco, o que vinha gerando expressiva insatisfação dos beneficiários (Montone, 2004).

Profissionais médicos, por exemplo, começaram a protestar por conta dos reduzidos honorários pagos, das imposições e interferências assistenciais realizadas pelas OPSs. Outros profissionais solicitavam a ampliação da cobertura para além da assistência médica, as entidades de defesa de portadores de patologias e deficiências lutavam para a sua inclusão nos planos e, inclusive, as seguradoras no campo da saúde encontravam-se insatisfeitas com o mercado auto-regulado (Scheffer, 2006). O próprio sistema judiciário tornava-se pró-ativo pois em 1994 a juíza da décima quinta Vara Criminal de Brasília instituiu o direito de assistência a todas as doenças para beneficiários com contratos obtidos a partir de 24/11/1993. O Supremo Tribunal Federal (STF) também passou a aplicar sentenças mais rígidas sobre as OPSs e, cada vez mais, os meios de comunicação vocalizavam as reivindicações de usuários e da sociedade civil. Além disso, órgãos de defesa do consumidor, mesmo sem um respaldo legal mais profundo sobre a dimensão do setor saúde, como o Programa de Orientação e Proteção ao Consumidor (PROCON) e o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), balizados pelo Código de Defesa do Consumidor (CDC), instituído pela Lei nº 8.078/90, procuravam proteger os beneficiários uma vez que apuravam denúncias, forneciam informações, orientavam os beneficiários, fiscalizavam as relações

de consumo e aplicavam sanções administrativas (Andreazzi, 2004).

É importante destacar, segundo Scheffer (2006), a reduzida atuação do meio acadêmico, do Movimento da Reforma Sanitária, de gestores de políticas públicas, de fóruns de controle social e dos trabalhadores organizados na discussão da regulação dos planos de saúde. Com isso, a agenda de regulação focou nas demandas dos atores presentes e atuantes neste processo que priorizavam a ampliação da cobertura, os limites nos reajustes, os aumentos dos honorários médicos, o equilíbrio econômico-financeiro do setor, dentre outras questões, mas que não fizeram uma discussão mais ampla sobre o mercado de planos de saúde e a sua interação com o SUS.

Desta forma, por conta das reivindicações em prol dos beneficiários, a regulação dos planos de saúde ganhou forças ao longo dos anos 90. Alguns impulsionadores legais iniciais foram a Resolução nº 1.401/93 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que obrigava a cobertura de todas as doenças reconhecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o Projeto de Lei nº 4.425/94, que proibia a exclusão de cobertura de despesas com a assistência de determinadas doenças e o Decreto Federal nº 1.232/94, que determinava o ressarcimento ao SUS no caso do atendimento médico realizado em unidades do Sistema Único a beneficiários de planos de saúde (Scheffer, 2006). A partir de então, inúmeros Projetos de Lei, Resoluções, Moções e Leis foram instituídos, porém foi somente em 1997 que o Congresso, por meio da Câmara dos Deputados, aprovou a primeira versão da Lei de Regulamentação dos Planos de Saúde e no dia 3 de junho de 1998, a Lei nº 9.656/98 foi finalmente promulgada.

Como redigido anteriormente, apenas em 1997 a Câmara dos Deputados aprovou a primeira versão da Lei de Regulamentação dos Planos de Saúde, a qual teria que atuar sobre uma atividade que atingia milhões de brasileiros, era realizada por inúmeras empresas, dos mais diversos tipos e sobre as quais pouco se conhecia. No entanto, em outubro de 1997, um projeto alternativo de Regulamentação, que gerou a Lei nº 9.656/98, foi aprovado com foco principal na regulação das atividades econômicas das empresas. No plano econômico-financeiro, definia-se as condições de ingresso, operação e saída das empresas do setor, como também determinava a constituição de reservas e garantias. No plano assistencial, estabelecia-se o Plano de Referência, impedindo qualquer forma de exclusão ou exceção de cobertura, exigindo a cobertura de todas as doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças (CID). As operadoras obrigatoriamente deveriam oferecer o Plano de Referência apesar dos consumidores poderem obter um plano com cobertura ambulatorial ou hospitalar (Montone, 2004).

Acreditava-se que o Plano de Referência estimularia o seguinte:

- 1- A operadora teria que demonstrar a sua capacidade de produzir serviços integrais;
- 2- O consumidor teria mais clareza quanto às exclusões de cobertura de seu contrato;
- 3- Viabilizaria a comparação de preços dentre as operadoras a partir de um produto

padrão; e

4- Melhoraria a avaliação pelo consumidor quanto ao preço do produto com cobertura reduzida em relação ao com cobertura integral.

Estabeleceu-se, também, que a regulação ficaria a cargo da SUSEP, seguindo as diretrizes estabelecidas pelo CNSP. Assim, o ente regulador básico seria o Ministério da Fazenda (MF), a partir da SUSEP e o CNSP, uma vez que o foco básico do projeto alternativo enfatizava a atividade econômica das operadoras e o papel do Ministério da Saúde (MS) ia pouco além da função de assessoramento.

Ao ser debatido no Senado em 1998, o projeto alternativo de Regulamentação sofreu duas alterações, segundo o autor acima:

A primeira consistiu em fortalecer o pólo assistencial uma vez que o Plano de Referência tornou-se obrigatório, proibiu-se a comercialização de planos de saúde com redução ou exclusão de coberturas assistenciais e os planos exclusivamente ambulatoriais e hospitalares deveriam prover cobertura integral no segmento. Além disso, estabeleceu-se o controle de reajuste nos preços, inclusive por faixa etária; a proibição de seleção de risco; e a ruptura unilateral de contratos com beneficiários de planos individuais.

A segunda fortificou o papel do MS. A regulação econômica-financeira das OPSs permaneceria a cargo do MF (SUSEP e CNSP). Por sua vez, o MS, por meio do Departamento de Saúde Suplementar da Secretaria de Assistência à Saúde (DESAS) e do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), criado pela Lei nº 9.656/98, assumiria a regulação assistencial. Também foi criada pela Lei dos Planos de Saúde a Câmara de Saúde Suplementar (CSS) para a ampla participação de atores da saúde suplementar e da sociedade civil, funcionando como órgão consultivo na regulação do setor privado.

A Lei nº 9.656/98, no entanto, foi promulgada conforme o texto aprovado na Câmara dos Deputados, em 03/06/98. Porém, em 05/06/98 foi editada a Medida Provisória (MP) nº 1.665 alterando esta Lei. A MP foi elaborada pois, caso o Senado promovesse as duas alterações principais citadas acima no projeto alternativo de Regulamentação dos Planos de Saúde, o mesmo teria que ser novamente remetido à Câmara dos Deputados, fato que prolongaria a sua aprovação. Assim, a Lei nº 9.656/98, combinada com a MP, foi promulgada em 5 de junho de 1998, mas de fato somente entrou em vigor em janeiro de 1999.

#### **4.2.4 - A Criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar**

A Lei dos Planos de Saúde, portanto, institui o modelo bipartite de regulação de todo o mercado de planos de saúde, através dos MF e MS. Deve-se recordar que anterior à Lei, os planos de saúde, com exceção das seguradoras, não seguiam a nenhuma regulação específica.

De janeiro de 1999 até a criação da ANS, o CONSU editou 32 resoluções e o DESAS 30 portarias a fim de viabilizar a instituição da Lei dos Planos de Saúde mas isso não foi o suficiente. Segundo Montone (2004), a amplitude da tarefa, o ineditismo do processo e o modelo bipartite de regulação, dificultando a coordenação e impedindo a unidade estratégica necessária para o processo de regulação, fizeram com que todas as atribuições de regulação do setor fossem reunidas no âmbito do MS, por meio da Lei nº 9.961/00 que instituiu a ANS.

A ANS é criada como uma autarquia sob regime especial, possuindo autonomia administrativa, financeira, patrimonial, de gestão de recursos humanos, em suas decisões técnicas e apresenta mandato fixo de seus dirigentes. A Agência encontra-se vinculada ao MS, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro, com prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

A ANS possui, conseqüentemente, a missão de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras, inclusive nas suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no Brasil.

Sobre a sua estrutura organizacional, a Agência Reguladora é dirigida por uma diretoria colegiada com mandatos não coincidentes, composta por cinco diretores, sendo que um deles acumula o seu cargo com o de diretor-presidente. Os diretores são indicados e nomeados pelo Presidente da República após aprovação prévia pelo Senado Federal, para cumprimento de mandato de três anos, admitida uma única recondução.

A diretoria colegiada é composta pelos:

- 1- Diretor-Presidente da ANS;
- 2- Diretor de Desenvolvimento Setorial;
- 3- Diretor de Normas e Habilitação de Operadoras;
- 4- Diretor de Normas e Habilitação de Produtos;
- 5- Diretor de Gestão; e
- 6- Diretor de Fiscalização.

A ANS conta também com um procurador, um corregedor, um ouvidor, com a CSS, além de unidades especializadas, como gerências, coordenadorias, assessorias, incumbidas de diferentes funções.

Apesar da Agência ser um ente autônomo, a administração da ANS é regida por um Contrato de Gestão, negociado entre o seu diretor-presidente e o Ministro da Saúde, mas aprovado pelo CONSU. O Contrato de Gestão estabelece os parâmetros para a administração interna da ANS, assim como os indicadores que permitam avaliar, objetivamente, a sua atuação administrativa e o seu desempenho. O descumprimento injustificado do Contrato de Gestão implica na dispensa do

diretor-presidente, pelo Presidente da República, mediante solicitação do Ministro da Saúde.

No que concerne a descentralização da atividade regulatória, a Agência estabeleceu a criação de 12 Núcleos Regionais de Atendimento e Fiscalização (NURAFs), ligados à Diretoria de Fiscalização, para atender às demandas dos cidadãos a partir do ano de 2001.

Os NURAFs têm por objetivo a apuração de infração e aplicação de sanções administrativas contra OPSs na sua região adscrita (Instrução Normativa nº 1, de 28 de novembro de 2006).

Eduardo Sales, o diretor de fiscalização da ANS, em entrevista concedida na inauguração do NURAF de Ribeirão Preto (SP) em 2008, disse que desconcentrar o poder decisório garantiria a efetividade no processo de fiscalização. Os núcleos funcionariam como extensões da ANS, articulando-se com prestadores, operadoras, beneficiários, Ministério Público, judiciário e demais atores do segmento. A importância dos núcleos seria de construir uma ponte entre quem vende serviços de saúde, quem presta serviços e quem recebe os mesmos. A descentralização resultou na diminuição significativa das decisões da fiscalização da ANS pois processos que demoravam anos para serem concluídos pela Agência passaram a ser finalizados em dias ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)).

Os 12 NURAFs possuem as seguintes circunscrições territoriais, conforme a Instrução Normativa nº 6, de 21 de novembro de 2007:

- 1) NURAF Bahia: atende aos Estados da Bahia e Sergipe;
- 2) NURAF Ceará: atende aos Estados do Ceará, Maranhão, Piauí e Rio Grande do Norte;
- 3) NURAF Distrito Federal: atende ao Distrito Federal e Estados de Goiás e Tocantins;
- 4) NURAF Mato Grosso: atende aos Estados do Acre, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Rondônia;
- 5) NURAF Minas Gerais: atende aos Estados do Espírito Santo e Minas Gerais, com exceção das mesorregiões do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba e Sul/Sudoeste de Minas Gerais;
- 6) NURAF Pará: atende aos Estados do Amapá, Amazônia, Pará e Roraima;
- 7) NURAF Paraná: atende aos Estados do Paraná e Santa Catarina;
- 8) NURAF Pernambuco: atende aos Estados de Alagoas, Paraíba e Pernambuco ;
- 9) NURAF Ribeirão Preto (SP): atende às mesorregiões do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, Sul e Sudoeste de Minas Gerais, Araçatuba, Araraquara, Assis, Bauru, Marília, Piracicaba, Presidente Prudente, Ribeirão Preto e São José do Rio Preto;
- 10) NURAF Rio de Janeiro: atende ao Estado do Rio de Janeiro;
- 11) NURAF Rio Grande do Sul: atende ao Estado do Rio Grande do Sul; e
- 12) NURAF São Paulo: atende ao Estado de São Paulo, com exceção das mesorregiões de abrangência do NURAF Ribeirão Preto.

Com apenas 12 Núcleos para atuar em todos os Estados do país, descentralizando

somente as ações da Diretoria de Fiscalização, a ANS contrasta com sua “irmã”, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), agência reguladora autônoma no campo da saúde criada pela Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. A ANVISA descentraliza-se em Vigilâncias Sanitárias (VISAs) e Coordenações de Vigilância em Saúde (COVISAS), uma vez que a Agência pauta a sua atuação segundo as diretrizes estabelecidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dando seguimento ao processo de descentralização da execução das suas atividades para Estados, Distrito Federal e Municípios (Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999).

#### **4.3 – A Política de Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde**

A questão do ressarcimento ao setor público não é uma discussão recente. Com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), em 1967, o Governo procurou garantir assistência a todo trabalhador urbano com carteira de trabalho assinada, a seus dependentes e, posteriormente, aos trabalhadores rurais. Ao aumentar substancialmente a quantidade de contribuintes, o sistema médico previdenciário apresentou dificuldades em garantir acesso e assistência a toda esta demanda. Diante deste fato, o Governo alocou recursos para ampliação da rede privada de atenção. Esta ampliação ocorreu por meio do financiamento da construção de hospitais privados e do credenciamento/convênio de serviços privados para atenderem os pacientes assegurados. Outra questão que impulsionou o crescimento do setor privado foi a criação de departamentos médicos nas próprias empresas e convênios destas com as medicinas de grupo, firmas especializadas em assistência médica de empregados, desobrigando, deste modo, o INPS da prestação direta de tais serviços (Scatena, 2004). Tanto que, em 1975, o Ministério da Previdência e Assistência Social instituiu uma Norma que, na presença de convênio entre empresas e firmas de assistência médica, o INPS ficaria desobrigado à prestar assistência aos funcionários beneficiados mas no caso de eventual atendimento pelo INPS, o Instituto deveria cobrar da empresa médica.

Desde então, diversos Projetos de Leis foram elaborados a partir do início da década de noventa com o objetivo de transferência ao SUS, pelas OPSs, dos recursos despendidos com os atendimentos realizados a beneficiários da saúde suplementar.

No entanto, é o Artigo nº 32, da Lei nº 9.656/98, que instituiu como obrigação legal o ressarcimento ao SUS pelas OPSs, na eventualidade do setor público prestar assistência a clientes da saúde suplementar cobertos contratualmente pelos seus respectivos planos privados de saúde.

O *caput* encontra-se transcrito abaixo:

*“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 à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao SUS, mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pela ANS.*

*§ 2o Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.*

*§ 3o A operadora efetuará o ressarcimento até o décimo-quinto dia após a apresentação da cobrança pela ANS, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao respectivo fundo de saúde, conforme o caso.*

*§ 4o O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3o será cobrado com os seguintes acréscimos:*

*I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;*

*II - multa de mora de dez por cento.*

*§ 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.*

*§ 6o O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde.*

*§ 7o A ANS fixará normas aplicáveis ao processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2o deste artigo.*

*§ 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.” (Lei nº 9656/98 combinada com a Medida Provisória nº 2.177- 44, de 24 de agosto de 2001).*

A ANS também determina que serão objeto do ressarcimento pelas operadoras os atendimentos de urgência, emergência e eletivos prestados em unidades públicas de saúde e de urgência e emergência realizada por estabelecimentos privados conveniados ou contratados integrantes do SUS (Resolução Normativa nº 18, de 30 de março de 2000).

É importante ressaltar que o ressarcimento ao Sistema Único em nada compromete a universalidade da assistência, princípio ético do SUS determinado pela Carta Maior, uma vez que não altera a relação entre o cidadão e o Estado, mas sim cria uma nova relação entre o Estado e as operadoras (Scatena, 2004). Além disso, a unidade prestadora de serviços ao SUS que, comprovadamente estiver, utilizando mecanismos próprios para identificação de beneficiários, em prejuízo da universalidade de acesso de seus usuários, será representada aos órgãos de controle e avaliação do SUS (Resolução Normativa nº 185, de 30 de dezembro de 2008).

Bahia (2005 e 2008) destaca que o sistema de saúde brasileiro possui um caráter híbrido, sendo que o ressarcimento ao Sistema Único contribui para tal conformação. A autora diz que se a relação entre o setor público e o privado for vista somente como o fluxo de beneficiários da saúde suplementar para serviços da rede pública, isto desconsidera um contexto que envolve os incentivos públicos ao financiamento, à estruturação das demandas e à oferta do sistema suplementar. Este *mix* é gerador de constantes tensões e a política de ressarcimento ao SUS é também polêmica pois OPSs resistem à restituição dos cofres públicos.

Para Montone (2009), o ressarcimento foi posto como uma ferramenta de justiça social em relação ao Sistema Único, uma vez que o setor privado funcionava com inúmeras exclusões contratuais, forçando os casos mais graves e custosos para a assistência via rede pública.

Em princípio, a filosofia do ressarcimento era fazer com que as OPSs pagassem ao SUS pelas coberturas ausentes de seus contratos. Isso seria um forma de “punição” pelas exclusões praticadas pelas empresas, devendo funcionar como um incentivo para a cobertura integral dos planos de saúde. Logo, se o procedimento não estivesse previsto no contrato, a empresa deveria ressarcir o Sistema Único. Por outro lado, se o procedimento estivesse previsto no contrato, a operadora não teria que restituir ao Sistema Único. Neste caso, a suposição seria a de que o beneficiário utilizou o seu direito de acesso universal ao SUS.

Nenhum mecanismo legal foi encontrado para cobrar das operadoras por procedimentos não cobertos contratualmente. Portanto, se uma OPS não fosse obrigada a cobrir determinado procedimento, ela não tinha que ressarcir ao SUS. Por conta disso, inverteu-se a lógica do ressarcimento ao Sistema Único. Agora, se um beneficiário buscasse assistência na rede pública para um procedimento coberto contratualmente, a hipótese seria que a OPS dificultaria ou descumpriria o seu contrato devendo, assim, ressarcir ao SUS. Esta situação era de fato real pois mesmo para um procedimento contratado, operadoras negavam ou dificultavam a realização do serviço na rede privada. Por fim, inclusive, havia denúncias de que determinados hospitais realizavam a dupla cobrança, ou seja, cobravam o mesmo procedimento de duas fontes pagadoras: do SUS e das OPSs (Montone, 2009).

#### **4.3.1 - Os Objetivos do Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde**

##### A Utilização de Bens Públicos pela Iniciativa Privada Conforme o Direito Administrativo Brasileiro

A literatura jurídica pode ajudar a sustentar a política de ressarcimento ao SUS no que diz respeito à questão do uso privado de bens públicos, podendo ser esta mais um objetivo da política. Entretanto, antes do desenvolvimento desta questão jurídica, é importante fazer algumas considerações gerais.



Os bens públicos são todas as coisas corpóreas ou incorpóreas, imóveis, móveis e semoventes, créditos, direitos e ações que pertencem a entidades estatais, autárquicas, fundacionais e empresas governamentais. Eles são todos nacionais, podendo ser federais, estaduais ou municipais, conforme a entidade política a que pertençam ou ao serviço autárquico, fundacional ou paraestatal a que se vinculem (Meirelles, 2007).

O Artigo nº 99 do Código Civil (CC) de 2002 classifica os bens públicos em três categorias denominadas de bens de uso comum do povo, de uso especial e dominicais.

Meirelles (2007) desenvolve as classificações acima da seguinte forma:

1- Os bens de uso comum do povo ou de domínio público: são todos os lugares abertos ao uso coletivo, sendo que não há discriminação de usuários, como também a necessidade de ordem especial para o usufruto, nem se admite a frequência limitada ou remunerada dos cidadãos. Os usuários são anônimos, indeterminados e os bens são usados por todos os membros da sociedade. Desta forma, ninguém tem o direito de uso exclusivo ou a privilégios na utilização do bem. Aqui eles permanecem sob a administração e vigilância do Poder Público. Alguns exemplos são: mares, rios, estradas, ruas e praças.

2- Os bens de uso especial ou patrimoniais indisponíveis: são os que se destinam à execução dos serviços públicos, ou seja, são todas as coisas utilizadas pela Administração para realização de suas atividades e consecução de seus fins, como os edifícios das repartições públicas, terrenos destinados ao serviço público, os veículos da Administração e os matadouros. Nesta categoria, a Administração atribui a determinada pessoa a possibilidade de fruir de bens públicos com exclusividade, nas condições convencionadas.

3- Os bens dominicais ou bens patrimoniais disponíveis: são bens que embora integrem o domínio público como os demais acima, deles diferem pela possibilidade de serem utilizados para quaisquer fins, até mesmo podem ser alienados pela Administração. Os bens de uso comum e os de uso especial possuem destinação ou afetação pública mas podem ser transferidos por lei para a categoria de bens dominicais, ficando desatrelados de sua finalidade pública e habilitados para alienação.

É importante colocar que a enumeração dos bens públicos no CC de 2002 não é exaustiva e nem poderia ter este caráter por conta da crescente ampliação das atividades públicas, que a todos os momentos incorporam outros bens para o patrimônio administrativo.

#### O Uso de Bens Públicos por Particular

Os bens públicos das três modalidades previstas no Artigo nº 99 do CC de 2002 podem ser utilizados por particulares e entidades públicas (Di Pietro, 2006). Desta forma, qualquer pessoa física ou jurídica, pública ou privada, pode adquirir o direito de utilizar os bens públicos mediante

contrato ou ato unilateral da Administração, na forma autorizada por lei ou regulamento ou simplesmente consentida pela autoridade competente (Meirelles, 2007).

As principais formas administrativas para a utilização de bens de uso comum, os de uso especial e os dominicais por particulares são as seguintes, segundo Meirelles (2007) e Di Pietro (2006):

1- Autorização de uso: é o ato administrativo unilateral, discricionário e precário, gratuito ou não, sendo que o particular utiliza o bem público com exclusividade (Di Pietro, 2006). Não há forma nem requisitos especiais para a sua concretização uma vez que visa unicamente a atividades transitórias e irrelevantes para o Poder Público. É o suficiente um ato escrito, revogável a qualquer tempo e sem custos para a Administração, dispensando lei autorizativa e licitação. Alguns exemplos são a retirada de água em fontes não abertas ao uso comum do povo e ocupação de terrenos baldios, desde que não prejudiquem a comunidade e o serviço público (Meirelles, 2007).

2- Permissão de uso: é o ato negocial, unilateral, discricionário, precário através do qual a Administração permite ao particular o uso privado de determinado bem público, para fins de interesse coletivo (Di Pietro, 2006). Como existe o ato negocial, esta permissão pode ser com ou sem condições, gratuito ou remunerado, por tempo certo ou indeterminado, conforme foi estabelecido na autorização, mas sempre pode ser modificado e revogado pela Administração quando o interesse público exigir. Desta forma, qualquer bem público admite a permissão de uso especial a particular, desde que a utilização também seja de interesse da coletividade a qual poderá usufruir de certas vantagens deste uso, a exemplo das bancas de jornais e vestiários em praias. Por outro lado, se não houver interesse para a sociedade e somente para o particular, o uso não deve ser permitido, nem concedido, mas sim autorizado. A permissão geralmente é concedida independente de lei autorizativa porém pode depender de licitação (Meirelles, 2007).

3- Concessão de uso: possui caráter contratual e estável da outorga do uso do bem público pelo particular, para que o utilize com exclusividade e nas condições convencionadas pela Administração. Em outras palavras, a Administração oferece ao particular a utilização privativa do bem público para que a exerça conforme a sua destinação (para fins de interesse público ou destinado à utilização privativa) (Di Pietro, 2006). Pode ser remunerada, gratuita, por período de tempo certo, indeterminado, necessitando de autorização prévia legal e de licitação para o contrato. Sua concessão não é discricionária nem precária, pois obedece a normas, regulamentos e possui a estabilidade relativa dos contratos administrativos. Alguns exemplos são bares e restaurantes que funcionam em ruas e edifícios públicos. Neste caso, também prevalece o interesse público sobre o privado, com isso, admite-se alterações nas cláusulas e inclusive exigir a rescisão antecipada (Meirelles, 2007).

4- Locação: tem por objetivo o uso do bem público para proveito exclusivo do locatário,

sendo que o utilizará para fins residenciais. Os bens imóveis da União não utilizados em serviço público podem ser alugados para a residência de autoridades federais ou de outros servidores da União, no interesse do serviço público; para a residência de servidor da União, em caráter voluntário; e por quaisquer interessados. A locação ocorre mediante contrato, estando o locatário sujeito a pagamento (Di Pietro, 2006).

5- Arrendamento: é o tipo de contrato no qual uma das partes concede a outra o gozo temporário de um imóvel, mediante retribuição, sendo que o arrendamento pode ser urbano ou rural. No arrendamento urbano, uma das partes concede a outra o uso temporário de um prédio, no todo ou em parte, mediante retribuição. No rural, há o arrendamento do imóvel para fins de exploração agrícola ou pecuária, mediante retribuição (Di Pietro, 2006).

6- Enfitese: é quando o proprietário transfere um imóvel para outra pessoa que deverá pagar ao senhorio direto uma pensão anual, perpetuamente, para o exercício de seus direitos sobre o domínio útil do imóvel (Meirelles, 2007).

7- Concessão de direito real de uso: é quando a Administração transfere o terreno público a particular, de forma remunerada ou gratuita, para que o mesmo o utilize para fins de urbanização, industrialização, edificação ou qualquer outra forma de exploração de interesse social (Meirelles, 2007).

8- Concessão especial de uso: refere-se à regularização da ocupação ilegal de terrenos públicos pela população de baixa renda sem moradia (Meirelles, 2007).

9- Comodato: é o empréstimo gratuito de coisas infungíveis, ou seja, coisas que não podem ser substituídas porque suas qualidades individuais são levadas em consideração (Meirelles, 2007).

Meirelles (2007) escreve que a locação, o comodato e a enfitese são impróprios e obsoletos, como também seria errôneo dizer que a cessão de uso é a transferência de bens públicos para particulares. A cessão de uso é, para a autora, a transferência gratuita de bem público a uma entidade ou órgão da mesma natureza. Seria um ato de colaboração entre repartições públicas.

Por outro lado, a Administração, excepcionalmente, pode ter a necessidade ou interesse na alienação de alguns de seus bens, sob a forma de venda, permuta, doação, dação em pagamento, investidura, legitimação de posse ou concessão de domínio. É importante dispor que os bens públicos de uso comum do povo e os de uso especial são inalienáveis enquanto tiverem afetação pública, isto é, destinação pública. Enquanto tiverem esta condição, estes bens não podem ser transferidos ao domínio privado. De forma oposta, os bens públicos dominicais podem sempre ser alienados. Para melhor entendimento, uma praça ou edifício público não podem ser alienados enquanto tiverem a destinação pública. Porém, qualquer um deles poderá ser transferido para a iniciativa privada se passarem para a categoria de bens dominicais, por meio da desafetação, quando

o bem público é subtraído à dominialidade pública para ser incorporado ao domínio privado.

Seguem abaixo as várias formas de alienação, de acordo com Meirelles (2007):

1- Venda: é o contrato pelo qual uma das partes (vendedor-Administração) transfere a outra (comprador) o domínio de determinada coisa, mediante preço certo em dinheiro;

2- Doação: é o contrato pelo qual uma pessoa (doador-Administração), por liberdade, transfere de seu patrimônio bens ou vantagens para outra (donatária), a qual os aceita;

3- Dação em pagamento: é a entrega de um bem que não seja dinheiro para sanar dívida anterior. O bem fornecido em pagamento pode ser de qualquer espécie e natureza, desde que o credor consinta no recebimento em substituição da prestação que lhe era devida;

4- Permuta: permuta, troca ou escambo é o contrato pelo qual as partes transferem e recebem um bem, uma da outra, bens esses que se substituem reciprocamente no patrimônio dos permutantes;

5- Investidura: é a incorporação de uma área pública, isoladamente inconstruível (espaço que não se enquadra nos módulos estabelecidos por lei para edificação urbana ou aproveitamento para fins agropecuários), ao terreno particular;

6- Concessão de domínio: é a alienação de terras públicas, por meio de venda ou doação, sendo necessário lei autorizadora, além da aprovação do Congresso Nacional quando excede dois mil e quinhentos hectares; e

7- Legitimação de posse: é uma forma especial de transferência de domínio de terra devoluta ou área pública sem utilização, ocupada por longo tempo por particular que a cultiva ou levanta edificação para o seu uso.

Se a classificação dos bens públicos no CC de 2002 não é extensa e a todo momento incorpora outros bens ao patrimônio público, então, os estabelecimentos próprios, contratados e conveniados integrantes da rede SUS podem ser considerados bens públicos, uma vez que o Estado exerce poderes sobre tais serviços. Estas unidades podem, inclusive, ser enquadradas nas categorias de bens de uso comum do povo e de uso especial. As unidades integrantes do sistema público podem ser classificadas como bens de uso comum pois são lugares abertos ao uso coletivo, onde não há discriminação de usuários, não existe a necessidade de ordem especial para o usufruto, nem se admite a frequência limitada ou remunerada dos cidadãos, uma vez que a saúde é direito de todo brasileiro e dever do Estado. Tais locais também podem ser considerados de uso especial porque destinam-se a prover Atenção em Saúde por meio de seus profissionais, das inúmeras tecnologias existentes, da estrutura física, dentre outros aspectos.

Qualquer pessoa física ou jurídica pode adquirir o direito de uso dos bens públicos mediante contrato ou ato unilateral da Administração. Desta forma, as OPSs, entidades jurídicas de direito privado, podem sim fazer uso dos serviços que integram a rede SUS como ocorre no caso do

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Porém, muitas operadoras não têm este direito pois não realizaram, ou realizam, qualquer pactuação com o Sistema Único para utilização de seus serviços. Logo, estas operadoras vão de encontro ao Direito Administrativo Brasileiro. Quando o SUS precisa complementar a sua rede, para melhor servir os cidadãos, ele faz contratos ou convênios com a iniciativa privada, adquirindo o direito de uso.

Por fim, cabe sempre ao Poder Público a administração e a proteção de seus bens, podendo utilizar, inclusive, os meios judiciais para a garantia da propriedade e da defesa da posse. A utilização indevida de bens públicos por particulares pode e deve ser repelida por meios administrativos, independente de ordem judicial, pois o ato de defesa do patrimônio público pela Administração é auto-executável.

De acordo com a ANS, os objetivos da Política de Ressarcimento ao SUS são:

1- Evitar o enriquecimento sem causa das OPSs;

2- Promover a tutela preventiva do contrato firmado entre beneficiários de planos de saúde e OPSs, na medida que funcionaria como inibidor do descumprimento do contrato por parte das operadoras; e

3- Impedir o subsídio de atividades lucrativas com recursos públicos, ainda que indiretamente.

O primeiro objetivo acima citado, segundo Reis (2007), está fundamentado na natureza de obrigação civil do ressarcimento ao SUS. Embora o enriquecimento sem causa não fosse disciplinado pelo CC de 1916, ele era plenamente reconhecido pela doutrina e jurisprudências nacionais. No entanto, com o CC de 2002 o enriquecimento sem causa foi, de fato, regulamentado:

*"Art. 884. Aquele que, sem justa causa, se enriquecer à custa de outrem, será obrigado a restituir o indevidamente auferido, feita a atualização dos valores monetários.*

*Parágrafo único. Se o enriquecimento tiver por objeto coisa determinada, quem a recebeu é obrigado a restituí-la e, se a coisa não mais subsistir, a restituição se fará pelo valor do bem na época em que foi exigido.*

*Art. 885. A restituição é devida, não só quando não tenha havido causa que justifique o enriquecimento, mas também se esta deixou de existir.*

*Art. 886. Não caberá a restituição por enriquecimento se a lei conferir ao lesado outros meios para se ressarcir do prejuízo sofrido." (Código Civil, 2002).*

Para Reis (2007) há três elementos que caracterizam o enriquecimento sem justa causa: o enriquecimento do beneficiado sem justa causa, o empobrecimento do lesado e a relação de imediatidade entre o enriquecimento e o empobrecimento.

Sobre o primeiro elemento, o “enriquecimento” possui um significado amplo pois

compreende qualquer aumento de patrimônio, diminuição evitada e vantagens não patrimoniais desde que estipuláveis em dinheiro (Venoza, 2003). Assim, para caracterizar este elemento, a OPS deixa de ter redução patrimonial pois o seu beneficiário utilizou o SUS. No que tange ao “sem justa causa”, ocorre o enriquecimento injustificável de uma parte. Se a OPS recebe mensalidades de seus beneficiários e compromete-se em fornecer os serviços contratados, as empresas estarão enriquecendo-se injustamente com os recursos recebidos quando o beneficiário é assistido no SUS e não na rede privada contratada.

Em relação à segunda questão, a utilização do SUS é direito de qualquer cidadão brasileiro, mesmo que seja beneficiário de plano privado de saúde. Logicamente, no entanto, que o uso do Sistema Único gera, inevitavelmente, despesas aos cofres públicos, levando ao “empobrecimento” do SUS.

Por fim, há a relação de “imediatidade” entre o empobrecimento do lesado e o enriquecimento sem justa causa do favorecido. Em outras palavras, a diminuição do patrimônio de OPSs é evitada pois seus beneficiários são assistidos no SUS. O nexos de imediatidade, desta forma, apresenta-se bem explícito (Reis, 2007).

A própria CF de 1988, criada uma década antes de Lei nº 9.656/98, foi promulgada sob princípios de igualdade, justiça social, solidariedade e fraternidade. Com isso, toda vez que uma OPS se enriquece de forma injusta, tal empresa está locupletando-se às custas de toda sociedade, opondo-se às doutrinas da Carta Maior.

Logo, frente ao CC de 1916, à CF de 1988 e ao CC de 2002, as OPSs têm a obrigação de restituir ao SUS o atendimento que a operadora firmou em seu contrato com o beneficiário mas não o prestou.

O segundo objetivo estabelecido pela ANS, reserva-se para coibição de práticas abusivas de determinadas OPS que restringirem ou retardam o acesso a serviços e procedimentos de saúde, mesmo contratados pelos seus beneficiários.

Segundo Porter e Teisberg (2007), existe na saúde uma forma de competição disfuncional chamada de competição soma zero, com consequências lastimáveis para o paciente. Esta competição envolve operadoras de planos de saúde, prestadores, fornecedores, sendo que não agrega Valor (resultado obtido em saúde por unidade monetária gasta) para o cliente, pois os participantes do sistema lutam para transferir custos, enquanto deveriam aumentar o Valor.

Conforme os autores, a competição soma zero encontra-se calcada em quatro eixos principais:

1- Competição para transferir custos: é a busca da transferência dos custos ao invés da redução dos mesmos. Os planos de saúde, por exemplo, para a redução dos seus próprios, acabam transferindo o ônus aos seus clientes. Porém, este “jogo de batata quente” não melhora em nada a

assistência à saúde.

2- Competição para aumentar o poder de negociação: na batalha para as transferências de custos, atores como as OPSs procuram acumular maior poder de negociação e utilizá-lo para garantir mais valor para si mesmas. Desta forma, o escopo está na obtenção do ganho de mais influência a fim de elevar preços, empurrar custos para terceiros e conseguir descontos, por exemplo.

3- Competição para captar pacientes e restringir a escolha: neste eixo encontra-se a luta das OPSs para ganhar escala com a aquisição de clientes, atrair pacientes saudáveis (de baixo custo), como também restringir as escolhas de clientes a prestadores que oferecem os maiores descontos para as OPS, não oferecendo acesso àqueles que possuem os melhores resultados.

4- Competição para reduzir custos restringindo os serviços: a competição tem procurado reduzir custos por meio da restrição no acesso a serviços. Isto é percebido quando os planos de saúde, por exemplo, negam procedimentos, restringem escolhas, racionam serviços, limitam os acessos, ou seja, regulam a assistência em saúde.

É preciso, desta forma, que os planos de saúde assumam outros papéis a fim de criar real Valor no sistema de saúde e não somente tenham como escopo principal a redução de custos.

O terceiro objetivo colocado pela Agência Reguladora refere-se ao financiamento do sistema privado de saúde com recursos do SUS, vedado pela CF de 1988. Especificamente o inciso 2, do Artigo nº 199, diz:

*"§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos."* (Constituição Federal, 1988).

Além disso, a regulação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde executados por pessoa física ou jurídica de direito privado, cabe ao Poder Público de acordo com o Artigo nº 197 da Carta Magna já citado anteriormente nesta obra. Se por um lado as OPSs podem comercializar planos privados de saúde, por outro, desde 1988, elas estão submetidas às normas do Poder Público (Conde, 2004).

#### **4.3.2 - O Processo de Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde**

A política de ressarcimento ao SUS é disciplinada por, ao menos, 30 normas, dentre Leis, Portaria, Resoluções Normativas, Instruções Normativas e Resoluções de Diretoria Colegiada.

Em termos do processo do ressarcimento, a identificação do beneficiário atendido no SUS é de competência da Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES) da Agência Reguladora. De forma geral, o processo inicia-se a partir do cruzamento de informações do banco de dados do DATASUS com os geridos pela ANS. A Agência Reguladora é a responsável em cruzar as Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs), que alimentam o Sistema de Informação Hospitalar

(SIH), com o Cadastro de Beneficiários, que forma o Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) da Agência (ANS 2008 e 2009).

Este cruzamento, ou “batimento” de dados, realizado para identificar os beneficiários da saúde suplementar que utilizaram o SUS, é denominado de *linkage* determinístico que ocorre da seguinte forma:

Primeiro, realiza-se o cruzamento dos seguintes atributos das AIHs com o Cadastro de Beneficiários:

- Nome do Paciente (fonetizado);
- Data de Nascimento do paciente;
- Sexo do Paciente;
- Unidade da Federação do Paciente;
- Responsável / Nome da Mãe do Paciente; e
- Cadastro de Pessoa Física (CPF) do Paciente.

Os beneficiários selecionados na fase acima, em outras palavras, as AIHs selecionadas, são submetidas a “filtros” que têm como principal finalidade excluir os atendimentos de clientes de planos privados de saúde sem cobertura contratual.

Por fim, a Agência notifica as operadoras por meio do Aviso de Beneficiário Identificado (ABI), o qual contém as seguintes informações (Resolução Normativa nº 185, de 30 de dezembro de 2008):

- 1- Número do processo de ressarcimento ao SUS;
- 2- Razão social e CNPJ da OPS;
- 3- Identificação, natureza e endereço de cada unidade prestadora de serviço;
- 4- Número e mês de competência de cada atendimento realizado no SUS;
- 5- Código de identificação e data de nascimento cadastrados pela OPS de cada beneficiário atendido pelo SUS;
- 6- Data, mês ou período de cada atendimento;
- 7- Caráter de cada atendimento, conforme classificação do SUS, caso aplicável;
- 8- Código, descrição, quantidade e valor TUNEP (tabela única nacional de equivalência de procedimentos) de cada procedimento;
- 9- Discriminação do valor a ser ressarcido;
- 10- Prazo de impugnação e de pagamento dos valores a serem ressarcidos; e
- 11- Indicação de estar a dívida sujeita a juros e multa de mora e demais encargos previstos em lei ou ato normativo.

A cobertura contratual que se enquadra no processo de ressarcimento ao SUS atualmente



é o beneficiário que possui cobertura para internação, que esteja fora do período de carência, dentro do limite de abrangência do contrato e coberto pelo Rol de Procedimentos da ANS.

Os valores a serem ressarcidos não são inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras, sendo cobrados conforme a TUNEP. Para tanto, a partir de documentos do MS de 1998, a construção dos valores da tabela foi balizada pelas(os):

1- Lista de Procedimentos Médicos da Tabela da Associação Médica Brasileira de 1996 (tabela AMB);

2- Tabela de procedimentos do Sistema de Informação Hospitalar do SUS relativa ao ano 1998 (tabela SIH/SUS);

3- Valores de honorários médicos de mercado buscados a partir da tabela AMB-96;

4- Valores de serviço de apoio diagnóstico terapêutico (SADT) mediante a tabela AMB-96;

5- Valores de diárias calculados mediante tabela hospitalar de referência, sendo que a primeira versão da TUNEP utilizou a tabela dos hospitais privados do Estado do Rio de Janeiro;

6- Valores de média de permanência hospitalar, sendo adotada a tabela utilizada pela UNIMED Brasil;

7- Valores de taxas de salas cirúrgicas e de recuperação projetados automaticamente mediante o porte anestésico previsto para o procedimento na tabela AMB-96;

8- Valores de taxas diversas estimadas proporcionalmente mediante o valor final de diárias e das taxas acima descritas; e

9- Valores de materiais e medicamentos estimados, automática e proporcionalmente, mediante os valores finais alcançados de diárias e taxas, podendo, contudo, ser alterados, um a um, estando prevista a possibilidade de inclusão de medicamentos diretamente da tabela Brasíndice.

Portanto, pelo menos a primeira versão da TUNEP segue a mesma lógica da tabela SUS ao incluir os serviços profissionais (SP), os SADTs, serviços hospitalares (SH) e a média de permanência com valores intermediários aos estabelecidos pelo SUS e pelo mercado.

Conforme relatado por Montone (2009), se os valores do ressarcimento são superiores aos praticados pelos da tabela do SUS, seria para reafirmar a natureza punitiva da política.

O Fundo Nacional de Saúde recebe de volta os valores que dispendeu com o atendimento dos beneficiários, a partir da tabela SUS, e os prestadores de serviços recebem a diferença entre esse valor e o da tabela TUNEP (Montone, 2009).

Para os procedimentos que não constarem nesta tabela, considerar-se-á como valores de ressarcimento os da Tabela do Sistema de Informação Hospitalar/Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (tabela SIH/SIA - SUS), do mês de competência do atendimento. Além disso, caso o valor do procedimento na tabela do SIH/SIA - SUS seja superior ao constante na TUNEP, o

valor devido para ressarcimento será o da tabela de procedimentos do SIH/SIA do Sistema Único, até a atualização da TUNEP (Resolução Normativa nº 217, de 13 de maio de 2010).

A OPS que não paga o que é cobrado pela ANS está sujeita à inscrição no Cadastro Informativo dos Créditos não Quitados de Órgãos e Entidades Federais (CADIN) e na Dívida Ativa da ANS. Logo, a Agência realiza a notificação dos débitos vencidos e não pagos pelas OPSs, mas decorridos setenta e cinco dias da notificação e persistindo a inadimplência, os autos são encaminhados à Procuradoria (PROGE) da ANS para que proceda à inscrição da OPS no CADIN e na Dívida Ativa da Agência (ANS, 2008). Nesta situação, os débitos sofrem cobrança judicial. Se ocorrer o pagamento do débito, a OPS será excluída do CADIN e da Dívida Ativa da ANS (Resolução Normativa nº 185, de 30 de dezembro de 2008).

Há situações em que as operadoras não se encontram obrigadas a restituir o SUS, pois os beneficiários não estariam cobertos contratualmente, uma vez que alguns “escaparam dos filtros” da ANS ou os atendimentos na rede pública não seriam justificáveis. Para tanto, as OPSs realizam as impugnações das notificações.

Estas situações estão presentes na Instrução Normativa nº 13, de 6 de novembro de 2003:

Impugnações de natureza administrativa:

- 1- Beneficiário em carência;
- 2- O usuário que realizou o procedimento não é o beneficiário da operadora;
- 3- O procedimento não está coberto pelo contrato;
- 4- Atendimento ocorrido fora da área geográfica de abrangência do contrato;
- 5- O contrato não cobre internação;
- 6- A quantidade do procedimento não está coberta pelo contrato;
- 7- Atendimento já pago pela operadora;
- 8- Franquia ou co-participação do beneficiário;
- 9- Cobertura parcial temporária para lesões e doenças preexistentes; e
- 10- Outros.

Impugnações de natureza técnica:

- 1- Procedimento considerado desnecessário;
- 2- Procedimento não realizado;
- 3- Quantidade do procedimento considerada desnecessária;
- 4- Procedimento realizado não é de Urgência / Emergência; e
- 5- Outros.

No caso das impugnações administrativas, as OPSs apresentam documentos à Agência

evidenciando, por exemplo, que os beneficiários não se encontravam cobertos pelos seus planos de saúde ou não estavam cadastrados na operadora. Na eventualidade de impugnações técnicas, são os próprios auditores das operadoras que realizam estas solicitações. Por conta disso, a ANS distribuiu aos gestores das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde as respectivas impugnações técnicas, para que os auditores do SUS examinem novamente os prontuários dos beneficiários da saúde complementar com cobertura contratual que estiveram internados no sistema público. A partir disso, os auditores informam à ANS se as impugnações procedem, ficando a cargo da Agência indeferir ou não as contestações das operadoras.

Até o ano de 2007, o processo de ressarcimento ao SUS ocorria por meio físico (papel), inexistindo o meio eletrônico para armazenamento, tramitação, visualização de processos, notificações, intimações e transmissão de peças processuais. No entanto, por conta de um cenário de limites para alocação de recursos humanos e materiais para as atividades do ressarcimento, da existência de uma imensa quantidade de autos processuais contra as cobranças da ANS, de inúmeras impugnações realizadas por OPSs, do grande número de ressarcimentos e da demanda para inclusão da cobrança de procedimentos ambulatoriais, o processo físico chegou ao seu limite.

Portanto, em 2007, a ANS começou a elaborar o sistema de ressarcimento eletrônico, ao instituir o processo digital contra a burocracia do papel do processamento físico. Além de ser uma proposta de evolução tecnológica e administrativa, o ressarcimento eletrônico da Agência inauguraria uma nova forma de relacionamento com as operadoras e com as instituições do Sistema Único.

No processo físico, conforme apresentado pela Agência Reguladora, as OPSs utilizam abusivamente dos meios processuais de defesa para retardar a cobrança. Somando-se a este fato, a ANS analisa e exige documentos comprovativos de cada impugnação realizada pelas operadoras. Para otimizar essa rotina, o modelo eletrônico parte de uma relação de confiança mútua, isto é, as operadoras devem impugnar apenas as cobranças indevidas enquanto a Agência aceita essas declarações, não exigindo a comprovação de todas as impugnações. Porém, como há a possibilidade de algumas OPSs agirem de má-fé, estão previstas formas de controle por amostragem da veracidade das declarações de impugnação e também instrumentos para a punição das operadoras que procederem com má-intenção ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)).

Assim, a Resolução Normativa nº 177, de 3 de novembro de 2008 introduziu o procedimento eletrônico de ressarcimento ao SUS, com as devidas alterações por meio da Resolução Normativa nº 85, de 30 de dezembro de 2008 e da Resolução Normativa nº 217, de 13 de maio de 2010. Além destas normas, há a Instrução Normativa nº 37, de 9 de junho de 2009 que também dispõem sobre o processo eletrônico de ressarcimento ao SUS.

#### **4.4 - As Operadoras de Planos de Saúde e o Poder Judiciário Brasileiro**

A CF de 88 estabeleceu a saúde como direito de todo cidadão brasileiro, adotando o princípio da universalidade na assistência. No entanto, a partir do final dos anos 80 e início da década de 90, ocorreu o crescimento da demanda pela assistência suplementar, pelos motivos previamente apresentados nesta obra, como o desfinanciamento do SUS, a redução da oferta de serviços de qualidade, as dificuldades no acesso a ações e serviços de saúde e pelo subsídio estatal à iniciativa privada. Desta forma, a contratação de um plano de saúde está intimamente relacionada à busca de valores que estão cada vez mais raros para a sociedade: a segurança, a previsibilidade e a proteção contra riscos futuros. Devido à incerteza e à descrença de que o Estado sustentará estes valores, muitos brasileiros recorrem ao mercado de planos de saúde (Trettel, 2009). Assim, o setor privado de saúde acaba representando no imaginário social a referência assistencial de melhor qualidade, em comparação com o Sistema Único. As OPSs utilizam-se da mídia para enfatizar a presteza e a resolutividade desse mercado, demonstrando facilidade e comodidade no acesso aos serviços e as mais modernas tecnologias diagnósticas e terapêuticas (Alves, Bahia e Barroso, 2009).

Por outro lado, mesmo com todo este *marketing* estimulado pelas operadoras, há grande quantidade de ações tramitando na Justiça por conta de danos gerados pela baixa qualidade ou pela negativa de atendimento aos beneficiários da saúde suplementar (Alves, Bahia e Barroso, 2009). Entretanto, a relação entre as OPSs e os tribunais não é recente. A própria criação da Lei nº 9.656/98 e da ANS foi estimulada pela judicialização dos planos de saúde e das pressões sociais contra, principalmente, às cláusulas abusivas das operadoras. A Lei dos Planos de Saúde e a Agência regulamentaram uma série de lacunas no setor de planos privados, geradoras de iniquidades e desequilíbrios entre usuários e OPSs. Estabeleceu-se a autorização para o funcionamento das empresas, regras para operações uniformes e a exigência de reservas para as operadoras. Determinou-se a assistência integral à saúde, a proibição da seleção de risco, a rescisão unilateral de contratos, estabeleceu-se a definição e a limitação das carências, como também o controle dos reajustes. Logo, a demanda por justiça funcionou, em grande medida, como um instrumento de fomento de políticas públicas.

No entanto, a judicialização vem ganhando força no país, mesmo após a regulamentação do setor, como afirmado por Alves, Bahia e Barroso, 2009. O IDEC (2007) relata que a Lei nº 9.656/98 trouxe inovações positivas, entretanto apresenta lacunas a serem superadas. Ao longo dos anos, a Lei demonstrou-se fragmentada, complexa e incompleta em diversos aspectos, prevalecendo o desequilíbrio e os conflitos entre operadoras, prestadores de serviços e usuários de planos de saúde. Esta entidade chama a atenção para as seguintes questões:

- A redução, inclusive a extinção, da oferta de planos individuais;
- As fragilidades dos contratos coletivos;

- A situação de pessoas que permanecem vinculadas a planos antigos, os quais ainda praticam restrições de toda ordem;
- As interferências dos planos de saúde no trabalho dos médicos, prejudicando diretamente os pacientes;
- Os aumentos abusivos de mensalidades; e
- A má remuneração dos prestadores de serviços.

Sobre a ANS, o IDEC (2007) relata a omissão da Agência frente a diversas questões que dizem respeito à saúde e à vida dos usuários de planos de saúde, à crescente concentração do mercado e atenta para os prejuízos dos consumidores com a falência de operadoras. Além disso, evidencia o volume cada vez maior de recursos públicos destinados ao mercado dos planos de saúde privados, a exemplo de quando o ressarcimento ao SUS não é respeitado pelas OPSs. Ademais, a ANS não regulamenta os contratos coletivos em duas questões de extrema importância para a continuidade assistencial. A primeira é em relação à rescisão unilateral por parte das operadoras e a segunda é sobre os reajustes anuais, sem qualquer chance de negociação pelo beneficiários (Trettel, 2009). Desta maneira, a Agência pouco atuaria sobre os planos coletivos, mas é justamente esta forma de contrato que se apresenta fortemente colocado no mercado. Em maio de 2010, os planos coletivos representavam 72,9% dos beneficiários contra 21,3 % dos clientes com planos individuais (ANS, 2010).

Portanto, o contexto de expansão da iniciativa privada e as lacunas das regulações estimulam o conflito no mercado de planos de saúde, o que acaba refletindo no Poder Judiciário. Assim, o caminho da justiça é utilizado quando esgotadas todas as outras vias para a solução dos problemas de negativas de acesso, dos reajustes dos planos, dos erros médicos, dentre outros motivos, ou pode ser até a primeira opção frente ao caráter de emergência que o beneficiário se encontra e dos danos morais que sofreu.

Scheffer (2006) estudou as decisões judiciais relacionadas à cobertura de planos de saúde, julgadas em segunda instância pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, entre 1999 a 2004, sendo este Estado selecionado por ser o local com o maior número de OPSs e beneficiários. De forma geral, ele concluiu que a maior parte dos acordãos era composta por ações e contratos individuais; pelas medicinas de grupo e seguradoras; por apelações das OPSs; pelos contratos pré Lei nº 9.656/98, apesar da maioria dos acordãos não citar a data de contratação dos planos; e por transplantes e procedimentos ligados ao tratamento do câncer. Ainda, pelo CDC, legislação mais presente nas argumentações judiciais; em seguida o CC; e, em terceiro, a Lei dos Planos de Saúde, demonstrando o reduzido uso desta legislação frente as outras citadas. Vale destacar que antes de 1998, o CDC também era a norma mais utilizada para resolver os conflitos entre beneficiários e planos de saúde, demonstrando as lacunas regulatórias da Lei dos Planos de Saúde ainda hoje

(Alves, Bahia e Barroso, 2009). Por fim, em mais de 70% dos casos houve concessão de cobertura favorável pelo Tribunal.

Alves, Bahia e Barroso (2009) também analisaram decisões judiciais, porém foi sobre pedidos de tutela antecipada por beneficiários e planos de saúde, julgados nos Tribunais de Justiça do Rio de Janeiro e de São Paulo, comparando dois períodos (2003 a 2004 com 2004 a 2005). Mais uma vez, estes locais foram escolhidos porque representam os maiores percentuais de pessoas cobertas por planos de saúde. Os resultados encontram-se alinhados aos apontados por Scheffer (2006). Sobre a titularidade, eles identificaram que a maior parte das solicitações das tutelas, nos dois períodos, era por ações individuais. De 2003 a 2004, os temas mais incidentes eram cobertura, permanência no plano coletivo e rescisão unilateral do contrato, enquanto que de 2004 a 2005 eram cobertura e reajustes. Sobre as operadoras que motivaram o maior número de ações, em ambos os períodos, foram a Sul América, a Unimed, o Bradesco Saúde e a Amil. Por fim, o posicionamento da justiça, em mais de 72% dos casos, foi favorável ao beneficiário de 2003 a 2005 e o CC foi a fundamentação mais usada nos dois períodos. Enfim, não foi possível diferenciar, por meio da leitura dos acórdãos, quando se tratava de contratos firmados antes ou depois da vigência da Lei dos Planos de Saúde.

Trettel (2009) também estudou o posicionamento dos Tribunais Superiores na análise dos conflitos entre usuários e operadoras, de 1998 a 2008. A pesquisadora trouxe uma nova discussão: a questão dos contratos coletivos. Das 95 decisões, 7 foram identificadas como de contratos individuais, 11 referentes a coletivos e 77 sem informações suficientes no que concerne a natureza da contratação de plano de saúde. A forma de aquisição do plano, seja individual, seja coletivo, tem diferente impacto para os beneficiários. A ANS não regula os reajustes e rescisões dos planos coletivos, colocando os clientes em posição de extrema fragilidade. A Agência alega que em contratos coletivos duas pessoas jurídicas, com semelhanças de forças, estão negociando, sendo desnecessária a regulação do ente estatal. Assim, Trettel (2009) afirma que já começam a chegar no Superior Tribunal de Justiça questões relacionadas aos contratos coletivos, principalmente no que concerne à rescisão unilateral pelas OPSs. Por fim, o crescimento da forma de contratação coletiva e a falta de atuação da ANS nestes pontos são fontes indícios de que caberá ao Poder Judiciário apaziguar a relação entre OPSs e usuários.

É importante ter em mente que inúmeras situações nem chegam a formalizar-se juridicamente, por conta de questões como a dificuldade no acesso ao sistema judiciário e a morosidade na resolutividade das ações. Por conta disso, o desfecho para o paciente pode acabar em serviços do SUS, na sua responsabilização financeira pelo tratamento ou na ausência da continuidade assistencial.

No caso da judicialização em função da negativa de cobertura, por exemplo, as OPSs

utilizam argumentos como a existência de cláusulas excludentes, o não credenciamento do prestador, a existência de doença pré-existente, a saúde ser dever do Estado e não das OPSs e a falta de inclusão de procedimentos no Rol de Procedimentos da ANS.

Há casos em que juízes são favoráveis às OPSs pois dão extrema importância ao princípio “*pacta sunt servanda*”, ou seja, o contrato faz lei entre as partes. Por outro lado, o Judiciário afirma, na maior parte das vezes, que a saúde não pode ser tratada como mercadoria, que o interesse social está acima do econômico e que o beneficiário não tem condição de prever quando adoecerá, por conta disso, não há como ele planejar o consumo futuro da assistência, dentre outros motivos (Scheffer, 2006).

#### **4.4.1– A Judicialização da Política de Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde pelas Operadoras de Saúde**

Os atendimentos identificados através do ressarcimento ao SUS revelam um perfil diferente daqueles abordados nas ações caracterizadas pela exclusão da cobertura. Isso ocorre porque o grupo de beneficiários do ressarcimento ao SUS possui cobertura contratual mas não utiliza a rede credenciada. Neste caso, determinadas OPSs costumam alegar que não vão ressarcir ao SUS pois é o beneficiário quem opta em ser atendido no Sistema Único, enquanto poderia ser atendido na rede credenciada. Alegam que é dever do Estado prover saúde Universal e não das OPSs, que o ressarcimento fere a liberdade de atuação das empresas e que a política funciona como uma nova fonte para o financiamento do SUS, dentre outras questões. Como já referido anteriormente, pode ser que o beneficiário tenha optado em utilizar o que lhe é de direito mas pode acontecer dele ser ludibriado pelo seu plano de saúde, assim como o SUS ser oportunamente explorado pela iniciativa privada, uma vez que a Lei nº 9.656/98 ainda não consegue regular de forma efetiva as extensas interfaces público-privadas da gestão dos riscos à saúde (Bahia, 2001).

Um exemplo do confronto entre o Estado e as OPSs, foi quando a Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS) solicitou ao STF a inconstitucionalidade do inteiro teor da Lei nº 9.656/98 e da MP nº 1.730-7, por meio da Ação Direta de Inconstitucionalidade 1931 (ADIN 1931), em dezembro de 1998.

Relativo ao Artigo nº 32, a CNS afirmou que o ressarcimento ao SUS era inconstitucional ao revelar a intenção do Estado de transferir para a iniciativa privada o ônus de assegurar saúde para todos, interferindo, desta forma, indevidamente na iniciativa privada, ofendendo os Artigos nºs 196 (dever do Estado prover saúde a todos) e 199 (ser a assistência à saúde livre à iniciativa privada) da CF de 88. Além disso, a Confederação declarou que o ressarcimento representaria nítido caráter tributário, representando fonte para a garantia de manutenção ou expansão da seguridade social.

O relator Ministro Maurício Corrêa, por outro lado, concluiu, em deliberação provisória,

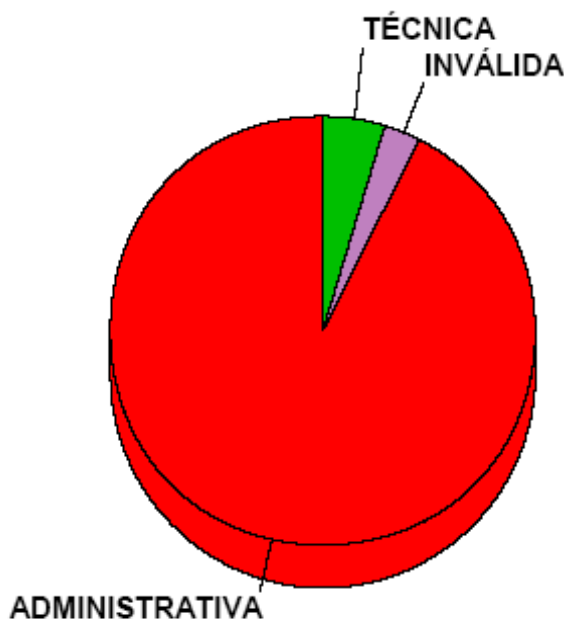
pela constitucionalidade do Artigo nº 32 em 2003. No entendimento do STF, trata-se da implementação de uma política pública que visa, justamente, conferir efetividade ao Artigo nº 196 da CF de 88 não havendo, assim, violação ao dispositivo constitucional, nem à Lei nº 8.080/1990. O ressarcimento ao Sistema Único, conforme a decisão do Tribunal, não viola o Artigo nº 194, parágrafo único, V, da CF de 88 pois não possui natureza tributária, mas sim restituitória, evitando que as operadoras beneficiem-se de enriquecimento ilícito decorrente da cobrança de um serviço que não foi prestado por elas. Para o STF, não há violação ao Artigo nº 199, da CF de 88, visto que o ressarcimento não se configura como intervenção do Estado na iniciativa privada e a Lei nº 9.961/00 já conferia à ANS poderes para estabelecer normas relativas ao ressarcimento ao SUS não havendo, desta forma, a transgressão ao princípio da legalidade. A jurisprudência também considerou legal a utilização da TUNEP, a incidência do ressarcimento sobre os contratos firmados antes da edição da Lei nº 9.656/98 e forneceu às operadoras o direito à ampla defesa, uma vez que a Lei estabeleceu o procedimento de impugnação das cobranças. Mas, admitida a legalidade da cobrança da ANS, há a possibilidade de inscrição no CADIN das operadoras que não efetuarem os pagamentos devidos (<http://www.jusbrasil.com.br>).

Como é ainda provisória a determinação da constitucionalidade da política pelo STF, as OPSs realizam a impugnação das notificações da ANS e/ou recorrem ao judiciário.

De acordo com o material da Gerência de Ressarcimento ao SUS, fornecido por técnicos da ANS em 2010, sobre o Ressarcimento ao SUS e os seus Principais Conceitos, os tipos mais comuns que geram as impugnações das OPSs são os administrativos, como apresentado abaixo (ver gráfico 1):



**Gráfico 1:** Distribuição dos tipos de impugnação das OPSs na ANS – ANS - 2000 a 2006



Fonte adaptada:SCI/ANS/MS

Dentre as impugnações administrativas, os principais motivos de deferimento de recursos das OPS seriam:

- 22% Carência;
- 17% Contrato não cobre internação;
- 12% Atendimento fora da abrangência geográfica do contrato;
- 12% Procedimento não coberto pelo contrato; e
- 37% Outros.

Segundo Montone (2009), dos procedimentos identificados entre 2000 e 2006, 76% foram impugnados pelas OPSs, mas isso não quer dizer que os casos não impugnados foram reconhecidos e pagos pelas empresas. Na verdade, as mesmas simplesmente não pagariam as cobranças da ANS, até porque muitas já encerraram as suas atividades e ou sofreram intervenção da própria Agência. Desta forma, percebe-se que a maior parte dos ABIs são impugnados pelas OPSs (ver tabela 1).

**Tabela 1:** Situação das impugnações – 2000 a 2006

Status	%/identificado	
Não impugnados	24%	
Impugnados	76%	47% deferidos
		53% indeferidos

Fonte adaptada: MONTONE, J. Planos de Saúde: passado e futuro. Rio de Janeiro: MedBook, 2009

Como se percebe na tabela 1, dos casos impugnados, 47% foram deferidos pela Agência, uma vez que a ANS reconheceria que as cobranças não seriam devidas. Por fim, 53% das situações impugnadas foram indeferidas e cobradas, de 2000 a 2006. Assim, a ANS não diagnosticou

devidamente 35,7% dos casos e, de forma oposta, diagnosticou corretamente e cobrou 64,3% das situações.

Quando indeferidas, as OPSs recorrem aos tribunais para a suspensão judicial dos recursos. Por ora, em torno de 19% do valor cobrado foi pago pelas OPSs ao sistema público, sem previsão de pagamento do restante (ANS, 2008 e 2009).

## **5 Resultados e Discussão**

Pretendia-se pesquisar, ano a ano, desde o início da política até o ano mais recente das cobranças das AIHs passíveis de ressarcimento, os dados financeiros da mesma. Entretanto, não foi possível a identificação anual pois não há dados públicos obteníveis e a ANS não os disponibilizou pois os mesmos seriam inconsistentes. Assim, não foi possível construir uma série histórica capaz de identificar o aumento ou a diminuição dos valores financeiros ligados ao ressarcimento.

Em setembro de 2010, a defasagem entre o atendimento feito pelo SUS e a sua cobrança às operadoras de planos de saúde foi de aproximadamente quatro anos.

Segue abaixo o panorama dos valores do ressarcimento ao SUS de 1999 a 2006 (tabela 2):

**Tabela 2: Valores do Ressarcimento ao SUS e Situação da Cobrança, do Período de 1999 a 2006\***

<b>Total de despesas do SUS com internações</b>	R\$ 41.082.347.066,00
<b>% do cobrado sobre as despesas do SUS com internações</b>	1,22%
<b>Total de despesas das OPSs com a assistência médica</b>	R\$ 148.358.031.583,00
<b>Cobrado</b>	R\$ 502.010.195,19
<b>Pago</b>	R\$ 100.218.130,63
<b>% pago pelas OPSs</b>	19,96%
<b>Parcelado</b>	R\$ 12.709.592,69
<b>% pago e a ser pago pela OPSs</b>	22,50%
<b>Em Processo Judicial</b>	R\$ 43.464.780,71
<b>Vencidos**</b>	R\$ 333.891.239,63
<b>A Vencer***</b>	R\$ 2.976.588,80
<b>Dívida Ativa/ Cadin</b>	R\$ 32.235.307,64

Fonte adaptada: SCI/ANS/MS - Set/2010

Fonte: Caderno de Informação de Ressarcimento e Integração com o SUS / julho de 2009

Fonte: Datasus/2010

\* Referente até o 24 ABI (julho, agosto e setembro de 2006)

\*\* São os valores vencidos das Guias de Recolhimento da União (GRUs) não pagos e com data expirada.

\*\*\* Valores das GRUs cujas datas de pagamento ainda é futura.

De 1999 a 2006, o ressarcimento ao SUS representou 1,22% do total das despesas do Sistema Único com internações. Por outro lado, as informações existentes na ANS sobre as despesas assistenciais das OPSs são apresentadas desde 2001 e não a partir de 1999. Ainda, não há dados sobre as despesas das mesmas com as internações na rede credenciada, existindo somente a respeito da assistência médica em geral, o que englobaria todas as formas da atenção como a ambulatorial, a hospitalar, a laboratorial, a de *home care* e a de hospital-dia. Também inexistem dados públicos sobre a situação de cobrança para cada modalidade de OPS, no que tange ao ressarcimento ao SUS, apenas o total.

Apenas 19,96% do valor do ressarcimento foi de fato pago pelas OPSs ao SUS, de 1999 a 2006. Porém, agrupando os valores pagos com os parcelados, 22,50% do cobrado foi restituído ao Sistema Único, valor ainda muito reduzido. No restante, aproximadamente 80% dos recursos cobrados, ainda não foram ressarcidos aos cofres públicos. Em outras palavras, 0,59% dos recursos encontravam-se por vencer, 6,42% na Dívida Ativa da ANS/Cadin, 8,66% suspensos judicialmente

e pode-se observar que simplesmente certas OPSs não pagam ao SUS, ao deverem 333 milhões de reais que venceram (66,51%).

Recentemente, especificamente em 02/02/2011, a ANS divulgou alguns dados financeiros da política de ressarcimento.

Segue abaixo o panorama dos valores do ressarcimento ao SUS de 2006 a 2010 (tabela 3):

<b>Tabela 3 – Cobrança de Ressarcimento ao SUS – panorama geral de 2006 a 2010</b>					
<b>Ano</b>	<b>Valor Cobrado</b>	<b>Valor Pago</b>	<b>Valor Parcelado</b>	<b>Inscrições no Cadin/Dívida Ativa</b>	<b>Valor Recebido/Valor Cobrado</b>
<b>2006</b>	R\$ 77.956.319,66	R\$ 11.679.366,81	R\$ 386.901,14	R\$ 4.491.126,10	15,48%
<b>2007</b>	R\$ 61.039.128,25	R\$ 6.769.338,12	R\$ 984.103,97	R\$ 2.483.964,15	12,70%
<b>2008</b>	R\$ 35.209.444,11	R\$ 8.242.353,67	R\$ 2.226.710,71	R\$ 10.767.250,87	29,73%
<b>2009</b>	R\$ 15.989.200,05	R\$ 2.283.627,81	R\$ 2.380.591,51	R\$ 10.316.467,09	29,17%
<b>2010</b>	R\$ 41.616.536,20	R\$ 10.319.485,78	R\$ 3.863.352,23	R\$ 11.705.607,45	34,08%
<b>Total</b>	R\$ 231.810.628,27	R\$ 39.294.172,19	R\$ 9.841.659,56	R\$ 39.764.415,66	21,20%

Fonte: ANS – Fevereiro de 2011

Como pode ser observado na tabela 3, houve ampliação dos percentual de pagamento, em relação ao valor cobrado. Por outro lado, houve redução dos recursos cobrados das OPSs de 2006 a 2009 e somente 21,20% dos valores foram ressarcidos ao sistema público no período acima analisado.

Não há publicamente e não foram providos pela Agência Reguladora a modalidade de OPS e o número de operadoras inscritas na Dívida Ativa da ANS/Cadin, pois os dados também seriam inconsistentes. Portanto, ambos estão ausentes da obra.

Foi possível identificar somente as tendências e as correlações dos seguintes parâmetros abaixo, a partir dos bancos de dados gerenciados pela ANS disponibilizados publicamente em dezembro de 2010:

- O número de internações passíveis de ressarcimento ao SUS geral e por modalidade de OPS; e
- O número de beneficiários com planos de saúde com direito à internação na saúde suplementar geral e por modalidade de OPS.

Os planos de saúde com direito à internação seriam de: segmentação “hospitalar”, “ambulatorial e hospitalar” e “plano de referência” na saúde suplementar.

É importante ressaltar que os dados trabalhados referem-se ao período entre 2001 e 2006, uma vez que estes são os disponíveis. Até 2011, os perfis e tendências podem ter mudado.

Observa-se no gráfico 2 que de um modo geral, no período de 2001 a 2006, houve acréscimo no número de internações passíveis de ressarcimento ao SUS pelas OPSs. De 2001 a 2004 houve um crescimento vertiginoso deste número, com uma discreta queda em 2005 e retomada do aumento em 2006. No que tange ao número de beneficiários com planos de saúde com

direito à internação na saúde suplementar, houve crescimento, ano a ano, como demonstra o gráfico 3. Conforme vemos no gráfico 4, percentualmente houve crescimento das internações passíveis de ressarcimento até 2003. A partir daí, houve um decréscimo retornando ao patamar de 2001.

Gráfico 2:

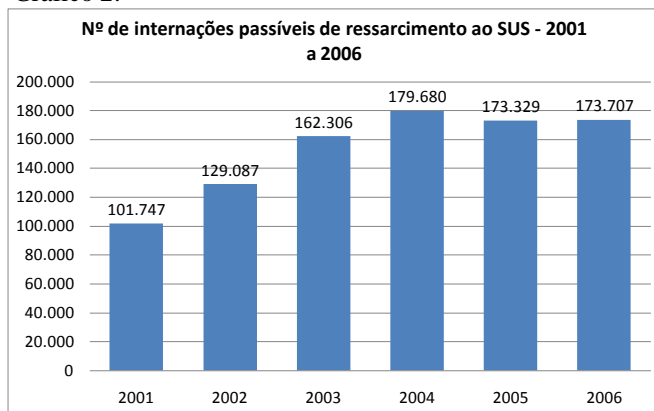


Gráfico 3:

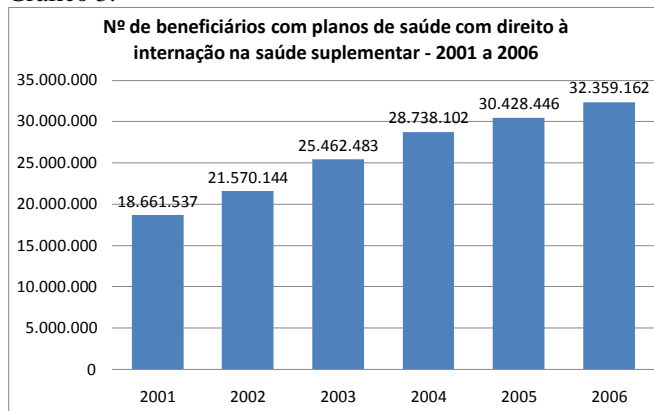
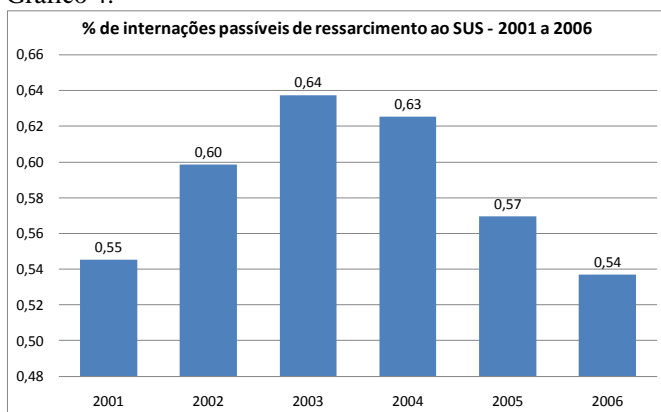


Gráfico 4:



Fonte: ANS - Janeiro de 2011

Como podemos ver na tabela 4, embora as Medicinas de Grupo tenham o maior número de internações passíveis de ressarcimento ao Sistema Único (459.928), são as operadoras filantrópicas que possuem o maior percentual de internações passíveis de ressarcimento (1,18%) em todo o período de 2001 a 2006. Em segundo, as Medicinas de Grupo (0,78%), em terceiro as Cooperativas Médicas (0,51%), em quarto as Autogestões (0,45%) e em quinto as Seguradoras (0,25%). Logo, as Filantrópicas possuem o maior percentual de internações passíveis de ressarcimento SUS, enquanto as Seguradoras apresentaram o menor percentual.

Uma das hipóteses para o percentual de internações passíveis de ressarcimento ao Sistema Único ser o mais elevado nas OPSs Filantrópicas, é o fato de muitos dos prestadores sem fins lucrativos serem conveniados ao SUS e possuem seus próprios planos de saúde, como as Santas Casas de Misericórdia.

Tabela 4: Número e percentual de beneficiários com cobertura contratual internados no SUS de 2001 a 2006 por modalidade de operadora

Ano	Modalidades														
	Autogestões			Cooperativas Médicas			Filantrópicas			Medicinas de Grupo			Seguradoras		
	Nº de beneficiários com planos de saúde com direito à internação	Nº de internações passíveis de ressarcimento ao SUS	%	Nº de beneficiários com planos de saúde com direito à internação	Nº de internações passíveis de ressarcimento ao SUS	%	Nº de beneficiários com planos de saúde com direito à internação	Nº de internações passíveis de ressarcimento ao SUS	%	Nº de beneficiários com planos de saúde com direito à internação	Nº de internações passíveis de ressarcimento ao SUS	%	Nº de beneficiários com planos de saúde com direito à internação	Nº de internações passíveis de ressarcimento ao SUS	%
2001	3.203.911	7.834	0,24	5.261.816	27.103	0,52	635.424	7.501	1,18	6.537.906	50.500	0,77	3.022.454	8.762	0,29
2002	3.383.754	13.000	0,38	6.225.162	35.804	0,58	702.604	9.547	1,36	7.818.764	61.556	0,79	3.439.834	9.043	0,26
2003	3.749.895	19.478	0,52	7.607.211	42.258	0,56	771.476	11.358	1,47	9.201.233	80.000	0,87	4.132.498	9.141	0,22
2004	4.106.286	20.854	0,51	8.736.007	45.742	0,52	873.273	10.942	1,25	10.824.471	91.975	0,85	4.197.923	10.069	0,24
2005	3.695.400	18.859	0,51	9.695.639	45.685	0,47	936.848	10.610	1,13	12.076.601	88.832	0,74	4.023.958	9.257	0,23
2006	3.706.954	18.246	0,49	10.819.592	49.924	0,46	1.002.386	8.309	0,83	12.863.245	87.065	0,68	3.966.985	10.153	0,26
<b>Total</b>	<b>21.846.200</b>	<b>98.271</b>	<b>0,45</b>	<b>48.345.427</b>	<b>246.516</b>	<b>0,51</b>	<b>4.922.011</b>	<b>58.267</b>	<b>1,18</b>	<b>59.322.220</b>	<b>459.928</b>	<b>0,78</b>	<b>22.783.652</b>	<b>56.425</b>	<b>0,25</b>

Fonte: ANS - Janeiro de 2011

Como observado no gráfico 5, na análise do número de beneficiários com planos de saúde com direito à internação na rede credenciada das Autogestões, percebe-se que houve uma tendência de aumento até 2004. Porém, houve queda em 2005 e discreto aumento em 2006. Sobre o número de internações passíveis de ressarcimento ao Sistema Único pelas Autogestões no gráfico 6, é possível constatar a mesma tendência até 2004. No entanto, 2005 e 2006 apresentaram uma discreta redução. Portanto, após 2005 houve um discreto aumento do número de beneficiários com planos de saúde com direito à internação nas Autogestões e diminuição do número de internações passíveis de ressarcimento à rede pública por esta modalidade de OPS.

Quando analisamos o percentual de internações passíveis de ressarcimento no gráfico 7, percebe-se que mais que dobrou esta proporção de 2001 a 2003, mantendo estabilidade até 2006.

Gráfico 5:

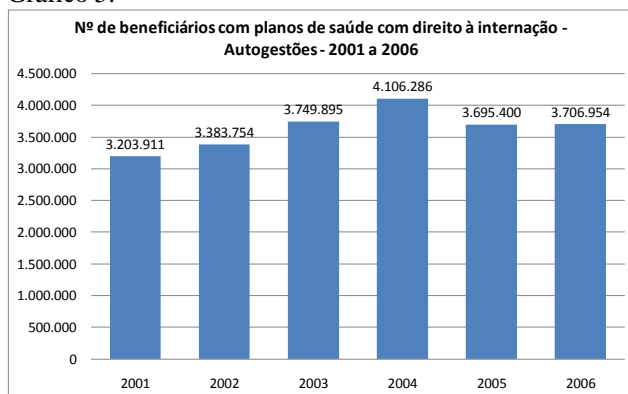


Gráfico 6:

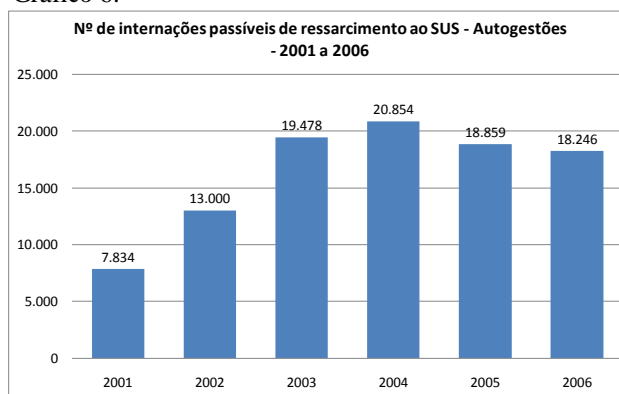
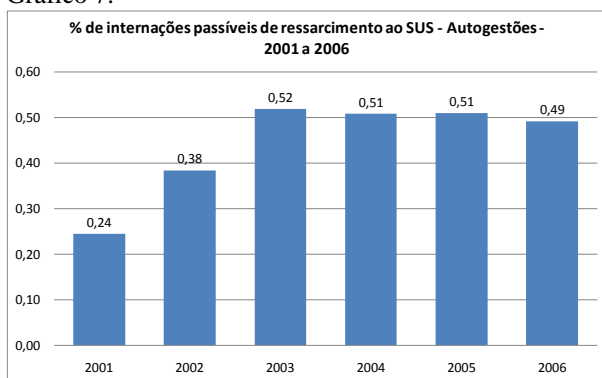


Gráfico 7:



Fonte: ANS - Janeiro de 2011

No gráfico 8, de 2001 a 2006, percebe-se que houve uma tendência de aumento do número de beneficiários com planos de saúde com direito à internação na rede das Cooperativas Médicas. É possível constatar a mesma tendência para o número de internações passíveis de ressarcimento desta modalidade de OPS (gráfico 9). Houve, no entanto, uma discreta diminuição deste grupo em 2005. De forma geral, a tendência de crescimento positivo de um grupo segue o outro, mantendo-se com uma proporção relativamente estável como é percebido no gráfico 10.

Gráfico 8:

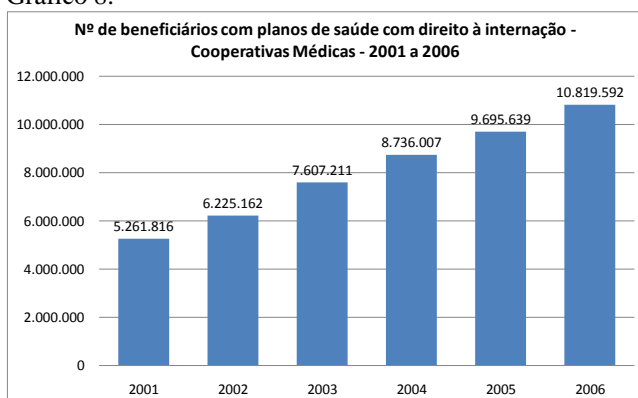


Gráfico 9:

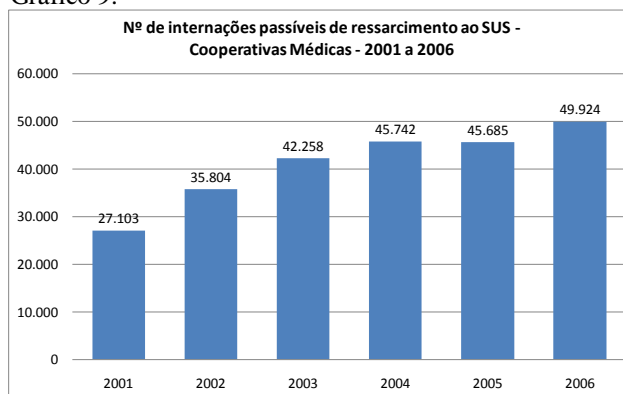
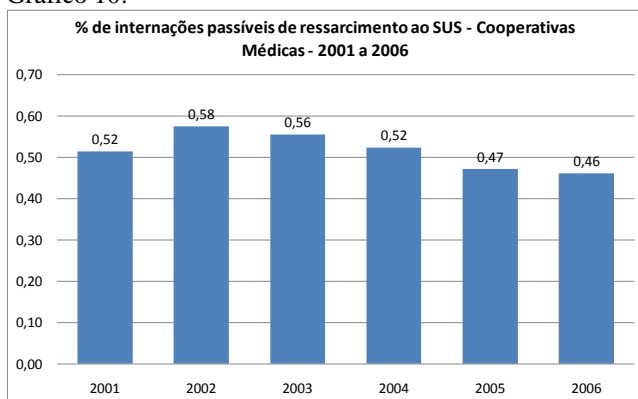


Gráfico 10:



Fonte: ANS - Janeiro de 2011

No gráfico 11, no que concerne ao número de beneficiários com planos de saúde com direito à internação nas Medicinas de Grupo, percebe-se o seu aumento no período que compreende

de 2001 a 2006. Até 2004 também houve crescimento no número de internações passíveis de ressarcimento por esta modalidade de OPS. Por outro lado, a partir de 2005 foi constatada uma discreta tendência de crescimento negativo deste número (gráfico 12). Assim, nota-se que ocorreu o aumento do número de beneficiários com planos de saúde com direito à internação nas Medicinas de Grupo, de 2001 a 2006, enquanto após 2005 houve a diminuição no número de internações passíveis de ressarcimento pelas mesmas. Na análise do gráfico 13, percentualmente houve aumento até 2003 com posterior queda até 2006, no que diz respeito ao percentual de internações passíveis de ressarcimento.

Gráfico 11:

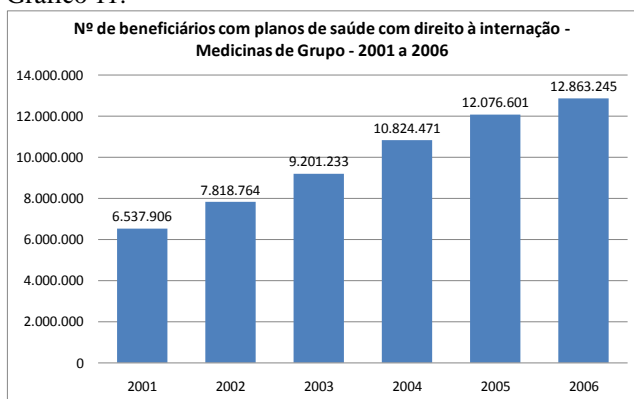


Gráfico 12:

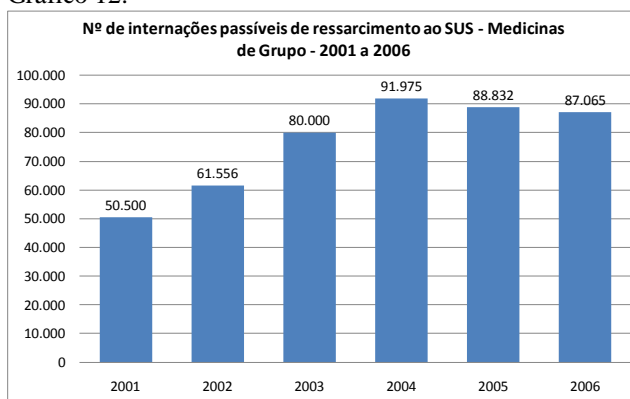
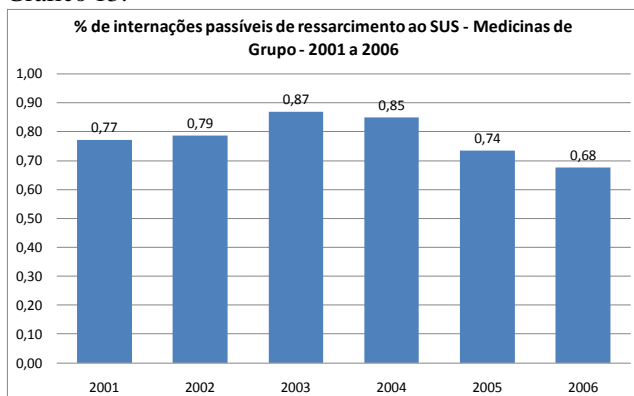


Gráfico 13:



Fonte: ANS - Janeiro de 2011

Sobre os beneficiários com planos de saúde com direito à internação na rede credenciada das Seguradoras, a partir de 2004 este grupo começou a apresentar um crescimento negativo (gráfico 14). Contudo, o número de internações passíveis de ressarcimento pelas Seguradoras demonstrou tendência de crescimento positivo ao longo de praticamente os 6 anos, exceto por uma queda em 2005 (gráfico 15). Se por um lado decresce em número os beneficiários com planos de saúde com direito à internação nas Seguradoras, por outro, aumentam as internações passíveis de ressarcimento ao SUS por esta modalidade de OPS. Como observamos no gráfico 16, a partir de 2003 houve retomada no crescimento do percentual de internações passíveis de ressarcimento ao SUS.



Gráfico 14:

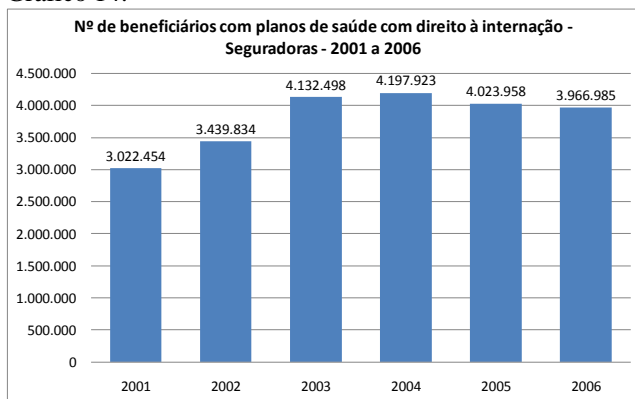


Gráfico 15:

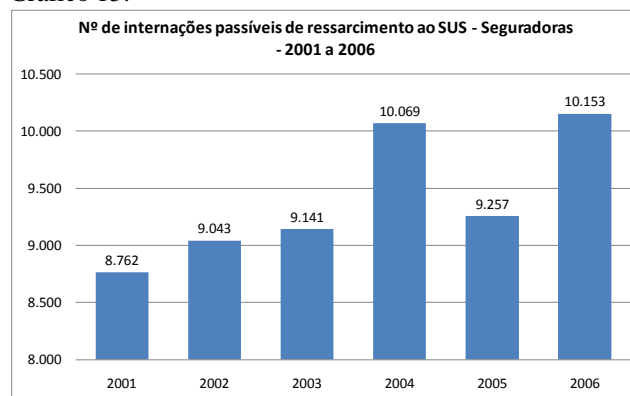
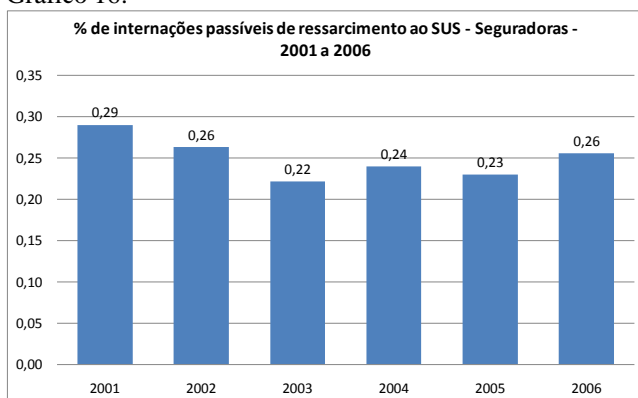


Gráfico 16:



Fonte: ANS - Janeiro de 2011

A respeito das OPSs Filantrópicas, os beneficiários com planos de saúde com direito à internação demonstraram crescimento positivo de 2001 a 2006 (gráfico 17). Por outro lado, o número de internações passíveis de ressarcimento ao SUS pelas Filantrópicas apresentou tendência de queda a partir de 2004. Se cresce o número de beneficiários com planos de saúde com direito à internação nas Filantrópicas, inversamente, decaem as internações passíveis de ressarcimento ao Sistema Único por estas empresas. No gráfico 19, confirmamos que houve uma queda importante no percentual de internações passíveis de ressarcimento a partir de 2003. Deve-se reconhecer que estas OPSs são as que conseguiram a redução mais expressiva neste percentual, embora em 2006 elas apresentaram o percentual mais alto dentre todas as modalidades de operadoras.

Gráfico 17:

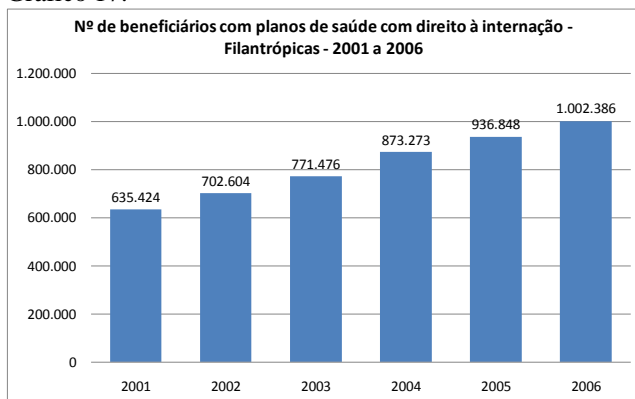


Gráfico 18:

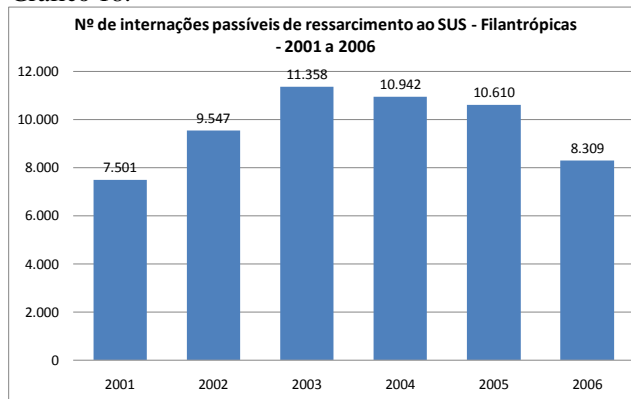
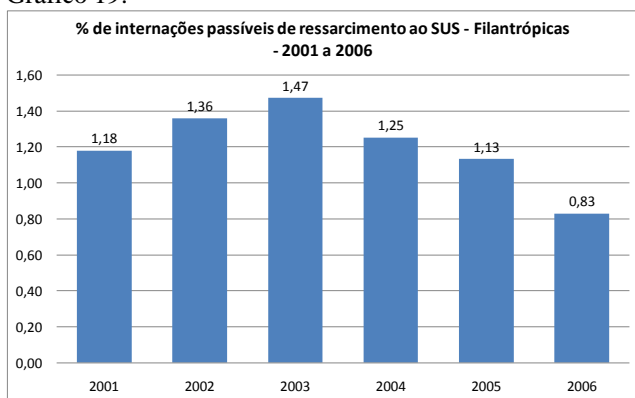


Gráfico 19:



Fonte: ANS - Janeiro de 2011

## **Entrevistas Realizadas com Gestores de Operadoras de Planos de Saúde**

### As opiniões sobre a política de ressarcimento ao SUS

A partir das entrevistas realizadas, é possível supor que os gestores de planos de saúde aceitam a existência de uma política de ressarcimento ao SUS, como no trecho abaixo:

*“O ressarcimento é justo e correto dentro do que propõem: evitar que a operadora dificulte o acesso ao plano, empurrando o paciente para o SUS. Neste sentido é justo.”*

No entanto, os mesmos fizeram inúmeras ressalvas sobre a adequação da política.

Conforme alguns gerentes, aparentemente a ANS está cobrando e indeferindo por atendimentos fora do escopo da política:

*“Hoje pagamos por coisas absurdas.”*

*“Nós temos rede somente em SP mas um filho de um beneficiário usou a rede SUS em Goiânia. Fomos cobrados por este atendimento e tivemos a nossa impugnação indeferida. Antigamente, a ANS deferia este tipo de atendimento sem qualquer problema.”*

Sobre a primeira ressalva citada pelos gestores, ela parece refletir dificuldades da ANS em analisar e julgar os casos, o que pode estar relacionado ao *linkage* determinístico, aos filtros existentes ou aos profissionais no julgamento das impugnações técnicas e/ou administrativas.

Em 2008, o TCU fez uma auditoria na ANS no que concerne ao ressarcimento ao SUS. O relatório do órgão propôs o aperfeiçoamento do “batimento” dos dados, sendo identificada a necessidade de criação de filtros mais eficientes de modo a diminuir as notificações desnecessárias, razão do alto índice das impugnações apresentadas pelas OPSs. Se esta medida fosse tomada, de acordo com o proposto pelo TCU, evitaria o acionamento da máquina da ANS, ou seja, dos recursos humanos, eletrônico e materiais de expediente (TCU, 2008).

Uma segunda ressalva dos gestores de OPSs refere-se à falta de investigação por parte da ANS dos motivos que fazem com que os beneficiários com cobertura contratual recorram ao SUS:

*“A ANS deve buscar identificar em quais circunstâncias o beneficiário buscou atendimento no SUS. Foi porque a OPS negou a cobertura ou porque ele desejou o atendimento do SUS?. Em um primeiro momento o foco era quantitativo, mas agora deve ser qualitativo.”*

*“Por que as pessoas que possuem plano usam o SUS? Há muitas tentativas de respostas. Mas a ilicitude das operadoras deve ser comprovada. Caso a caso deve ser analisado, averiguado. Quando a ilicitude for comprovada, a indenização para o SUS e para o beneficiário deve ser gerada para evitar o locupletamento da OPS.”*

*“A política de ressarcimento ao SUS não avalia a condição de acesso destes beneficiários ao SUS.”*

Sobre a questão acima, é importante lembrar preliminarmente que o beneficiário tem o direito de escolher onde melhor será atendido ou, no limite, onde ele terá acesso. Ou seja, todo cliente do mercado de planos de saúde tem o direito de ser atendido no SUS, caso deseje.

Existem muitas conjecturas sobre os motivos da demanda de beneficiários da saúde suplementar com cobertura contratual pela rede pública. Por exemplo, a insuficiência da rede contratada por operadoras de planos de saúde, as práticas abusivas de determinadas OPS, a baixa qualidade percebida pelos beneficiários em relação ao mercado privado e a própria preferência de assistência via SUS. Por ora, somente dados quantitativos sobre a utilização do SUS por beneficiários de OPSs foram disponibilizados, enquanto não há qualquer informação sobre os aspectos qualitativos deste uso, que pode estar sendo motivado, ou não, pela competição soma zero.

A terceira ressalva realizada pelos dirigentes refere-se ao fato dos próprios clientes optarem livremente pela assistência no Sistema Único:

*“Deve-se continuar punindo as OPSs que negam cobertura ao beneficiário, mas tem muitas vezes que o próprio beneficiário quer ser atendido no SUS e a OPS nem fica sabendo.”*

*“Nas situações nas quais o usuário busca voluntariamente o SUS, não cabe qualquer ônus às operadoras.”*

*“O cidadão tem a opção de utilizar o serviço que desejar. O beneficiário tem o direito de usar o SUS ou os serviços do seu plano.”*

Sobre esta terceira ressalva, os entrevistados estão corretos ao afirmar que o beneficiário tem o direito de buscar assistência na rede SUS. Mas, como já comentado na segunda ressalva, esta demanda pela rede pública pode estar sendo gerada por dificuldades nos acessos aos prestadores privados e na realização dos mais variados procedimentos. O problema recai quando, de forma involuntária ao seu desejo, o cliente de planos de saúde tem que buscar o SUS.

A quarta ressalva focada por inúmeros entrevistados foi referente à tabela TUNEP:

*“O que questionamos é a forma da cobrança, ou seja, a tabela TUNEP.”*

*“O que nós queríamos: ou o SUS faz com que a tabela que ele paga hoje os seus hospitais se transforme na TUNEP ou cobre das OPSs o que de fato ele gastou com o atendimento de um beneficiário com cobertura contratual, nem mais, nem menos.”*

*“O que existe é uma tabela com valores bem maiores dos praticados pelo serviço privado.”*

*“O SUS remunera pela sua tabela, sem reajuste há muitos anos, os seus prestadores de serviço e cobra uma taxa das operadoras de valores superiores e diferentes dos gastos pelo SUS. Aí fica caracterizado o enriquecimento ilícito por parte do Poder Público, criando uma nova e inconstitucional fonte de renda para o SUS.”*

*“A política de ressarcimento ao SUS aplica uma tabela exagerada.”*

A TUNEP foi largamente discutida pois, conforme a visão de determinados gestores privados, há itens na tabela com valores superiores aos estabelecidos pelo mercado, ferindo o que encontra-se determinado legalmente. Ainda, grande parte dos gerentes não aceita pagar os valores intermediários entre os praticados pelo SUS e pela saúde suplementar, preconizado pelo Artigo nº 32. Eles desejam arcar com o que foi, na realidade, gasto com a assistência de seus clientes, a despeito do STF já ter definido provisoriamente pela constitucionalidade da tabela em 2003 e se os valores da TUNEP são superiores ao da tabela SUS, seria para reforçar o caráter punitivo da política.

Por outro lado, a tese da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), que vai de encontro com legalidade da tabela TUNEP, alega que por meio do ressarcimento há o enriquecimento ilícito do Estado pois o mesmo pretenderia receber valores previstos da TUNEP muito superiores aos gastos nos atendimentos da rede pública. Desta forma, o Estado estaria obtendo lucro às custas de seu dever constitucional.

Em parecer de Velloso (2010), também há críticas ao valor do ressarcimento. O Artigo nº 884 do CC de 2002 dispõe que *“aquele que, sem justa causa, se enriquecer à custa de outrem, será obrigado a restituir o indevidamente auferido, feita a atualização dos valores monetários.”* Em outros termos, o ressarcimento deveria ocorrer mediante a restituição do indevidamente auferido, acrescido somente de atualização monetária. Logo, o que deveria ser imposto às OPSs seria a

restituição do valor com que o Sistema Único remunerou as entidades integrantes da rede SUS, ou seja, pagar o efetivamente gasto com o atendimento do beneficiário, com a devida correção monetária.

A quinta ressalva refere-se à questão da política estar criando dois sistemas concorrentes:

*“O Governo está gerando dois sistemas de saúde concorrentes, ou seja, eu tenho um sistema público que me fornece tudo e um sistema privado que vai me dar tudo, ou tende a atingir este ponto. Eu acho que os sistemas devem ser complementares.”*

Seguindo este raciocínio, Montone (2009) diz que gerentes do SUS cometem um erro estratégico, com sérias consequências, ao praticamente ignorarem a saúde suplementar como componente do setor saúde. Segundo o autor, eles limitar-se-iam a reclamar das pressões do mercado e do subsídio indireto do SUS para a rede privada. Quando o Sistema Único é planejado, não são incluídos os beneficiários de planos de saúde e a produção privada existente. O que ocorre é o planejamento do SUS pelo total de habitantes. O setor privado, desta forma, seria invisível no planejamento do sistema de saúde. Inclusive, a organização da atenção à saúde, materializada pelos planos de saúde, foi ignorada pelas regulamentações do SUS. Somente focou-se nos prestadores de serviços de saúde privados e os sem fins lucrativos. Assim, para o autor, o SUS deveria parar de combater o setor de saúde suplementar, especificamente os planos de saúde, e aceitá-lo como uma política pública.

Por outro lado, o setor privado também comete o mesmo erro estratégico ao ignorar o setor público e não assumir a postura de integrante do setor saúde. Este também limita-se a dizer que a saúde é um dever do Estado e que oferta opções de atendimento a quem pode arcar com os custos de um plano de saúde. As OPSs deveriam assumir que são empresas do setor saúde e que devem se integrar ao sistema.

A inconstitucionalidade do Artigo nº 32 foi a sexta ressalva enfatizada pelos entrevistados:

*“A possibilidade de um indivíduo custear a suplementação para a cobertura do atendimento a sua saúde é direito de cada cidadão, não o impossibilitando de utilizar o sistema público, o que está garantido pela Constituição.”*

*“Nós entendemos que o ressarcimento ao SUS é inconstitucional pois parte de uma premissa que todo atendimento de usuário partiu de uma negativa de acesso de OPSs. O que não é verdade. O atendimento está à disposição do beneficiário. O beneficiário pode optar pelo o que ele quer usar. Você não deixa de ter direito ao SUS.”*

*“Os que sustentam a não cobrança apregoam o artigo 196 da Constituição Federal, que determina que ‘a saúde é um direito de todos e um dever do Estado’. Pelo introdutório acima,*

*podemos concluir que a Lei Federal n.º 8080/90, tipifica que ‘qualquer atendimento realizado pelo SUS é um atendimento devido e significa uma concretização dos direitos do cidadão’. E se é um atendimento gratuito pelo SUS, é um direito do cidadão.*

Sobre a questão da inconstitucionalidade do Artigo nº 32, a tese da ABRAMGE relata que o ressarcimento representaria uma verdadeira intenção de transferir para a iniciativa privada o dever do Estado. Logo, as operadoras ao firmarem contratos assistenciais passariam a assumir a total responsabilidade pela saúde de seus clientes, cessando, para os mesmos, o direito de cidadão de acesso à saúde, assim como o dever do Estado de garantir o direito à saúde de todos os indivíduos.

Na visão de Montone (2009), o setor de planos de saúde assumiu a posição de *outsider*, considerando o seu trabalho uma atividade econômica como qualquer outra. Logo, desresponsabilizam-se frente ao sistema de saúde, focando apenas nos serviços e ações contratados pelos beneficiários.

Novamente deve ser ressaltado que os serviços do SUS são destinados a todos os brasileiros, sem qualquer distinção. A questão do ressarcimento é entre o SUS e as OPSs, comprometendo em nada a assistência pública do cidadão.

O STF já concluiu que o ressarcimento não viola a CF de 88, nem a Lei Orgânica da Saúde.

Além disso, os objetivos do ressarcimento pautam-se em evitar o uso indevido do bem público pelas operadoras, impedir o enriquecimento sem causa destas empresas, deter o subsídio à atividade privada e inibir o descumprimento do contrato por parte das operadoras pois há empresas que podem atuar de má-fé perante os seus cliente e o SUS. Estas, por fim, são questões que não ferem os princípios constitucionais.

É importante reiterar que a política de ressarcimento ao SUS em nada compromete a universalidade da assistência, uma vez que não altera a relação entre o cidadão e o Estado, mas sim cria uma nova relação entre o Estado e as operadoras, conforme colocado por Scatena (2004). Assim, os cidadãos brasileiros, mesmo os usuários da saúde privada têm o direito de utilizar o SUS quando assim o desejar pois lhe é garantido constitucionalmente. O que está em pauta é a forma como as OPSs fazem uso do Sistema Único.

Conforme o material da Gerência de Ressarcimento ao SUS, fornecido por técnicos da ANS em 2010, sobre o Ressarcimento ao SUS e os seus Principais Conceitos, as impugnações das OPSs por inconstitucionalidade são 100% indeferidas pela Agência.

Por fim, o direito à saúde, o fomento e o controle da saúde por parte do Estado em nenhuma forma serão prejudicados pelo ressarcimento ao Sistema Único. Pelo contrário, ao deixar de financiar as atividades de OPSs, haverá mais recursos para investimento no sistema público.

A consideração do ressarcimento como um tributo foi a sétima ressalva:

*“Eu considero o ressarcimento ao SUS algo bi-tributável e que foge do conceito de 'ressarcimento', porque nos tributos que recolhemos já existe uma verba que é destinada à saúde.”*

*“A política de ressarcimento ao SUS foi instituída para garantir o custeio dos gastos no sistema público com beneficiários de planos de saúde.”*

Sobre o aspecto jurídico, a política não possui um caráter tributário (imposto, taxa ou contribuições de melhorias), entretanto, gestores indicam que a mesma tem esta essência.

O ressarcimento não é uma receita destinada ao financiamento do SUS, a fim de assegurar e ampliar o custeio da saúde pública. Isso é um mito já esclarecido pelo próprio STF ao entender que o ressarcimento não tem natureza tributária, mas sim restitutória. O enriquecimento sem causa do ressarcimento ao SUS está fundamentado na natureza de obrigação civil, quando as OPSs que cobram de seus beneficiários pela prestação de serviços em saúde não o fazem, deixando assim, tal encargo ao Estado. Desta forma as OPSs economizariam e fariam crescer seu patrimônio.

A penúltima ressalva realizada por alguns dirigentes refere-se ao possível encarecimento dos planos de saúde por conta da política:

*“A política de ressarcimento ao SUS foi instituída para garantir o custeio dos gastos no sistema público com beneficiários, encarecendo os planos de saúde.”*

*“Quando ressarcimos ao SUS temos que computar essas despesas no prêmio pago pelo beneficiário mensalmente, ou seja, o beneficiário paga seus tributos e ainda tem que arcar com um plano de saúde mais caro para cobrir as despesas com o ressarcimento ao SUS.”*

No que concerne o fato acima, o discurso sobre o encarecimento dos planos de saúde como consequência da política alinha-se com a tese da ABRAMGE. Esta refere que serão os beneficiários de planos de saúde que suportarão o ônus financeiro decorrente do Artigo nº 32. A tese informa que, certamente, o ressarcimento ao SUS irá onerar o desenvolvimento das atividades do mercado suplementar e, conseqüentemente, passará a fazer parte dos cálculos atuariais das OPSs. Vale ressaltar que fatos reais como a incorporação de tecnologias na saúde suplementar, o aumento de beneficiários idosos e portadores de doenças crônicas geram o encarecimento de planos de saúde.

Enfim, a nona e última das ressalvas foi citada por somente um gestor de operadora que acredita que o SUS é quem deve ressarcir às OPSs:

*“Não deve ser de mão única. Se os setores são suplementares, não deveria ter um ressarcimento do SUS por serviços prestados pelas operadoras, uma vez que o beneficiário pagou duas vezes pelo mesmo serviço, no imposto e na contratação do plano?”*

Na declaração do Imposto de Renda já é contemplado o ressarcimento aos contribuintes de gastos com saúde, incluindo o pagamento de planos de saúde. Não há qualquer argumento que

justifique o ressarcimento às OPSs uma vez que é de sua responsabilidade o cumprimento do contrato.

### Os impactos da política de ressarcimento ao SUS sobre o seu público-alvo

Quando questionados se o ressarcimento ao SUS gerou alguma mudança para os beneficiários, OPSs e para o Sistema Único, os gerentes foram praticamente unânimes em afirmar o baixo impacto positivo da política sobre o seu público-alvo.

No que tange aos beneficiários, conforme o discurso de um dos gestores, prestadores públicos e contratados/conveniados com o SUS podem estar privilegiando o atendimento de beneficiários de planos de saúde:

*“Criaram uma regra para coibir uma exceção. E acaba prejudicando todo um setor. Eu digo prejudicando o próprio beneficiário porque pode existir uma preferência em atender os clientes com planos de saúde pois a TUNEP paga mais para o SUS. Mesmo demorando para receber, os prestadores recebem muito mais do que receberiam se atendessem um paciente SUS. Isso gera uma falta de isonomia.”*

Sobre esta questão, a tese da ABRAMGE afirma que o ressarcimento ao SUS pode levar à situação oposta da desejável: a de que hospitais integrantes da rede do Sistema Único poderiam privilegiar os indivíduos que possuem planos de saúde a fim de obterem o ressarcimento. Por conta disso, os pacientes “SUS dependentes”, ou seja, aqueles que possuem apenas uma alternativa assistencial (Bahia, 2008), seriam preteridos por não representarem recursos extras para os cofres públicos.

Segundo a fala de outro dirigente, ele precisou questionar seus clientes reiteradamente para identificar se eles, realmente, internaram-se no SUS:

*“Tive que 'encher o saco' dos beneficiários para identificar se eles tinham de fato usado o SUS e solicitar que fizessem uma declaração de não utilização do sistema público. Com isso, eles ficavam preocupados e ansiosos com a situação deles no nosso plano de saúde.”*

*“Uma vez ligamos para um titular para saber o porquê da utilização do SUS para uma internação devido a uma curetagem. Ele não sabia de nada pois, na verdade, quem tinha usado o SUS foi a sua esposa que abortou sem o seu marido (o titular) saber de nada.”*

Na verdade, é realmente interessante que as OPSs questionem os seus beneficiários quando da utilização do SUS para identificar as falhas na sua própria rede assistencial.

No que concerne a outro gerente, a política estaria contribuindo para o encarecimento dos planos de saúde, sobrecarregando financeiramente os beneficiários:

*“A principal mudança foi o encarecimento dos planos de saúde para custear os atendimentos na rede pública.”*



Para as OPSs, segundo a visão de um gestor, gerou-se mais burocracia e percebe-se a baixa legitimação da ANS através de sua fala abaixo:

*“Para as OPSs, gerou-se mais burocratização e elas não ficam com medo do ressarcimento.”*

Certamente as OPSs não ficam apreensivas com o não cumprimento da política. Conforme os resultados desta dissertação, de 1999 a 2006, certas operadoras pouco pagaram o cobrado pela ANS uma vez que 66,5% dos recursos cobrados pela Agência estavam vencidos.

Um entrevistado referiu que a operadora tem que lidar com as dificuldades operacionais da ANS, o que gera o retrabalho e desgastes para a empresa:

*“Existem falhas técnicas da ANS que cobram coisas indevidas. Hoje pagamos por coisas absurdas. Os próprios técnicos dizem que o sistema deles tem problemas, por isso dizem para impugnarmos. Mas, mesmo assim, quando impugnamos, nossas ações são indeferidas. Até homônimo está sendo indeferido pela ANS mesmo quando apresentamos todos os documentos.*

Por fim, um dirigente relatou que o ressarcimento chega a respaldar OPSs que alinham-se com elementos da competição soma zero:

*“Já para as operadoras, podemos afirmar que facilitou. Existem procedimentos que temos dificuldade de encontrar na rede credenciada e que só encontramos na rede pública. Como as operadoras ressarcem esses atendimentos, não existe qualquer ilegalidade que esses atendimentos sejam prestados pelo SUS aos beneficiários de operadoras.”*

Em relação ao SUS, gestores relataram que grande parte dos recursos estão suspensos por conta da judicialização do ressarcimento ao Sistema Único e, mesmo assim, o valor cobrado às OPSs não seria significativo em relação ao que a rede pública despende com as internações:

*“Para o SUS ainda não mudou nada porque há uma quantidade enorme de recursos bloqueados na justiça.”*

*“O valor do ressarcimento é muito pequeno para os hospitais. É irrisório. Não chega a representar 0,01% do faturamento do SUS.”*

*“Mesmo com o ressarcimento, ele não mudaria o subfinanciamento do SUS. É muito pouco o que se gera em relação ao que o SUS precisa.”*

Sobre a judicialização do SUS, de fato, determinadas OPSs procuram impugnar ou suspender judicialmente os recursos que deveriam destinar ao SUS. No contexto atual, a maior parte das impugnações são administrativas, mas não há dados disponíveis sobre a quantidade de impugnações existentes e se aumentaram ou foram reduzidas ao longo dos anos. O que se pode concluir pelos resultados deste trabalho é que em torno de 8,66% dos recursos cobrados para o SUS estavam suspensos judicialmente, enquanto 66,5% encontravam-se vencidos, de 1999 a 2006.

Por outro lado, apenas um gerente afirmou que a política apresentou efeitos positivos

sobre o SUS e às operadoras:

*“Na medida que a política de ressarcimento foi estabelecida, houve um maior controle do que está sendo utilizado na rede SUS e inibiu as operadoras que se utilizavam da negativa de cobertura como garantia de atendimento no SUS e sem custos.”*

O mesmo gestor assegurou que os beneficiários também foram beneficiados:

*“O que mudou para os beneficiários foi que as operadoras passaram a cumprir as coberturas contratuais com maior rigor, nada mais que obrigação.”*

### Os principais motivos geradores de procedimentos passíveis de ressarcimento ao SUS

Sobre a identificação dos motivos que levam os beneficiários com cobertura contratual recorrerem ao SUS, a maior parte dos gerentes afirmou empenhar-se em conhecê-los. Conforme as suas falas, as razões tangeriam quatro questões.

A primeira seria pela a deficiência de prestadores na rede credenciada:

*“Ocorre a utilização do SUS pelo beneficiário quando a rede da OPS é deficiente em uma dada região. Assim, o paciente acaba buscando o SUS.”*

Por conta desta análise, é possível identificar alguns indícios de competição soma zero uma vez que a insuficiência de rede é uma forma de transferência de custos das operadoras aos beneficiários, ao invés da sua redução. Indivíduos arcam com um serviço mas são induzidos a procurarem outras formas de acesso, pois há OPSs que comercializam produtos mas, na prática, negam os direitos dos seus beneficiários.

A segunda seria em decorrência da preferência do beneficiário pela assistência via SUS:

*“Temos casos de partos que são realizados em uma maternidade específica de Guarulhos e que numa conversa com essas parturientes descobrimos que lá eles entregam um enxoval do bebê e, por isso, elas optam por procurar a rede pública aquém da rede da operadora.”*

*“Há centros de excelência e de vanguarda como o HC (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).”*

A terceira seria em função da atuação do SAMU-192 que impreterivelmente dirige o cliente em risco de morte para a rede pública:

*“O SAMU-192 leva o paciente em risco iminente de vida para a rede pública.”*

A quarta seria pelas razões que vão de encontro ao escopo do ressarcimento ao SUS:

*“Houve uma caso em que uma enfermeira de um hospital público, e nossa beneficiária, realizou uma cirurgia estética nesta unidade do SUS porque conhecia a equipe de cirurgia e sabia que este procedimento seria negado pela OPS pois se caracterizava como um procedimento estético. A ANS não analisou adequadamente este caso e ainda indeferiu a nossa impugnação.”*

*“Outra situação é a utilização em saúde mental. Familiares resolvem internar parentes*

*no SUS, em unidades do interior, para ficarem longe do paciente. Porque a família quer deixar o paciente longe, distante, ressarcirmos o SUS por questões sociais.”*

Por sua vez, somente um gerente efetuou a análise dos prestadores privados conveniados e contratados com o SUS:

*“Já vi paciente nosso parar em hospital privado conveniado ao SUS, e que tem cadastro conosco, para realizar transplante hepático. O paciente já estava internado pelo SUS e o hospital fez contato conosco querendo mandar uma guia de internação. Ele queria faturar pelo SUS e pela gente. Começa assim: quando o paciente chega no hospital, há sempre alguém que aborda o paciente para ver se ele tem plano de saúde. Como nós dificilmente negamos procedimentos, mesmo os que não estão incluídos no Rol da ANS, eles mandam as guias de internação para a gente para 'ver se cola'. O prestador quer ganhar pelo SUS, pela operadora e corre o risco dele faturar pela TUNEP se, inadvertidamente, a ANS mandar a cobrança para a gente.*

*“Houve um caso em que um prestador lançou um procedimento odontológico simples em uma AIH, como se fosse um procedimento buco-maxilo maior. Fizeram isso para faturar do SUS e de nós.”*

Ao que parece pela fala do gestor, há hospital que procura, indevidamente, realizar a dupla e, inclusive, a tripla cobrança. Além disso, supostamente há prestador que gera AIH com procedimento ambulatorial, caracterizando fraude financeira e de produção hospitalar.

Ainda sobre o fato acima, no contexto atual a ANS possui soberania para estabelecer direitos como também obrigações para as OPSs e os beneficiários. Porém, não tem poder sobre os prestadores, ou seja, quem efetivamente irá produzir serviços de saúde. Para Montone (2009), não seriam poucos os episódios de abusos das operadoras sobre os usuários mas também não seriam poucas as situações de abusos dos prestadores frente aos beneficiários e às operadoras.

Enfim, um gestor concluiu o seguinte:

*“Não há um estudo sistemático, aprofundado sobre os motivos de uso do SUS e eu não conheço também operadoras que façam isso e que tenham tomado alguma ação. Deveriam.”*

#### Intervenções nas causas geradoras das internações passíveis de ressarcimento ao SUS

No que concerne a intervenção das OPSs sobre os motivos que levam os beneficiários com cobertura contratual a recorrerem ao SUS, parte dos entrevistados não pesquisa tais razões e tampouco realiza intervenções na rede assistencial para evitar que seus beneficiários sejam atendidos no SUS:

*“Nossa posição é de efetuar a restituição dentro dos prazos de pagamento.”*

*“Se houver aumento na quantidade de pacientes com cobertura atendidos no SUS, haverá alguma ação.”*

*“Esta OPS e outras operadoras da mesma modalidade, com raras exceções, são reconhecidas por deterem a melhor rede credenciada. Por isso não intervimos.”*

*“Ainda não fizemos ações mas temos um planejamento e queremos estudar melhor os porquês dos nossos beneficiários usarem o SUS. O que eu poderia fazer para diminuir esta ação? Hoje, o que fazemos é um bom trabalho para a impugnação dos casos indevidos.”*

Contudo, outros gestores apresentam posições pró-ativas:

*“Procuramos credenciar serviços próximos a empresas de clientes para evitar a procura desses pacientes ao serviço público.”*

*“Quando ocorre este tipo de evento, existe uma ação da empresa para analisar o que aconteceu, buscar adequações no atendimento e identificar o que motivou esta busca pelo SUS. Isso é uma obrigação para quem tem um serviço bem estruturado.”*

*“Quando sabemos que um beneficiário nosso se encontra em tratamento ou em preparação para realização de exames pelo SUS, a nossa operadora imediatamente procura orientar os familiares ou o beneficiário para que utilize a rede credenciada.”*

*“Com o intuito de evitar que os usuários do plano da Santa Casa de Saúde fossem atendidos em nosso hospital pelo sistema SUS, a Instituição criou um dispositivo em nosso sistema de informática que identifica o usuário que passa pelo SUS. Quando esse usuário é identificado, ele é encaminhado a outra recepção específica para operadoras, para ser devidamente encaminhado ao seu atendimento e prestado o serviço. Com isso evita-se que esse usuário, utilize indevidamente a rede pública de saúde.”*

### Hipóteses sobre os porquês da resistência de OPSs em ressarcirem ao SUS

Sobre os porquês de algumas OPSs resistirem em ressarcir o SUS, os gerentes retomaram a inúmeras questões previamente citadas por eles.

Alguns alegaram que deva ser porque o ressarcimento é entendido como inconstitucional:

*“Porque a saúde é dever do Estado, do Governo.”*

*“Por julgarem que o ressarcimento ao SUS vai contra o Artigo Constitucional 196. Se a saúde é dever do Estado, por que ele tem que cobrar da OPS por algo que o beneficiário tem direito de utilizar?”*

*“Havendo procura espontânea do beneficiário pelo atendimento no SUS, a nossa operadora entende que é um direito constitucional do mesmo e não uma orientação da nossa operadora a fim de burlar as normativas.”*

Outro gestor imagina que deva ser por conta da questão tributária:

*“Gestores são contra impostos. Isso é cultural. Como gestores percebem o ressarcimento como imposto, as operadoras não querem pagar mais encargos. Por isso buscam saídas legais.”*

Um administrador supõe que seja pelo fato da ANS realizar a cobrança de procedimentos/situações que não estão no escopo da política:

*“Porque começaram a aparecer coisas absurdas para serem pagas ao SUS.”*

Determinados dirigentes presumem que seja pela tabela TUNEP apresentar valores mais caros do que os praticados pelo próprio mercado e pelo SUS:

*“Além disso, há item na TUNEP que é mais caro que o mercado paga.”*

*“Na verdade não é um 'ressarcimento' e sim uma cobrança de valores muito além dos praticados pelo SUS. Aí não podemos falar em ressarcimento, mas sim de receitas do SUS com esses atendimentos.”*

*“O valor aplicado pela TUNEP é demasiadamente alto e injusto.”*

*“Pelo valor que é exigido das operadoras através da tabela TUNEP. Valor esse mais caro que os procedimentos pagos pelas operadoras a sua rede credenciada. Em contra-partida, o poder público quando remunera os mesmos serviços para o atendimento no SUS, o remunera com valores mais baixos do que os praticados no mercado, com uma tabela sem reajuste a vários anos.”*

Enfim, um gestor considerou que é pelo cliente optar pelo atendimento via SUS, enquanto poderia utilizar a rede credenciada:

*“Porque os beneficiários têm o direito aos dois tipos de atendimento. É ele quem escolhe. Se não há controle do acesso, nada é negado e o beneficiário mesmo assim escolhe o SUS, por que a operadora tem que pagar ao Sistema Único?”*

### As readequações da política de ressarcimento ao SUS

Quando perguntados sobre como manejariam a política de ressarcimento ao SUS, os gerentes dedicar-se-iam a sua readequação. Novamente, os dirigentes retomam a assuntos já citados ao longo das entrevistas.

Grande parte dos gestores centraria no aspecto qualitativo da política a fim de identificar se o beneficiário que se encaminhou ao SUS foi por sua preferência ou por conta de barreiras no acesso à rede credenciada:

*“Focaria nos aspectos qualitativos do ressarcimento ao SUS. O banco de dados da ANS é imenso e não pode ser desprezado. Deve buscar identificar em quais circunstâncias o beneficiário buscou atendimento no SUS. Foi porque a OPS negou a cobertura ou por que ele desejou o atendimento do SUS?”*

*“Conhecer os porquês dos beneficiários utilizarem o SUS. Saber se as OPSs negam e controlam o acesso, por exemplo.”*

*“O que falta nas OPSs é avaliar porque o usuário usa o SUS. Seria por atendimento de*

*urgência? Emergência? O SUS está suprindo uma ausência da minha rede? As OPSs não sabem o comportamento dos beneficiários. As operadoras estudam isso? Preocupam-se com isso? Eu diria que não. A preocupação e a discussão hoje é meramente financeira. Não há uma discussão da gênese, origem e razões para estes atendimentos no SUS.”*

*“O ressarcimento deveria ser uma ferramenta de regulação, evitando que os planos empurrem os pacientes para o SUS. Só que hoje somente se identifica o beneficiário depois que ocorreu o ressarcimento.”*

*“Atualmente, a ANS atua quando o problema já ocorreu.”*

Um gestor especificamente estudaria as ações das operadoras filantrópicas conveniadas a hospitais sem fins lucrativos prestadores de serviços ao SUS:

*“Não se pode esquecer das filantrópicas. As Santas Casas têm planos de saúde agregados, sendo que estas fazem a assistência à saúde utilizando a sua estrutura contratada. Muitas vezes fica uma questão meio imbricada pois em um momento o paciente é do plano e em outro momento ele vira do SUS.”*

Como apresentado nos resultados desta obra, as Filantrópicas possuíam o maior percentual de número de internações passíveis de ressarcimento, de 2001 a 2006. No entanto, foi a OPS que apresentou a queda mais significativa neste percentual ao longo do período estudado, demonstrando algum sucesso nos mecanismos de controle desta modalidade de operadora.

Ainda sobre esta questão, conforme Montone (2009), os hospitais filantrópicos foram o segmento de prestadores com maior ganho financeiro em comparação com prestadores de outra natureza, sendo este recebimento de R\$ 13,7 milhões.

Outro gestor afirmou que a política deveria abranger a auditoria de hospitais privados contratados e conveniados com o SUS para coibir prestadores que agem de má-fé:

*“A ANS e o SUS deveriam fazer a auditoria dos prestadores.”*

Além disso, um dirigente enfatizou a necessidade da complementariedade do sistema público com o privado:

*“Outra coisa que eu faria, seria a estruturação do sistema de saúde, que deve ser complementar. Um deveria fazer o que mais tem de expertise e o outro o que mais tem, também, de expertise. O SUS possui bastante expertise na alta complexidade e no campo da vacinação. Por outro lado, o sistema privado na média complexidade, o que desoneraria o SUS.”*

Uma parcela dos gerentes reavaliara os valores cobrados pela TUNEP, readequando a tabela:

*“Não acho correto a forma de cobrança às OPSs pelo SUS. Se, por exemplo, no SUS um procedimento custa 1.000 reais, porque devo pagar 1.500 reais? A TUNEP acaba sendo mais cara.”*

*“Adequaria os valores que hoje são cobrados de acordo com a TUNEP para os efetivamente gastos no serviço público.”*

*“Por exemplo, um procedimento custa pelo SUS 500 reais mas ele me cobrou 2.000 reais. Se há um enriquecimento ilícito, não é meu, é do SUS. Por que a tabela tem que ser nivelada por cima e não pelo o que o SUS paga?”*

Um administrador, ao que parece, aplicaria a política somente às OPSs que agem de forma danosa:

*“Entendemos que a política de ressarcimento ao SUS deveria ser aplicada para as operadoras que utilizam de má-fé, desviando seus beneficiários para o atendimento no setor público em virtude da falta de cobertura contratual. Para as operadoras que comprovem honestidade e a procura espontânea de seus beneficiários pelo atendimento no SUS, a ANS deveria respeitar o direito constitucional de que a saúde é direito de todos e dever do estado.”*

Foi ressaltado por um gestor que o ressarcimento ao SUS deveria ser um instrumento de informação para a ANS, operadoras e SUS, pois no setor há carência de informações e, mesmo quando elas existem, são subutilizadas e/ou pouco qualificadas:

*“Eu trataria o ressarcimento ao SUS como um indicador de assistência, até de qualidade, para o SUS e para o setor suplementar. A partir daí, ter ações regulatórias para melhorar a prestação de serviço.”*

*“Os dados do ressarcimento seriam mais um item para entrar na avaliação das operadoras e ser determinante, ou não, para uma intervenção. Só assim a ANS poderia ser um agente motivador de novas condutas no setor.”*

*“Uma operadora tem ‘X’ atendimentos, então eu vou trabalhar por amostragem. Em 1.000 atendimentos, eu apuro 1 com grande rigor e investigo porque esta pessoa buscou o SUS. Se identifiquei que houve uma negativa de atendimento, então a operadora entra em um grau de apuração maior. Por isso, agora eu vou apurar 10 casos em 1.000 desta operadora. A partir daí, a ANS deve ‘ir para dentro’ da OPS.”*

*“A partir de dados, a ANS, por exemplo, poderia dizer quais OPSs deveriam credenciar um número ‘X’ de prestadores a sua rede credenciada.”*

Sobre a questão da informação, em dezembro de 2010 a ANS disponibilizou dados públicos capazes de traçar o perfil dos beneficiários do grupo do ressarcimento; dos prestadores próprios, conveniados e contratados pelo SUS que internam os beneficiários em pauta; e dos tipos de planos e das operadoras envolvidos com o ressarcimento à rede pública, do período de 2001 a 2006.

Apenas um gerente, conforme a sua fala, extinguiria a política ao criar um sistema de saúde nacional substitutivo:

*"Uma alternativa é deixar de cobrar impostos de quem tem plano de saúde privado, excluindo-o do sistema público, o que iria contra a constituição do país."*

O SUS é o sistema de saúde brasileiro, sendo direito de todos os cidadãos e dever do Estado. Por conseguinte, todos os esforços devem ser direcionados para a sua construção e implantação para prover Atenção de excelência a todos os brasileiros.

### **Entrevistas Realizadas com Gerentes do Setor Público**

#### A relevância da política de ressarcimento ao SUS

Quanto à visão dos gestores sobre o ressarcimento ao SUS, eles ressaltam a importância da política.

Os entrevistados apresentaram discursos que se referem aos objetivos fundamentais do ressarcimento ao SUS:

*"O ressarcimento vem para garantir que quando uma OPS cobra pela prestação de um serviço, ela realmente o forneça. Antes da Lei 9.656/98, era muito claro que quando uma operadora possuía um paciente mais oneroso, a OPS mandava-o para o SUS. "*

*"Desestimular a utilização do SUS pelos portadores de plano de saúde e evitar o enriquecimento ilícito das operadoras de plano de saúde."*

*"A previsão do Ressarcimento pelo uso indevido dos serviços públicos por parte de beneficiários de planos privados de saúde compõe o conjunto de atividades que visam garantir o cumprimento do direito à Saúde da população, previsto constitucionalmente."*

*"Seu estabelecimento é parte importante da política de regulação do setor tendo sido, inclusive, ressaltado no PAC 2010 Mais Saúde, do Ministério da Saúde, como uma das ações prioritárias na saúde suplementar atualmente."*

A partir da tutela preventiva dos contratos firmados entre beneficiários e OPSs, os gestores acima entendem que a política possui a função de assegurar o acesso dos beneficiários aos serviços comprados no mercado de planos de saúde, uma vez que determinadas empresas podem agir de má-fé e ainda evitar que as operadoras economizem recursos às custas do uso dos serviços do SUS usados pelos seus beneficiários.

O Mais Saúde: direito de todos, lançado em dezembro de 2007, contempla metas e ações distribuídas em oito eixos de intervenções para que brasileiros tenham mais acesso a ações e serviços de saúde de qualidade. Este propõe medidas legais, contemplando, dentre outras questões, o ressarcimento ao SUS para assegurar as condições adequadas de concorrência no mercado de



saúde complementar e de integração com o SUS, com foco na atenção à saúde dos beneficiários. O Mais Saúde propõe a reavaliação do processo de ressarcimento, com revisão dos atos normativos, para o estabelecimento de novas metodologias que elevem a operacionalidade do sistema (BRASIL, 2010).

Um entrevistado revelou o seguinte:

*“O maior valor agregado pela política de ressarcimento foi o conhecimento do mercado. Até então o estado não dispunha de qualquer informação direta em relação aos usuários de planos e a política de ressarcimento deu à ANS o poder de exigir o cadastro de beneficiários de todas as operadoras. Essa era a informação chave e ela só foi obtida com base no ressarcimento. Todas as tentativas do mercado de negar a abertura de seus cadastros foram infrutíferas porque sem ele seria impossível implantar o sistema de ressarcimento que consistia em realizar o batimento dos beneficiários das operadoras com os atendimentos do SUS, processados pelo DATASUS.”*

Sobre este discurso, o dirigente referiu-se aos ganhos informacionais que a política proveu. Somente com o ressarcimento ao SUS estabeleceu-se o Cadastro de Beneficiários, que forma o Sistema de Informações de Beneficiários gerido pela Agência, o qual fornece informações sobre os beneficiários de planos de saúde e dos seus respectivos planos.

#### Os impactos da política de ressarcimento ao SUS sobre o seu público alvo

Quando questionados se o ressarcimento ao SUS gerou alguma mudança para os beneficiários, OPSs e para o Sistema Único, parte dos gerentes evidenciou a reduzida efetividade da política, alinhando os seus discursos com a maior parte dos dirigentes de operadoras:

*“Não. Para o beneficiário nenhuma, pois o ressarcimento só vai ocorrer muito tempo depois que o paciente utiliza o SUS. As OPSs somente criaram mecanismos para impugnação das cobranças. Por fim, a ANS faz a cobrança do ressarcimento ao SUS que não é efetiva porque o que é pago é muito pouco em relação ao total cobrado.”*

*“O setor de saúde complementar não é assimilado como uma das políticas públicas da saúde, o que dificulta a integração estratégica dos dois sub-sistemas, com maior desvantagem para o sistema público.”*

Além das impugnações e do fato de que apenas uma pequena parcela do que é cobrado das OPSs é ressarcida ao SUS, o Sistema Único e o setor privado operam de forma polarizada, sendo sugerida a integração dos mesmos. Esta necessidade também foi apontada por um gestor de planos entrevistado.

Contudo, os demais gestores manifestaram opinião oposta:

*“A regulamentação do setor de saúde suplementar foi muito profunda e transformou o modelo de operação do mercado em benefício dos usuários. O ressarcimento foi parte importante da implementação da regulação, mais pela informação do que pelos valores financeiros gerados. A partir da regulamentação, todos os planos tem que garantir a cobertura integral. Usuários de planos coletivos e individuais têm mais direitos e maior proteção.”*

*“Sim, com certeza. A previsão legal do Ressarcimento, juntamente com outras ações de regulação e fiscalização do setor suplementar de saúde provocou uma mudança significativa no mercado, assim como no SUS.”*

*“Como instrumento de regulação, as informações geradas pelo Ressarcimento servem de base para diversas análises no que concerne à rede da operadora, cobertura contratual, possibilidade ou não de acesso aos serviços, e funciona também como ferramenta de diminuição da assimetria de informação existente e de subsídio para o acompanhamento da situação econômico-financeira das operadoras.”*

*“O Ressarcimento tem valor no sentido de embasar as decisões gerenciais acerca do planejamento e programação a serem desenvolvidos, permitindo uma visão mais estratégica e integral do sistema de saúde em sua área de responsabilidade, além de trazer de volta aos cofres públicos uma parte dos recursos utilizados com os beneficiários da saúde suplementar, que a princípio deveriam ter sido atendidos pelos planos privados.”*

Em relação aos efeitos da política sobre o seu público alvo, os gestores acima apontaram seus impactos positivos. Os beneficiário foram tutelados, as OPSs passaram a ter que fornecer suas informações que são importantes para o processo decisório e as empresas foram significativamente reguladas.

#### Os principais motivos geradores de procedimentos passíveis de ressarcimento ao SUS

Os gestores entrevistados supuseram que seriam diversos os fatores para o uso dos serviços do sistema público por beneficiários com cobertura contratual de seus planos de saúde:

*“Imagino que esta procura pelo SUS ocorra em situações de urgência/emergência, quando o SAMU-192 leva o paciente para um hospital público; pela existência de hospitais de excelência universitários que são públicos; e pela alta complexidade ambulatorial, mas esta condição não faz parte do ressarcimento, que se limita às internações.”*

*“Inegavelmente há a resistência por parte de algumas operadoras em oferecer cobertura aos usuários que lhes contrataram.”*

*“Existem diversos fatores que podem ser considerados como estímulos para*

*beneficiários de planos privados utilizarem os serviços do SUS, no sentido de haver um descumprimento do contrato celebrado. Por exemplo: (1) a inadequação da rede assistencial da operadora; (2) a existência de fatores moderadores, como a franquia e a co-participação do beneficiário no pagamento de determinados tipos de procedimentos que não são totalmente cobertos pelo contrato do plano privado; (3) a existência de planos com pagamento em custo operacional por parte do beneficiário; (4) os abusos verificados por parte de algumas operadoras em práticas ditas de regulação e que na realidade são verdadeiras barreiras ao acesso; (5) os períodos de carência para os procedimentos; (6) a Cobertura Parcial Temporária para procedimentos em função de Doenças e Lesões Pré-Existentes, o que deixa o consumidor impedido de utilizar o serviço até cumprir o período previsto no contrato; (7) os serviços que têm dupla porta de entrada, ou seja, atendem ao SUS e à área privada, tanto a suplementar quanto por pagamento direto do usuário, e que muitas vezes são também operadoras de planos (exemplo de alguns hospitais filantrópicos que possuem planos privados para venda, sendo assim ao mesmo tempo prestadores de serviços e operadoras de planos privados). Já houve a constatação de fraude por parte de alguns serviços, com dupla cobrança pelo atendimento – ao SUS e à operadora – ou ainda a escolha da melhor tabela de remuneração do procedimento, “induzindo” que a assistência se dê pelo SUS e não pela operadora; (8) a busca, por parte dos beneficiários, dos serviços considerados de excelência no SUS; (9) a disponibilidade do serviço. Em muitos municípios o único serviço disponível é o do SUS, próprio ou contratado/conveniado, sendo referenciado pelas operadoras; (10) a assimetria de informação existente, quando os beneficiários desconhecem com maior clareza as cláusulas e condições do contrato que estão celebrando, e se vêem sem a cobertura necessária ao buscar o atendimento. Isto se dá tanto em relação aos procedimentos oferecidos quanto em relação à disponibilidade de rede e (11) a fidelização com os profissionais médicos que, muitas vezes, atuam na rede pública e na privada e levam para aquela seus clientes particulares.”*

De forma geral, os discursos acima recaem na utilização do SAMU-192, na excelência de alguns hospitais do SUS, em questões financeiras e na competição soma zero praticada por determinadas OPSs. Por outro lado, foi apontado um importante motivo de uso do Sistema Único por beneficiários com cobertura contratual: o uso da alta complexidade ambulatorial do sistema público. O Artigo nº 32 não faz qualquer distinção entre os variados tipos de atendimentos em serviços integrantes do SUS a serem ressarcidos. Logo, ele deveria ocorrer em todos os casos, inclusive para a alta complexidade ambulatorial. Entretanto, a ANS unicamente realiza as cobranças das internações na rede pública.

Além disso, a partir da comparação dos números obtidos por meio de estudo da própria Agência sobre as Autorizações de Procedimentos de Alto Custo (APACs) com os dados das AIHs, o

TCU em auditoria na ANS observou que os valores passíveis de ressarcimento das APACs representam mais de quatro vezes o cobrado pelas AIHs. De acordo com o órgão, se for aplicado o percentual passível de cobrança das APACs encontrado a partir do estudo elaborado pela ANS (percentual em torno de 6%), tem-se um potencial de ressarcimento ao SUS, nos exercícios de 2003 a 2007, na ordem de 2,6 bilhões, se consideradas a média e alta complexidade, e de R\$ 1,3 bilhão, se considerada apenas a alta complexidade. O TCU acredita que seria mais produtivo processar as APACs em detrimento das AIHs, uma vez que a ANS alega que não consegue processar o ressarcimento ao SUS de todos os procedimentos por conta de limitações físicas e funcionais (BRASIL, 2008 ).

### O tratamento da política de ressarcimento ao SUS pela ANS

Os gerentes ligados à ANS relataram absoluto empenho na implantação da política, conforme se observa nas falas abaixo:

*“Tivemos a responsabilidade de implantar o sistema. Significou exigir, receber e processar o cadastro de beneficiários das operadoras, desenvolver o sistema de batimento com os atendimentos pagos pelo SUS e processados pelo DATASUS; criar a regulamentação específica (até o nível operacional), implantar os sistemas de identificação dos casos passíveis de ressarcimento, notificação às operadoras, recebimento e julgamento dos recursos, recebimento e distribuição dos valores. Considero uma das vitórias da implantação da ANS a implementação do sistema de ressarcimento já no seu primeiro ano de funcionamento. Isso tudo em meio a um feroz embate político e jurídico com o mercado.”*

*“Com o reconhecimento de sua justeza e adesão total ao princípio do ressarcimento; com a elaboração de estudos e avaliações que nos levaram a criar o sistema eletrônico de cobrança, não apenas permitindo a agilização da cobrança e do processo, assim como evitando medidas protelatórias.”*

*“Temos desenvolvido várias ações tanto internas quanto externas à ANS no sentido de regularizar as questões referentes ao processo, tais como: a alocação de recursos humanos, com a realização de contrato temporário, para a diminuição do passivo na emissão de ABI, na análise de AIH e na posterior cobrança ou inscrição em dívida ativa dos débitos devido. Melhoria na área física e nos equipamentos à disposição da equipe. Desenvolvimento de novas funcionalidades nos sistemas em uso, aumentando a resolutividade do processo. Aprofundamento dos conceitos e entendimentos técnicos relativos ao fluxo de trabalho, inclusive referente às futuras cobranças de APAC. Finalmente, a garantia dos investimentos para que se desenvolva o processamento eletrônico dos atendimentos identificados, objetivando, assim, que o Ressarcimento possa ser de fato um instrumento de regulação à disposição dos atores da saúde suplementar e da área*

*pública.”*

As falas acima demonstram como durante as gestões destes gerentes os focos na ANS recaíram na implantação do sistema de informação e na informatização do ressarcimento. Ainda, percebem-se ações adotadas pela Agência Reguladora referentes à melhora na estrutura (recursos humanos, infra-estrutura, equipamentos e sistemas) e nos processos (aprimoramento de fluxo de trabalho, avaliação das APACs) a fim de serem obtidos melhores resultados frente à política de ressarcimento ao SUS.

### O ambiente interno da ANS e os desafios para a concretização da política de ressarcimento ao SUS

Em relação ao ambiente interno da ANS, os maiores desafios para a concretização dos objetivos da política podem ser identificados nas falas abaixo:

*“A Agência não foi a sucessora de outro órgão regulador já existente no estado, como a ANVISA, a ANATEL, ANEEL e outras. Como o setor de saúde suplementar não era regulado, o estado não dispunha de qualquer aparato regulador. Ou seja, não dispunha de informações e muito menos de pessoal técnico qualificado.”*

*“Durante o período de minha gestão, não havia unanimidade, a lei que criou o ressarcimento ao SUS não era totalmente clara e exigia um enorme processo burocrático.*

*“Os maiores desafios são os referentes à implementação dos recursos e inovações tecnológicas necessários para garantir uma maior eficácia na identificação dos beneficiários e no cruzamento de informações, bem como das etapas de análise e cobrança dos débitos. Estas inovações permitirão a diminuição significativa no volume de processos e documentação em papel, diminuindo o tempo necessário para a conclusão do processo e o risco de falhas decorrentes do manuseio dos volumes. A organização da equipe do setor também é um desafio, pois a existência de um passivo documental exige a alocação de grande número de profissionais em todas as etapas. Destaca-se ainda a exigência de um grande espaço físico para a acomodação de toda a documentação em trâmite, além dos custos de manutenção, impressões e postagem da mesma, problemas estes que tendem a ser minimizado com o início do processamento eletrônico.”*

Quando da sua criação, a ANS teve que superar duas questões críticas, conforme Montone (2004): a ausência de recursos humanos próprios e de informações estruturadas sobre o setor privado.

A primeira questão está ligada ao fato de a ANS não ter decorrido de nenhum órgão previamente existente, diferente da ANVISA que foi formada a partir a antiga Secretaria de Vigilância Sanitária do MS. A segunda, por sua vez, refere-se ao fato da Agência ter que regular

uma atividade privada já existente, complexa, em um setor essencial que é o da saúde e que nunca antes havia sido regulado efetivamente pelo Estado.

Logo, para Montone (2009) a ANS teve a dupla função de construir a si própria e efetivar a Lei nº 9.656/98. A ANS não herdou nenhuma estrutura existente. Não existia quadro técnico, estrutura física e informações sistematizadas sobre o mercado. O que herdou foi uma imensa pressão do setor privado e da sociedade em relação à regulação do setor privado.

Os desafios também eram evidenciados pelas divergências de opiniões na Agência e existência do ressarcimento físico. Além disso, também é um desafio para a Agência a absorção de inovações tecnológicas que tornariam o processo mais dinâmico.

### O ambiente externo da ANS e os desafios para a concretização da política de ressarcimento ao SUS

Segundo as falas dos entrevistados, o ambiente externo da ANS encontrava-se tomado por pressões:

*“O ambiente externo era muito negativo. Havia uma enorme cobrança da sociedade e dos gestores do SUS de que o ressarcimento se materializasse de imediato e, de preferência, gerando recursos adicionais significativos para o SUS. O mercado resistiu em todas as etapas do processo. Resistiu a entregar seus cadastros. Resistiu a receber as notificações. Resistiu ao sistema de apuração e julgamento. Resistiu ao pagamento.”*

*“Nesse ambiente as operadoras resistiam ao ressarcimento ao SUS, como por exemplo a Confederação Nacional de Saúde ingressou com uma ADIN no STF que teve seu julgamento com morosidade de cinco anos. O não entendimento de alguns juízes federais sobre o princípio do ressarcimento, permitiu, dentre outras coisas, o depósito judiciário.”*

*“Em relação às informações cadastrais, os desafios são ligados à necessidade de melhoria na qualidade dos dados informados pelas operadoras e na manutenção atualizada das informações de prestadores e de gestores disponíveis no CNES. Em relação ao entendimento e aplicação da normatização legal, a grande questão que se constitui como desafio para a ANS é a divergência quanto à validade jurídica do ressarcimento pelo não julgamento definitivo ADIN 1931-8, impetrada pela CNS. A ANS, porém, já vem desenvolvendo várias ações no sentido de superar estes desafios, como uma maior interação com o DATASUS para a troca de informações, a realização de atividades junto às operadoras para orientar e diminuir a resistência citada, além das discussões na CSS e a melhoria dos normativos editados. Estas e outras medidas já têm surtido efeito junto ao mercado, uma vez que muitas operadoras que antes tinham um entendimento de que não deveriam se submeter à regulação da Agência hoje já demonstram outra visão, buscando regularizar sua situação cadastral e de débitos devidos.”*

O contexto externo, conforme foi apontado, era marcado por tensões e resistências. Ao que parece, os conflitos estavam mais ligados às questões financeiras, distanciando-se das discussões sobre os objetivos básicos da política.

Além do mais, aparentemente, há a necessidade de melhoria na qualidade dos dados informados pelas OPSs, como também na manutenção atualizada dos dados no CNES, os quais são elaborados, até o momento, a cada 5 anos.

A ADIN 1931 marcou o início do confronto entre o mercado e a ANS, no que concerne o ressarcimento ao SUS. Mesmo com a constitucionalidade provisória da política definida pelo STF, certas OPSs não acatam esta decisão ao impugnarem e/ou judicializarem os casos, procrastinando a restituição do SUS. O julgamento definitivo desta ADIN seria importante na minimização destes problemas. Para contextualizar, em torno de 80% dos valores cobrados às OPSs não foram pagos ao SUS de 1999 a 2006, segundo os resultados desta dissertação, e mais de 70% das cobranças foram impugnadas de 2000 a 2006. Mais uma vez, a discussão relaciona-se mais aos aspectos financeiros, do que com os fundamentos primordiais da política.

#### A cobrança de procedimentos além das interações passíveis de ressarcimento ao SUS

Ao que parece, a ANS está dirigindo esforços para a cobrança de procedimentos além das interações na rede SUS:

*“É uma determinação legal a cobrança de todos os serviços identificados, não apenas das interações. Com base nisso, a ANS já vem adequando seus recursos e rotinas para efetuar as demais cobranças, inicialmente das APACs, cujos estudos preliminares já foram iniciados, fazendo parte, inclusive do Contrato de Gestão da ANS com o Ministério da Saúde.”*

O Contrato de Gestão de 2010, entre a ANS e o MS, de fato coloca como uma estratégia a implantação do projeto de ressarcimento ao SUS das APACs, buscando uma meta de 100%, sob a responsabilidade da DIDES (ANS, 2010).

#### A efetividade do ressarcimento eletrônico

Sobre a efetividade do ressarcimento eletrônico em relação ao processo físico, foi apontado ao seguinte:

*“Os maiores ganhos esperados estão na agilidade dos procedimentos de impugnação, análise e cobrança; na redução de custos referentes à manutenção do espaço físico e à gestão documental; e na melhoria dos dados registrados, gerando maior confiabilidade das informações em todas as etapas. A redução de instâncias processuais e a mudança no entendimento da cobrança, que passará a ser feita no início do processo, a partir da identificação do atendimento prestado, também contribuirão para tornar o processo mais ágil e resolutivo. A relação*

*estabelecida com as operadoras passa ser de maior confiança e responsabilização, uma vez que as impugnações serão aceitas por declaração, e a documentação comprobatória somente será exigida nos casos em que houver divergência nas informações prestadas. O volume de trabalho estará mais adequado aos recursos disponíveis e será possível aprofundar o compartilhamento das informações produzidas nos diferentes setores da ANS e outros órgãos e entidades do SUS, criando um feedback importante para a regulação do setor de saúde como um todo.”*

O ressarcimento eletrônico ainda não está em vigor. Com o novo sistema, será possível eliminar o papel nos processos de ressarcimento; reduzir paulatinamente o protocolo e o arquivo setoriais; diminuir os gastos com materiais e recursos humanos; como também aumentar a presteza e reduzir os erros na autuação e na tramitação de processos.

A comunicação eletrônica com as OPSs reduzirá as falhas no que tange ao extravio de correspondências e o não retorno de aviso de recebimento; serão geradas economias com a impressão e a postagem; e reduzirá o tempo de comunicação e de certificação da ciência do destinatário.

O ressarcimento eletrônico pretende desestimular as impugnações e os recursos meramente procrastinatórios, desencorajando atitudes de má-fé por conta da seleção de amostras cujas declarações deverão ser comprovadas pelas OPSs. Ainda, evitará erros no preenchimento dos formulários de impugnação, agilizará as análises pela automação parcial e diminuirá a quantidade de análises de documentos ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)).

#### As razões para os atrasos nas cobranças das AIHs

Duas razões aventadas para o atraso nas cobranças das AIHs foi pela expectativa da implantação do ressarcimento eletrônico e pelo MS ter promovido a descentralização do processamento das AIHs, que passou a ser executado pelos gestores estaduais e municipais, interrompendo a rotina de envio dos ABIs para as OPSs:

*“Porque nesse período havia a promessa de o sistema vir a ser eletrônico, o que não aconteceu.”*

*“O que houve foi uma suspensão temporária na emissão dos ABIs. A emissão dos ABIs foi retomada em junho de 2010, a partir do relançamento do 23º ABI, que se refere aos atendimentos do período de abril a junho de 2006 e, até a presente data, o 28º ABI já foi emitido, referente ao período de julho a setembro de 2007.”*

Sobre a descentralização do DATASUS, até 2006 a ANS encaminhava periodicamente as bases de dados dos cadastros de beneficiários do SIB ao DATASUS, o qual processava o batimento com as bases de dados das AIHs do SIH-SUS, valorava os atendimentos identificados, filtrava as internações sem cobertura e encaminhava à Agência as bases de dados dos atendimentos



identificados. Na ANS, esses atendimentos passavam por mais filtros e outros processamentos antes da cobrança administrativa do ressarcimento ao SUS. No início de 2006, o MS promoveu a descentralização do processamento das AIHs, que passou a ser executado pelos gestores estaduais e municipais. A descentralização interrompeu a rotina de transferências de bases de dados do DATASUS para a Agência Reguladora.

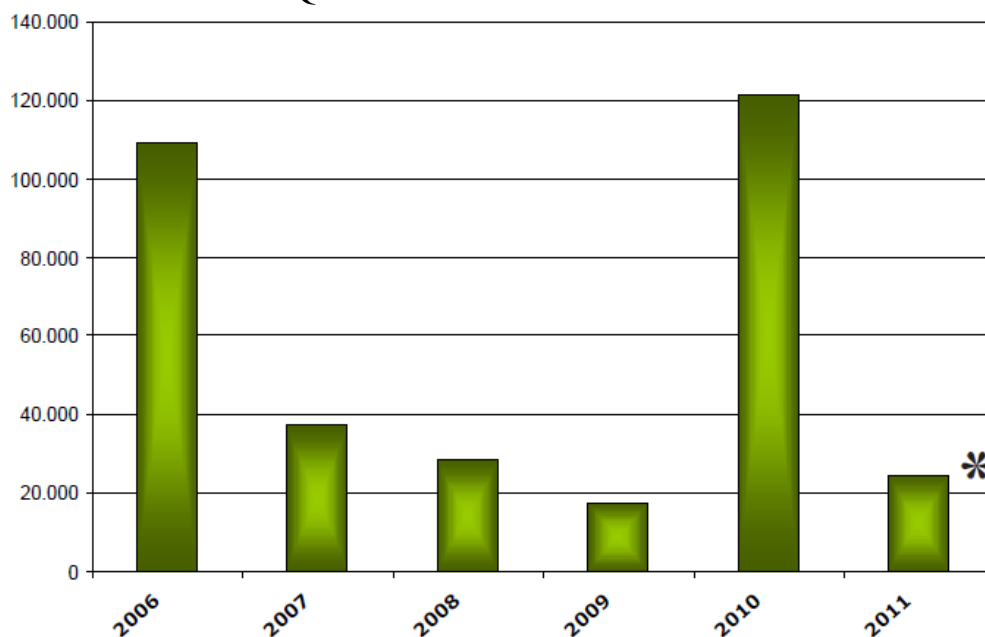
Em 2007, a ANS encaminhou ao MS uma minuta de Acordo de Cooperação Técnica propondo a transferência das bases de dados do DATASUS à ANS. O acordo assinado em 15/01/2008 previa a obrigação do MS, por meio do DATASUS, fornecer mensalmente à Agência as bases de dados das AIHs e APACs necessárias para o batimento. Contudo, em razão das mudanças na estrutura dos bancos de dados decorrentes da descentralização, foram necessários diversos ajustes na forma de consolidação dos mesmos. As bases enviadas para ANS foram rejeitadas inúmeras vezes por falta de informações, como os valores dos procedimentos ou por inconsistência de informações (ANS, 2008). Desta forma, somente no primeiro semestre 2010 houve a retomada da rotina do processamento pela Agência Reguladora (<http://www.ans.gov.br>).

A própria tabela 3 revela que, de fato, houve declínio dos valores cobrados de 2006 a 2009, reforçando a questão da descentralização do processamento das AIHs ocorrida em 2006, com retomada somente em 2010.

A Agência relatou que houve a redução do lapso temporal do ressarcimento por conta da retomada do processamento das AIHs que estava interrompido desde 2006. Em dezembro de 2009 era de quase cinco anos a defasagem entre o atendimento feito pelo SUS e sua cobrança às operadoras de planos de saúde, o que passou para três anos em dezembro de 2010. A meta para 2011 é a redução desse lapso temporal para dois anos e regularização em 2012 ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)).

Assim, pode ser percebido que houve o aumento das AIHs analisadas em 2010, como pode ser visualizado no gráfico abaixo:

Gráfico 20 – Quantidade de AIHs Analisadas – 2006 a 2011



Fonte: ANS – Fevereiro de 2011  
\* Dados até 31 de janeiro de 2011

#### As razões para somente as AIHs serem cobradas das OPSs para o ressarcimento ao SUS

Por dificuldades na identificação de beneficiários em documentos de atendimento no Sistema Único, com exceção dos documentos para internações e dos procedimentos de alto custo, as AIHs foram eleitas os procedimentos cobrados das OPSs:

*“A cobrança das AIHs deve-se ao fato de que, ao contrário dos atendimentos ambulatoriais cujo registro se dá apenas com relação ao procedimento realizado, o formulário de AIH permite a identificação individual do beneficiário. Desta forma, decidiu-se na época por serem as internações os primeiros procedimentos a serem identificados e cobrados, quando há comprovação do débito da operadora. Vale informar, porém, que a ANS está desenvolvendo estudos para viabilizar a cobranças das APAC’s. Contudo, por se tratar de volume vultoso, há necessidade de planejamento cuidadoso, bem como buscar recursos humanos, logísticos e informacionais necessários para possibilitar uma cobrança eficiente.”*

A falta de sistematização no registro de outras formas de utilização do sistema público que não internações hospitalares ou realização de procedimentos de alto custo, aliado ao volume de informações que passariam a ser processadas, dificulta a cobrança de todos os procedimentos realizados no SUS.

#### As dificuldades no processamento dos dados

A ausência de um dispositivo que indique quem faz uso da rede SUS é uma barreira para a política de ressarcimento ao Sistema Único:

*“A maior dificuldade e a que mais impacta tanto para as atuais cobranças referentes às internações, quanto para as futuras dos procedimentos ambulatoriais, é a inexistência de um identificador unívoco para os beneficiários, o que ainda possibilita a identificação de muitos homônimos e as dificuldades em cobrar procedimentos cujos formulários do SUS não registram o indivíduo, mas sim o atendimento. Esta questão seria bastante melhorada com a efetivação do Cartão SUS.”*

O Cartão Nacional de Saúde (CNS) é um instrumento que possibilita a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do Sistema Único ao usuário, ao profissional que os realizou e também à unidade de saúde onde foram realizados. Para tanto, é necessária a construção de cadastros de usuários, de profissionais de saúde e de unidades de saúde. A partir desses cadastros, os usuários do SUS e os profissionais de saúde recebem um número nacional de identificação.

A implantação do CNS está prevista desde a Norma Operacional Básica do SUS de 1996. No entanto, a complexidade e o ineditismo do projeto fizeram com que somente em 1999 ele fosse iniciado. O processo de implantação em curso, considerado como projeto piloto, abrange 44 municípios brasileiros e atinge todas as regiões do Brasil, alcançando cerca de 13 milhões de usuários dos SUS. O projeto é financiado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), por meio do projeto Reforço à Reorganização do SUS (Reforsus).

O acompanhamento da implantação do projeto Cartão Nacional de Saúde tem sido feito por uma equipe do MS e pelos interlocutores responsáveis pelo projeto no âmbito dos estados e municípios. Para tanto, o MS constituiu equipes de trabalho nas áreas de: saúde e informação, treinamento, tecnologia e desenvolvimento, cadastramento e infra-estrutura, além da área de administração do projeto. No âmbito municipal foram constituídos os Núcleos de Implantação Local, coordenados pela Secretaria Municipal de Saúde, com participação de representante designado pela Secretaria Estadual de Saúde. O monitoramento e a supervisão da implantação do projeto está sendo feito por uma instituição especialmente contratada com tal finalidade, a Fundação Centro de Pesquisa e Desenvolvimento em Telecomunicações ([www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br)).

Desta forma, o Cartão SUS, de acordo com o projeto piloto do MS, parece ser quase uma realidade que poderá contribuir para a identificação dos beneficiários com cobertura contratual mas que usam o SUS, como também todos os procedimentos, não somente as internações passíveis de ressarcimento.

#### As percepções sobre os comportamentos das distintas modalidades de OPSs

Sobre o comportamento das distintas modalidades de OPSs no que concerne ao cumprimento da política, aparentemente não há um padrão de ação. No entanto, ao que parece pela fala abaixo, as Seguradoras estariam mais alinhadas:

*“Existe bastante diferença entre as OPSs, mas não tenho isso mapeado. Percebo, por exemplo, que há OPSs que, independente de qualquer coisa, realizam a impugnação de todos os casos. Outras operadoras preferem pagar por tudo, a exemplo de seguradoras. As OPSs menores entendem que não pagar seria melhor.”*

Sobre o fato acima, pode-se concluir que mais de 70% dos casos foram impugnados pelas OPSs de 2000 a 2006, mas não há dados publicamente disponíveis sobre a relação das modalidades de operadoras com as impugnações técnicas/administrativas existentes. Porém, conforme os resultados desta obra, pode-se dizer que as Seguradoras possuem o menor percentual de internações passíveis de ressarcimento ao SUS. Elas podem até pagar as cobranças, mas vem aumentando o percentual de internações passíveis de ressarcimento ao Sistema Único.

### As readequações da política de ressarcimento ao SUS

Se os entrevistados pudessem intervir nesta política, eles a reformulariam das seguintes formas:

A primeira forma seria interferir na judicialização do ressarcimento pelas OPSs, o que retarda a destinação de recursos para o Sistema Único:

*“A questão jurídica deve ser trabalhada. A ANS cobra a OPS, ela se defende, diz que o ressarcimento é inconstitucional, por sua vez a ANS diz que a operadora tem a obrigação de prestar um serviço que vendeu para o beneficiário. O que ocorre é uma grande briga jurídica. É inconstitucional esta cobrança ou não?”*

Pela constitucionalidade da política ainda ser provisória, isso acaba facilitando a demora do ressarcimento ao SUS pelas OPSs.

A segunda forma de intervenção seria a destinação de um “valor” das mensalidades dos clientes de planos de saúde para o SUS, a fim de cobrir os futuros e possíveis casos de uso dos serviços públicos por beneficiários da saúde suplementar com cobertura contratual:

*“Talvez os planos de saúde poderiam destinar um valor cobrado das mensalidades dos beneficiários ao SUS para cobrir os futuros casos de ressarcimento. Isso iria desburocratizar, reduzir custos .”*

Tanto a pessoa física, quanto a jurídica pode obter o direito de utilização dos bens públicos na condição de realização de contrato ou ato unilateral da Administração. Logo, as OPSs poderiam usar os serviços que fazem parte da rede do SUS, desde que pactuassem com o Sistema Único e fosse o desejo do mesmo.

Montone (2009) possui opinião contrária a esta sugestão. O autor diz que isto seria a criação de um imposto setorial pois as OPSs pagariam um valor específico por número de

beneficiários ou um percentual de seu faturamento *per capita*. O mesmo também lembra que as OPSs já arcam com a Taxa de Saúde Suplementar (TSS), que mantém o sistema de regulação e fiscalização. O autor acredita que esta ação incentivaria operadoras a simplesmente encaminharem os seus beneficiários para o SUS, especialmente nas modalidades de planos com co-participação. Ao fazer uso do Sistema Único, o beneficiário economizaria o valor da co-participação.

A terceira forma estaria calcada na análise do custo-benefício da manutenção da política:

*“Deve ser visto se vale à pena o ressarcimento já que o impacto financeiro é pequeno em relação ao gasto total do SUS com internações.”*

Sobre a questão financeira, a partir dos resultados desta dissertação, podemos dizer que o ressarcimento ao SUS representa um pouco mais de 1% dos gastos do sistema público de 1999 a 2006, lembrando que este percentual representa aproximadamente 500 milhões de reais que devem transferidos ao Sistema Único.

A quarta forma, ao que parece, seria a não instituição da cobrança dos atendimentos ambulatoriais:

*“Acredito ser necessário uma revisão na Lei de ressarcimento ao SUS, pois ao ter que se cobrar todos os procedimentos ambulatoriais, entendo que ofende o princípio da razoabilidade e da economicidade.”*

A Administração ao atuar no exercício de discricção, terá de obedecer a critérios aceitáveis do ponto de vista racional, em sintonia com o senso normal de pessoas equilibradas e respeitosa das finalidades que presidiram a outorga da competência exercida. Por outro lado, o princípio da razoabilidade confere ao administrador certa liberdade de julgamento, significando que lhe deferiu o encargo de adotar, ante a diversidade de situações a serem enfrentadas, a providência mais adequada a cada caso (Mello, 2002).

De acordo com Burgarin (2004), o princípio da economicidade trata-se da obtenção do melhor resultado possível de uma determinada alocação de recursos financeiros, econômicos e/ou patrimoniais em um dado cenário socioeconômico. Significa o dever de eficiência, impondo a adoção da solução mais eficiente sob o ponto de vista da gestão dos recursos públicos. Como os recursos públicos são extremamente escassos, é imperioso que sua utilização produza os melhores resultados econômicos do ponto de vista quantitativo e qualitativo. Por fim, seria a minimização dos custos dos recursos utilizados na consecução de uma atividade sem comprometimento dos padrões de qualidade.

Crê-se que, neste aspecto, o entrevistado procuraria evitar o desequilíbrio econômico-financeiro do mercado de planos de saúde.

A penúltima proposta estabeleceria uma nova forma de cobrança das OPSs:

*“Tenho trabalhado com a proposta de criar um sistema de ressarcimento presumido ou*

*por estimativa, em analogia ao próprio sistema tributário, como o Simples. A idéia base é continuar processando o batimento dos atendimentos SUS com o cadastro, gerando uma estimativa de ressarcimento, a partir da série histórica de impugnações deferidas e outros fatores. Estabelecido um valor, as operadoras poderiam aderir ou não ao ressarcimento por estimado. As que não aderirem, continuam no sistema atual de identificação e cobrança caso a caso.”*

A última proposta reforça a necessidade de integração dos SUS com o mercado:

*“A questão chave porém, é outra. Trata-se da integração dos dois subsistemas, em nível estratégico e de utilização mais racional e intensiva dos recursos disponíveis.”*

Um gestor estendeu a sua fala e relatou o seguinte:

*“Mesmo numa cidade como São Paulo, com mais de 6 milhões de beneficiários de planos, segundo a ANS, o ressarcimento simplesmente não está na agenda, tal sua pouca expressão.”*

A política regulatória parece não fazer parte da *agenda-setting*, apesar de até o 24º ABI 41% das AIHs passíveis de ressarcimento terem sido identificadas em SP, segundo material fornecido por técnicos da ANS em 2010 sobre o Ressarcimento ao SUS e os seus Principais Conceitos.

## **6 Conclusões**

A ANS vem dirigindo a atenção para alavancar a política regulatória de ressarcimento ao SUS. A Agência instituiu o Cadastro de Beneficiários em meio a resistências do mercado e da necessidade de se estruturar como ente regulador e o ressarcimento eletrônico foi normatizado para aprimorar o processo. Investimentos estão centrados na contratação de mais servidores, na padronização dos procedimentos e na readequação da estrutura física. A ANS está focada no aprimoramento dos equipamentos de informática e dos sistemas de informação; e na implantação, de fato, do ressarcimento eletrônico. A Agência Reguladora está estudando a possibilidade do ressarcimento das APACs e houve diminuição do lapso temporal do ressarcimento por conta da retomada do processamento das AIHs em 2010, que estava interrompido desde 2006.

Percebe-se que todas estas ações estão voltadas para a obtenção de melhores resultados frente ao ressarcimento ao SUS. Contudo, apesar do empenho da ANS, a avaliação desta política regulatória identificou que a mesma apresentou baixa efetividade ao longo dos seus 12 anos de existência por conta de questões de ordem política, jurídica e institucional.

A Agência cobra apenas as internações de beneficiários com cobertura contratual.

Estavam vencidos 66,51% dos recursos cobrados pela Agência e somente 22,5% dos valores do ressarcimento foram restituídos ao Sistema Único de 1999 a 2006. Se considerarmos 2006 a 2010, 21,2% dos recursos foram pagos pelas operadoras (perfil não diferente de 1999 a 2006), havendo um atraso de aproximadamente 3 anos nas cobranças.

A constitucionalidade provisória do Artigo nº 32 definida pelo STF estimula o descumprimento da política regulatória por parte de OPSs. De 2000 a 2006, dos procedimentos identificados 76% foram impugnados pelas operadoras, uma vez que a ANS cobra indevidamente por casos fora do escopo da política (pacientes em carência, contratos que não cobrem internação e atendimento fora da área de abrangência geográfica do contrato, por exemplo) e há OPSs que agem de má-fé ao realizarem a impugnação de todos os procedimentos que puderem, retardando o pagamento aos cofres públicos.

Os gestores privados e públicos afirmaram o baixo impacto da política sobre os beneficiários com direito à internação na saúde suplementar, as OPSs e o Sistema Único. Em termos dos beneficiários, eles nem teriam conhecimento sobre esta política regulatória, os mesmos continuam se direcionando ao Sistema Único, os planos de saúde ficariam mais caros por conta do ressarcimento e haveria hospitais privilegiando o atendimento de clientes de planos pois a TUNEP pagaria mais que a tabela SUS. Para as OPSs, gerou-se mais burocracia, as empresas não temem as sanções da ANS, há operadoras que simplesmente não pagam as GRUs, judicializam as cobranças, realizam a impugnação de todos os possíveis procedimentos, continuam “empurrando” os seus clientes para o SUS e ainda têm que lidar com as falhas nas cobranças da Agência. Em relação ao Sistema Único, este não recebe os valores devidos.

Enfim, o ressarcimento ao Sistema Único, ao que parece, possui inexpressão pois não faz parte da pauta política do Sistema Único no Estado que possui o maior percentual de AIHs passíveis de ressarcimento. Desta forma, o SUS não “enxergaria” esta política regulatória que tem impacto direto sobre o sistema público e cidadãos brasileiros.

Com esta obra, já se pode concluir que são as operadoras Filantrópicas as empresas que possuem o maior percentual de internações passíveis de ressarcimento ao SUS. Porém, este percentual foi o que mais caiu em relação às outras modalidades de OPSs. As Seguradoras, a partir de 2003, aumentaram o percentual de internações passíveis de ressarcimento e as Autogestões foi a modalidade que dobrou este percentual de 2001 a 2003, mantendo estabilidade até 2006. Assim, as Seguradoras e as Autogestões chamam a atenção, pelo menos de 2001 a 2006, sobre o escape de beneficiários com cobertura contratual para o SUS. Mais uma vez, é importante lembrar que estes dados referem-se ao período entre 2001 e 2006. Até 2011, este perfil pode ter mudado.

## 7 Considerações Finais

Mesmo que percentualmente os gastos do sistema público com as internações passíveis de ressarcimento seja de somente 1,22% de 1999 a 2006, tal valor já representa 502 milhões de reais. Para efeitos de comparação, o MS em 2011 disponibilizou recursos no montante de R\$ 200 milhões para a reestruturação e revitalização dos hospitais universitários federais integrados ao SUS, que funcionam como centros de formação e qualificação de profissionais da saúde, realização de pesquisas e importantes para o atendimento de média e alta complexidade ([www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br)). Desta forma, com R\$ 502 milhões o Sistema Único poderia investir ainda mais na rede pública e beneficiar inúmeros cidadãos. Além disso, o mercado de planos de saúde precisa ser regulado pela política para coibir ações ilícitas de determinadas empresas frente os seus clientes e ao sistema público. Esta deve prover o equilíbrio na relação de consumo estabelecida no ato da compra do plano de saúde, ao garantir que o beneficiário terá acesso a tudo aquilo que ele contratou. Por isso, a ANS deve usar seus recursos humanos, despender recursos financeiros e tempo com a política, mas a mesma deve ser revista. Este trabalho alerta que deve ser gerado um novo ciclo para política de ressarcimento ao Sistema Único. Deve ser criado um novo programa, ou a alteração do prévio, que vise à superação dos problemas internos da ANS que limitam o avanço da política regulatória, a criação de consensos com o mercado e a busca de parcerias com outros atores. Mas para que tudo isso ocorra, é fundamental que sejam construídas alternativas mais efetivas, a exemplo da instituição de um identificador unívoco para os beneficiários, a partir do Cartão SUS.

Sobre novas alternativas e criação de consensos, já há indícios de mudanças, inclusive na direção da efetivação do Cartão SUS. A Secretaria Estadual de Saúde de SP está formulando um projeto-piloto em parceria com a ANS, que deve ser implementado ainda em 2011, para aprimorar o ressarcimento à rede pública. A primeira proposta prevê que a cobrança seja realizada pelo Estado, não mais pela Agência. A segunda prevê a identificação dos pacientes dos planos antes mesmo do atendimento, a partir da implementação do Cartão SUS, para a detecção de beneficiários da saúde suplementar ([www.valoronline.com.br](http://www.valoronline.com.br)). É importante ressaltar que se a ANS ressarcir somente as internações é por dificuldades na identificação de beneficiários em documentos de atendimento no SUS para outros procedimentos assistenciais.

Além desta ação acima, é importante dizer que no momento há iniciativas públicas buscando a interação com a saúde suplementar. A Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo criou a Gerência de Regulação em Saúde Suplementar, uma vez que 53% da sua população possui planos de saúde, sendo que uma das diretrizes desta gerência inclui o aprimoramento do processo do ressarcimento ao SUS. Pelo menos neste caso, o SUS procura “ver”



a saúde suplementar para melhor gerir seus recursos e melhor assistir a sua população.

A descentralização da Agência em NURAFs seria para garantir a efetividade no processo de fiscalização com a desconcentração do poder decisório. Ainda, processos que demoravam anos para serem concluídos pela ANS, passaram a ser finalizados em dias. Se os Núcleos operam como extensões da Agência Reguladora, o ressarcimento ao SUS poderia ser, em alguma medida, apoiado pelas NURAFs.

Tem que ser reconhecido que os ganhos informacionais foram significativos com o ressarcimento ao SUS. O ressarcimento foi fundamental para a obtenção e sistematização das informações do mercado de planos de saúde. Ele possibilitou a formação de um banco de dados com o cadastro dos beneficiários de cada OPS e criou ferramentas que pudessem viabilizar transação de grandes volumes de dados entre a ANS e as empresas. As operadoras foram obrigadas a apresentar para a ANS e atualizar mensalmente o seu cadastro de beneficiários, sendo que as informações divulgadas pela Agência refletem a situação real das empresas. Neste aspecto, pode-se afirmar que a política teve significativa efetividade. Mas somente em dezembro de 2010, foram disponibilizados publicamente bancos de dados sobre estes grupo de beneficiários, planos, operadoras e prestadores ligados ao ressarcimento. Logo, gestores públicos e privados possivelmente têm pouca clareza sobre a caracterização da política, o que dificulta qualquer tomada de decisão, como também a realização de trabalhos por pesquisadores.

O ressarcimento eletrônico ainda não está em vigor, apesar de ter sido normatizado em 2007. O novo processo permitirá a autuação eletrônica dos processos, a comunicação eletrônica, a cobrança das OPSs no início do processo, a impugnação por declaração e análise por amostragem, a punição das empresas que atuam de má-fé, a redução do tempo no processamento das impugnações técnicas e a redução da quantidade de níveis decisórios. A sua instituição será fundamental em comparação com o processo antigo.

Se as impugnações de caráter administrativo sobrepõem em larga escala as de natureza técnica, pode ser que as informações que compõem o SIB não sejam absolutamente consistentes, e/ou pela ANS apresentar problemas no processamento dos dados através do *linkage* determinístico, dos filtros e/ou das análises realizadas por técnicos. O próprio TCU, em auditoria realizada na ANS, afirmou que o processo do batimento precisa ser aprimorado para não notificar desnecessariamente as OPSs e para não acionar em vão a máquina da Agência e do mercado. Isso evitaria o dispêndio de estrutura, recursos humanos e tempo. Como também um ator privado comentou que algumas informações enviadas pelas OPSs apresentam inconsistências.

Consoante a voz das lideranças das OPSs, deve-se realizar discussões principalmente sobre a tabela TUNEP, a constitucionalidade da política e o seu aspecto qualitativo, uma vez que estas questões foram reiteradamente apontadas pelos gerentes do setor privado.

Um dos aspectos que chama a atenção sobre a TUNEP, é que a mesma não está clara para os atores do setor privado. Pode ser que esteja desatualizada pois, aparentemente, há valores mais caros que os praticados pelo setor de planos de saúde. Isto fere a Lei nº 9.656/98 que informa que os valores a serem ressarcidos não serão superiores aos praticados pelas operadoras. De qualquer forma, a desoneração das OPSs ocorre quando os valores da TUNEP são intermediários entre os da tabela SIH/SIA – SUS e os do mercado. Além disso, se os valores da TUNEP forem exatamente iguais aos pagos pelo SUS aos seus prestadores, provavelmente as operadoras estimulariam o uso dos hospitais do Sistema Único, uma vez que pagariam menos para todos os procedimentos passíveis de ressarcimento.

A constitucionalidade da política deve ser prontamente definida pelo STF. Sendo decidida a sua legalidade, estarão superados eventuais questionamentos acerca da plena vigência e eficácia do Artigo nº 32 pelas OPSs, pois estará fixada a premissa de sua constitucionalidade pelo Tribunal.

Deve-se explorar o aspecto qualitativo do ressarcimento ao SUS desmitificando, de vez, por que beneficiários que poderiam usar a rede credenciada do seu plano de saúde recorrem ao SUS. Muito além da discussão financeira, deve-se buscar entender estes motivos para coibir qualquer ação ilícita das OPSs. Por ora, ênfase é colocada “nos valores do ressarcimento”, quanto falta pagar, quanto está suspenso juridicamente, mas pouca discussão é realizada no nível qualitativo, a fim de responder a pergunta: por que beneficiários de planos de saúde cobertos contratualmente recorrem ao SUS?

A política de ressarcimento ao SUS é um dos conflitos que se situam no limite dos interesses entre o setor privado e público. Ao que parece, a autoridade e legitimação da Agência sobre os atores regulados não está clara, uma vez que operadoras pouco cumprem as normas da política. Entretanto, o mercado sempre estará subordinado à fiscalização do Poder Público e sujeito a sua regulação.

Desta forma, os gestores de saúde terão que repensar esta política regulatória, no sentido de readequá-la, pois os resultados apresentaram o seu baixo impacto sobre o seu público alvo. É importante destacar que tanto os dirigentes públicos, quanto os privados, explicitaram que a política deve ser reformulada e não extinta, ao reconhecerem a sua importância. A política deverá estabelecer um amplo processo de negociação com os principais atores. Ela deve construir consensos para que a tendência seja atingir o ressarcimento zero.

## 8 Referência Bibliográfica

- ALVES, T. N. P. *Política Nacional de Medicamentos: análise a partir do contexto, conteúdo e processos envolvidos*. Tese de Doutorado. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2009.
- ALVES, D. C.; BAHIA, L.; BARROSO, A.F. *O Papel da Justiça nos Planos e Seguros de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, 2009.
- ANDREAZZI, M. F. S. *Mercado de Saúde Suplementar: amplitudes e limites na arena da regulação*. In: MONTONE, J.; CASTRO, A. J. W. (orgs). *Regulação e Saúde: documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003*. Tomo 1. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde / Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2004.
- ANS. *Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos de saúde*. Rio de Janeiro: ANS, 2010.
- ANS. *Contrato de Gestão 2010*. Rio de Janeiro: ANS, 2010.
- ANS. *Caderno de Informação de Ressarcimento e Integração com o SUS*. Rio de Janeiro: ANS, 2009.
- ANS. *Caderno de Informação de Ressarcimento e Integração com o SUS*. Rio de Janeiro: ANS, 2008.
- ANS. *Relatório de Gestão: exercício de 2008*. Rio de Janeiro: ANS, 2008.
- ANS. Resolução Normativa nº 167, de 9 de janeiro de 2008
- ANS. Resolução Normativa nº 185, de 30 de dezembro de 2008.
- ANS. Instrução Normativa nº 6, de 12 de setembro de 2002.
- ANS. Resolução Normativa, nº 17, de 11 de novembro de 2002.
- ANS. Lei nº 9656/98 combinada com a Medida Provisória nº 2.177- 44, de 24 de agosto de 2001.
- ANS. Resolução nº 18, de 30 de março de 2000.
- ARRETCHE, M. *Tendências no Estudo sobre Avaliação*. In: Melo, E.. *Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate*. São Paulo: Cortez, 1998.
- AGUSTINE, C.; MÁXIMO, L. SP prepara regra para cobrar planos. Valor Online, São Paulo, 2011. Disponível em <<http://www.valoronline.gov.br>>. Acesso em 03/02/11.
- BAHIA, L. *Planos Privados de Saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90*. Rio de Janeiro: Ciência Saúde Coletiva 6(2):329-339, 2001.
- BAHIA, L. *Padrões e Mudanças no Financiamento e Regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o Público e Privado*. Rio de Janeiro: Saúde e Sociedade v.14, n.2, p.9-30, 2005.

- BAHIA, L. *As Contradições entre o SUS Universal e as Transferências de Recursos Públicos para os Planos e Seguros Privados de Saúde*. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, p. 1385-1397, 2008.
- BELLEN, H. M. V.; TREVISAN, A. P. *Avaliação de Políticas Públicas: uma revisão teórica de um campo em construção*. Rio de Janeiro: Revista de Administração Pública, 2008.
- BRASIL. *Mais Saúde: direito de todos 5ª Edição*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. *Tribunal de Contas da União. Relatório de Auditoria Realizada na Agência Nacional de Saúde Suplementar pelo Tribunal de Contas da União*. Brasília: [s.n.], 2008.
- BRASIL. Instrução Normativa nº 6, de 21 de novembro de 2007.
- BRASIL. Instrução Normativa nº 1, de 28 de novembro de 2006.
- BRASIL. Código Civil de 2002.
- BRASIL. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.
- BRASIL. Decreto Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966.
- BUGARIN, P.S. *O Princípio Constitucional da Economicidade na Jurisprudência do Tribunal de Contas da União*. Belo Horizonte: Fórum, 2004.
- CARACTERÍSTICAS e benefícios do ressarcimento eletrônico. ANS, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em <<http://www.ans.gov.br>>. Acesso em: nov. 2010.
- CARVALHO, S. N. *A Avaliação de Programas Sociais: balanço das experiências e contribuições para o debate*. São Paulo: São Paulo em Perspectiva, 2003.
- COLLUCCI, C. Plano de saúde usa SUS para não pagar medicamento caro. *Folha de São Paulo*, São Paulo, p. C12, 08 fev. 2011.
- CONDE, L. F. *O Ressarcimento ao SUS: À Luz do Direito*. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: 2004.
- COSTA, F. L.; CASTANHAR, J. C. *A Avaliação de Programas Públicos: desafios conceituais e metodológicos*. Rio de Janeiro: Revista de Administração Pública, 2003.
- COSTA, N. R.; CASTRO, A. J. W. *O Regime Regulatório e a Estrutura do Mercado de Planos de Assistência à Saúde no Brasil*. In: MONTONE, J.; CASTRO, A. J. W. (orgs). *Regulação e Saúde: documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003*. Tomo 1. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde / Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2004.
- DI PIETRO, M. S. *Direito Administrativo 20ª Edição*. São Paulo, Atlas: 2006.
- FARIA, C. A. P. *A Política da Avaliação de Políticas Públicas*. São Paulo: Revista Brasileira de Ciências Sociais, 2005.
- FREY, K. *Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da*

*análise de políticas públicas no Brasil*. Brasília: Planejamento e Políticas Públicas (IPEA), 2000.

○ GERSCHMAN, S. *Políticas Comparadas de Saúde Suplementar no Contexto de Sistemas Públicos de Saúde: União Européia e Brasil*. Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva, 2008.

○ GOUVEIA, M. T. C. S. *O Modelo de Agência Reguladora e a ANS: construção do regime regulatório na saúde suplementar*. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz. Rio de Janeiro: 2004.

○ HOSPITAIS: demora na autorização de tratamentos. *Monitor Mercantil*, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em <<http://www.monitormercantil.com.br>>. Acesso em: nov. 2010.

○ INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. *Lei de Planos de Saúde: nove anos após a Lei 9.656*. São Paulo: IDEC, 2007.

○ MEIRELLES, H. L. *Direito Administrativo Brasileiro 33ª Edição*. São Paulo: Malheiros Editores, 2007.

○ MELLO. C. A. B. de. *Curso de Direito Administrativo. 14ª ed.*. São Paulo: Malheiros, 2002.

○ MONTONE, J. *Evolução e Desafios do Regulação do Setor de Saúde Suplementar*. In: MONTONE, J.; CASTRO, A. J. W. (orgs).. *Regulação e Saúde: documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003*. Tomo 1. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde / Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2004.

○ MONTONE, J. *Planos de Saúde: passado e futuro*. Rio de Janeiro: MedBook, 2009.

○ O que é o Cartão Nacional de Saúde. *Ministério da Saúde*, Brasília, 2011. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: fev. 2011.

○ PORTER, M. E.; TEISBERG, E.O. *Repensando a Saúde: Estratégias para Melhorar a Qualidade e Reduzir os Custos*. Porto Alegre: Bookman, 2007.

○ RECUO do reembolso do SUS. *Agência Estado*, São Paulo, 2011. Disponível em <<http://www.ae.com.br>>. Acesso em: fev. 2011.

○ REIS, O. M. L. S. *O Ressarcimento ao SUS pelas Operadoras de Planos de Saúde: uma abordagem acerca do fundamento jurídico da cobrança*. Dissertação de Mestrado. Departamento de Direito da Universidade Federal de Viçosa. Rio de Janeiro: 2007.

○ RESSARCIMENTO ao SUS. ANS, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em <<http://www.ans.gov.br>>. Acesso em: fev. 2011.

○ RODRIGUES, D. *Diretoria marca presença na inauguração do Nuraf de Ribeirão Preto*. Acessoria de Impresção – ANS, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em <<http://www.ans.gov.br>>. Acesso em: nov. 2010.

○ SANDER, B. *Administração da Educação no Brasil: é hora da relevância*. Brasília:

Educação Brasileira, 1982.

○ SANTOS, I. S. *O Mix Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

○ SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D & PORTO, S. M. *O Mix Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, p. 1431-1440, 2008.

○ SCATENA, M. A. N. *O Ressarcimento ao SUS: análise do perfil de utilização do Sistema Único de Saúde segundo período da contratação dos planos*. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: 2004.

○ SCHEFFER, M. *Os Planos de Saúde nos Tribunais: uma análise das ações judiciais movidas por clientes de planos de saúde, relacionadas à negação de coberturas assistenciais no Estado de São Paulo*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo: 2006.

○ SECCHIN, L. B. de M. *Ressarcimento ao SUS e os Principais Conceitos*. Rio de Janeiro: [s.n.], set. 2010.

○ SOUZA, C. *Políticas Públicas: uma revisão da literatura*. Porto Alegre: Sociologias, 2006.

○ SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. *Julgamento da Medida Cautelar em Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1.931-8/DF*. Disponível em <<http://www.jusbrasil.com.br>>. Acesso em: out. 2010.

○ TEIXEIRA, E. C. *Movimentos Sociais Urbanos em Salvador: um mapeamento*. In: LUZ, A. M.C. *Quem faz Salvador?* Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2002.

○ TRETTEL, D. B. *Planos de Saúde na Justiça: o direito à saúde está sendo efetivado? Estudo do Posicionamento dos Tribunais Superiores na Análise dos Conflitos entre Usuários e Operadoras de Planos de Saúde*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. São Paulo: 2009.

○ TUNEP. Minuta de elaboração, 1998.

○ VELLOSO, C. M. S. *A Natureza Jurídica do Ressarcimento, Valor e Prazo Prescricional. Parecer*. Brasília: 2010.

○ VENOSA, S. S. *Teoria Geral das Obrigações e Teoria Geral dos Contratos*. 3<sup>a</sup> ed. São Paulo: Atlas S.A., 2003.

○ VIANA, A. L. d' Á. *Abordagens Metodológicas em Políticas Públicas*. Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Administração Pública, 1996.

## **Anexo I**

### **Roteiros para Entrevistas**

#### **Roteiro 1:**

##### **Gestor da Agência Nacional de Saúde Suplementar**

- 1- Qual seria a relevância da política de ressarcimento ao SUS?
- 2- A política de ressarcimento ao SUS gerou alguma mudança para os beneficiários e para o Sistema Único?
- 3- Na sua gestão, como o(a) senhor(a) irá tratar a questão da política de ressarcimento ao SUS?
- 4- Na sua opinião, quais seriam os principais motivos para os beneficiários de planos de saúde com cobertura contratual utilizarem os serviços do SUS?
- 5- Em relação ao ambiente interno da ANS, quais são os desafios que a Agência enfrenta para a concretização dos objetivos da política de ressarcimento ao SUS?
- 6- Em relação ao ambiente externo da ANS, quais são os desafios que a Agência enfrenta para a concretização dos objetivos da política de ressarcimento ao SUS?
- 7- Há a intenção de cobrar das OPSs por serviços além das internações hospitalares? Se sim, quais tipos de serviços?
- 8- Quais as razões para o atraso na cobrança das AIHs?
- 9- Como o ressarcimento eletrônico aprimorará o processo em comparação com o sistema anterior?

#### **Roteiro 2:**

##### **Gestor da Agência Nacional de Saúde Suplementar**

- 1- Qual seria a relevância da política de ressarcimento ao SUS?
- 2- Em sua opinião, quais seriam os principais motivos para os beneficiários de planos de saúde com cobertura contratual utilizarem os serviços do SUS?
- 3- Quais as razões para somente as AIHs serem cobradas para o ressarcimento ao SUS?
- 4- Quais as razões para o atraso na cobrança das AIHs?
- 5- Quais as dificuldades encontradas pelo(a) senhor(a) no processamento dos dados?

#### **Roteiro 3:**

##### **Ex Gestor da Agência Nacional de Saúde Suplementar**

- 1- Qual seria a relevância da política de ressarcimento ao SUS?

2- A política de ressarcimento ao SUS gerou alguma mudança para os beneficiários, as OPSs e para o Sistema Único?

3- Como a política de ressarcimento ao SUS foi tratada na sua gestão?

4- Na sua opinião, quais seriam os principais motivos para os beneficiários de planos de saúde com cobertura contratual recorrerem ao SUS?

5- Em relação ao ambiente interno da ANS, quais eram os desafios que a Agência enfrentava para a concretização dos objetivos da política de ressarcimento ao SUS?

6- Em relação ao ambiente externo da ANS, quais eram os desafios que a Agência enfrentava para a concretização dos objetivos da política de ressarcimento ao SUS?

7- Quais as razões para o atraso na cobrança das AIHs?

8- Como o(a) senhor(a) trataria a política de ressarcimento ao SUS?

#### **Roteiro 4:**

##### **Ex Gestor da Agência Nacional de Saúde Suplementar**

1- Qual seria a relevância da política de ressarcimento ao SUS?

2- A política de ressarcimento ao SUS gerou alguma mudança para os beneficiários, as OPSs e para o Sistema Único?

3- Como a política de ressarcimento ao SUS foi tratada na sua gestão?

4- Em relação ao ambiente interno da ANS, quais eram os desafios que a Agência enfrentava para a concretização dos objetivos da política de ressarcimento ao SUS?

5- Em relação ao ambiente externo da ANS, quais eram os desafios que a Agência enfrentava para a concretização dos objetivos da política de ressarcimento ao SUS?

6- Como o(a) senhor(a) trataria a política de ressarcimento ao SUS?

#### **Roteiro 5:**

##### **Gestor da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo**

1- Qual seria a relevância da política de ressarcimento ao SUS?

2- A política de ressarcimento ao SUS gerou alguma mudança para os beneficiários, as OPSs e para o Sistema Único?

3- Na sua opinião, quais seriam os principais motivos para os beneficiários de planos de saúde com cobertura contratual recorrerem ao SUS?

4- Como o(a) senhor(a) percebe o comportamento das distintas modalidades das OPSs no que tange o cumprimento da política de ressarcimento ao SUS?

5- Como o(a) senhor(a) trataria a política de ressarcimento ao SUS?



**Roteiro 6:**

**Gestores de Operadoras de Planos de Saúde**

1- Qual a sua opinião sobre da política de ressarcimento ao SUS?

2- A política de ressarcimento ao SUS gerou alguma mudança para os beneficiários, as OPSs e para o Sistema Único?

3- A operadora onde o(a) senhor(a) trabalha busca conhecer os motivos que levam seus beneficiários com cobertura contratual recorrerem ao SUS? Se sim, quais seriam?

4- Existe alguma ação da operadora onde o(a) senhor(a) trabalha voltada para o tratamento desta questão?

5- Por que algumas OPSs resistem em ressarcir ao SUS?

6- Como o(a) senhor(a) trataria a política de ressarcimento ao SUS?