UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

(UNIRIO)

ROBERTO LUIZ PINEL DIAS

O INSTRUMENTO REGULATÓRIO DO RESSARCIMENTO AO SUS E OS TRATAMENTOS QUIMIOTERÁPICOS DO CÂNCER DE MAMA

RIO DE JANEIRO

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

(UNIRIO)

ROBERTO LUIZ PINEL DIAS

O INSTRUMENTO REGULATÓRIO DO RESSARCIMENTO AO SUS E OS TRATAMENTOS QUIMIOTERÁPICOS DO CÂNCER DE MAMA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito – PPGD do Centro de Ciências Jurídicas e Políticas – CCJP da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Direito. Área de concentração: Estado, Sociedade e Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Felipe de Moraes Borba

RIO DE JANEIRO

2021

Dias, Roberto Luiz Pinel
D541 O instrumento regulatório do ressarcimento ao SUS e os tratamentos quimioterápicos do câncer de mama / Roberto Luiz Pinel Dias. -- Rio de Janeiro, 2021.
154 f.

Orientador: Felipe de Moraes Borba.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Direito, 2021.

1. Regulação. 2. Saúde suplementar. 3. Ressarcimento ao SUS. 4. Quimioterapia. 5. Câncer de mama. I. Borba, Felipe de Moraes, orient. II. Título.

ROBERTO LUIZ PINEL DIAS

O INSTRUMENTO REGULATÓRIO DO RESSARCIMENTO AO SUS E OS TRATAMENTOS QUIMIOTERÁPICOS DO CÂNCER DE MAMA

Esta dissertação do discente Roberto Luiz Pinel Dias foi julgada adequada para a obtenção do grau de Mestre em Direito e aprovada em sua forma final pelo Curso de Mestrado Acadêmico em Direito da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

Aprovado em 30/03/2021.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Felipe de Moraes Borba (Orientador)
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Profa. Dra. Isabela Soares Santos
Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz

Prof. Dr. Benedito Fonseca e Souza Adeodato
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

DEDICATÓRIA (*in memoriam*)

Dedico esta dissertação de mestrado aos meus avós, Maria e Sady, e Celeste e Adelino, que, quase sem terem estudado, foram mestres na vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, mais do que tudo, preciso agradecer à Simone, minha esposa, por ter me apoiado na decisão de encarar o mestrado e ter cuidado de nossa família e de nossa casa enquanto precisei estudar e focar na elaboração desta dissertação. Perto da minha imensa gratidão, estas palavras não são nada. E eu poderia escrever outras tantas em infindáveis parágrafos e elas continuariam não sendo nada. Muito obrigado por tudo, meu Amor!

Agradeço também a Pedro e Rafael, meus amados filhos, de cujas companhias muitas vezes precisei me privar para abraçar este desafio. Muito obrigado por terem sido tão compreensivos comigo nesta etapa!

Agradeço carinhosamente a Zélia e Carlos, meus pais, que se sacrificaram para me dar condições de caminhar até aqui. Obrigado, Mãe! Obrigado, Pai!

Quero agradecer de maneira igualmente carinhosa ao Sérgio, meu irmão querido do coração, por me indicar o mestrado em Direito da Unirio, pelo incentivo insistente que me levou a ingressar no curso e pelas muitas dicas quentes para o pré-projeto, o projeto e a versão final desta dissertação. Muitíssimo obrigado, meu amado irmão!

Agradeço demais às minhas "chefas oficiais" no ressarcimento ao SUS, Fernanda Araújo e Juliana Pereira, por todo o apoio que me deram para ingressar no mestrado e por toda a compreensão com os meus momentos mais atrapalhados e com o meu afastamento. Sem pretender bajular a minha Gerente e a minha Coordenadora, vocês são sensacionais! Muito obrigado!

Ainda no time do ressarcimento ao SUS, agradeço às minhas duas outras "chefas paralelas": Juliana Machado, por sanar várias dúvidas minhas sobre o batimento e sobre o *site* do DATASUS; e Adriana Bion, por me ajudar a monitorar o ritmo de análise dos atendimentos estudados nesta pesquisa. Agradeço também a Jonatas Castro e a João Saraiva, que me forneceram uma série de esclarecimentos sobre os pagamentos efetuados pelas operadoras. Muito obrigado, pessoal! É muito gratificante trabalhar com todos vocês!

Agradeço "demaaaaaais da conta" ao Cristiano Moura, um dos grandes mineiros da ANS, por suas imensuráveis boa vontade, disponibilidade e paciência em ajustar os conjuntos

de dados utilizados nesta pesquisa até que ficassem redondinhos. Muito obrigado de verdade, Cristiano! Sem sua gentileza e seu espírito de coleguismo, esta pesquisa seria inviável.

Também quero deixar um agradecimento muito especial à querida amiga e colega de ANS Maria da Conceição Gomes, outra grande mineira da ANS, pelas dicas de leitura e pelas muitas reflexões acerca do ressarcimento ao SUS, do Sistema de Informações de Beneficiários e da regulação da saúde suplementar como um todo. Conceição, você é genial! Muito obrigado!

Agradeço ainda ao Gustavo Homrich, amigo e também colega de ANS, que foi extremamente gentil em prestar importantes esclarecimentos sobre a nova e intrincada Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Obrigado, Gustavo, por não me deixar transgredir a lei!

Obrigado também à Laires Amorim, mais uma colega de ANS, de ressarcimento ao SUS e quase mestre pela UFMG, pelos enriquecedores debates e reflexões que travamos juntos recentemente sobre o objeto do nosso trabalho. Valeu demais, Laires!

Quero agradecer fortemente a todos os meus colegas de turma do mestrado em Direito da Unirio pela amizade, pela convivência, pelo apoio recíproco e pelas muitas discussões acadêmicas do mais elevado nível. Tive muita sorte de estar em uma turma com pessoas tão inteligentes e generosas. Muito obrigado por todo o aprendizado, mestres!

Agradeço ao Prof. Leonardo Mattietto, não somente por proporcionar instigantes debates nos encontros da disciplina Democracia e Constituição, mas também por coordenar com tanta maestria, profissionalismo, sensibilidade e gentileza o curso de mestrado em Direito da Unirio. Muito obrigado, Professor!

Agradeço também à Profa. Maria Lúcia de Oliveira pelas provocantes aulas sobre políticas públicas, pela riquíssima e engrandecedora experiência no estágio docente e pelas preciosas referências disponibilizadas, que muito me auxiliaram na confecção do capítulo 2. Muito obrigado, Professora!

Registro também o meu profundo agradecimento ao Prof. Benedito Adeodato, que, de maneira muito descontraída, mas, ainda assim, com conteúdo bastante consistente, brindou nossa turma com aulas magistrais em sua disciplina Ordem Econômica, Regulação e Políticas Públicas. Além de ter se interessado pelo tema desta dissertação, ele contribuiu com sugestões providenciais e estruturantes para o desenvolvimento da pesquisa. Muito obrigado, Professor, pelas relevantes reflexões sobre o meu projeto em suas aulas!

Agradeço à Profa. Celina Souza pelo interesse por este estudo e pelas valiosas recomendações ventiladas no exame de qualificação. Faço ainda um agradecimento à Profa. Isabela Santos, que gentilmente aceitou compor a banca avaliadora desta pesquisa. Muito obrigado, Professoras!

Agradeço ao meu orientador, Prof. Felipe Borba, não apenas pelas aulas de Metodologia da Pesquisa, que foram norteadoras para toda a nossa turma, mas principalmente pela paciência, pela objetividade e pela tranquilidade com que me guiou (e, algumas vezes, me socorreu) em direção à concretização da pesquisa que ora apresento. Obrigado, Prof. Felipe, por todo o apoio, por todos os direcionamentos e pela amizade!

Sou grato ainda à Louyze Gomes, servidora da Unirio, por todos os providenciais auxílios administrativos desde o meu ingresso no PPGD. Muito obrigado, Louyze!

Deixo também um agradecimento especial a Emily Silva, que pacientemente me ajudou com a revisão e a formatação do texto desta dissertação. Obrigado demais, Emily!

Por fim, quero agradecer a Aline Mesquita, Aline Pomodoro Dias, Cecília Lima, Daniel Pereira, Daniele Rodrigues, Fabrícia Faedrich, Frederico Noritomi, José Felipe Riani, Leonardo Luquetti, Luís Coronel, Marcello Ismério, Marcio Aragão, Marcos Paulo Montenegro, Marcus Lins, Maria Thereza Carolina Gouveia, Rodrigo Aguiar, Sonia Marinho e Teófilo Rodrigues pelas dicas, reflexões, incentivos, recomendações e/ou esclarecimentos, que, de alguma forma, contribuíram para a elaboração desta dissertação e/ou para a conclusão do meu mestrado. Muito obrigado pela ajuda de todos vocês!

As bandeiras da saúde deveriam ser substituídas pela qualidade de saúde e pela construção de um sistema brasileiro, voltado para a qualidade do cuidado. Um sistema em que o público e o privado se articulassem, com uma convivência entre o setor dos planos de saúde privados e o setor público de uma forma mais inteligente, conceitualmente; mais complementar, e não o contrário. Não o público complementando o privado, mas uma complementaridade mútua entre os dois setores.

Hésio Cordeiro (médico sanitarista, ex-Presidente do INAMPS, um dos principais idealizadores do SUS e ex-Diretor da ANS)

DIAS, Roberto Luiz Pinel. **O instrumento regulatório do ressarcimento ao SUS e os tratamentos quimioterápicos do câncer de mama.** 2021. 154 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Direito – PPGD do Centro de Ciências Jurídicas e Políticas – CCJP, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, Rio de Janeiro, 2021.

RESUMO

O ressarcimento ao SUS é um mecanismo pelo qual as operadoras de planos privados de assistência à saúde, a partir de cobranças efetuadas pela ANS, devem devolver aos cofres públicos os valores dispendidos pelo sistema público de saúde com os serviços assistenciais prestados aos beneficiários de planos e de seguros de saúde. Além de exercer a função ressarcitória, o instrumento regulatório em questão contribui para a integração dos setores público e privado da área de saúde, coíbe o não cumprimento dos contratos de planos de saúde pelos agentes de mercado, desestimula o atendimento de beneficiários de planos de saúde pelo SUS, impede o enriquecimento sem causa dos entes regulados, incentiva a adoção de boas práticas operacionais pelas operadoras, e permite identificar fragilidades das redes públicas e privadas de prestadores de saúde. Esta dissertação cuida de um estudo de caso relacionado aos atendimentos envolvendo tratamentos quimioterápicos de câncer de mama prestados de 2014 a 2017 pelo sistema público a beneficiárias de planos de saúde. A pesquisa teve por objetivo analisar quantitativamente os dados da agência reguladora relacionados às pessoas atendidas e às cobranças dos valores de tais atendimentos nos processos administrativos de ressarcimento ao SUS. Verificou-se que, no período estudado, foram realizados em torno de 550 mil atendimentos a quase 40 mil beneficiárias de 790 operadoras distintas em mais de 260 prestadores de serviços de saúde localizados em aproximadamente 170 cidades. Tais atendimentos ensejaram a cobrança de pouco mais de R$ 200 milhões às operadoras, cujas defesas nos processos administrativos exigiram a realização de cerca de 420 mil análises de impugnações e recursos, nos quais sobressaíram alegações relacionadas a franquia ou coparticipação, utilização livre e espontânea do SUS pelas beneficiárias e procedimento não coberto. O estudo aponta para a possível existência de *déficits* assistenciais regionalizados nas redes pública e privada, para a conveniência de se adotarem medidas regulatórias voltadas a induzir a absorção de parte da demanda pelas operadoras, e para a necessidade de a ANS aprimorar a integração entre seus sistemas de informação.

Palavras-chave: Regulação. Saúde suplementar. Ressarcimento ao SUS. Quimioterapia. Câncer de mama.

DIAS, Roberto Luiz Pinel. **The regulatory instrument for reimbursement to SUS and chemotherapy treatments for breast cancer.** 2021. 154 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Direito – PPGD do Centro de Ciências Jurídicas e Políticas – CCJP, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, Rio de Janeiro, 2021.

ABSTRACT

Reimbursement to SUS is a mechanism by which the operators of private health care plans, based on payment requirement prosecuted by ANS, must return to national treasure the amounts spent by the public health system on assistance services provided to beneficiaries of health plans and insurance. In addition to exercising the reimbursement function, the regulatory instrument contributes to the integration of the public and private sectors in the health area, prevents market agents from failing to comply with health plan contracts, discourages the assistance of health plan beneficiaries in SUS, prevents unjust enrichment of regulated entities, encourages the adoption of good operational practices by operators, and allows the identification of weaknesses in public and private networks of health providers. This dissertation is on a study case about treatments involving chemotherapy for breast cancer provided from 2014 to 2017 by the public system to beneficiaries of health plans. The research aimed to analyze quantitatively the data of the regulatory agency related to the treated people and the payment requirement in the administrative processes of reimbursement to SUS. It was found that, in the period, around 550 thousand treatments were made to almost 40 thousand beneficiaries from 790 different operators in more than 260 health service providers located in approximately 170 cities. These treatments caused the payment requirements involving just over R$ 200 million directed at operators, whose defenses in the administrative processes caused approximately 420 thousand processual analyzes, in which stand out allegations related to the franchise or co-participation, free and spontaneous use of the SUS services by beneficiaries, and procedure not covered. The study points to the possible existence of regionalized health care deficits in the public and private networks, to the convenience of adopting regulatory measures aimed at inducing the absorption of part of the demand by operators, and to the need for ANS to improve the integration between its systems of information.

Keywords: Regulation. Supplementary health. Reimbursement to SUS. Chemotherapy. Breast cancer.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

CAPÍTULO 1

Figura 1.1 – Regiões de saúde segundo composição das diferentes esferas jurídicas dos hospitais – Brasil, 2017..... 42

CAPÍTULO 2

Figura 2.1 – O processo de ressarcimento ao SUS..... 81

Figura 2.2 – Fases do ressarcimento ao SUS (2001-2020)..... 82

CAPÍTULO 3

Figura 3.1 – Marca da campanha “O Câncer de Mama no Alvo da Moda”..... 89

Figura 3.2 – Distribuição geográfica das cidades de atendimento (bolhas azuis) a beneficiárias que se submeteram a tratamentos quimioterápicos de câncer de mama realizados no SUS no período 2014 a 2017..... 104

Figura 3.3 – Distribuição geográfica das cidades de origem (bolhas verdes) das beneficiárias que se submeteram a tratamentos quimioterápicos de câncer de mama realizados no SUS no período 2014 a 2017..... 104

LISTA DE TABELAS

CAPÍTULO 3

Tabela 3.1 - Grupos de procedimentos principais realizados de 2014 a 2017, identificados no batimento do ressarcimento ao SUS e cobrados das operadoras de planos privados de assistência à saúde 85

Tabela 3.2 - Comparação entre volumes de procedimentos identificados no batimento do ressarcimento ao SUS e volumes de procedimentos realizados no SUS de 2014 a 2017 87

Tabela 3.3 - Quantidade de atendimentos a beneficiárias realizados de 2014 a 2017 no sistema público de saúde relacionados a tratamentos quimioterápicos de câncer de mama e respectivas quantias cobradas das operadoras a título de ressarcimento ao SUS 93

Tabela 3.4 - Informações gerais sobre os atendimentos a beneficiárias realizados de 2014 a 2017 no SUS relacionados a tratamentos quimioterápicos de câncer de mama 94

Tabela 3.5 - Distribuição dos tratamentos quimioterápicos de câncer de mama realizados em beneficiárias e beneficiários no SUS no período 2014 a 2017 por gênero 95

Tabela 3.6 - Distribuição dos tratamentos quimioterápicos de câncer de mama realizados em beneficiárias no SUS no período 2014 a 2017 por tipos de câncer de mama apresentado (volumes de atendimentos e de valores cobrados das operadoras) 96

Tabela 3.7 - Quantidade (com ranqueamento) e valores cobrados das operadoras a título de ressarcimento ao SUS por tipo de procedimento de quimioterapia de câncer de mama realizado no período 2014 a 2017 97

Tabela 3.8 - Operadoras com maiores cobranças iniciais pela ANS em razão de tratamentos quimioterápicos de câncer de mama realizados em beneficiárias no SUS no período 2014 a 2017 99

Tabela 3.9 - Cidades de atendimento que geraram as maiores cobranças iniciais pela ANS em razão de tratamentos quimioterápicos de câncer de mama realizados em beneficiárias no SUS no período 2014 a 2017 102

Tabela 3.10 - Cidades de origem que geraram as maiores cobranças iniciais pela ANS em razão de tratamentos quimioterápicos de câncer de mama realizados em beneficiárias no SUS no período 2014 a 2017 104

Tabela 3.11 – Comparação entre as cidades de atendimento e de origem das beneficiárias que realizaram tratamentos quimioterápicos de câncer de mama no SUS no período 2014 a 2017..... 106

Tabela 3.12 - Características dos planos e seguros de saúde das beneficiárias que buscaram tratamentos quimioterápicos de câncer de mama no SUS no período 2014 a 2017 108

Tabela 3.13 - Distribuição dos atendimentos relacionados a tratamentos quimioterápicos de câncer de mama realizados em beneficiárias no SUS no período 2014 a 2017 por *status* processuais das respectivas cobranças nos processos administrativos instaurados pela ANS (situação em 31/12/2020) 112

Tabela 3.14 - Motivos que mais levaram as operadoras a impugnarem e a recorrerem nos processos administrativos de cobrança do ressarcimento ao SUS em relação aos tratamentos quimioterápicos de câncer de mama realizados em beneficiárias no sistema público de saúde no período 2014 a 2017 117

Tabela 3.15 - Tratamentos quimioterápicos de câncer de mama realizados em beneficiárias no SUS no período 2014 a 2017. Distribuição por *status* processuais das impugnações em que o motivo franquia ou coparticipação foi o único alegado pelas operadoras (situação em 31/12/2020) 118

Tabela 3.16 - Tratamentos quimioterápicos de câncer de mama realizados em beneficiárias no SUS no período 2014 a 2017. Distribuição por *status* processuais dos recursos em que o motivo franquia ou coparticipação foi o único alegado pelas operadoras (situação em 31/12/2020) 119

Tabela 3.17 - Pagamentos a título de ressarcimento ao SUS relacionados aos valores dos tratamentos quimioterápicos de câncer de mama realizados em beneficiárias no sistema público de saúde no período 2014 a 2017 (situação em 31/12/2020) 123

Tabela 3.18 - Intervalos de tempo médio desde os atendimentos e desde o início dos processos administrativos de cobrança do ressarcimento ao SUS relacionados a tratamentos quimioterápicos de câncer de mama realizados em beneficiárias no sistema público de saúde no período 2014 a 2017 (situação em 31/12/2020) 125

Tabela 3.19 - Encaminhamento para inscrição na dívida ativa da ANS de valores relacionados a tratamentos quimioterápicos de câncer de mama realizados em beneficiárias no SUS no período 2014 a 2017 (situação em 31/12/2020) 127

Tabela 3.20 - Tratamentos quimioterápicos de câncer de mama realizados em beneficiárias no SUS no período 2014 a 2017. Operadoras com maior volume de valores encaminhados para inscrição em dívida ativa da ANS (situação em 31/12/2020) 127

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABI – Aviso de Beneficiário Identificado

ADI – Ação Declaratória de Inconstitucionalidade

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

AIS – Ações Integradas de Saúde

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

APAC – Autorização de Procedimento Ambulatorial

BPA – Boletim de Produção Ambulatorial

BPA-I – Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado

CADE – Conselho Administrativo de Defesa Econômica

CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensões

CCO – Código de Controle Operacional

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CNSP – Conselho Nacional de Seguros Privados

CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária

CONSU – Conselho Nacional de Saúde Suplementar

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

DESAS – Departamento de Saúde Suplementar

DNERu – Departamento Nacional de Endemias Rurais

DIDES – Diretoria de Desenvolvimento Setorial

FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

FNS – Fundo Nacional de Saúde

GRU – Guia de Recolhimento da União

IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensões

IAPB – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários

IAPC – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciários

IAPI – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários

IAPM – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos

IBCC – Instituto Brasileiro de Combate ao Câncer

IN – Instrução Normativa

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INCA – Instituto Nacional do Câncer

INPS – Instituto Nacional da Previdência Social

IPASE – Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores do Estado

IVR – Índice de Valoração do Ressarcimento

LOPS – Lei Orgânica da Previdência Social

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MES – Ministério da Educação e Saúde

MESP – Ministério da Educação e Saúde Pública

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MRSB – Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

MS – Ministério da Saúde

MTIC – Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio

PAM – Postos de Atendimento Médico

PDRAE – Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado

PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PPA – Plano de Pronta Ação

RE – Recurso Extraordinário

RN – Resolução Normativa

RPS – Sistema de Registro de Planos de Saúde

RR – Resolução Regimental

SADT – Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais

SIB – Sistema de Informações de Beneficiários

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SINPAS – Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social

SNC – Serviço Nacional do Câncer

SNS – Sistema Nacional de Saúde

STF – Supremo Tribunal Federal

SUCAM – Superintendência de Campanhas da Saúde Pública

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSEP – Superintendência de Seguros Privados

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 17
1 O SUS E O SETOR PRIVADO NA ÁREA DE SAÚDE DO BRASIL 19
1.1 Antecedentes do SUS 19
1.1.1 A saúde no período colonial e no Império (1500-1889) 20
1.1.2 A saúde na República Velha (1889-1930) 21
1.1.3 A saúde nos anos 1930 e no Estado Novo (1930-1946) 23
1.1.4 A saúde no período entre as ditaduras (1946-1964) 26
1.1.5 A saúde no regime militar (1964-1985) 29
1.2 Criação e características do SUS 36
1.3 *Mix* público-privado na área de saúde do Brasil 41
2 REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR E RESSARCIMENTO AO SUS..... 48
2.1 Do Estado Liberal ao Estado Regulador 48
2.2 A atividade regulatória do Estado 51
2.3 A regulação no Brasil 53
2.4 As agências reguladoras independentes brasileiras 55
2.5 O marco regulatório do mercado de saúde suplementar 58
2.6 A criação da ANS 64
2.7 A regulação do mercado de saúde suplementar como instrumento de política pública setorial 67
2.8 O ressarcimento ao SUS e sua função regulatória 69
2.9 O processo administrativo de ressarcimento ao SUS 75
2.9.1 Os registros de atendimentos no SUS e o batimento (ou *record linkage*) 75
2.9.2 O processo administrativo de ressarcimento ao SUS propriamente dito 78
3 QUIMIOTERAPIA DO CÂNCER DE MAMA E RESSARCIMENTO AO SUS..... 84
3.1 Por que examinar os tratamentos quimioterápicos do câncer de mama no âmbito do ressarcimento ao SUS? 84

3.2 O câncer de mama 88
3.3 O conjunto de dados utilizado na pesquisa 89
3.4 Características das beneficiárias atendidas no SUS, de seus atendimentos, de suas operadoras e de seus produtos contratados 91
3.4.1 Informações gerais 91
3.4.2 Gênero e idade das pessoas atendidas 94
3.4.3 Tipos de câncer de mama apresentados pelas beneficiárias e procedimentos de quimioterapia realizados 95
3.4.4 Operadoras 97
3.4.5 Prestadores de serviços de saúde, cidades de atendimento, cidades de origem das beneficiárias e deslocamento entre cidades para atendimento 101
3.4.6 Características dos planos e seguros de saúde das beneficiárias 106
3.5 O conflito administrativo entre operadoras de planos de saúde e ANS 109
3.5.1 *Status* processual dos atendimentos nos respectivos processos administrativos de cobrança do ressarcimento ao SUS (situação em 31/12/2020) 110
3.5.2 Motivos alegados pelas operadoras nas impugnações e nos recursos 114
3.5.3 Pagamento do ressarcimento ao SUS pelas operadoras 121
3.5.4 Interstícios temporais médios desde os atendimentos no SUS e desde o início dos processos administrativos 123
3.5.5 Inscrição em dívida ativa 126
CONCLUSÃO 129
REFERÊNCIAS 134

INTRODUÇÃO

Criado pelo artigo 32, da Lei nº 9.656, de 1998 (Lei dos Planos de Saúde), o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) é o mecanismo por meio do qual as operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde deverão ressarcir o erário sempre que algum beneficiário seu realizar no SUS qualquer atendimento que possa ser coberto por seu respectivo plano ou seguro de saúde. Por força do mesmo dispositivo legal, a cobrança dos valores correspondentes ao ressarcimento em questão encontra-se a cargo da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituição reguladora do mercado em que atuam as mencionadas operadoras.

Mais do que promover a devolução de recursos financeiros aos cofres públicos, o ressarcimento ao SUS é um instrumento regulatório à disposição do Estado brasileiro que tem por objetivo contribuir para o diagnóstico a respeito da integração dos setores público e privado da área de saúde, os quais constituem o chamado *mix* público-privado da saúde. Além disso, a ferramenta visa a induzir os agentes de mercado a cumprirem as coberturas contratadas por seus consumidores, desestimular o atendimento de beneficiários de planos de saúde pelo sistema público de saúde, coibir o enriquecimento sem causa das operadoras e identificar vazios prestacionais tanto da rede pública de saúde quanto da privada.

A presente pesquisa pretende primeiramente mostrar que as quimioterapias de câncer de mama compõem um dos grupos de atendimentos que mais levam beneficiários de planos e seguros de saúde a se tratarem no SUS. Além disso, busca realizar um estudo de caso quantitativo relacionado a tais tratamentos a partir de registros contidos no banco de dados utilizado pela ANS para proceder à cobrança do ressarcimento ao SUS.

Assim, no capítulo 1, para fim de contextualização, é feito um resgate histórico da evolução dos setores público e privado de saúde no Brasil, percorrendo-se, para cada período, o panorama político-econômico-social do país, as políticas de saúde adotadas e a atuação dos atores envolvidos. O propósito desse capítulo é mostrar as condições e os interesses que levaram à criação do SUS, as características mais relevantes do atual sistema público de saúde brasileiro, o enquadramento do setor privado de saúde nesse cenário e o imbricamento do *mix* público-privado na área da saúde.

Em seguida, no capítulo 2, são apresentadas as transformações ocorridas nas configurações estruturais dos Estados nacionais desde a Revolução Francesa, expondo-se as

particularidades que caracterizam os diversos modelos estatais, desde o liberal até o regulador. Também são expostos o conceito multifacetário de regulação, os primórdios da regulação no Brasil e as contundentes mutações ocorridas no aparelho do Estado brasileiro a partir da década de 1990. Nessa perspectiva, o capítulo aborda o marco regulatório do mercado de saúde suplementar, a criação da ANS, o papel do ressarcimento ao SUS no âmbito da regulação empreendida pela Agência e a contribuição desse instrumento regulatório para a integração e o equilíbrio entre os agentes sociais do *mix* público-privado da área de saúde. Por fim, é descrito o procedimento administrativo por meio do qual o ressarcimento ao SUS é cobrado das operadoras.

Já o capítulo 3 cuida especificamente do estudo de caso relacionado aos atendimentos envolvendo tratamentos quimioterápicos de câncer de mama em beneficiárias de planos e seguros de saúde, os quais foram realizados no SUS nos anos de 2014 a 2017. Inicialmente, a partir de registros contidos no banco de dados da ANS, é demonstrado como, nesse período, tais atendimentos assumiram destaque no bojo das cobranças relacionadas ao ressarcimento ao SUS. Em seguida, também com base naqueles registros, passa-se a uma descrição quantitativa detalhada de diversos elementos relacionados àqueles atendimentos e à cobrança às operadoras dos respectivos valores. Assim, são apresentados e discutidos aspectos concernentes ao volume de atendimentos, ao volume cobrado das operadoras, aos tipos de procedimentos realizados, à classificação das lesões apresentadas pelas beneficiárias, às operadoras contratadas pelas pacientes atendidas no SUS, à faixa etária e ao gênero das pessoas atendidas, aos planos e seguros contratados pelas beneficiárias, aos locais de atendimento e de origem das pacientes, aos processos administrativos de cobrança do ressarcimento ao SUS, entre outros.

Esta pesquisa não se propõe a identificar as razões que induzem beneficiárias de planos de saúde a realizarem seus tratamentos de quimioterapia de câncer de mama no SUS. Contudo, ela busca oferecer subsídios a pesquisadores que possam vir a se envolver com tal intento ou que procurem investigar com maior profundidade um ou outro aspecto nela abordado. Ademais, a dissertação serve como fonte de informações para aqueles que almejarem discutir vertentes relacionadas às políticas públicas de atenção às mulheres com câncer de mama que necessitem se submeter à quimioterapia. Indo além, com este estudo, pretende-se colaborar com discussões voltadas ao aprimoramento do instrumento regulatório do ressarcimento ao SUS.

1 O SUS E O SETOR PRIVADO NA ÁREA DE SAÚDE DO BRASIL

O sistema de saúde no Brasil é caracterizado pela presença do que se chama de *mix* público-privado, em que um segmento público e outro privado coexistem no provimento, no financiamento, na demanda e na utilização dos serviços, não havendo uma definição clara de suas atribuições (SANTOS *et al*., 2008; PAIM *et al*., 2011; CARDOSO *et al.*, 2017).

Nesse contexto, o mecanismo de ressarcimento ao SUS, como será aprofundado mais adiante nesta dissertação, é entendido como um mecanismo regulatório estatal que busca contribuir para o equilíbrio entre o sistema público e o setor privado. Para compreender o funcionamento e a importância dessa ferramenta, é preciso conhecer o processo de formação e consolidação do *mix* público-privado na saúde brasileira. "A busca de referências históricas do processo de formulação das políticas de saúde, e da vinculação da saúde ao contexto político geral do país, pode contribuir para um melhor entendimento do momento atual" (CUNHA e CUNHA, 1998, p. 11).

Assim, neste primeiro capítulo, será apresentada a evolução histórica dos setores público e privado da saúde desde o período colonial até os tempos atuais. Nesse esforço, serão expostos, para cada época, o contexto político-econômico-social do Brasil, as principais políticas de saúde implementadas, bem como a origem e a atuação dos personagens da área de saúde. Também serão apresentadas as características que moldam o SUS e as formas de imbricamento do *mix* público-privado na área da saúde.

1.1 Antecedentes do SUS

Com o objetivo de contextualizar a criação e as características do SUS, bem como sua inter-relação com o setor privado, será feito, nesta seção, um breve resgate das políticas de saúde que caracterizaram cada período histórico do país até a promulgação da Constituição da República de 1988.

1.1.1 A saúde no período colonial e no Império (1500-1889)

Durante o período compreendido entre o desembarque da expedição de Pedro Álvares Cabral na então batizada Terra de Santa Cruz em 1500 e a Proclamação da República em 1889, as políticas de atenção à saúde das pessoas que viviam no Brasil foram bastante restritas (GALVÃO, 2007; OLIVEIRA, 2012).

Nesses quase quatro séculos, a política sanitária limitava-se basicamente a ações ineficientes, como o controle da profissão médica, o saneamento do meio urbano, a fiscalização da higiene de vilas e cidades, a inspeção de gêneros alimentícios, a vistoria de navios nos portos e, já no século XIX, a vacinação compulsória contra a varíola (RODRIGUES e ALVES, 1979; MOURA e GARCIA, 1994; BAPTISTA, 2007; GALVÃO, 2012; MIRANDA, 2017).

Em razão dessas parcas iniciativas, a população ficava sujeita a epidemias das mais variadas doenças, como febre amarela, malária, peste bubônica, varíola, sarampo, lepra, tuberculose e cólera (OLIVEIRA, 2012; VIOTTI, 2012; GAGLIARDO, 2013).

Sob o ponto de vista da assistência à saúde, esse período foi marcado pela escassez de médicos (VIOTTI, 2012; MIRANDA, 2017). Em 1789, havia apenas quatro na cidade do Rio de Janeiro, capital da colônia (SALLES, 1971). Mesmo com a criação das primeiras Faculdades de Medicina após a vinda da Família Real portuguesa em 1808 (MOURA e GARCIA, 1994; MIRANDA, 2017), o quantitativo de médicos permaneceu bastante reduzido até pelo menos o início do século XX (FIGUEIREDO, 1999).

Assim, as pessoas que adoeciam no Brasil se socorriam com físicos e cirurgiões – que eram profissionais de saúde habilitados (MIRANDA, 2017) – ou com os chamados terapeutas populares, tais como barbeiros, curandeiros, pajés, boticários, sangradores e parteiras (NAVA, 2004; CALAINHO, 2005).

Apesar da existência desses agentes de cura, a hegemonia da assistência à saúde até o início do século XX deve ser atribuída a algumas instituições religiosas, como as Ordens Terceiras e, principalmente, as Santas Casas de Misericórdia, que mantinham hospitais insalubres onde se misturavam miseráveis de toda sorte (SANGLARD, 2006; MOURA e GARCIA, 1994).

Interessante ressaltar que, especialmente no período colonial, a Coroa lusitana apoiava financeiramente algumas Santas Casas em retribuição aos atendimentos prestados a seus soldados (FRANCO, 2011). Eis aí um primeiro traço do *mix* público-privado no campo da saúde no Brasil, com o Poder estatal financiando instituição de natureza privada para a prestação de assistência à saúde a clientela específica.

Além das instituições religiosas, cabe registrar a instalação, principalmente a partir da segunda metade do século XVIII, de unidades hospitalares militares. Já no período imperial, surgiram, sobretudo na capital, alguns hospitais de isolamento (principalmente para o tratamento de doenças mentais, tuberculose e hanseníase), os hospitais beneficentes ligados a emigrantes e as primeiras clínicas ou casas de saúde privadas, as quais eram voltadas para o público mais abastado (MOURA e GARCIA, 1994; MORAES, 2005; BAPTISTA, 2007; CAMPOS, 2007; SANGLARD, 2007).

1.1.2 A saúde na República Velha (1889-1930)

Nesse período, o Brasil era bastante criticado pelo fato de os navios que transportavam o café para outras nações, nosso principal produto comercial, carregarem também os vetores de algumas moléstias. A imagem brasileira diante da comunidade internacional era péssima, e diversos países se recusavam recorrentemente a atracar em nossos portos, o que prejudicava a exportação e o desembarque da tão necessária mão-de-obra estrangeira (SILVEIRA, 1979; HOCHMAN e FONSECA, 1999; POLIGNANO, 2001; BAPTISTA, 2007; GALVÃO, 2012; CIELO *et al.*, 2015; STABELINI e BOVCALOVSKI, 2016).

Preocupado com essa situação, o poder público passou a promover iniciativas sanitárias em cidades portuárias, especialmente no Rio de Janeiro. A cidade, principal ponto de saída da produção cafeeira para o exterior, era foco de doenças como a febre amarela, a varíola e a peste bubônica. Assim, campanhas de combate a essas enfermidades foram realizadas nas primeiras décadas do século XX, o que ficou conhecido como sanitarismo campanhista (HOCHMAN e FONSECA, 1999; POLIGNANO, 2001; BAPTISTA, 2007; CAMPOS, 2007; GALVÃO, 2012).

Ao longo da década de 1910, em razão de uma série de epidemias e de sérias convulsões sociais decorrentes da Primeira Guerra Mundial, instalou-se severa crise sanitária

no Brasil. Em resposta, iniciou-se, em 1920, uma segunda etapa do sanitarismo campanhista, que passou a enfatizar o combate a endemias na periferia das principais cidades e nas áreas rurais. Para tanto, foram instalados dezenas de Postos de Saneamento e Profilaxia Rural nessas localidades (SILVEIRA, 1979; HOCHMAN e FONSECA, 1999; POLIGNANO, 2001; CAMPOS, 2007; GALVÃO, 2012).

Nesse contexto, o câncer, que então era considerado uma doença evitável e possivelmente contagiosa, também passaria a ser foco dessa estratégia. Contudo, apesar da relevante atenção recebida, o controle do câncer, por muito tempo, ficaria mantido em um plano secundário, sendo alvo apenas de ações de baixo custo e alcance, à exceção da criação do Instituto Radium de Belo Horizonte – primeira instituição brasileira voltada à pesquisa e ao tratamento do câncer – e do Instituto do Câncer Arnaldo Vieira de Carvalho da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (TEIXEIRA e FONSECA, 2007).

Entre 1925 e 1930, os postos de algumas cidades foram convertidos em Centros de Saúde, unidades assistenciais mais complexas que contavam com vários dispensários e que promoviam ações educativas e preventivas de maneira integrada com os estados (MOURA e GARCIA, 1994; NUNES, 2000; CAMPOS, 2007).

Paralelamente a essas ações voltadas à coletividade, foi editada a Lei Eloy Chaves, a fim de atender à demanda de trabalhadores ligados à produção cafeeira e à nascente indústria nacional, que pleiteavam melhorias das condições de trabalho, um regime de previdência e assistência à saúde (BRASIL, 1923; MOURA e GARCIA, 1994; POLIGNANO, 2001; MERCADANTE *et al.*, 2002; MORAES, 2005; BAPTISTA, 2007).

Essa lei, marco inicial da previdência no Brasil (CUNHA e CUNHA, 1998), criou, em cada empresa ferroviária do país, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAP) para seus respectivos empregados, mantida essencialmente por contribuições da própria empresa e dos trabalhadores. Paralelamente aos benefícios previdenciários, os empregados e seus familiares passaram a ter direito a socorros médicos em casos de doença e a medicamentos (BRASIL, 1923). Posteriormente, o regime instituído pela Lei Eloy Chaves foi estendido a empresas e trabalhadores de outros setores produtivos (BRASIL, 1926 e 1928).

Pelo regime constituído pelas CAPs, a assistência médica era prestada por meio de ambulatórios da própria empresa e por hospitais contratados, Misericórdias em sua grande maioria (COELHO, 2016). A contratação de serviços médicos privados pelas CAPs para o atendimento de seus beneficiários lançou a semente para a privatização da assistência em

saúde no Brasil – de difícil reversão –, controlada pela política previdenciária estatal (MORAES, 2005; MENICUCCI, 2007).

As CAPs representavam uma assistência médica descentralizada, fragmentada e desproporcional, visto que cada uma delas administrava seus recursos como melhor entendesse, de forma que os benefícios não eram equitativos para todos os trabalhadores (MORAES, 2005). De toda forma, a instalação progressiva dessas caixas inaugurou "um processo lento, desigual, mas permanente de incorporação dos trabalhadores às formas de proteção pública" (HOCHMAN e FONSECA, 1999, p. 74).

Em relação à rede de prestadores de serviços, iniciou-se no Distrito Federal um processo de organização da assistência hospitalar geral, tendo sido inauguradas diversas unidades nos anos 1920. Com a abertura desses hospitais, o Estado assumiu a gestão dos serviços hospitalares no Rio de Janeiro, rompendo, assim, com a hegemonia das Santas Casas de Misericórdia (SANGLARD, 2007). Apesar do crescimento da rede, esses hospitais, chamados asilares, se destinavam apenas a tratar doenças mentais e algumas doenças infectocontagiosas, especialmente tuberculose e hanseníase (COELHO, 2016).

A despeito de todos os investimentos feitos na capital, o estado de São Paulo, por ter iniciado mais cedo uma política sanitária descentralizada autônoma, começou a despontar como a Unidade da Federação com maior número de estabelecimentos de assistência médica e maior número de leitos para internação (MASCARENHAS, 1973; HOCHMAN, 1998; NUNES, 2000; MORAES, 2005).

1.1.3 A saúde nos anos 1930 e no Estado Novo (1930-1946)

Em 1930, foi inaugurada uma nova era política no Brasil, que instituiu um Estado forte, centralizador e nacionalista, o qual, em 1937, assumiria contornos ainda mais autoritários, ficando conhecido como Estado Novo. Na área econômica, assistiu-se ao fortalecimento do processo de industrialização, ao nascimento de diversas empresas estatais e à aproximação entre governo federal e sindicatos (MORAES, 2005; BUENO, 2010).

Sob o ponto de vista institucional, foram criados, em 1930, o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) e o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC). O MESP incorporou o projeto de saúde pública dos anos 1920, ficando responsável por definir ações de

caráter preventivo e coletivo. Já o MTIC aprimorou o arcabouço médico-previdenciário destinado às categorias laborais (HOCHMAN e FONSECA, 1999; BAPTISTA, 2007; MENICUCCI, 2014).

O MESP, rebatizado como Ministério da Educação e Saúde (MES) em 1937, ampliou a rede de Centros de Saúde, que passaram a dispor de vários serviços: administração e estatística, pré-natal, higiene da criança, doenças transmissíveis, tuberculose, lepra, doenças venéreas, saneamento e polícia sanitária, higiene e alimentação, higiene do trabalho, exames de saúde, laboratório e enfermarias (MOURA e GARCIA, 1994; CAMPOS, 2007). No bojo da reestruturação do Ministério, foi criado o Centro de Cancerologia no Rio de Janeiro, concretizando um sonho alimentado pela comunidade médica carioca desde o início da década anterior de se construir um instituto de combate ao câncer na capital federal (TEIXEIRA e FONSECA, 2007).

Ainda no mesmo ano, foram instituídas as Conferências Nacionais de Saúde (CNS), que passaram a reunir delegações de todos os estados em um fórum nacional oficial voltado à discussão dos temas relevantes de saúde pública. Mais adiante, em 1941, foram criados, de maneira vertical e centralizada, os Serviços Nacionais de Saúde para o combate principalmente de doenças infectocontagiosas que assolavam a totalidade das comunidades nacional e não grupos específicos (HOCHMAN e FONSECA, 1999). Nesse compasso, criou-se o Serviço Nacional do Câncer (SNC), órgão central da política de controle da doença, o qual, até o início da década seguinte, limitou-se a oferecer atendimentos no Centro de Cancerologia do Rio de Janeiro – que passou a se instalar em um dos pavilhões do Hospital Gafreé Guinle e a se chamar Instituto do Câncer – e em instituições conveniadas dos principais estados. Além disso, o SNC realizou ações epidemiológicas e campanhas preventivas e educativas em algumas cidades, bem como promoveu cursos de capacitação em Oncologia para profissionais de saúde (TEIXEIRA e FONSECA, 2007).

Em 1942, surgiu o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) a partir de um acordo de cooperação celebrado com os Estados Unidos da América. O órgão tinha por atribuições: o saneamento do Vale do Amazonas (especialmente a profilaxia e o estudo da malária); o preparo de profissionais para trabalhos de saúde pública; e a colaboração com o Serviço Nacional de Lepra. Inicialmente limitado a algumas regiões, o SESP ampliou gradativamente suas ações preventivas e curativas a outras áreas distantes e carentes, onde construiu redes de Centros de Saúde focados em atividades preventivas e curativas, tendo como eixo principal a

educação sanitária (PEÇANHA, 1976; SILVEIRA, 1979; MERCADANTE *et al.*, 2002; RENOVATO e BAGNATO, 2010; LUZ, 2014).

Por sua vez, o MTIC conduziu vigorosa política de proteção ao trabalhador, que reuniu as diversas CAPs de um mesmo setor produtivo em uma única instituição previdenciária denominada Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAP). Dessa forma, foram criados os IAPs dos marítimos (IAPM – 1933), dos comerciários (IAPC – 1934), dos bancários (IAPB – 1934), dos industriários (IAPI – 1936), e, nos mesmos moldes, o Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores do Estado (IPASE – 1938), entre outros (HOCHMAN e FONSECA, 1999; POLIGNANO, 2001; MORAES, 2005).

Com os IAPs, iniciou-se a construção de um sistema público de previdência social, tendo sido mantido o formato contributivo meritocrático, isto é, do trabalhador formal, para a percepção dos benefícios. Esses institutos, ao contrário das antigas CAPs, contavam com a participação do Estado ao lado dos empregados na sua administração e financiamento. Os IAPs disponibilizavam assistência médica previdenciária de caráter individualizado, curativo, tanto ambulatorial quanto hospitalar, e urbana. Apesar da significativa evolução, esse sistema caracterizava evidente injustiça social, pois excluía os trabalhadores rurais, os profissionais liberais e todos aqueles que exercessem alguma atividade laboral não relacionada aos interesses do Estado, ou seja, grande parcela da população (MOURA e GARCIA, 1994; HOCHMAN e FONSECA, 1999; BAPTISTA, 2007).

Outro aspecto significante das IAPs era a discriminação dos benefícios de acordo com a classe de trabalhadores (HOCHMAN e FONSECA, 1999; MENICUCCI, 2014). Cada categoria, de acordo com sua articulação política e poder econômico, conquistava uma composição diferenciada de benefícios e serviços assistenciais (BAPTISTA, 2007).

Vê-se, portanto, nesse período, uma nítida dissociação da política de assistência à saúde do trabalhador formal estabelecida pelo MTIC em relação àquela de saúde pública conduzida pelo MESP/MES. A separação entre assistência médica previdenciária e saúde pública espelhava a cisão entre cidadãos e não cidadãos diante da ação regulatória do Estado (HOCHMAN e FONSECA, 1999). Apesar das iniciativas de saúde pública, a escassez de recursos financeiros e de pessoal, os conflitos de jurisdição e de gestão, e a superposição de funções e de atividades, fizeram com que a maioria das ações sanitárias do Estado Novo se limitasse à mera normatização de programas e serviços. Não houve, assim, efeitos práticos para a solução dos principais problemas de saúde então existentes no país (POLIGNANO,

2001). Como decorrência desse período, “um dos resultados de longo prazo foi o enorme desenvolvimento da assistência médica previdenciária e o acanhamento político e institucional da saúde pública” (HOCHMAN e FONSECA, 1999, p. 81).

No que se refere à estrutura pública de assistência à saúde, além da já comentada proliferação dos Centros de Saúde para inúmeras cidades brasileiras, notou-se, mais uma vez, destacado crescimento da rede hospitalar na capital da República (MORAES, 2005). Além dos novos hospitais, o governo distrital instalou ampla rede sanitária descentralizada de Centros de Saúde na cidade do Rio de Janeiro (CAMPOS, 2007). Essas iniciativas geraram as ideias de complementariedade da rede privada em relação à pública, e de necessidade de coordenação entre as duas malhas assistenciais (MORAES, 2005).

Nada obstante, considerando a rede hospitalar pública e privada como um todo, São Paulo acentuou a sua liderança no panorama nacional. Em 1942, esse estado dispunha de aproximadamente 24% dos leitos hospitalares (não incluídas as instituições asilares e de maternidade e infância), sendo seguido por Rio Grande do Sul, Minas Gerais e Distrito Federal, com cerca de 15% cada um (BRASIL, 1965). Esses dados revelaram, já naquela época, pronunciada desigualdade na distribuição de leitos hospitalares pelo país, mesmo se observada a maior densidade populacional daqueles entes (MORAES, 2005).

Vale destacar que, entre 1933 e 1942, o complexo brasileiro de hospitais viu o seu número de estabelecimentos e de leitos crescer aproximadamente 90%. Essa explosão se deu em razão da maior oferta de assistência hospitalar pelo Estado, e do desenvolvimento de uma rede de hospitais privados para atendimento à crescente demanda gerada pelas CAPs e, posteriormente, pelos IAPs (MOURA e GARCIA, 1994; MORAES, 2005).

1.1.4 A saúde no período entre as ditaduras (1946-1964)

Após a derrubada do Estado Novo, o Brasil voltou a conviver com a democracia entre 1946 e 1964. Na economia, havia uma disputa entre correntes estatizantes e liberais, tendo-se abraçado, a partir de 1956, um caminho intermediário nacional-desenvolvimentista. Essa alternativa combinava intervencionismo estatal com interesses da indústria privada nacional associado a um estímulo à entrada do capital estrangeiro (BUENO, 2010).

A opção feita no campo econômico contribuiu para o florescimento na saúde do chamado sanitarismo desenvolvimentista. Tal filosofia preconizava que o desenvolvimento, associado à prosperidade econômica e social, seria precondição para a melhoria geral nos níveis de saúde da população. Os novos sanitaristas contrapunham-se ao padrão vertical e centralizado do SESP, modelo considerado custoso, pouco eficiente e deslocado da realidade cultural e econômica do Brasil. Assim, eles defendiam políticas de saúde horizontais e permanentes, focadas na prevenção e aplicadas de forma integrada umas às outras e descentralizada para os municípios. Apesar de parecer mais alinhada ao plano de desenvolvimento nacional conduzido naquele período, essa nova corrente sanitarista não eliminou a "sespiana", que, pelo contrário, permaneceu vigorosa até 1964 e existente até 1991. Seja como for, os ideais do sanitarismo desenvolvimentista influenciariam um movimento muito relevante para a saúde pública que surgiria na década de 1970 (BAPTISTA, 2007; LUZ, 2014; REIS, 2015), como se verá adiante.

Uma realização importante para a saúde pública no período em questão foi a criação, em 1953, do Ministério da Saúde (MS), que absorveu toda a estrutura assistencial do MES e conferiu à saúde papel político específico no contexto do Estado brasileiro (BAPTISTA, 2007). Apesar do desmembramento ministerial, o MS não significou, naquele momento, uma nova postura do governo voltada a dar solução adequada aos relevantes problemas de saúde pública instalados (POLIGNANO, 2001).

Entre 1946 e 1964, percebeu-se também o crescimento de hospitais ligados a estados e municípios, voltados para os atendimentos de urgências clínicas e cirúrgicas, bem como dos hospitais asilares vinculados ao MS (COELHO, 2016). Nesse contexto, foi criado na capital paulista, em 1953, o Hospital Antônio Camargo, uma unidade hospitalar destinada ao tratamento do câncer, que, em 1961, passou a ser um Instituto Complementar da Universidade de São Paulo (TEIXEIRA e FONSECA, 2007).

Outra criação significante foi a do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), em 1956, que incorporou os Serviços Nacionais de Malária, Peste e Febre Amarela, além de ter ficado incumbido de promover de maneira integrada o combate a diversas outras endemias existentes nas áreas rurais brasileiras (POLIGNANO, 2001; SILVEIRA e PIMENTA JUNIOR, 2011).

Também em 1956, foi criado, na capital federal, o Centro de Pesquisa Luíza Gomes de Lemos, unidade de saúde filantrópica atrelada à Fundação das Pioneiras Sociais. Trata-se

do primeiro centro de pesquisa no Brasil especializado na prevenção do câncer (de mama e do aparelho genital) em mulheres. Outro acontecimento importante na área de Oncologia foi a expressiva injeção de recursos orçamentários federais no SNC, o que possibilitou, em 1957, a transferência do Instituto do Câncer do Rio de Janeiro para sede própria. O novo prédio e as novas instalações passaram a oferecer uma estrutura de primeira linha para o tratamento do câncer no Brasil, constituindo-se, assim, o Instituto Nacional do Câncer (INCA), maior instituição do gênero na América Latina (TEIXEIRA e FONSECA, 2007).

Na esfera da assistência previdenciária, assistiu-se à criação de hospitais próprios e dos Postos de Atendimento Médico (PAM). Cuidava-se de enormes hospitais gerais e de gigantescos ambulatórios médicos, com diversas especialidades, disseminados por todo o país, particularmente nos grandes centros urbanos. Cada IAP dispunha de seus hospitais e de sua rede de PAMs. Ao final da década de 1960, havia 42 hospitais e 563 PAMs na órbita previdenciária (COELHO, 2016).

Além disso, em 1949, foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), o qual era mantido por todos os IAPs e pelas CAPs remanescentes Trata-se do primeiro serviço de saúde prestado igualmente a todos os beneficiários do regime médico-previdenciário (POLIGNANO, 2001; MERCADANTE *et al.*, 2002).

Com a aceleração do processo de industrialização, a crescente massa operária assalariada urbana demandava cada vez mais assistência ao sistema de saúde constituído pelos IAPs. Essa conjuntura desencadeou uma expansão progressiva e rápida do complexo médico-hospitalar privado, cujas unidades eram contratadas pelos institutos previdenciários para assistência a seus beneficiários (COELHO, 2016).

Além de contratar prestadores de serviços privados, os IAPs inauguraram a prática de terceirização dos serviços de saúde para algumas associações de médicos (BAPTISTA, 2007). Tais organizações constituíram as primeiras empresas de medicina de grupo, cujo enfoque se assentava na racionalização dos custos assistenciais (FERREIRA, 2013).

Com essas transformações, a assistência à saúde, que era benefício secundário no final da década de 1940, compondo apenas 7,3% das despesas previdenciárias, passou a alcançar, em 1960, 19,3% dos encargos totais dos IAPs (POLIGNANO, 2001).

Nesse cenário, em decorrência do avanço das Ciências Médicas no pós-guerra, começaram a surgir no Brasil os grandes hospitais, dispondo de avançadas tecnologias e de recursos humanos gradualmente mais especializados. Em face dessa modernização estrutural,

as unidades hospitalares passaram a ser o principal referencial de uma onerosa assistência ambulatorial e de internação, inaugurando o modelo hospitalocêntrico no país (MORAES, 2005; BAPTISTA, 2007; MENICUCCI, 2007; OLIVEIRA, 2012).

Em 1960, foi editada a Lei Orgânica de Previdência Social (LOPS), a qual unificou o regime geral da previdência social, homogeneizando os benefícios oferecidos pelos IAPs, mas mantendo a organização institucional segmentada (BRASIL, 1960; HOCHMAN e FONSECA, 1999; MERCADANTE *et al.*, 2002; MENICUCCI, 2007; LUZ, 2014). Três anos mais tarde, instituiu-se o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), o qual estendeu formalmente a assistência médico-social prestada pelo IAPI ao trabalhador rural e a seus dependentes. Entretanto, na prática, o FUNRURAL só foi contar efetivamente com infraestrutura para oferecer assistência médica no meio rural em 1971 (BRASIL, 1963; POLIGNANO, 2001; LUZ, 2014).

Apesar de todos os avanços, a assistência médico-previdenciária, na primeira metade dos anos 1960, ainda estava longe da universalização. No final do período desenvolvimentista em 1960, havia pouco mais de cinco milhões de segurados da previdência, o que correspondia, naquela altura, a apenas 7,3% da população brasileira (MERCADANTE *et al.*, 2002).

Verifica-se, assim, que o período em questão não inovou na organização do sistema de saúde brasileiro, a não ser pela emergência do modelo assistencial hospitalocêntrico voltado ao lucro. Manteve-se, de um lado, uma política de saúde pública ineficaz, verticalizada e focada na prevenção de doenças infectocontagiosas, e, de outro, um sistema médico-previdenciário restrito a seus contribuintes com ênfase em assistência urbana, hospitalar, tecnológica, curativa, especializada, fragmentada e cara (MOURA e GARCIA, 1994; COHN, 1995; MORAES, 2005; BAPTISTA, 2007).

1.1.5 A saúde no regime militar (1964-1985)

Em 1964, assistiu-se no Brasil a um movimento político-militar que resultou na instauração de novo período ditatorial. Buscando minimizar os efeitos das arbitrariedades envidadas nesse período, o regime autoritário passou a adotar diversas medidas de cunho desenvolvimentista. Assim, entre 1969 e 1973, o país experimentou extraordinário surto de progresso econômico. Contudo, o chamado “milagre econômico” foi estagnado por intensa

retração do capitalismo internacional, deflagrada por uma crise do petróleo iniciada em 1974. A interrupção dessa breve euforia brasileira desaguou em aumento desmedido de nossa dívida externa e em brutal processo de concentração de renda e de arrocho salarial, o que ampliou o abismo existente entre ricos e pobres. Uma nova crise do petróleo em 1979 acentuou ainda mais o grave cenário econômico instalado no país, o que contribuiu para sedimentar um processo lento e gradual de flexibilização política (POLIGNANO, 2001; BRASIL, 2006a; ESCOREL, 2008; BUENO, 2010).

Na área da saúde, o período foi caracterizado por importantes transformações na assistência médica previdenciária e privada, que se iniciaram com a edição de três decretos-lei. O primeiro deles determinou a fusão dos IAPs, a partir do início de 1967, em uma única instituição controlada pelo Estado: o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Além de fundir os IAPs, o INPS também absorveu o SAMDU, a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social e as redes de clínicas, PAMs e hospitais próprios dos antigos institutos. A norma uniformizou ainda a prestação dos serviços de saúde para toda a massa contribuinte do sistema previdenciário (BRASIL, 1966b; MERCADANTE *et al.*, 2002; ESCOREL, 2008; MENICUCCI, 2014).

O INPS, além de centralizar o poder dos antigos IAPs nas mãos do Estado, afastou os trabalhadores do processo deliberativo. Dessa forma, uma tecnocracia previdenciária se fortaleceu no interior da máquina administrativa, estabelecendo relações estatais clientelistas com grupos de interesse liberais relacionados à prestação privada de serviços de saúde (MOURA e GARCIA, 1994; BAPTISTA, 2007; COELHO, 2016).

A criação de um instituto único gerou grande insatisfação na parcela dos beneficiários que antes tinham acesso a um leque de serviços maior e melhor estruturado. O desagrado logo alcançou um contingente ainda mais significativo, visto que a reunião dos IAPs elevou sobremaneira a procura por alguns hospitais, gerando filas, superlotação e lentidão na prestação da assistência (BAPTISTA, 2007; MENICUCCI, 2007).

Assim, para responder à gigantesca demanda, o Estado passou a contratar ainda mais os serviços privados prestados por aqueles grupos de interesse liberais, em detrimento da consolidação de uma rede assistencial estatal própria (MENICUCCI, 2007). Com isso, o INPS se tornava o grande comprador de serviços de saúde do país, o que incentivou o crescimento do setor privado na saúde (ESCOREL, 2008). Em 1971, o número de hospitais no Brasil era 145% maior do que em 1962, com o vertiginoso incremento de 1.262 unidades

em uma década. Embora, desse quantitativo, o número de unidades públicas fosse maior, a quantidade de leitos privados correspondia a aproximadamente 66% do total (COELHO, 2016). Entre 1969 e 1984, o número de leitos hospitalares cresceu perto de 400%, saltando de cerca de 75 mil para quase 350 mil (POLIGNANO, 2001).

Os incentivos concedidos à rede privada levaram, como efeito cascata, a aumento no consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares, o que resultou na formação do chamado complexo médico-industrial. Nesse cenário, as despesas do sistema previdenciário com a saúde dobraram de valor, havendo evidente tendência para o atendimento em nível hospitalar. A lógica empresarial da lucratividade começava a se afirmar na prática médica (MOURA e GARCIA, 1994; MORAES, 2005; BAPTISTA, 2007; ESCOREL, 2008; MENICUCCI, 2014; CIELO *et al.*, 2015).

O segundo decreto-lei promoveu algumas alterações contundentes na LOPS, entre as quais se destaca a adoção formal dos chamados convênios-empresa como estratégia estatal de assistência médica. Por tais convênios, as empresas empregadoras contribuintes da Previdência Social comprometiam-se a prestar, diretamente ou por intermédio de estabelecimentos e profissionais de saúde contratados, assistência médica a seus empregados. Assim, o INPS se desobrigava de prestar atendimentos a esses empregados, enquanto a empresa convenente era dispensada do pagamento de parte da contribuição previdenciária devida (BRASIL, 1966a; BAHIA, 1999; VIACAVA *et al.*, 2018).

A princípio, as empresas subsidiadas passaram a oferecer tais serviços diretamente, com seus departamentos de pessoal administrando a assistência à saúde em um modelo classificado como autogestão. Todavia, poucas empresas tiveram condições de manter a estrutura necessária à prestação direta da assistência médica. Então, em pouco tempo, a maior parte das convenentes terceirizaram a atividade assistencial para empresas de medicina de grupo. Essas empresas médicas tornaram-se especializadas em gerir a assistência em saúde para as empregadoras, sobretudo as localizadas nas regiões Sudeste (principalmente São Paulo) e Sul. Nesse novo segmento empresarial, surgiriam também as cooperativas de trabalho médico, com atuação semelhante à das empresas de medicina de grupo, porém administrada pelos próprios médicos prestadores dos serviços e oferecendo seus atendimentos principalmente a pessoas físicas (CORDEIRO, 1982; BAHIA, 1999; FERREIRA, 2013; MENICUCCI, 2007 e 2014).

O terceiro e último decreto-lei instituiu o seguro-saúde voltado à cobertura aos riscos de assistência médica e hospitalar (BRASIL, 1966c). Apesar de sua regulamentação em 1966, os seguros-saúde só se tornariam atraentes no final da década de 1980, quando foi permitida a adoção de um modelo securitário similar aos das medicinas de grupo e das cooperativas médicas (FERREIRA, 2013).

As autogestões, as empresas de medicina de grupo e as cooperativas de trabalho médico – principalmente as duas últimas – aprimoraram gradativamente seus serviços e solidificaram seus respectivos nichos de atuação. Assim, num primeiro instante, a dinâmica de atuação dessas empresas estava atrelada à política previdenciária. Todavia, esses agentes de mercado começaram paulatinamente a se tornar independentes, principalmente em razão de os subsídios a eles canalizados terem sido substituídos, em 1974, pela concessão de descontos no imposto de renda aos empregadores que utilizavam seus serviços (BAHIA, 1999; MENICUCCI, 2014). Tais empresas, além das seguradoras que comercializavam seguro-saúde e de algumas instituições filantrópicas, se tornariam operadoras de planos privados de assistência à saúde no futuro.

No início da década de 1970, a previdência social incluiu outras categorias profissionais no sistema instituído pela LOPS. Assim, os trabalhadores rurais passaram a ser efetivamente assistidos a partir da criação do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (PRORURAL) em 1971 (BRASIL, 1971; MERCADANTE *et al.*, 2002; LUZ, 2014). Também passaram a ser cobertas as empregadas domésticas, em 1972, e os autônomos, em 1973 (BRASIL, 1972 e 1973).

No particular aspecto relacionado ao combate ao câncer de mama, o princípio da década de 1970 foi marcado pela chegada ao Brasil dos primeiros mamógrafos. Sobre isso, vale esclarecer que a mamografia é, até hoje, o método de eleição para o rastreamento da doença. No contexto de compra de serviços do setor privado pelo INPS, os dois primeiros equipamentos foram adquiridos pelo Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas em Oncologia e Obstetrícia, de São Paulo, e pelo Centro de Pesquisa Luíza Gomes de Lemos, do Rio de Janeiro (PORTO, TEIXEIRA e SILVA, 2013).

Em 1974, foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) para dar apoio financeiro a programas e projetos de caráter social. Em uma de suas principais linhas de financiamento, o FAS satisfez fortemente os interesses capitalistas do setor saúde, já que proporcionou a remodelação e a expansão de hospitais privados por meio de empréstimos

com juros subsidiados. De todos os recursos destinados pelo fundo para a ampliação do setor hospitalar, 79,5% foram investidos no setor privado (BRASIL, 1974; BAPTISTA, 2007; MENICUCCI, 2007; ESCOREL, 2008; PAIM *et al*., 2011).

Com a derrocada do milagre econômico, o sistema de saúde previdenciário começou a expor suas deficiências. Com efeito, tendo apostado na medicina curativa individualizada, o modelo não se propôs a enfrentar os principais problemas de saúde que assolavam a coletividade. Além disso, em razão da mesma aposta, o INPS teve de se deparar com os custos crescentes oriundos da cada vez mais complexa atenção médico-hospitalar. Esse aumento das despesas assistenciais acompanhou a diminuição das receitas do sistema decorrente da crise econômica, já que muitas pessoas tiveram seus salários reduzidos ou simplesmente perderam seus empregos. Tais desempregados passaram a compor parcela crescente da população que se via desassistida pela medicina previdenciária. Para acentuar o desequilíbrio orçamentário, era manobra recorrente o desvio de recursos do INPS para fazer frente a despesas de outros setores. E também eram comuns a realização de investimentos temerários e o não repasse pela União da contribuição do Tesouro Nacional para o financiamento do sistema (POLIGNANO, 2001; COELHO, 2016).

Alheia ao modelo previdenciário-assistencial oferecido pelo INPS, grande fatia da população ainda continuava sem direito à atenção à saúde, de modo que as condições sanitárias brasileiras permaneciam alarmantes: “a esperança de vida ao nascer na década de 1970 era de 52,7 anos, a taxa de mortalidade infantil era de 87,9 bebês para 1.000 nascidos vivos, e as doenças infecciosas e parasitárias constituíam uma das principais causas de óbito” (BAPTISTA, 2007, p. 41-42).

A despeito de sua gravidade, esse quadro caótico não sensibilizou, até 1974, o regime militar autoritário instaurado, que pouco investiu em saúde pública para se equacionar tal situação. Em 1967, o MS havia sido formalmente reestruturado para formular e coordenar a política nacional de saúde, desempenhar atividades médicas ambulatoriais, executar ações preventivas em geral, exercer o controle de drogas, medicamentos e alimentos, e cuidar da pesquisa médico-sanitária (BRASIL, 1967). Contudo, na prática, o baixo orçamento do Ministério continuava mantendo-o como mero órgão burocrático-normativo, incapaz de desenvolver as ações de saúde pública a ele atribuídas. Assim, políticas preventivas foram praticamente ignoradas e surtos epidêmicos de enfermidades antes controladas reapareceram. Acrescente-se ainda que os serviços de saúde federais, estaduais e municipais não eram

capazes de fazer frente à enorme demanda gerada pela população excluída do INPS (MOURA e GARCIA, 1994; BAPTISTA, 2007; MENICUCCI, 2007).

Atuando com alguma expressividade, destacou-se, na estrutura do MS, a Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (SUCAM). Reforçada administrativamente em 1970 e herdeira do sanitarismo campanhista, ao órgão foram atribuídas a execução das atividades de erradicação e controle de endemias (sucedendo o DNERu) e a realização de estudos epidemiológicos (BRASIL, 1970; POLIGNANO, 2001).

Portanto, até 1974, as ações do governo militar em saúde pública foram incipientes. Entretanto, após o insucesso do milagre econômico, o poder central, preocupado com a instabilidade institucional existente no país, passou a articular o II Plano Nacional de Desenvolvimento, que buscava a integração das políticas sociais e econômicas do Estado. Ao mesmo tempo, assistiu-se a um princípio de abertura do regime, o que possibilitou a expansão gradativa dos movimentos sociais, os quais se encontravam até então sufocados pela repressão, sem espaço para vocalizar suas demandas (BAPTISTA, 2007).

É nesse contexto que, apropriando-se do legado deixado pelo sanitarismo desenvolvimentista (REIS, 2015), surgiu e ganhou força o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). Sua base de apoio era constituída por profissionais e pesquisadores da área de saúde de renomadas instituições acadêmicas, intelectuais de diversos outros setores, sindicalistas e integrantes de partidos de esquerda mantidos na clandestinidade. Em suas manifestações, os integrantes do MRSB denunciaram as péssimas condições sociais e de saúde em que vivia a maior parte do povo brasileiro. O Movimento também criticou duramente a concessão de privilégios ao setor privado de saúde, bem como a mercantilização da medicina ocorrida sob a condução da previdência social. O MRSB, portanto, reivindicava a reconfiguração completa da assistência à saúde no Brasil, tendo sido agente promotor de reflexões e debates sobre saúde, cidadania e democracia, em um contexto de luta contra a ditadura (BRASIL, 2006a; BAPTISTA, 2007; VIANA e MACHADO, 2008; ROCHA, 2018).

As principais bandeiras do MRSB eram: a melhoria das condições de saúde da população; o reconhecimento da saúde como direito social universal, independentemente de qualquer contribuição ou de qualquer outro critério de discriminação; a responsabilidade do Estado na viabilização de acesso a esse direito; a observância dos princípios da integralidade da atenção e da equidade na assistência à saúde; a integração das ações de saúde em um único sistema, com a garantia de acesso de toda população a todos os serviços de saúde preventivos

e curativos; a reorientação do sistema a partir da descentralização administrativa e financeira das ações e dos serviços para estados e municípios; e a promoção pelo Estado da participação e do controle social das ações de saúde (COHN, 1995; MERCADANTE *et al.*, 2002; BAPTISTA, 2007).

As pressões formuladas pelos integrantes do MRSB – que gradualmente ocupavam postos relevantes no aparato estatal, em particular do sistema previdenciário (COHN, 1995), e estabeleciam alianças com parlamentares progressistas, gestores de saúde municipais e outros movimentos sociais (PAIM *et al*., 2011) – levaram o governo a adotar importantes medidas voltadas à universalização da assistência (BAPTISTA, 2007).

Dentro dessa lógica, surgiu, em 1974, o Plano de Pronta Ação (PPA), que previa, entre outras medidas, que os casos de urgência e emergência deveriam ser atendidos por todos os serviços próprios e contratados do INPS, independentemente de o paciente ser ou não contribuinte. Apesar das inúmeras fraudes, o PPA pode ser considerado um marco histórico da saúde pública brasileira, visto que, pela primeira vez, o Estado formalmente possibilitava a utilização de seus recursos para o atendimento universal. A despeito disso, o Plano acentuou a compra de assistência privada pela Previdência Social, tendo direcionado à rede própria pública os serviços de menor interesse empresarial, como a atenção primária ambulatorial e as hospitalizações de maior complexidade tecnológica (MOURA e GARCIA, 1994; MERCADANTE *et al.*, 2002; MENICUCCI, 2007; ESCOREL, 2008).

No ano seguinte, foi instituído o Sistema Nacional de Saúde (SNS), que delimitou o campo de ação dos setores público e privado na área de saúde. Basicamente, o SNS atribuía a medicina curativa ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), responsável por supervisionar o INPS, e a medicina preventiva ao MS (BRASIL, 1975; PAIVA e TEIXEIRA, 2014; CIELO *et al.*, 2015). O SNS foi a primeira tentativa de se racionalizar todo o sistema de saúde e distribuir, de forma integrada, as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde entre os setores público e privado (MERCADANTE *et al.*, 2002).

Por sua vez, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), iniciado em 1976, foi um programa federal de medicina simplificada com ênfase na prevenção de doenças transmissíveis e ações de saúde de baixo custo. Desenvolvido a princípio para comunidades com até vinte mil habitantes do Nordeste, o PIASS foi ampliado, em 1979, para todo o território nacional, o que levou a grande expansão da rede ambulatorial

pública (BRASIL, 1976 e 1979; POLIGNANO, 2001; MERCADANTE *et al.*, 2002; PAIVA e TEIXEIRA, 2014).

Com a finalidade de integrar as funções previdenciárias de concessão e manutenção de benefícios, prestação de serviços, custeio de atividades e programas, e gestão administrativa, financeira e patrimonial, foi criado o Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (SINPAS) em 1977, vinculado ao MPAS. No âmbito do SINPAS, instituiu-se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia desdobrada do INPS, a qual passou a se o responsável pela coordenação da assistência médica do sistema previdenciário (BRASIL, 1977; POLIGNANO, 2001).

Os militantes do MRSB também passaram a atuar mais diretamente na gestão previdenciária a partir de 1981, por meio do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), órgão atrelado ao INAMPS que tinha por função conter os custos assistenciais e combater as fraudes identificadas no sistema médico-previdenciário. A participação dos integrantes do MRSB no CONASP rompeu com a hegemonia tecnocrata daqueles que sempre estiveram à frente da administração da Previdência Social. A partir de então, os hospitais ligados ao INAMPS passaram a prestar contas de forma mais detalhada e a otimizar sua produtividade e a qualidade de seus serviços. Ao mesmo tempo, o Conselho buscou equalizar os serviços prestados às populações urbanas e rurais, eliminar a ociosidade do setor público, hierarquizar os serviços, reverter o modelo centrado na assistência hospitalar, substituir o pagamento de prestadores por unidade de serviço pela remuneração agregada de acordo com a demanda e a capacidade, instituir um sistema de auditoria médico-assistencial e rever os mecanismos de financiamento do FAS (BRASIL, 1981; POLIGNANO, 2001; MERCADANTE *et al.*, 2002; PAIVA e TEIXEIRA, 2014).

Em 1983, foram criadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), por meio das quais o INAMPS passou a comprar e a pagar por serviços de saúde curativos e preventivos prestados pelas redes públicas de estados e municípios e por unidades hospitalares federais, filantrópicas e universitárias, que assumiram o compromisso de oferecer assistência gratuita a toda população e não apenas aos beneficiários da previdência. As AIS significaram uma proposta de articulação dos serviços públicos com a rede previdenciária, visando à estruturação de um sistema unificado, regionalizado e hierarquizado (PAIM, 1986; MERCADANTE *et al.*, 2002; BRASIL, 2006a; BAPTISTA, 2007; ESCOREL, 2008).

1.2 Criação e características do SUS

Nos primeiros anos da década de 1980, o governo federal enfrentava gravíssima crise socioeconômica, caracterizada por forte recessão, elevados índices inflacionários, dívida externa estratosférica e enorme abismo social entre as camadas mais privilegiadas e as mais carentes. No cenário político, os militares já haviam sinalizado para a abertura lenta e gradual do regime autoritário, abrindo espaço para a reconquista da democracia (BUENO, 2010).

Durante essa transição do autoritarismo para a democracia, tornou-se notório o embate em torno das políticas públicas entre setores privatizantes e segmentos sociais estatizantes. Tal disputa política naturalmente produziu repercussões no setor de saúde (LUZ, 1991; BRASIL, 2006a; PAIM *et al*., 2011; MENICUCCI, 2007 e 2014).

Conforme exposto anteriormente, a crise de financiamento da Previdência levou o INAMPS a adotar uma série de medidas a fim de racionalizar suas despesas e de fortalecer a trajetória em direção à dissolução das diferenças entre a clientela segurada e a não segurada, isto é, em direção à universalização da assistência pública à saúde. Nesse contexto, ganharam relevo a reorientação da assistência promovida pelas já comentadas AIS e a dispensa da necessidade de apresentação da Carteira de Segurado para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados (BRASIL, 2002; ESCOREL, 2008).

No que se refere especificamente às políticas de saúde destinadas às mulheres, surgiu, em 1984, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que preconizava atenção ampla à saúde da população feminina brasileira. Apesar de sua proposta alinhada à integralidade assistencial e de sua forte aceitação, o programa focava principalmente em atividades de prevenção e controle do câncer do colo do útero, ao passo que a abordagem do câncer de mama se restringia ao exame clínico e ao autoexame das mamas (PORTO, TEIXEIRA e SILVA, 2013).

Em março de 1986, realizou-se em Brasília a 8ª CNS, evento que é considerado marco na história do sanitarismo brasileiro. Durante cinco dias, pesquisadores do campo de Saúde Pública, profissionais de saúde, políticos militantes da área e representantes da sociedade civil discutiram amplamente os rumos a serem tomados pela saúde no Brasil (BRASIL, 2009). As discussões, capitaneadas por lideranças do MRSB, envolveram três temas principais: saúde como direito, reformulação do SNS e financiamento do setor (BRASIL, 1986 e 2006; BAPTISTA, 2007).

No bojo das discussões sobre o SNS, reconheceu-se que o modelo de organização do setor público de saúde era anárquico, pouco eficiente, ineficaz e desacreditado pela população, com uma prestação assistencial excludente, discriminatória, centralizadora e corruptora. Esse quadro decorreria da falta de prioridade pelos governos às áreas sociais, da vigência de uma política de saúde voltada a privilegiar os interesses de empresários da área médico-hospitalar, da escassa participação popular no processo de formulação e controle das políticas e serviços de saúde, da centralização das decisões e dos recursos em nível federal, entre outros. Assim, ficou assente a necessidade de se criar um sistema de saúde com novo arcabouço institucional, totalmente separado da Previdência Social e coordenado por um único órgão de comando em cada nível de governo (BRASIL, 1986).

Além de tais características, o novo sistema nacional de saúde, que deveria se chamar Sistema Único de Saúde, teria de ser regido pelos seguintes princípios: integralização das ações; cobertura universal; equidade de acesso; descentralização da gestão dos serviços, especialmente em direção aos municípios; regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços; participação popular na formulação de políticas públicas, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde; entre outros (BRASIL, 1986).

Os debatedores da 8ª CNS manifestaram-se, ainda, pela implantação imediata de um novo relacionamento entre o setor público e o setor privado. Nessa linha, o SUS deveria privilegiar o fortalecimento estatal em nível federal, estadual e municipal, tendo como meta a progressiva estatização do setor saúde. Os prestadores de serviços privados de saúde passariam a se submeter a controle efetivo pelo poder público, tornando-se concessionários de serviço público, regidos por contratos-padrão norteados por princípios de direito público. Os lucros abusivos seriam coibidos e, no caso de inobservância das normas estabelecidas pelo setor público, poderia ser considerada a possibilidade de expropriação dos estabelecimentos privados (BRASIL, 1986).

Um primeiro desdobramento da 8ª CNS foi a implantação, em 1987, do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que se pautava em convênios firmados entre o INAMPS e os governos estaduais (BRASIL, 1987; CIELO *et al.*, 2015). O SUDS, formulado no arcabouço burocrático do INAMPS, serviu de elo entre o sistema de saúde tal qual se encontrava naquele momento e o pretendido SUS. A proposta promoveu avanços na política de descentralização da saúde, incluída aí a descentralização orçamentária, o que conferiu maior autonomia aos estados na programação das atividades referentes ao setor. Além disso,

deu continuidade às estratégias de hierarquização, regionalização e universalização da rede de saúde (MERCADANTE *et al.*, 2002; BAPTISTA, 2007; ESCOREL, 2008).

Contudo, a contribuição mais valiosa da 8ª CNS foi feita à Assembleia Nacional Constituinte de 1987-1988, que, apesar da forte oposição e articulação política do setor privado, acatou várias proposições ventiladas durante a Conferência, alçando-as ao texto final da Constituição da República de 1988 (BAPTISTA, 2007; PAIM *et al*., 2011; GADELHA, 2015). Assim, nascia finalmente o Sistema Único de Saúde tão almejado pelo MRSB, com os preceitos da universalidade, integralidade, equidade, regionalização, hierarquização, descentralização e participação comunitária fortalecidos pelo *status* constitucional (BRASIL, 1988).

A Constituição Cidadã estipulou ainda que as instituições privadas poderiam participar de forma complementar do SUS, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. Além de estabelecer os contornos do SUS, a Lei Maior fixou que saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas voltadas à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A influência da 8ª CNS também se viu sentir dois anos após a promulgação da Constituição de 1988, quando foi editada a Lei Orgânica da Saúde (LOS). Esse diploma legal tracejou mais detalhadamente os objetivos, as diretrizes, os princípios e a organização do SUS. A lei estatuiu que o SUS é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. Estabeleceu também três objetivos para o SUS: a) identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde; b) formular políticas destinadas a promover: b.1) a redução de riscos de doenças e de outros agravos; e b.2) o estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde; e c) prestar assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990b).

Considerando, portanto, as disposições previstas na Constituição da República e na LOS, pode-se afirmar que o SUS é o sistema de saúde brasileiro único, que, orientado por políticas públicas de saúde articuladas a outras políticas de natureza social e econômica,

disponibiliza um conjunto de ações e serviços oferecidos pelo poder público por meio de rede regionalizada e hierarquizada, a qual é formada por prestadores de serviços de saúde próprios e, complementarmente, por prestadores privados contratados e conveniados. As ações e os serviços do SUS são ofertados gratuitamente de maneira universal, integral e igualitária, ou seja, a todos que estiverem no território nacional e que deles precisarem, conforme suas condições de saúde e necessidades de atendimento, e sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (BRASIL, 1988 e 1990; POLIGNANO, 2001).

O SUS, que absorveu a estrutura do INAMPS em 1993, foi inserido em um alcance mais dilatado de política pública, o da seguridade social, a qual abarca, além das políticas de saúde, as políticas de previdência e de assistência social. Essa acepção mais ampla propôs a integração da saúde a políticas econômicas e sociais e significou a estruturação de uma proteção social abrangente, justa, equânime e democrática. Abrangente porque estabeleceu a saúde como direito de todos, garantindo-se a universalidade da cobertura e do atendimento pelo Estado; justa, uma vez que instituiu uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços para as populações urbanas e rurais, rompendo com o modelo meritocrático e excludente anterior; equânime, visto que definiu uma forma de participação do custeio pautada em equidade; e democrática, tendo em conta que previu uma gestão administrativa descentralizada, assegurando-se a participação popular na formulação de políticas sanitárias e o controle social das ações e serviços de saúde (MERCADANTE *et al.*, 2002; BAPTISTA, 2007; PAIM *et al*., 2011).

O SUS significou ainda a superação de uma das características históricas mais significantes do sistema de saúde brasileiro: a fragmentação institucional e programática das instituições públicas, constituída pela divisão entre a assistência médico-previdenciária e as políticas preventivas do Ministério da Saúde (BAHIA, 1999).

Ao longo de mais de trinta anos de existência, os princípios que caracterizam o SUS nortearam a formulação de diversas políticas de saúde em várias áreas técnicas, tais como: saúde da mulher, do homem, do idoso, da criança (incluindo aleitamento materno), do adolescente e do jovem, da população negra, da população penitenciária, do trabalhador, do indígena, da pessoa com deficiência, entre outros. Além dessas macropolíticas, variadas políticas de saúde específicas e programas do Ministério da Saúde são articulados pelo SUS, como por exemplo: Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, Programa Nacional de DST-AIDS, Política Nacional de Promoção da Saúde, Melhor em Casa (atendimento domiciliar), Programa Nacional de Controle da Dengue, SOS Emergências,

Farmácia Popular, Academia da Saúde, Política Nacional de Alimentação e Nutrição, Programa de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Política Nacional de Saúde Bucal, Unidades de Pronto Atendimento, Doação e Transplante de Órgãos, Medicamento Fracionado, Projeto de Expansão da Assistência Oncológica, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Programa de Combate às Carências Nutricionais, Projeto Olhar Brasil (atenção oftalmológica), Programa Nacional de Controle do Tabagismo, Humaniza SUS (integração entre gestão e atenção em saúde), De Volta para Casa (saúde mental), Bancos de Leite Humano, QualiSUS-Rede, vigilâncias sanitária e epidemiológica, entre outros (POLIGNANO, 2001; PAIM *et al*., 2011; CIELO *et al.*, 2015).

No que se refere à atenção à saúde das mulheres, foi lançado, em 1997, o projeto Viva Mulher, que passou a contemplar, a partir de 2002, um módulo de controle do câncer de mama, primeira iniciativa relacionada especificamente à doença. Com isso, cinquenta mamógrafos foram distribuídos a Secretarias Municipais de Saúde. A partir de 2004, diversas outras medidas abarcando a patologia passaram a ser gradativamente adotadas pelo SUS: Conferência de Consenso Relacionada ao Controle do Câncer de Mama (2003), Política Nacional de Atenção Oncológica (2005), Pacto pela Saúde (2006), Programa Mais Saúde (2008-2011), implantação do Sistema de Informação de Controle do Câncer de Mama (2009), Plano de Fortalecimento do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama (2011), Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (2012), Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (2013) e Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma de Mama (2018), entre outras (BRASIL, 2004, 2006c, 2013 e 2018c; PORTO, TEIXEIRA e SILVA, 2013).

1.3 *Mix* público-privado na área de saúde do Brasil

A despeito de institucionalizar em nível constitucional diversos anseios do MRSB, a Carta Política promulgada em 1988 não contemplou uma das principais ambições do Movimento: o de estatizar progressivamente todo o setor saúde (BRASIL, 1986 e 1988).

Dessa forma, seguiu coexistindo, ao lado e dentro do SUS, um setor privado de saúde, o qual fora estruturado, ao longo de décadas, a partir de volumosos financiamentos por parte do poder público (MENICUCCI, 2007; OCKÉ-REIS, 2012). Esse segmento é constituído por denso parque tecnológico-hospitalar (com unidades com fins lucrativos e

filantrópicas), clínicas cirúrgicas e de exames de imagem, profissionais de saúde autônomos, laboratórios de análises clínicas, operadoras de planos de saúde e indústrias de medicamentos e de equipamentos médicos (CORDEIRO, 1982; SANTOS *et al.*, 2008; CARDOSO *et al.*, 2017).

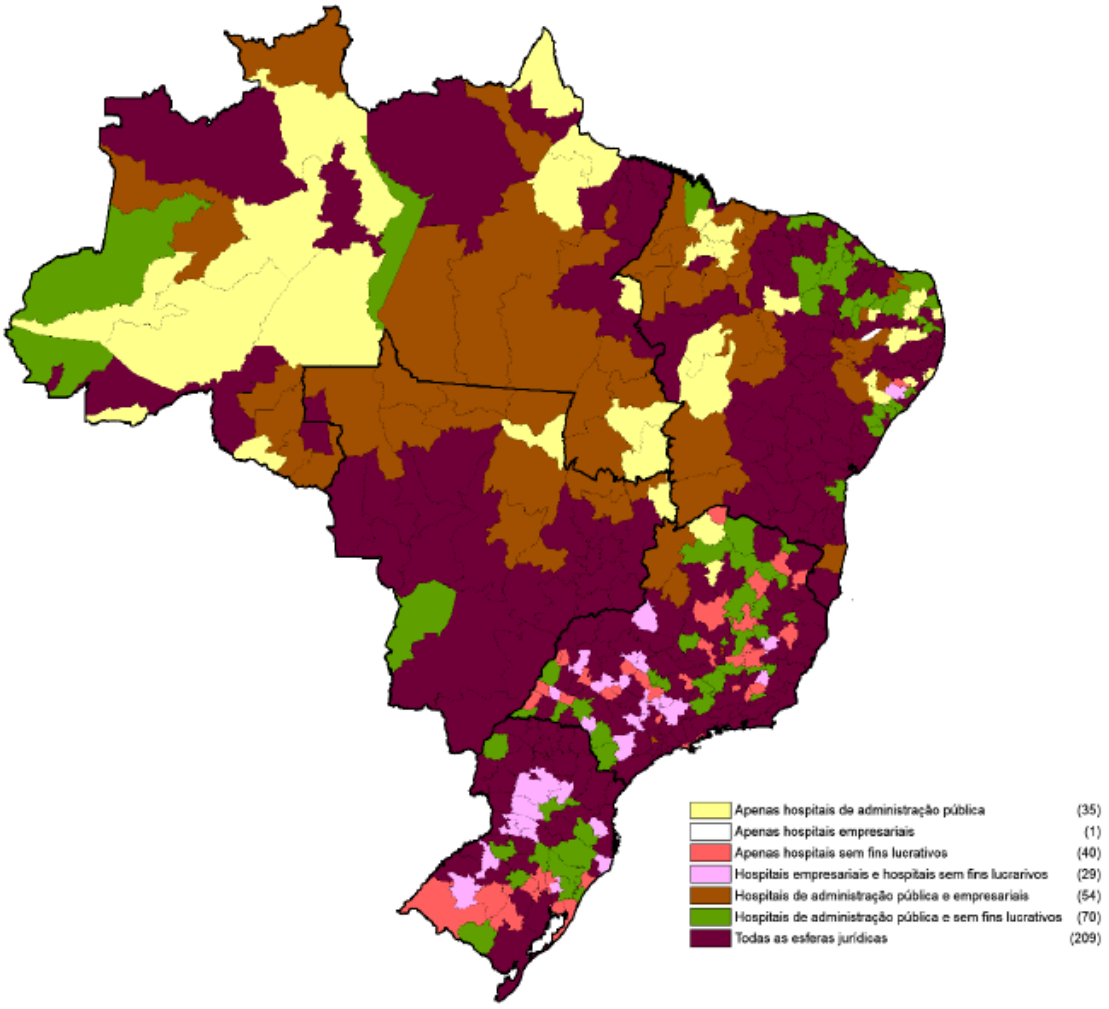
A manutenção, em tempos atuais, dessa dualidade decorre da polarização entre as forças heterogêneas – sociais-democratas progressistas e neoliberais – que disputavam espaços no setor saúde durante as discussões ocorridas na Assembleia Nacional Constituinte:

> Como resultado a Constituição apresenta um sistema híbrido e segmentado: por um lado consagra a saúde como direito, garante a universalidade e acesso à assistência, amplia a responsabilidade estatal e define a estruturação de um sistema inclusivo; por outro, preserva a liberdade do mercado e garante a continuidade das formas privadas de assistência (MENICUCCI, 2014, p. 81).

Nesse contexto, deve-se salientar que a pujança do setor privado no *mix* é bastante pronunciada. Em 2009, havia 6.875 unidades hospitalares no Brasil, sendo aproximadamente 40% públicas e 60% privadas. Entre os hospitais privados, cerca de dois terços prestavam algum tipo de atendimento ao SUS (COELHO, 2016; BRASIL, 2019). Cabe lembrar, porém, que esses mesmos hospitais privados, que detinham quase 70% dos leitos do país em 2005, prestavam serviços não apenas ao SUS, mas também às operadoras de planos de saúde (SANTOS *et al*., 2008), sendo que sua remuneração, em 2007, chegou a ser oito vezes maior quando realizada pelo mercado privado do que pelo sistema público (BAHIA, 2009).

Em 2017, quase 50% das 438 regiões de saúde do país contavam com hospitais pertencentes à Administração Pública, empresariais e filantrópicos (BRASIL, 2019), o que demonstra a presença espacial do *mix* público-privado hospitalar em boa extensão do território nacional, conforme demonstra a Figura 1.1.

Figura 1.1 – Regiões de saúde segundo composição das diferentes esferas jurídicas dos hospitais – Brasil, 2017



Fonte: BRASIL, 2019.

Ainda em relação à robustez do setor privado na saúde, merecem destaque os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), que são responsáveis por realizar exames complementares laboratoriais, de imagem, gráficos, entre outros. Em 2005, 92% desses serviços eram de propriedade privada (SANTOS *et al*., 2008), percentual que chegou a 93,7% em 2017 (VIACAVA *et al.*, 2018), o que revela forte dependência do SUS em relação aos prestadores privados para a realização de exames.

Além do estabelecimento de convênios ou contratos entre o SUS e a rede privada complementar para o oferecimento de serviços públicos de saúde à população, existem diversas outras formas de imbricamento público-privado no sistema de saúde brasileiro: a superposição de demanda sobre a rede privada, que presta serviços ao SUS e às operadoras de planos de saúde; a compra, via operadoras de planos de saúde ou pagamento direto, de serviços médico-hospitalares de média e alta complexidade oferecidos pela rede pública por intermédio de fundações privadas de apoio atreladas a hospitais públicos de ensino; as desonerações fiscais a prestadores privados e aos consumidores dos seus serviços, sejam

pessoas físicas ou jurídicas, com ou sem o intermédio de operadoras de planos de saúde; o gasto de órgãos públicos com prestadores privados e operadoras de planos de saúde para a assistência de seus colaboradores e de seus familiares; a contratação de instituições do terceiro setor para a gestão de unidades e serviços; a criação de empresas públicas e sociedades de economia mista para o mesmo fim; a contratação de cooperativas de profissionais de saúde para atuarem em unidades públicas; e a utilização de serviços do SUS por beneficiários de planos de saúde (VIANA e MACHADO, 2008; PIOLA *et al.*, 2009; PAIM *et al*., 2011; SANTOS *et al.*, 2013).

Sobre as operadoras de planos de saúde, cumpre assinalar que tais agentes se inserem no *mix* público-privado de maneira suplementar ao SUS, isto é, os planos comercializados oferecem serviços que já são cobertos pelo sistema público. Assim, há uma cobertura duplicada para os beneficiários desses produtos, a qual introduz importantes desigualdades no acesso aos serviços de saúde. De fato, tais beneficiários têm maior facilidade para agendar seus atendimentos, além de a oferta de serviços hospitalares e, principalmente, de equipamentos de média e de alta complexidade ser muito maior para eles do que para os usuários exclusivos do SUS (SANTOS *et al*., 2008; BAHIA, 2009; NISHIJIMA *et al.*, 2010).

A iniquidade entre beneficiários de planos de saúde e usuários exclusivos do SUS é ainda mais grave no que se refere aos SADT. Considerando que boa parte desses serviços está disponível apenas aos beneficiários (que compõem apenas um quarto da população), há uma concentração da oferta da infraestrutura de diagnóstico a favor desse grupo de pessoas. A título de exemplo, em 2010, havia dez vezes mais aparelhos de ressonância magnética, sete vezes mais mamógrafos e tomógrafos, e três vezes mais equipamentos de radioterapia à disposição dos beneficiários de planos de saúde do que os oferecidos à população brasileira por meio do SUS (SANTOS *et al*., 2013). Esse quadro prejudica toda a assistência (e não apenas a realização de exames) aos socialmente mais desfavorecidos, a quem é inviável possuir um plano:

> Deste modo, pode-se propor a hipótese de que quem possui plano privado de saúde – indivíduos com maior preço de reserva e, portanto, com maior renda – tem maior probabilidade de obter um diagnóstico médico mais rápido que os demais. Isto aumenta sua chance de receber um tratamento público com internação mais rapidamente que os demais, o que implica na obtenção de um tratamento de melhor qualidade (NISHIJIMA *et al*., 2010, p. 597).

Sobre os subsídios do Estado para o setor privado no âmbito da saúde, inclui-se principalmente o gasto tributário, isto é, os recursos tributários que o Estado deixa de arrecadar, mediante desonerações fiscais. Tais subsídios atuam como incentivo fiscal às

indústrias química e farmacêutica, aos prestadores de serviços de saúde e às operadoras de planos de saúde filantrópicos e, também, como indutores à compra de serviços e de planos de saúde, visto que as despesas com esses itens podem ser deduzidas da base sobre a qual é calculado o imposto de renda devido por pessoas físicas e jurídicas (OCKÉ-REIS, 2013). Esses incentivos apresentam caráter não equitativo, uma vez que permitem a alocação de recursos públicos em favor dos estratos superiores de renda (OCKÉ-REIS, 2012).

Em 2007, as entidades filantrópicas usufruíram de desonerações tributárias da ordem de R$ 1,6 bilhão somente na esfera federal. Além disso, no mesmo ano, as deduções tributárias do imposto de renda referentes a despesas com saúde alçaram o montante de R$ 4,1 bilhões, o que correspondia a 10,1% do gasto federal em saúde (SANTOS *et al*., 2008; BAHIA, 2009). Em 2011, o gasto tributário com a saúde correspondeu a 10,47% do gasto tributário total brasileiro, alcançando a importância de R$ 15,8 bilhões. No mesmo ano, a isenção do imposto de renda para despesas com saúde privada alcançou a marca de 22,5% de todo o gasto federal com saúde. Quase a metade dessa isenção correspondeu às despesas com planos de saúde, as quais contribuíram com 9,18% do faturamento das operadoras (OCKÉ-REIS, 2013; SANTOS, 2016).

Como contrassenso, paralelamente a esses subsídios fiscais ao setor privado, há um sucateamento e um subfinanciamento crônico das ações e dos serviços de saúde do SUS (PAIM *et al*., 2011; OCKÉ-REIS, 2012; VIACAVA *et al.*, 2018). Sobre isso, deve-se sinalizar que, em 2009, o gasto público em saúde por habitante foi de R$ 665,00, enquanto o gasto privado com planos e seguros de saúde foi de R$ 1.526,00 por beneficiário (SANTOS *et al*., 2013). Acrescente-se que os gastos tributários em saúde, além de serem iníquos, uma vez que são benefícios destinados às famílias de mais alta renda e às organizações empresariais de maior faturamento (famílias e organizações empresariais que podem pagar pelos planos e seguros de saúde), não contribuem para a descentralização dos serviços médico-hospitalares ou para a destinação de recursos públicos às regiões mais carentes desses serviços e recursos (DAIN, QUADROS e CAVALCANTI, 2003).

Nota-se, ainda, um processo de reestratificação do acesso e da utilização de serviços de saúde a partir de dois vetores: a destinação exclusiva de parte dos estabelecimentos filantrópicos de primeiro nível para a clientela capaz de adquirir os melhores planos de saúde; e a proliferação de planos de saúde (com rede composta por prestadores de pequeno porte e a adoção de pagamento por coparticipação dos beneficiários) para servidores públicos e segmentos que ocupam postos de trabalho menos especializados (BAHIA, 2009). Em relação

ao segundo vetor, deve-se destacar que os gastos do governo federal com assistência privada à saúde para os servidores públicos e para seus familiares equivalem a 5% do valor total do orçamento do MS (SANTOS, 2016).

A título de complementação do panorama relacionado ao *mix* público-privado, cabe assinalar que, além de gerenciar o SUS – que tem caráter universal –, o poder público mantém alguns outros modelos de serviços de saúde, os quais são exclusivamente destinados a alguns grupos de servidores públicos. Nesse contexto, são exemplos as unidades de saúde militares (hospitais, policlínicas, postos médicos, ambulatórios, laboratórios, odontoclínicas etc.), os institutos e as caixas de assistência aos servidores de alguns entes federativos, a contratação por alguns entes e entidades públicas de serviços de saúde prestados pela iniciativa privada, os centros ou departamentos médicos de alguns órgãos (especialmente dos Poderes Legislativo e Judiciário), a concessão de reembolsos por despesas com saúde e os já comentados planos de saúde contratados especificamente para tais servidores (CUNHA, 2016).

Pode-se constatar, então, que os arranjos entre o público e o privado acima delineados levam o SUS – sistema universal, financiado por toda a sociedade por meio de impostos e contribuições sociais, e baseado na saúde como direito e na redistribuição da riqueza – a ceder espaço a um sistema segmentado, que não garante o acesso a todos os níveis de atenção, em todas as regiões, especialmente nos vazios sanitários e para populações vulneráveis e negligenciadas, em que e para quem o setor privado não se interessa por oferecer serviços. Esse quadro em desfavor do SUS se acentua ainda mais se forem considerados os efeitos da chamada desvinculação das receitas da União (que reduzem ainda mais a destinação de recursos orçamentários à saúde) e da participação do capital estrangeiro, direta ou indiretamente, no campo da saúde (SCHEFFER, 2015; VIACAVA *et al.*, 2018).

Seja como for, apesar de franqueada a presença da iniciativa privada na área de saúde, o SUS deve ser entendido como um sistema único, com comando igualmente único em cada nível de governo. Ele é sistema porque é composto por um conjunto de instituições, é guiado por princípios, diretrizes e políticas articuladas voltadas ao atendimento do interesse público, encontrando-se organizado em uma rede presente em mais de cinco mil municípios. Essa rede está disponível a mais de 200 milhões de indivíduos e oferece coordenadamente ações e serviços, que são executados por mais de 44 mil postos e centros de saúde, cerca de 40 mil policlínicas (incluindo os PAMs) e clínicas especializadas, 20 mil estabelecimentos de SADT, quase seis mil hospitais e mil prontos-socorros (CUNHA e CUNHA, 1998; PIOLA *et al.*, 2009; SANTOS, 2016; PAIVA e TEIXEIRA, 2014; BRASIL, 2019).

Ao lado do SUS e com ele imbricado, coexiste o setor privado de saúde, que não é um sistema, não se propõe a funcionar como tal, objetiva apenas o lucro e tem seus agentes atuando de forma concorrencial entre si, razão pela qual se conforma como um campo fragmentado (SANTOS, 2016). Esses agentes disputam recursos com o sistema público (LUDWIG e CASAGRANDE, 2013), são responsáveis pela maior parte dos investimentos em saúde promovidos no país (BAHIA, 2009; SANTOS, 2016), atraem os melhores profissionais de saúde (SCHEFFER, 2015) e, apesar disso, estão à disposição de apenas uma parcela restrita da população, especialmente a coberta por planos de saúde (SANTOS *et al.*, 2008; BAHIA, 2009; NISHIJIMA *et al*., 2010; COELHO, 2016). Eles participam do SUS em razão de ser inviável ao poder público oferecer, apenas com recursos próprios, cobertura assistencial completa em nosso vasto e diverso território nacional (PIOLA *et al*., 2009). Por outro lado, parcela significante dos estabelecimentos privados (28,3%), especialmente dos que realizam internações (67%), depende dos recursos públicos, já que atende exclusivamente ao SUS ou é de uso misto (SANTOS *et al.*, 2013; VIACAVA *et al.*, 2018).

Além de tais características, o setor privado de saúde desenvolveu-se e ainda se mantém, em boa parte, a partir de diversos subsídios estatais (CORDEIRO, 1982; BAHIA, 1999; MENICUCCI, 2007 e 2014; ESCOREL, 2008; PAIM *et al*., 2011; OCKÉ-REIS, 2012 e 2013; FERNANDES, 2015; SANTOS, 2016; GOMES e MACIEL, 2019). Como se verá no próximo capítulo, é nesse contexto de financiamento público do setor privado que se insere o mecanismo de ressarcimento ao SUS, o qual busca atenuar, para o sistema público, os efeitos indesejáveis decorrentes do conflito de interesses estabelecido entre os agentes envolvidos no *mix* público-privado da área de saúde do Brasil.

2 REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR E RESSARCIMENTO AO SUS

No capítulo anterior, foi apresentado o desenvolvimento do *mix* público-privado da área de saúde do Brasil. Viu-se de que forma a medicina previdenciária surgiu e progrediu a partir dos anos 1930 e, nesse contexto, como o setor privado de saúde, o qual inclui o segmento de planos e seguros de saúde, se expandiu, especialmente pelo custeio do poder público. Também se analisou o surgimento do MRSB e sua influência para as cumulativas modificações da assistência à saúde prestada pelo Estado brasileiro, o que culminou com a criação do SUS, sistema público de saúde regido pelos princípios da universalidade, da integralidade e da gratuidade, entre outros. Examinaram-se, ainda, os aspectos que caracterizam a interação entre os campos público e privado no domínio da saúde.

Neste capítulo, será estudado como o ressarcimento ao SUS, instrumento regulatório utilizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), contribui para se atenuar o desequilíbrio existente entre as extensões pública e privada da saúde brasileira. Assim, a fim de situar referida ferramenta no ambiente regulado em que ela se insere, será realizada uma

breve recuperação histórica da evolução dos desenhos estatais desde a Revolução Francesa até os tempos atuais, partindo do modelo liberal até chegar ao modelo de Estado regulador. Além disso, serão apresentadas as múltiplas faces que o conceito de regulação encerra e os antecedentes da regulação no Brasil. Por fim, serão abordados a reforma do aparelho do Estado no Brasil, a criação das agências reguladoras, o marco regulatório do mercado de saúde suplementar, a criação da ANS, o enquadramento dessas iniciativas como políticas públicas e as características do ressarcimento ao SUS e do seu procedimento administrativo de cobrança.

2.1 Do Estado Liberal ao Estado Regulador

O modelo estatal liberal decorrente da Revolução Francesa preconizava que o Estado deveria focar sua atuação na garantia do bem-estar geral, que seria alcançado pelo exercício da plena liberdade de cada indivíduo. Sendo livre, cada pessoa teria condições de buscar seu próprio bem-estar e, do conjunto dos esforços de cada um nesse mesmo sentido, resultaria o bem-estar geral. Nesse contexto, não caberia ao Estado intervir na economia, que funcionaria pela mão invisível do mercado, sendo asseguradas a livre iniciativa, a propriedade privada e a autonomia contratual. As funções do Estado se restringiriam à defesa da nação contra ataques externos, à conservação da segurança de cada indivíduo em face dos demais membros da sociedade e à criação e manutenção de certas instituições cuja existência não se espera advir da iniciativa privada (CUNHA, 2003; SOUTO, 2004; BARROSO, 2006; GREGORI, 2007; FIGUEIREDO, 2009).

O Estado Liberal pressupunha a existência de uma igualdade entre os indivíduos. Contudo, essa igualdade era garantida apenas no âmbito formal, sendo certo que, no plano material da realidade, as pessoas não dispunham das mesmas condições e recursos para atingir a satisfação de seus interesses. Assim, a ordem jurídico-institucional desse modelo estatal favorecia o cometimento de abusos por alguns em detrimento das expectativas de outros. De fato, no aspecto da livre iniciativa, o produtor fornecia bens sem o controle de preço, qualidade e quantidade, restando à população aceitar o que era oferecido. Do ponto de vista da propriedade privada, não se cogitava o direito de vizinhança ou da sociedade, bastando ao proprietário invocar seu direito de domínio. E, na seara da autonomia contratual, a força de trabalho era explorada de toda forma, não havendo direitos individuais relacionados a

descanso, férias, jornada de trabalho, ambiente de trabalho, trabalho infantil, de gestante e de idosos, entre outros (CUNHA, 2003).

Negando os postulados básicos do liberalismo, adveio, no final do século XVIII, a visão estatal socialista, que defendia que a iniciativa econômica deveria estar a cargo do Estado, a quem caberia produzir riquezas e distribuí-las à sociedade. Em tal concepção, a propriedade dos meios de produção seria do Estado, que planejaria o que deveria ser produzido e em que condições. Esse modelo, portanto, propôs a supressão da livre iniciativa, da propriedade privada e da liberdade contratual, dando vez ao planejamento econômico racional e centralizado em torno do poder público. Surgiu aí o dirigismo contratual, assegurando direitos mínimos aos mais vulneráveis nos contratos de locação de mão de obra. Contudo, apesar da preocupação com a questão da igualdade, o Estado Socialista também não prosperou, uma vez que, não havendo competição entre unidades produtoras, a quantidade, a qualidade e o preço dos bens e serviços produzidos não atendiam aos anseios individuais dos membros da sociedade (CUNHA, 2003; SOUTO, 2004; FIGUEIREDO, 2009).

Sobreveio, então, no final do século XIX, um desenho estatal intermediário aos dois anteriores, o qual foi chamado de Estado de Bem-Estar ou *Welfare State*. Pautado no princípio da solidariedade, isto é, no compartilhamento mútuo dos riscos sociais por todos os membros da sociedade, esse modelo, apesar de reconhecer a livre iniciativa dos indivíduos, autorizava o Estado a intervir na economia em situações consideradas especiais. Além disso, a despeito de admitir a propriedade privada, esta deveria permanecer sujeita a uma função social, cabendo ao Estado, se necessário, também intervir para que tal função fosse cumprida. E, mesmo aceitando a autonomia contratual, o *Welfare State* conferia ao Estado a prerrogativa de, mais uma vez, intervir para reequilibrar relações em favor da parte mais frágil (CUNHA, 2003; SOUTO, 2004; BARROSO, 2006; GREGORI, 2007; FIGUEIREDO, 2009).

Em razão de sua pretensão de satisfazer um amplo leque de direitos sociais, notadamente dos hipossuficientes, e, com isso, mitigar os efeitos excludentes do capitalismo, o Estado de Bem-Estar precisou assumir uma variedade extensa de competências. Ao mesmo tempo, com o intuito de promover o desenvolvimento das nações, coube ao *Welfare State* a atuação direta na economia como empreendedor em setores considerados estratégicos. Esse largo espectro de compromissos levou-o a ter de organizar uma infraestrutura político-administrativa cada vez mais robusta e complexa, cuja manutenção passou a gerar um déficit financeiro público gradualmente crescente em diversos países a partir do pós-guerra (CUNHA, 2003; BARROSO, 2006; GREGORI, 2007; FIGUEIREDO, 2009).

A partir dos questionamentos relativos ao tamanho do Estado de Bem-Estar, ao elevadíssimo custo de sua postura assistencialista e à sua incapacidade de suprir todas as demandas sociais, ganhou força, a partir dos anos 1980, a configuração estatal reguladora. Os defensores desse modelo preconizam a desestatização da economia, com a transferência da execução das atividades voltadas à satisfação dos interesses coletivos para instituições organizadas e geridas pela própria sociedade e para a iniciativa privada. Ao Estado caberia regular essas atividades, isto é, normatizar, planejar e fiscalizar sua execução pelo particular, de modo a compatibilizar a satisfação dos destinatários dos bens e serviços, a expectativa lucrativa dos empreendedores e o interesse coletivo, sedimentado na ampla eficiência econômica concomitante à garantia da segurança coletiva. Com isso, o mercado seria induzido a alcançar metas socialmente desejáveis, as quais garantiriam o desenvolvimento socioeconômico da nação. Residualmente, o Estado atuaria, ainda, em áreas em que a iniciativa privada, por si só, não teria condições de atingir metas sociais ligadas ao interesse coletivo (JUSTEN FILHO, 2002; CUNHA, 2003; BARROSO, 2006; GREGORI, 2007; FIGUEIREDO, 2009).

2.2 A atividade regulatória do Estado

A regulação da economia é um fenômeno multifacetário que envolve um complexo heterogêneo de funções. Um mesmo Estado pode empregar diferentes estratégias regulatórias em razão das necessidades efetivamente observadas na sociedade e na economia. A atividade reguladora estatal engloba todas as formas de organização da vida econômica, seja pela intervenção por meio de concessões de serviços públicos, seja pela modulação desses mesmos serviços via imposição de preços e de garantias relacionadas à universalização, à qualidade ou à quantidade a ser produzida. Há regulação, ainda, quando o Estado exerce seu poder de polícia para ordenar o ambiente econômico, valendo-se tanto da edição de regras para o funcionamento de mercados quanto da fiscalização do comportamento dos agentes econômicos (SALOMÃO FILHO, 2001; ARAGÃO, 2002 e 2013; MATTOS, 2017a).

A noção de regulação abrange também o respeito ao equilíbrio de interesses das múltiplas forças sociais, a elaboração de regulamentos setoriais, a aplicação concreta de tais regras, a composição ponderada de conflitos delas advindos e a repressão às infrações aos

comandos reguladores. A atividade regulatória alcança a seara dos monopólios (evitando que eles lesem a economia popular), do estímulo à concorrência e do direcionamento de atividades econômicas sensíveis ao interesse público (ARAGÃO, 2002 e 2013; SOUTO, 2004; MATTOS, 2017a).

Assim, nessa perspectiva polissêmica, a regulação estatal se ocupa dos mercados socialmente relevantes, para os quais o Estado regulador edita normas técnicas despolitizadas voltadas a disciplinar a organização e o funcionamento equilibrado do respectivo segmento, o ingresso e a permanência dos agentes que atuam no setor, as características dos bens e serviços negociados, a livre escolha de fornecedores, o incentivo à concorrência entre eles, a política de preços, entre outros aspectos específicos de cada campo econômico. Além disso, a regulação abarca a competência para fiscalizar as atividades desempenhadas pelas organizações reguladas, sancionar as que transgredirem os regramentos estabelecidos e solucionar conflitos entre os agentes de mercado e seus concorrentes, ou seus consumidores, ou, ainda, a própria instituição reguladora. Com esse conjunto de intervenções, a regulação busca proteger direitos fundamentais individuais e coletivos, promover valores sociais relevantes e fazer prevalecerem os princípios estabelecidos pelo Estado para conformar sua Ordem Econômica (CUNHA, 2003; SOUTO, 2004; MAGALHÃES JUNIOR e SANTOS, 2008; FIGUEIREDO, 2009).

Sob uma análise de cunho jurídico, regular significa exercer função normativa a partir de delegação legislativa com o intuito de adaptar o conteúdo de regras gerais e abstratas contidas em normas primárias (em geral, a lei) a situações novas. A necessidade de adaptação decorre da complexidade do funcionamento dos sistemas político e econômico, que não são estáticos (MATTOS, 2017a). Nesse contexto dinâmico da realidade social, o legislador, a fim de conferir maior eficiência ao processo decisório regulador, pode optar, sob certas circunstâncias, por retirar certas matérias do domínio da lei, passando-as ao domínio do regulamento sob a responsabilidade de uma burocracia técnica especializada, fenômeno denominado deslegificação ou deslegalização (MOREIRA NETO, 2005; ARAGÃO, 2007):

> Assim é que este instituto, que recebe a denominação de deslegificação, ou, como se tornou mais comum, de deslegalização, veio a se desenvolver como essa nova técnica que passou a estar disponível nas diversas ordens jurídicas do mundo para o fim de ampliar o âmbito decisório da moderna Administração Pública, graças à abertura, pelo legislador, não apenas de um leque de alternativas válidas para a prática de certos atos administrativos (discricionariedade), porém muito mais, trabalhando a partir do emprego do poder de disposição que têm as casas legislativas sobre certas matérias que lhes são assinadas constitucionalmente (sem cláusula de exclusividade), para transferir por lei a determinados órgãos e sob certos pressupostos, um específico espaço decisório, dito regulatório, para que nele se

> produzam tanto normas secundárias como vários tipos de atos aplicativos concretos sobre as matérias deslegalizadas (MOREIRA NETO, 2005, p. 9-10).

A regulação de um setor econômico se justifica pela existência de falhas de mercado aliadas a uma insatisfação social proeminente e politicamente inaceitável. As falhas de mercado são as situações de anormalidade de efeito danoso, potencial ou efetivo, à competição entre as empresas ou ao bem-estar socioeconômico da população. São exemplos: a chamada deficiência na concorrência, que ocorre quando não existem condições favoráveis para uma disputa saudável e equilibrada entre os agentes econômicos envolvidos, havendo formação de monopólios ou oligopólios; a deficiência na distribuição de bens essenciais coletivos, que muitas vezes inviabiliza a satisfação do mínimo existencial; as externalidades negativas, que decorrem da atividade regular do mercado, mas trazem prejuízos a terceiros não participantes do respectivo ciclo econômico; a retenção da produção pelos agentes de mercado com a finalidade de elevar preços e lucros sobre produtos tornados escassos artificialmente; os chamados problemas de representação, que ocorrem quando um agente substitui o consumidor em suas decisões, gerando anormalidades indesejáveis na demanda de bens e serviços; e a assimetria de informações, que é observada nas situações em que os consumidores ou o próprio Estado desconhecem aspectos relevantes sobre o funcionamento do mercado, sobre as relações econômicas de consumo e sobre os bens e serviços negociados, o que favorece a prática de condutas abusivas pelas organizações que atuam no mercado (PEREIRA FILHO, 2004; SOUTO, 2004; FIGUEIREDO, 2009; BINENBOJM, 2016; MATTOS, 2017a, RODRIGUES, 2019).

Outras razões que justificam a regulação estatal são a necessidade de planejamento econômico, de promoção de valores sociais e culturais e, sob a ótica da Economia Política e da Ciência Política, de estímulos a grupos de interesse e de compensação de déficits de representação democrática (MATTOS, 2017a).

2.3 A regulação no Brasil

A experiência reguladora brasileira iniciou-se no início do século XX por meio do controle da oferta e da demanda do setor cafeeiro para o mercado externo. Nos anos 1930, instituiu-se um governo autoritário bastante centrado na figura do Presidente da República, ao redor de quem se formou uma forte burocracia estatal empenhada em regular uma economia

que experimentava um processo de industrialização. Nesse cenário, surgiram órgãos federais de coordenação e planejamento econômico, autarquias especializadas na regulação de setores econômicos específicos e empresas estatais articuladas ao capital privado nacional e externo, para as quais eram canalizados os investimentos necessários à industrialização. Em 1931, por exemplo, o Brasil passou a regular o setor de transporte aéreo civil, criando-se, pela primeira vez, uma estrutura administrativa para tanto, o Departamento de Aviação Civil. Assim, nessa etapa, a regulação brasileira foi marcada pelo pensamento autoritário nacionalista, em que um Estado forte, centralizador e tecnocrático estabelecia alianças com grupos burgueses dominantes que tinham acesso aos canais de circulação de poder político e de controle da máquina estatal, criando os chamados anéis burocráticos (BARROSO, 2006; FIGUEIREDO, 2009; MATTOS, 2017b).

Em 1952, criou-se o órgão regulador do mercado cafeeiro, o Instituto Brasileiro do Café, que se destinava a executar a política econômica para o produto no país e no exterior (BRASIL, 1952; FIGUEIREDO, 2009). Mais adiante, em 1962, criou-se o Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE) para apurar e reprimir o abuso do poder econômico (BRASIL, 1962).

Durante o regime militar de 1964-85, a relação clientelista entre a tecnoburocracia estatal e as elites locais e multinacionais, inserida em um Estado planejador desenvolvimentista, se intensificou e se sofisticou, beneficiando sempre tais grupos de interesse em detrimento das classes populares, que foram excluídas do processo político. Tal exclusão demonstrava a ausência de legitimidade das políticas públicas e regulatórias em face da sociedade civil, a qual era mantida distante da estrutura de relações de poder dos anéis burocráticos. Nesse contexto, foram criados o Banco Central (em 1964) para regular o mercado financeiro e a Comissão de Valores Mobiliários (em 1976) para cuidar do mercado de capitais (BARROSO, 2006; FIGUEIREDO, 2009; MATTOS, 2017b).

A partir da crise fiscal e institucional enfrentada pelo regime militar, do restabelecimento da democracia no país, da promulgação da Constituição de 1988 e de uma releitura intelectual das bases sociais do Brasil, surge um movimento político de transformação do funcionamento da burocracia estatal. Assim, na década de 1990, o Estado planejador desenvolvimentista foi substituído por um novo Estado regulador, caracterizado pela criação de agências reguladoras independentes, por privatizações de empresas estatais, por terceirizações de funções administrativas do Estado e pela regulação da economia

segundo técnicas administrativas de defesa da concorrência e correção de falhas de mercado (BARROSO, 2006; MATTOS, 2017b).

Esse novo desenho jurídico-institucional da regulação brasileira, além de ter representado uma descentralização do poder do Presidente da República e de seus Ministros para as agências reguladoras, instituiu mecanismos de participação da sociedade civil na formulação e no controle da política regulatória de vários mercados estratégicos. Assim, a reorganização da burocracia estatal de regulação de mercados em torno das agências independentes redefiniu os canais de circulação de poder político para a formulação de políticas públicas para cada um daqueles setores econômicos, suprindo o déficit democrático existente no modelo autoritário anterior (MATTOS, 2017b).

Tal concepção regulatória alinhou-se aos contornos delineados pela Constituição Cidadã para a ordem econômica brasileira, segundo a qual a intervenção estatal no domínio econômico deveria se dar, em regra, de maneira indireta. A exploração direta de atividade econômica pelo Estado apenas seria permitida excepcionalmente, quando necessária aos imperativos da segurança nacional ou a relevante interesse coletivo, bem como em algumas situações taxativas de monopólio previstas na Lei Maior (BRASIL, 1988; BARROSO, 2002 e 2006).

Nesse aspecto, deve-se esclarecer que a forma direta de intervenção estatal na economia ocorre quando o Estado avoca para si a prestação de serviços públicos ou a exploração de determinada atividade econômica. Por outro lado, na intervenção indireta, o Estado monitora a exploração pelos particulares das atividades geradoras de riquezas, interferindo, quando necessário, na atuação desses agentes econômicos, em prol do bem comum e do interesse coletivo (SOUTO, 2004; BARROSO, 2002 e 2006; FIGUEIREDO, 2009).

Entre as formas indiretas de intervenção estatal na economia, está justamente a regulação de atividades econômicas, devendo o Estado exercer, nos termos da Constituição e conforme a lei dispuser, as funções de fiscalização, incentivo e planejamento. Nessa conjuntura, a fiscalização deve ser entendida como uma forma de vigilância exercida sobre a atividade econômica, por meio da qual se zela pela observância, por parte do agente econômico, dos princípios e regras estabelecidos pelo legislador para o respectivo mercado. Por sua vez, o incentivo está associado ao auxílio prestado pelo poder público para o fomento, a implementação ou o desenvolvimento de determinadas atividades econômicas pelo

particular. Já o planejamento envolve as políticas públicas delineadas pelo legislador como metas econômicas e sociais a serem atingidas pelo Estado dentro de um determinado período (BRASIL, 1988; BARROSO, 2006; FIGUEIREDO, 2009).

2.4 As agências reguladoras independentes brasileiras

Em 1990, instituiu-se no Brasil o Programa Nacional de Desestatização, o qual autorizou a devolução à inciativa privada da exploração de setores da economia que se encontravam submetidos ao monopólio estatal. O programa buscava, assim, reordenar a posição estratégica do Estado na economia, modernizar o parque industrial brasileiro e reforçar a capacidade empresarial dos diversos setores econômicos nacionais (BRASIL, 1990a; BARROSO, 2006; FIGUEIREDO, 2009).

Mais adiante, em 1995, foi lançado o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), que, buscando fazer a Administração Pública transitar do modelo burocrático para o gerencial, propunha o estabelecimento de quatro setores dentro do Estado: o núcleo estratégico, em que seriam definidas as leis e as políticas públicas; as atividades exclusivas de Estado, por meio das quais os poderes de Estado (poder de polícia, de tributar, de fiscalizar, regulamentar etc.) seriam exercidos; os serviços não exclusivos, que poderiam ser executados pelo poder público ou pelo setor público não estatal; e a produção para o mercado, pela qual o Estado prestaria serviços públicos ou operaria em setores considerados estratégicos (BRASIL, 1995; CUNHA, 2003; PEREIRA, 2007).

O PDRAE tinha por escopo tornar a Administração Pública mais eficiente e moderna, viabilizar o equilíbrio fiscal do governo federal, atribuir ao Estado o papel de fiscalizador, regulador, coordenador e fomentador da economia, delegar alguns serviços para a iniciativa privada e estimular a ampliação da participação do setor não governamental – o terceiro setor – na prestação de serviços e no fortalecimento da cidadania (GREGORI, 2007). Em seu bojo, contemplou-se um programa de privatização no setor de produção de bens e serviços para o mercado, entendendo-se que a iniciativa privada seria mais eficiente em tais atividades, cabendo ao Estado a regulação dos respectivos setores econômicos (BRASIL, 1995; PEREIRA, 2007). Apesar da expressiva redução das estruturas públicas de intervenção direta na ordem econômica, não foi produzido um modelo caracterizado como de Estado

mínimo, tendo-se apenas deslocado a atuação estatal do campo empresarial para os domínios da disciplina jurídico-regulatória e da fiscalização (BARROSO, 2006).

Foi nesse contexto que, inspiradas no Direito anglo-saxão, surgiram as agências reguladoras independentes brasileiras, concebidas para atuarem de maneira isonômica, imparcial e apolítica, de modo a harmonizar os interesses do governo, dos agentes econômicos e da sociedade em cada mercado. Essas instituições foram inseridas na organização estatal com a missão de regular setores estratégicos da economia nacional (tais como petróleo, energia elétrica e telecomunicações), bem como mercados de relevância social para a coletividade (a exemplo dos mercados de planos privados de assistência à saúde, abastecimento de água e transportes), antes submetidos ao monopólio estatal ou aos interesses dos prestadores dos serviços. Por meio das agências reguladoras, pretendia-se alcançar um ambiente propício à segurança jurídica dos contratos com o Estado, atrair capital privado (especialmente o estrangeiro) e estimular (em muitos casos, construir) um cenário de concorrência de cada mercado regulado. Além disso, a partir da descentralização da governança estatal sobre questões complexas e preponderantemente técnicas, buscava-se garantir maior previsibilidade das regras de cada setor econômico (GREGORI, 2007; SOUTO, 2007; FIGUEIREDO, 2009; ARAGÃO, 2013; GUERRA, 2017).

Na concepção do PDRAE, essas autoridades administrativas independentes serviriam de instrumentos necessários à dissolução dos anéis burocráticos dos Ministérios e subtrair da Presidência da República a regulação dos setores econômicos estratégicos. Com essa estratégia, buscava-se conferir ao ambiente regulatório uma gestão profissional, técnica e imparcial, afastada da dinâmica político-eleitoral (BINENBOJM, 2007; SOUTO, 2007; GUERRA, 2017).

As agências reguladoras foram legalmente concebidas como autarquias sob regime especial, isto é, embora pertencentes à Administração Pública indireta e vinculadas aos Ministérios competentes para cuidar das respectivas áreas de atuação, elas estão submetidas a uma conformação jurídica que lhes assegura autonomia política, técnico-decisional, normativa, administrativa e financeira em relação ao poder central, não havendo subordinação hierárquica ao governo. Essa autonomia reforçada também se faz refletir na impossibilidade de revisão de seus atos por outras instâncias administrativas, na direção das autarquias por órgãos colegiados, na sabatina prévia dos diretores indicados pelo Senado Federal, na fixação de mandatos dos dirigentes não coincidentes entre si ou com as eleições majoritárias, na prerrogativa de permanência no cargo dos dirigentes (que não estão sujeitos à exoneração *ad*

nutum pelo Chefe do Executivo ou pelo respectivo Ministro), na formação de quadros com capacidade técnica especializada a partir de concursos públicos, na submissão dos dirigentes à quarentena após o fim do mandato (o que impede a imediata absorção das ex-autoridades pelo mercado), na ampla liberdade de gestão, no controle meramente finalístico de sua atuação por meio de metas estipuladas em contrato de gestão firmado com o Ministério a que se vincula, e na própria competência regulatória. Esses contornos garantem, portanto, que as agências reguladoras não sofram influências externas no exercício de suas funções, assegurando-se a imparcialidade e a neutralidade no exercício de seus poderes regulatórios e minimizando o risco de captura pelos mercados regulados (MOREIRA NETO, 2000; JUSTEN FILHO, 2002; BARROSO, 2006; BINENBOJM, 2006 e 2007; GREGORI, 2007; FIGUEIREDO, 2009; CUNHA, 2003; ARAGÃO, 2013).

Deve-se salientar que, no desempenho de sua função econômico-interventiva de natureza técnica, as agências reguladoras exercem atividades quase-legislativas, quase-regulamentares e quase-judiciais (FERRAZ JÚNIOR, 2000). Elas estão incumbidas de ponderar os interesses conflitantes em jogo, lançando mão sempre que possível, por exemplo, de ferramentas como a consulta e a audiência públicas. Tal ponderação tem por finalidade o atingimento do ponto ótimo de equilíbrio dos mercados em que atuam, garantindo-se a plena observância aos princípios republicano, democrático, do devido processo legal, da eficiência, da legitimidade, da razoabilidade e da publicidade (SOUTO, 2007).

Convém registrar que a adoção pelo Estado brasileiro do modelo de autoridades administrativas independentes para regular mercados de relevância econômica e social fez romper o vínculo de unidade no interior da Administração Pública, já que a atividade regulatória passou a se situar em esfera jurídica externa à da responsabilidade política do governo. Dessa forma, a estrutura administrativa estatal migra de uma configuração piramidal para um desenho policêntrico (BINENBOJM, 2006).

2.5 O marco regulatório do mercado de saúde suplementar

Conforme salientado no primeiro capítulo, a partir de meados da década de 1950, os IAPs passaram a terceirizar parte da prestação dos serviços de saúde a seus beneficiários para algumas associações médicas, que ficaram conhecidas como empresas de medicina de grupo (BAPTISTA, 2007; FERREIRA, 2013).

Com a instituição dos convênios-empresa na segunda metade dos anos 1960, algumas organizações empresariais, assumindo um formato administrativo-prestacional que ficou conhecido como autogestão, passaram a organizar seus próprios serviços de saúde, colocados à disposição de seus empregados. Contudo, os convênios-empresa levaram a maioria das empregadoras contribuintes da Previdência Social a entregarem a prestação de serviços de saúde de seus funcionários e respectivos familiares àquelas empresas de medicina de grupo, que se tornaram especializadas na gestão desses serviços. Em pouco tempo, surgiram as cooperativas de trabalho médico, com um modelo de negócio bastante semelhante ao das medicinas de grupo, porém buscando preservar a autonomia médica e dando um enfoque de atuação, ao menos inicialmente, voltado a uma clientela avulsa de pessoas físicas (BAHIA, 1999; FERREIRA, 2013).

Ao mesmo tempo, algumas seguradoras passaram a comercializar seguros-saúde, que indenizavam as despesas assistenciais por meio de reembolso. Em um primeiro momento, as seguradoras não contavam com rede assistencial e sua atuação se restringia à intermediação financeira da provisão dos serviços (BRASIL, 1966c; SILVA, 2008; GOUVEIA, 2016).

Nas duas décadas que se seguiram, esse mercado de gestão da assistência à saúde, graças à forte subvenção pública indireta, desenvolveu-se sobremaneira, tornando-se cada vez mais complexo, influente politicamente e, no final da década de 1970, autônomo em relação à Previdência Social (MENICUCCI, 2007; FERREIRA, 2013).

Já na década de 1980, ao lado das empresas de medicina de grupo, das autogestões, das cooperativas médicas e das seguradoras, surgiram as administradoras de planos de saúde. Tais sociedades empresariais eram responsáveis pela gestão administrativa dos planos de saúde comercializados por aquelas primeiras, o que envolvia atividades de cadastramento de beneficiários, contratação de rede assistencial, pagamento e recebimento de faturas, e prestação de informações gerenciais às suas clientes. Tratava-se, portanto, de uma modalidade empresarial sem rede própria de prestadores de serviços de saúde e sem beneficiários. Sua atividade envolvia tão somente o fluxo administrativo das pessoas jurídicas que efetivamente ofereciam seus produtos no mercado de planos de saúde (SILVA, 2008; FERREIRA, 2013).

Também ao longo da década de 1980, a classe média, aproveitando-se do incentivo fiscal concedido a quem contratasse plano ou seguro de saúde, passou a consumir fortemente tais produtos. Além disso, os trabalhadores passaram a exigir de seus empregadores o oferecimento desses itens como diferencial remuneratório (OCKÉ-REIS, 2012).

Após a redemocratização e a promulgação da Constituição Cidadã – que, como se viu no capítulo 1, admitiu a permanência da iniciativa privada na assistência à saúde –, intensificou-se o movimento expansionista no mercado de planos de saúde e seguros-saúde. Esse crescimento ocorreu especialmente em função do declínio da qualidade da assistência médico-hospitalar pública, da possibilidade de acesso por meio de tais produtos a tecnologias mais avançadas de diagnóstico e tratamento, e da manutenção de incentivos fiscais para aqueles que optassem pela contratação daqueles produtos. Nesse período, as organizações que atuavam no mercado de planos de saúde passaram a adquirir farmácias, hospitais, seguradoras e sociedades empresariais do ramo de alimentação. Foi também nesse momento que se introduziram mecanismos do mercado segurador, tais como copagamento (ou coparticipação) pelos beneficiários e reembolso a eles das despesas médico-hospitalares, compartilhamento de riscos com outras instituições e emprego de instrumentos atuariais (SILVA, 2008; FERREIRA, 2013).

Tais transformações do setor de planos de saúde se viram acompanhadas de abusos cometidos pelas sociedades empresariais gestoras contra seus beneficiários, especialmente no que se refere à correção das mensalidades e à cobertura de determinados procedimentos médicos, principalmente os mais onerosos. Também foram diversos os casos em que as organizações empresariais médicas, intencionalmente ou não, deixaram de zelar pelo equilíbrio atuarial de suas receitas e despesas e acabaram quebrando, o que invariavelmente levava à corrosão ou ao desvio ilícito de toda a poupança advinda de seus consumidores, os quais subitamente se viam desassistidos (MENICUCCI, 2007).

Assim, a partir do final da década de 1980, o governo federal, capitaneado pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), formulou uma agenda setorial com entidades médicas, instituições representativas dos agentes do mercado de planos e seguros de saúde, órgãos de defesa do consumidor, alguns Ministérios, Congresso Nacional e algumas Assembleias Legislativas. O objetivo era debater temas relacionados à natureza privada das atividades empreendidas pelos agentes econômicos que atuavam no mercado de planos de saúde, aos fins lucrativos das atividades empreendidas por esses agentes, à ampliação das coberturas assistenciais oferecidas aos beneficiários, à barreira de entrada de novos agentes, à prevenção de evasão fiscal e à regulação do setor como um todo (BAHIA, 1999; FERREIRA, 2013).

Ao longo da década de 1990, intensificaram-se as discussões relacionadas às atividades dos agentes econômicos atuantes no mercado em questão. Os tensionamentos entre

os diversos interessados levaram a SUSEP a regulamentar alguns aspectos econômico-financeiros e assistenciais do setor, que recebeu a denominação de mercado de saúde supletiva (FERREIRA, 2013).

No bojo dos debates acerca da regulação setorial, os planos de saúde assumiam delineamentos cada vez mais próximos aos dos seguros, razão pela qual a SUSEP se consolidava como a instituição reguladora natural do mercado de saúde supletiva. Ao Ministério da Saúde, caberia disciplinar algumas questões assistenciais e o ressarcimento pelas operadoras ao SUS das despesas relacionadas ao atendimento de beneficiários no sistema público de saúde (FERREIRA, 2013).

A despeito do protagonismo da SUSEP àquela altura, o Banco Mundial divulgou, em 1995, um relatório caracterizando como inadequada e ineficaz a forma como vinha sendo promovida a regulamentação do mercado de seguros-saúde no Brasil, a qual deveria ser estendida aos planos de saúde (BANCO MUNDIAL, 1995). Além disso, tornou-se cada vez mais recorrente a exposição pela mídia dos abusos cometidos pelas sociedades empresariais médicas contra seus beneficiários (restrições de cobertura, exclusão de procedimentos, cobertura irregular para portadores de doenças preexistentes, reajustes elevados das mensalidades, prazos de carência extensos, limitações na área geográfica de cobertura, dificuldades de cobertura para tratamentos de doenças crônicas e degenerativas, rescisão arbitrária de contratos, descumprimento de cláusulas contratuais relacionadas a atendimentos de urgência e emergência, entre outros). Em razão desses fatos, o *locus* de discussão foi transferido do Executivo para o Congresso Nacional, e as questões relacionadas à regulação do mercado de saúde supletiva assumiram nova perspectiva, especialmente no que se refere aos aspectos assistenciais, que recebiam uma atenção secundária até então. Nesse momento, o papel da SUSEP no setor passou a ser questionado e sugestões foram enviadas ao Parlamento para que o Ministério da Saúde assumisse ao menos a regulação assistencial dos planos e seguros de saúde (MONTONE, 2004; PEREIRA FILHO, 2004; SILVA, 2008; FERREIRA, 2013).

É importante ressaltar que, quando o Parlamento atraiu o comando dos debates para si, já havia vinte projetos de lei tramitando na Câmara dos Deputados e mais seis no Senado Federal propondo regras para mercado de planos e seguros de saúde. Tomando a dianteira das discussões, a Câmara dos Deputados apensou seus vinte projetos de lei uns aos outros e constituiu uma Comissão Especial, que, ao longo de mais de dois anos, realizou doze audiências públicas para ouvir os vários setores da sociedade ligados à questão. As discussões

resultaram em um substitutivo ao projeto de lei mãe, que foi enviado ao Plenário da Casa, onde recebeu 131 emendas e vários destaques, culminando com a elaboração de uma única proposta, a qual foi encaminhada ao Senado (BRASIL, 1997a e 1997b; CONDE, 2004; GREGORI, 2007; SILVA, 2008; ROMERO, 2010; GOUVEIA, 2016).

Apesar de propor uma regulamentação abrangente, o texto do projeto deixava de fora tópicos considerados relevantes, como a remuneração do trabalho médico, as relações entre operadoras e prestadores e o resseguro dos agentes de mercado. Além disso, oferecia soluções tidas por muitos como equivocadas para questões relacionadas à autoridade reguladora, à fiscalização e ao controle do setor, excluindo o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor dessas funções (ROMERO, 2010). Essas características foram decorrência das múltiplas pressões dos mais variados interessados no desenho regulatório do mercado de planos e seguro de saúde, o que tornou a discussão bastante fragmentada (FERREIRA, 2013).

Ao receber o projeto de lei vindo da Câmara dos Deputados, o Senado considerou-o deficiente e sinalizou que iria privilegiar as propostas contidas nos seis outros projetos que tramitavam em suas comissões. Contudo, em 1998, a partir da nomeação como Ministro da Saúde de um dos senadores que mantinham a interlocução sobre a questão na Casa, a pauta no Senado sobre a regulação do setor de saúde supletiva passou a ser sobremaneira influenciada pelo MS (GREGORI, 2007; ROMERO, 2010; FERREIRA, 2013).

À frente das negociações, o MS apresentou uma proposta que conciliava grande parte dos anseios dos diversos interessados. Tal proposta envolvia: a) a ampliação de coberturas para eventos e procedimentos por meio de planos e seguros com algumas segmentações assistenciais; b) a cobertura de transplante de órgãos; c) a criação de regra especial relacionada ao reajuste das mensalidades de beneficiários com mais de sessenta anos de idade; d) a redefinição das regras relacionadas à cobertura de doenças e lesões preexistentes; e) a atribuição da competência regulatória assistencial e econômico-financeira respectivamente ao Ministério da Saúde e à SUSEP, ambos com poder de veto; f) a autorização para entrada do capital estrangeiro no setor; g) o estabelecimento de regras de ressarcimento ao SUS para os casos em que beneficiários de planos e seguros de saúde fossem atendidos na rede pública; e h) a estipulação de prazos de manutenção das coberturas para beneficiários desempregados e aposentados (BAHIA, 1999).

Tendo a proposta do MS recebido boa aceitação, estabeleceu-se um acordo entre o Ministério e os senadores para que o projeto vindo da Câmara dos Deputados fosse

integralmente aprovado pelo Senado (o que descartaria a necessidade de o projeto voltar à Casa originária) e, em seguida, o Executivo alterasse a nova lei por Medida Provisória. Assim, a proposta do Ministério da Saúde acabou se concretizando por meio da Lei nº 9.656/98, de 3 de junho de 1998, a qual foi modificada substancialmente no dia seguinte pela Medida Provisória nº 1.665/98 (BRASIL, 1998a e 1998b; CONDE, 2004; MONTONE, 2004; GREGORI, 2007; SILVA, 2008; ROMERO 2010; FERREIRA, 2013).

Portanto, a Lei nº 9.656/98, alterada pela Medida Provisória nº 1.665/98 – e, posteriormente, por inúmeras outras medidas provisórias, suas reedições e leis –, caracteriza o marco legal regulatório do setor de planos e de seguros privados de assistência à saúde, o qual passou a ser denominado de mercado de saúde suplementar (MONTONE, 2004; GREGORI, 2007; GOUVEIA, 2016). Em seu texto, a lei traz regras referentes a diversos aspectos relacionados às atividades empreendidas no segmento suplementar de saúde pelas empresas de medicinas de grupo, cooperativas médicas, entidades de autogestão, seguradoras e instituições filantrópicas, as quais passaram a ser denominadas genericamente de operadoras de plano de assistência à saúde (BRASIL, 1998a e 1998b).

Com suas estipulações de cunho regulatório, referido diploma legal conciliou as dimensões estrutural, assistencial e econômico-financeira do mercado de planos e seguros de saúde (MESQUITA, 2003; GOUVEIA, 2016). Entre suas disposições, destacam-se: a) as definições de plano privado de assistência à saúde, operadora de plano de assistência à saúde e carteira; b) os requisitos para as operadoras obterem autorização de funcionamento; c) as regras para o registro de planos e seguros; d) as exclusões legais de cobertura; e) as segmentações dos planos e seguros (ambulatorial, hospitalar com e sem obstetrícia, odontológica, referência e combinações entre elas); f) os períodos mínimos de carência; g) o prazo máximo de exclusão de coberturas para doenças e lesões preexistentes; h) as exigências mínimas relacionadas às coberturas assistenciais por segmentação dos planos e seguros; i) a vedação à rescisão unilateral dos contratos pelas operadoras, salvo por fraude ou inadimplência do consumidor; j) a vedação ao impedimento de participação em plano de saúde em função da idade do consumidor; k) os dispositivos obrigatórios dos contratos de plano de saúde; l) o reajuste das contraprestações pecuniárias por mudança de faixa etária e por variação de custo; m) regras de alteração da rede de prestadores dos planos e seguros; n) as obrigações e os direitos dos prestadores de serviços de saúde em decorrência do credenciamento às operadoras; o) as condições para a instituição dos regimes de direção fiscal e técnica; p) as penalidades aplicáveis às operadoras que violarem a legislação setorial; q) as

condições para a manutenção dos contratos de beneficiários demitidos sem justa causa ou aposentados; r) a obrigatoriedade de atendimento nos casos de urgência e emergência; s) os regimes ou tipos de contratação (individual ou familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão); entre outros (BRASIL, 1998a).

Convém assinalar que, além dos aspectos acima ressaltados, a Lei nº 9.656/98 traz, em seu artigo 32, as regras gerais relacionadas ao ressarcimento ao SUS (BRASIL, 1998a), que serão detalhadamente discutidas nas seções 2.8 e 2.9 deste capítulo.

O marco regulatório, portanto, cuidou de aspectos atinentes às relações de consumo no setor de saúde, às falhas de mercado – especialmente a assimetria de informação entre operadoras, prestadores de serviços de saúde e beneficiários – e à preservação do equilíbrio sistêmico, tanto sob a ótica de sustentabilidade quanto de competitividade (GOUVEIA, 2016).

Importante registrar também que, em 1998, diversos dispositivos da Lei nº 9.656/98, inclusive o artigo 32, tiveram sua constitucionalidade questionada na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 1.931-DF, ajuizada pela Confederação Nacional de Saúde, uma instituição de representação das categorias econômicas da área de saúde. Em sede de liminar exarada em 2000, apenas três dispositivos, que tratavam da aplicabilidade das regras da lei a contratos celebrados anteriormente a ela, foram considerados inconstitucionais pelo Supremo Tribunal Federal (STF). Essa decisão foi confirmada dezoito anos depois no julgamento final da ação, reconhecendo-se a constitucionalidade de praticamente todo o texto da lei, inclusive do dispositivo que cuida do ressarcimento ao SUS (BRASIL, 2018a).

Cabe sinalizar ainda que, mesmo com o advento do marco regulatório do mercado de saúde suplementar, criou-se uma polêmica colocando-se em dúvida o alcance da Lei nº 9.656/98 sobre as seguradoras que comercializavam seguros-saúde e sobre seus produtos. Assim, para equacionar a questão, foi editada a Lei nº 10.185, de 2001, que enquadrou os seguros-saúde como planos privados de assistência à saúde e as sociedades seguradoras especializadas em saúde como operadoras de plano de assistência à saúde (BRASIL, 2001; CUNHA, 2003; MESQUITA, 2003; MONTONE, 2004; SILVA, 2008).

Frise-se, também, que, com a edição do marco regulatório, algumas instituições sem fins lucrativos se registraram como operadoras de planos de assistência à saúde sob a modalidade filantrópica. Como exemplos notórios de operadoras filantrópicas acham-se as Santas Casas de Misericórdia, que, em geral, operam planos de saúde com rede assistencial

restrita (muitas vezes com um único hospital) localizada em municípios de pequeno e médio porte (SILVA, 2008; GOUVEIA, 2016).

Fechando o círculo das organizações que são alvo da regulação da saúde suplementar, encontram-se as administradoras de benefícios, as quais nada mais são que as antigas administradoras de planos submetidas a uma normatização específica (ANS, 2009b). Tal modalidade de operadora dedica-se à gestão de contratos, intermediando carteiras de consumidores com as operadoras que comercializam planos e seguros no mercado (GOUVEIA, 2016).

2.6 A criação da ANS

Inicialmente, o marco regulatório atribuiu ao Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) e à SUSEP a regulação de questões de natureza econômico-financeira, assim como a autorização de funcionamento das operadoras e o reajuste das mensalidades. Por outro lado, a regulação dos aspectos assistenciais ficou a cargo do Ministério da Saúde, por meio de seu Departamento de Saúde Suplementar (DESAS) e de um novo órgão ministerial colegiado então criado, o Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU), que recebeu a competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar nos seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico. Entre 1998 e 1999, o CONSU editou mais de duas dezenas de resoluções disciplinando diversas questões previstas na Lei nº 9.656/98, algumas em vigor até o momento atual (BRASIL, 1998a e 1998b; MESQUITA, 2003; MONTONE, 2004; GREGORI, 2007).

Apesar do vigor normativo do CONSU, no ano seguinte ao da publicação da Lei nº 9.656/98, considerando o contexto do PDRAE – que, como se viu, contemplava a criação de agências para regular mercados considerados relevantes –, foi editada a Medida Provisória nº 1.928, de 25 de novembro de 1999, a qual criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia em regime especial que passou a ser responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades garantidoras da assistência suplementar à saúde (BRASIL, 1999a; GREGORI, 2007; SILVA, 2008). Referida norma foi revogada e reeditada pelas Medidas Provisórias nº 2.003-1, de 14 de dezembro de 1999, e nº 2.012-2, de 30 de dezembro de 1999, sendo esta convertida na Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 (BRASIL, 1999b, 1999c e 2000). Com a criação da ANS, esvaziou-se politicamente o

CONSU, que seguiu formalmente existindo para estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar, supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da Agência, entre outras atribuições secundárias. Já à Agência foi atribuída a finalidade institucional de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país (BRASIL, 2000).

Portanto, desde sua criação, a ANS é a instituição competente para regular o mercado de saúde suplementar brasileiro. Entre suas competências, além de estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde, estão: a) propor políticas e diretrizes gerais ao CONSU para a regulação do setor de saúde suplementar; b) elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória pelos planos e seguros de saúde; c) fixar critérios de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço de saúde; d) estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços oferecidos pelas operadoras; e) estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde; f) normatizar os conceitos de doença e lesão preexistentes; g) estabelecer critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos relacionados a planos de saúde assegurados a trabalhadores dispensados sem justa causa e a aposentados; h) estabelecer normas para registro de produtos e de operadoras; i) autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde; j) requisitar informações às operadoras e aos prestadores de serviços de saúde a elas credenciadas; k) monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos; l) fiscalizar as atividades das operadoras e aplicar as penalidades pelo descumprimento da Lei nº 9.656/98 e de sua regulamentação; m) avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras; n) adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor; o) instituir o regime de direção fiscal ou técnica nas operadoras, bem como proceder à liquidação daquelas que tiverem cassada a autorização de funcionamento; p) determinar ou promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras; q) articular-se com os órgãos de defesa do consumidor; e r) celebrar termo de compromisso de ajuste de conduta e termo de compromisso (BRASIL, 2000; GREGORI, 2007).

Assim, cabe à ANS promover a regulação econômica do setor de saúde suplementar, a fim de corrigir as falhas de mercado de um segmento que operava há mais de trinta anos sem o adequado monitoramento estatal. Nessa seara, encontram-se a assimetria de informação, o risco moral (utilização do plano de saúde pelo beneficiário em frequência superior à que ele utilizaria se precisasse suportar todo o custo assistencial), a seleção adversa (inclusão de beneficiários de alta probabilidade de utilização e com custo assistencial médio acima da média populacional), a tendência à concentração mercadológica, a deficiência de concorrência, a possibilidade de desequilíbrio econômico-financeiro e atuarial das operadoras, os reajustes arbitrários, entre outros. Além da regulação econômica, é dever da ANS exercer a regulação social do mercado de planos e seguros privados de saúde, assegurando aos beneficiários acesso a serviços de saúde de qualidade aptos a contemplar adequadamente suas necessidades assistenciais (SALOMÃO FILHO, 2001; JUSTEN FILHO, 2002; BAHIA e VIANA, 2003; COSTA *et al.*, 2003; PEREIRA FILHO, 2004; MENICUCCI, 2007; RIBAS, 2009; MATTOS, 2017a).

A regulação promovida pela ANS reflete atualmente na assistência à saúde de 47,2 milhões de beneficiários possuidores de planos e seguros de assistência médica (com ou sem assistência odontológica), o que corresponde a uma taxa de cobertura nacional de 24,3%. Também são alcançados pela regulação da Agência os 26,3 milhões de beneficiários vinculados a planos e seguros exclusivamente odontológicos, com taxa de cobertura nacional de 13,57%. No âmbito dessa regulação, encontram-se 742 operadoras de assistência médica (com ou sem assistência odontológica) e 434 operadoras exclusivamente odontológicas em atividade. O mercado conta com quase 23 mil produtos (planos e seguros) distintos ativos, tendo movimentado com receitas das mensalidades pagas pelos beneficiários, entre o terceiro trimestre de 2019 e o terceiro trimestre de 2020, o volume de quase 166 bilhões de reais (ANS, 2020a).

Trata-se de um setor econômico de relevância social marcado pelo conflito entre seus atores sociais, cujo antagonismo de interesses é manifesto: enquanto os beneficiários intencionam obter a maior quantidade de serviços pelo menor preço, as operadoras desejam atingir o maior lucro possível gastando o mínimo necessário. Ao mesmo tempo, os prestadores de serviços de saúde reivindicam autonomia de atuação sem considerarem os custos dela decorrentes. Cabe, então, à ANS mediar a interação entre esses atores, induzir a atuação de cada um deles e acomodar os seus interesses (VASCONCELOS, 2008).

Apesar disso, mesmo considerando a complexidade do setor de saúde suplementar brasileiro e toda a fundamentação acima apresentada para a regulação do mercado de planos e seguros privados de assistência à saúde, há na doutrina quem entenda que o mercado em questão seria não regulamentável, cabendo ao Estado prestar os serviços diretamente. Sob esse olhar, a atuação estatal objetivaria uma finalidade redistributiva, em que não é relevante se o resultado final produziria o crescimento ou a redução da riqueza global, ou se haveria compensações entre beneficiados e prejudicados. Essa visão advém da compreensão de que a relevância social da atividade torna inviável a prestação privada desses serviços sem efeitos distributivos perversos, não havendo regime jurídico, por mais específico que seja, capaz de evitar ou atenuar efetivamente tais externalidades adversas (SALOMÃO FILHO, 2001).

2.7 A regulação do mercado de saúde suplementar como instrumento de política pública setorial

Em uma conceituação genérica, pode-se considerar política pública tudo aquilo que o governo decide fazer ou não fazer (DYE, 2017). Em vista da amplitude do conceito, diversos autores buscaram dar maior especificidade à definição. Assim, política pública pode ser entendida como uma ação governamental voltada à resolução de algum problema sentido pela sociedade ou por algum ou alguns de seus segmentos (BIRKLAND, 2011) ou como um curso intencional de ação ou inação, o qual deve ser seguido por um ator ou um conjunto de atores, que terão de lidar com um problema ou uma questão que desperta preocupação (ANDERSON, 2015). Em uma abordagem mais alinhada ao Direito, política pública pode ser compreendida como um programa de ação governamental que resulta de um ou mais processos juridicamente regulados voltados a coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, a fim de se realizar objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados (BUCCI, 2006).

Considerando as múltiplas concepções de política pública, pode-se sintetizar seus principais elementos:

> A política pública permite distinguir entre o que o governo pretende fazer e o que, de fato, faz. A política pública envolve vários atores e níveis de decisão, embora seja materializada através dos governos, e não necessariamente se restringe a participantes formais, já que os informais são também importantes. A política pública é abrangente e não se limita a leis e regras. A política pública é uma ação intencional, com objetivos a serem alcançados. A política pública, embora tenha impactos no curto prazo, é uma política de longo prazo. A política pública envolve

> processos subsequentes após sua decisão e proposição, ou seja, implica também implementação, execução e avaliação (SOUZA, 2006).

O foco fundamental das políticas públicas deve ser a proposição de soluções dos problemas e conflitos de interesse público por meio de mecanismos, procedimentos e ações que componham decisões governamentais racionais. Além da implementação de tais estratégias decorrentes do processo decisório, as soluções devem contemplar avaliações constantes, e toda essa dinâmica deve ter em perspectiva o bem-estar público. Assim, as políticas públicas desenvolvem-se segundo um ciclo de vida que se retroalimenta e que é constituído pelos seguintes estágios: definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação e avaliação (SOUZA, 2006; SILVA, 2016).

Com essa coerência, as políticas públicas buscam dar concretude aos direitos sociais e aos programas constitucionais relacionados com a redistribuição. Nessa lógica, o Estado atrai para si o compromisso de elaborar e executar políticas públicas, tanto as de natureza prestacional direta, bem como as ligadas à criação de normas de tutela a direitos e as relacionadas com o disciplinamento da atividade econômica dos particulares (DIMOULIS e LUNARDI, 2016). É nesse contexto que a regulação é tida como instrumento à disposição dos governos para a implementação de políticas públicas setoriais (BIRKLAND, 2011; HOWLETT, RAMESH e PERL, 2013; BEKKERS, FENGER e SCHOLTEN, 2017; KRAFT e FURLONG, 2018).

À luz das ponderações ora trazidas, pode-se asseverar que as questões envolvendo as precursoras das operadoras de planos de saúde e seus clientes não eram consideradas problemas públicos até a década de 1980, já que eventuais conflitos eram resolvidos no âmbito privado, sem qualquer interferência do Estado. Contudo, com o aumento em escala dos abusos cometidos pelas organizações empresariais que comercializavam planos e seguros de saúde, o assunto entrou para a agenda política do governo, sendo alvo de discussões em arenas constituídas tanto no Executivo como no Legislativo. A solução dada para o problema, que se tornou público e assumiu relevância social, foi, como já se viu, a edição do marco regulatório da saúde suplementar e a criação da ANS. Trata-se, portanto, de um instrumento de política pública voltado a normatizar, monitorar e fiscalizar o setor de assistência suplementar à saúde, promovendo-se a defesa do interesse público (BRASIL, 2000; CUNHA, 2003; SILVA, 2016).

2.8. O ressarcimento ao SUS e sua função regulatória

A ideia de ressarcir o poder público pelos serviços de assistência à saúde prestados pela rede pública a beneficiários de planos e seguros privados de saúde é anterior às discussões que culminaram com a edição do marco regulatório da saúde suplementar. Com efeito, desde a década de 70, já havia a preocupação com essa questão. Sobre isso, vale lembrar que, conforme visto no capítulo 1, em 1966, o regime militar adotara os convênios-empresa como forma possível de prestação de assistência médica aos empregados de organizações empresariais contribuintes da Previdência Social. Por força desses convênios, tais pessoas jurídicas – as empregadoras convenentes – obrigavam-se a oferecer serviços assistenciais a seus empregados, podendo fazê-lo de maneira direta ou pela terceirização para sociedades médicas empresariais especializadas. Em contrapartida, o INPS liberava-se da prestação de atendimentos a referidos trabalhadores, ao passo que a convenente ficava dispensada do recolhimento de parcela do tributo previdenciário (BRASIL, 1966a; BAHIA, 1999; VIACAVA *et al.*, 2018).

Apesar da existência dessa regra de compensação, o volume de atendimentos pelo INPS a empregados das convenentes permaneceu expressivo nos anos que se seguiram, o que contribuía para sobrecarregar ainda mais as despesas assistenciais do Instituto. Em razão disso, em 1975, por influência do MRSB, editou-se norma no âmbito do PPA estipulando que os atendimentos médicos àqueles trabalhadores eventualmente suportados pelo INPS deveriam ser cobrados das convenentes a que eles se vinculavam. Nada obstante essa nova disposição normativa, não se tem notícias de que esses serviços tenham sido efetivamente cobrados em algum momento (MELLO, 1977; OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1989; SCATENA, 2004; FREITAS, 2011).

Mais adiante, já após a redemocratização, as Constituições de alguns estados brasileiros foram promulgadas com dispositivos prevendo o ressarcimento das despesas suportadas por tais entes federativos e por seus municípios com a assistência médica prestada a pessoas vinculadas a operadoras de planos e seguros de saúde (BRASIL, 1997a). Registre-se, como exemplo, a redação original do artigo 304 da Constituição do Estado do Rio de Janeiro, que foi promulgada em 5/10/1989:

> Art. 304. As empresas privadas prestadoras de serviços de assistência médica, administradoras de planos de saúde, deverão ressarcir o Estado e os Municípios das despesas com o atendimento dos segurados respectivos em unidades de saúde pertencentes ao poder público estadual ou municipal.

> Parágrafo único. O pagamento será de responsabilidade das empresas a que estejam associadas às pessoas atendidas em unidades de saúde do Estado ou dos Municípios (RIO DE JANEIRO, 1989).

Já nos anos 1990, alguns entes federativos, a exemplo dos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo, passaram a tentar disciplinar o tema por lei, sem, contudo, obterem qualquer êxito (BRASIL, 1997a; RIO DE JANEIRO, 1993; SÃO PAULO, 1994).

Conforme discutido anteriormente, quando o eixo de discussão relacionado às regras que disciplinariam o setor de saúde suplementar foi deslocado para o Congresso Nacional, havia nas duas casas parlamentares quase três dezenas de projetos de lei tratando do assunto. Dos vinte projetos de lei relacionados à matéria que então tramitavam na Câmara dos Deputados, pelo menos treze (Projetos de Lei nº 4.214/93, 4.572/94, 237/95, 852/95, 944/95, 1.289/95, 1.390/95, 1.975/96, 2.104/96, 2.870/97, 3.581/97, 3.586/97 e 3.617/97) cuidavam, exclusivamente ou não, do tema ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (ou simplesmente ressarcimento ao SUS). Além disso, dos seis projetos de lei existentes no Senado Federal, dois (Projetos de Lei do Senado nº 15/96 e 17/96) propunham um disciplinamento extensivo do mercado de planos e seguros de saúde, incluindo regras para o ressarcimento ao SUS. Vale dizer que, enquanto esses projetos de lei tramitavam, os técnicos do MS vinham discutindo paralelamente, desde o início da década de 1990, uma proposta para se implantar o mecanismo (BRASIL, 1997a; MESQUITA, 2003; ROMERO, 2010).

Após a consolidação das propostas, a aprovação integral pelo Senado do substitutivo apresentado pela Câmara dos Deputados, sua sanção e promulgação como lei e sua alteração pelas medidas provisórias que se sucederam até 2001, o ressarcimento ao SUS restou disciplinado pelo art. 32 da Lei nº 9.656/98, com uma redação bastante influenciada pelo MS e por gestores públicos da área de saúde. Segundo eles, antes da lei, era comum constatar-se a ocorrência de dupla cobrança (pelo SUS e pelas operadoras) por um mesmo procedimento realizado. Além disso, era recorrente a transferência de pacientes que tinham contratos com planos de saúde para o SUS, especialmente no caso da realização de procedimentos mais onerosos, prática existente desde os tempos do INPS (BRASIL, 1997b, 1998a e 1998b; GREGORI, 2007; MENICUCCI, 2007; ESCOREL, 2008; ROMERO, 2010; DONNANGELO, 2011; FERREIRA, 2013).

Em 2011, o dispositivo legal sofreu novas alterações, de modo que sua redação atual é a seguinte:

> 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 será efetuado pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde – FNS.
>
> § 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.
>
> § 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o 15º (décimo quinto) dia da data de recebimento da notificação de cobrança feita pela ANS.
>
> § 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 disciplinará o processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo, cabendo-lhe, inclusive, estabelecer procedimentos para cobrança dos valores a serem ressarcidos.
>
> § 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.
>
> § 9º Os valores a que se referem os §§ 3º e 6º deste artigo não serão computados para fins de aplicação dos recursos mínimos nas ações e serviços públicos de saúde nos termos da Constituição Federal. (BRASIL, 1998)

O ressarcimento ao SUS é, portanto, um mecanismo pelo qual as operadoras de planos privados de assistência à saúde são obrigadas a devolver aos cofres públicos os valores correspondentes aos atendimentos previstos nos contatos de planos de saúde e que foram prestados a seus beneficiários pelas instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do SUS. Cabe à ANS, no terreno de sua atividade regulatória, proceder à cobrança de tais valores às operadoras (BRASIL, 1998 e 2000).

Assim, o objetivo primário do ressarcimento ao SUS é restituir o erário pelos gastos realizados pela rede pública de saúde com o tratamento de pessoas vinculadas a planos de saúde, haja vista que o tratamento é coberto pelo respectivo contrato. Os tratamentos prestados pelo SUS que não estejam previstos no contrato de plano de saúde não são objeto do ressarcimento (REIS, 2003).

Todavia, em que pese alguns posicionamentos em sentido oposto (RENAULT e OLIVEIRA, 2018), referido dispositivo legal não objetiva apenas a devolução aos cofres públicos dos recursos empregados no SUS na atenção à saúde de beneficiários de planos de saúde. Mais que isso, a norma estabelece um mecanismo voltado a promover a adequada integração dos setores público e privado que compõem o sistema de saúde brasileiro, evitando-se que as operadoras ofereçam coberturas em seus contratos, mas deixem de assegurá-las, por exemplo, quando os tratamentos forem muito dispendiosos, os quais acabarão sendo cobertos pelo Estado (CONDE, 2004). Nesse sentido, o ressarcimento ao SUS pode ser considerado uma orientação redistributiva concebida para desestimular o atendimento de clientes de planos de saúde em estabelecimentos da rede pública (COSTA, RIBEIRO, SILVA e MELO, 2003; BAHIA e VIANA, 2003).

Além disso, o ressarcimento ao SUS tem por escopo coibir que as operadoras possam se locupletar com lucros decorrentes de serviços com que se comprometeram contratualmente, mas que não prestaram, incorrendo em enriquecimento sem causa associado a um subsídio público indireto. Esse foi o entendimento esposado pelo STF nas decisões proferidas na já citada ADI nº 1.931-DF e no Recurso Extraordinário (RE) nº 597.064-RJ (BRASIL, 2018a e 2018b).

Não há causa jurídica para que as operadoras recebam as quantias referentes às contraprestações pecuniárias (mensalidades) dos planos de saúde, não prestem os serviços de saúde contratados, e o Estado efetue dispêndios que beneficiarão diretamente esses agentes econômicos (FIGUEIREDO, 2003).

Indo além, o mecanismo em tela permite que a ANS, responsável pela cobrança do ressarcimento ao SUS e pela regulação do mercado de planos de saúde, possa identificar falhas prestacionais das operadoras e atuar na busca da correção de tais falhas. Nesse sentido, o ressarcimento ao SUS gera informações que podem servir de insumo à regulação. Essas informações permitem compreender melhor as disfunções identificadas no âmbito da saúde suplementar, tais como práticas abusivas na microrregulação do acesso aos serviços contratados, insuficiência ou falta de qualidade da rede assistencial e induções financeiras à não utilização dos serviços contratados (cláusula de franquia e de coparticipação). Da mesma forma, com as informações geradas pelo ressarcimento ao SUS, é possível se verificar fragilidades na rede pública, como, por exemplo, o compartilhamento de prestadores de serviços com a saúde suplementar, o que favorece a ocorrência de dupla cobrança, concessão

de privilégios a beneficiários no acesso a serviços do SUS, escolha do melhor pagador por parte do prestador e comercialização de serviços públicos de saúde (GOULART, 2011).

A questão do uso complementar da rede pública pelas operadoras ganha especial relevância se observado o volume de atendimentos a pessoas vinculadas a planos de saúde. Essa utilização de forma complementar do SUS pode configurar um tipo de subsídio não programado às operadoras, pois, ainda que indiretamente, esses agentes de mercado se beneficiam da existência do SUS. Em outras palavras, o custo dos atendimentos a beneficiários de planos de saúde no SUS é suportado por toda a coletividade, o que se traduz em uma externalidade favorável às operadoras, que recebem benefícios pelos quais não efetuaram prévio pagamento. Então, a fim de se evitar o subsídio indireto de uma atividade privada pelo poder público, e à luz do princípio da solidariedade, o custo desse serviço público de saúde deve ser reinternalizado pela operadora, o que se faz por meio do ressarcimento ao SUS. Tal mecanismo, portanto, tem por escopo corrigir uma falha de mercado proveniente da natureza suplementar da atividade das operadoras, em um cenário caracterizado pela universalização e pela gratuidade da saúde pública (TIBÚRCIO, 2011).

Caso não houvesse contrapartida financeira pela utilização do SUS por pessoas vinculadas a contratos de planos de saúde, o uso complementar da rede do SUS certamente beneficiaria operadoras que não investem na organização de uma rede de prestadores de serviços de saúde adequada à quantidade de consumidores contratantes e às suas demandas assistenciais.

A importância do ressarcimento ao SUS reside, portanto, na promoção da tutela preventiva dos beneficiários de planos de saúde, visto que desestimula o não cumprimento dos contratos celebrados e impede o subsídio, ainda que indireto, de atividades lucrativas com recursos públicos (SCATENA, 2004). Além de funcionar como inibidor do descumprimento do contrato por parte das operadoras, o ressarcimento ao SUS também se constitui como ferramenta de regulação dos sistemas de saúde brasileiros, uma vez que propicia visualizar como se processa o acesso aos serviços de saúde no país (DIAS e PASTRANA, 2007), proporcionando ordem social, bem-estar e justiça social (SILVA, 2016).

Deve-se registrar também que o ressarcimento ao SUS representa um estímulo a boas práticas operacionais por parte das operadoras, visto que esses agentes econômicos, para não incorrerem nos custos decorrentes do mecanismo ora estudado, são induzidos a propiciar meios para minimizar a utilização do SUS por seus beneficiários (TIBÚRCIO, 2011).

Vale sinalizar ainda que os princípios da universalidade do SUS e da integralidade, previstos na Carta Política e na Lei Orgânica da Saúde, o direito à saúde, o fomento e o controle da saúde por parte do Estado não são, em nenhuma medida, prejudicados pelo ressarcimento ao SUS. Ao contrário, ao deixar de subsidiar parte das atividades privadas das operadoras de planos de saúde, o Estado poderá contar com mais recursos para serem investidos nas ações e nos serviços de saúde do SUS. O ressarcimento ao SUS, portanto, busca evitar que o sistema público deixe de receber mais investimentos em face da dinâmica pela qual o Estado realiza gastos que deveriam ser suportados pelas operadoras de planos de saúde (CONDE, 2004).

Assim sendo, o art. 32 da Lei nº 9.656/98 veicula uma obrigação ressarcitória, mas não equivalente a uma relação exclusivamente privada indenizatória. A obrigação em jogo encerra uma relevante dimensão social relacionada à responsabilidade das operadoras em face da externalidade – a utilização do SUS por seus beneficiários – que lhe beneficia economicamente. Além disso, é um instrumento de intervenção do Estado na regulação da atividade privada de saúde suplementar. Se o ordenamento jurídico não contasse com o dispositivo legal em tela, as operadoras se locupletariam a expensas da sociedade brasileira, que subsidiaria um sistema privado e seus elevados lucros. Dessa forma, um dos principais propósitos da norma em comento é impedir esse enriquecimento absolutamente sem causa (SIXTO, 2014).

Nesse contexto, vale repisar que o setor privado de saúde (o que inclui o mercado de saúde suplementar) é fortemente subsidiado pelo poder público (SANTOS *et al*., 2008; BAHIA, 2009; OCKÉ-REIS, 2012 e 2013) ao mesmo tempo em que se observa sucateamento e subfinanciamento crônico do sistema público de saúde (PAIM *et al*., 2011; OCKÉ-REIS, 2012; VIACAVA *et al.*, 2018). Portanto, o ressarcimento ao SUS pode ser considerado um instrumento da política regulatória empreendida pela ANS utilizado para contrabalançar o conflito de interesses existente entre operadoras (que desejam reduzir despesas assistenciais e maximizar lucros), Sistema Único de Saúde (que precisa alocar seus limitados recursos nas ações e serviços que possam melhor atender aos desassistidos) e beneficiários (que almejam receber os serviços de saúde por eles contratados). Dessa forma, o mecanismo regulatório em questão contribui para atenuar o desequilíbrio existente no *mix* público-privado da área de saúde do Brasil.

2.9 O processo administrativo de ressarcimento ao SUS

Neste tópico, será descrito como a ANS identifica os atendimentos realizados a beneficiários de planos privados de assistência à saúde no SUS e como se desenrola o processo administrativo de cobrança do ressarcimento ao SUS. Os procedimentos administrativos relacionados à questão encontram-se atualmente disciplinados pela Lei nº 9.656/98, assim como pela Resolução Normativa (RN) ANS nº 358, pela Instrução Normativa (IN) da Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES) nº 54, ambas de 2014, e pela Resolução Regimental (RR) nº 1, de 2017 (BRASIL, 1998a; ANS, 2014a, 2014b e 2017a)[1].

2.9.1 Os registros de atendimentos no SUS e o batimento (ou *record linkage*)

O § 2º do art. 32 da Lei nº 9.656/98 determina que, para se efetivar o ressarcimento ao SUS, a ANS deve disponibilizar para as operadoras a discriminação dos procedimentos realizados em cada consumidor (BRASIL, 1998a). Isso significa que, para cobrar o ressarcimento das operadoras, a Agência precisa primeiramente identificar, de maneira unívoca, quais pessoas atendidas no SUS são beneficiários de planos de saúde, a que procedimentos assistenciais essas pessoas se submeteram e quais são as operadoras a que esses beneficiários se vinculam.

Para tanto, a ANS lança mão dos registros dos atendimentos feitos pelos prestadores de serviços de saúde do SUS, os quais alimentam o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Sobre isso, cumpre ressaltar que a realização de cada atendimento, de acordo com sua natureza e com regras estabelecidas pelo SUS, é registrada de uma forma diferente. Assim, cada internação hospitalar realizada no sistema público é registrada em um documento denominado Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Por sua vez, cada procedimento ambulatorial de média e de alta complexidade é registrado em outro documento, a Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC). A letra C no final da sigla se deve ao nome inicial do documento: Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade/Custo. Também é registrada em APAC a

[1] Em razão da escassez de referências bibliográficas que tratem do tema de maneira detalhada e com propriedade, alguns aspectos do processo administrativo de ressarcimento ao SUS serão descritos não apenas com base na legislação indicada, mas também a partir da experiência profissional do autor, que é servidor da ANS desde julho de 2006, e se encontra lotado no órgão responsável pelo ressarcimento ao SUS desde março de 2015, onde vem desempenhando atividades tanto de gestão como de análise processual.

disponibilização de medicamentos excepcionais. Por fim, as consultas e exames de natureza mais simples são registrados em outros documentos, como o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) e o Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I).

Em relação a esses documentos de registro de atendimentos, é importante assinalar que, até o momento, apenas as AIHs e as APACs permitem identificar, de maneira unívoca, o usuário que foi efetivamente atendido no SUS. Dessa forma, apenas para as internações hospitalares e para os procedimentos ambulatoriais de média e de alta complexidade, além da disponibilização de medicamentos excepcionais, é possível saber-se quem realmente se submeteu aos procedimentos registrados nas AIHs e nas APACs.

Em outras palavras, em razão da simplicidade e dos objetivos dos registros efetuados em BPA, em BPA-I e em outros documentos, não é possível se identificar com precisão as pessoas que realizaram consultas e exames mais simples no SUS. Portanto, no presente momento, os valores correspondentes a tais atendimentos não são passíveis de cobrança pela ANS às operadoras. Para atender ao comando do citado § 2º do art. 32 da Lei nº 9.656/98, somente é viável à Agência cobrar das operadoras o ressarcimento ao SUS em relação aos procedimentos registrados em AIHs e em APACs, isto é, internações hospitalares, procedimentos ambulatoriais de média e de alta complexidade, e disponibilização de medicamentos excepcionais.

Entendida essa limitação dos registros efetuados pelo SUS e suas consequências para a cobrança do ressarcimento ao SUS, é importante anotar que a AIH e a APAC, além de identificarem o usuário atendido, indica, entre outros dados, o sexo e a data de nascimento do usuário, os serviços assistenciais a ele prestados, o valor de cada um desses serviços, a unidade de saúde em que se deu o atendimento, a competência (mês) do faturamento, e o caráter do atendimento, isto é, se eletivo ou de urgência. Uma diferença entre os dois documentos é que, enquanto a AIH indica precisamente as datas de entrada e de saída do paciente, ou seja, as datas em que a internação hospitalar se iniciou e se encerrou, a APAC aponta apenas o período em que o atendimento tem autorização para ser realizado (ANS, 2019a).

Insta também enfatizar a diferença entre atendimento e procedimento. Nesse aspecto, deve-se afirmar que cada AIH ou APAC registra um determinado atendimento realizado no SUS. Contudo, durante um mesmo atendimento, o paciente pode se submeter a um ou mais

procedimentos. Então, cada AIH ou APAC pode abarcar um único (somente o procedimento principal) ou diversos procedimentos (um procedimento principal e outros secundários).

Visto isso, cabe observar que as informações contidas em todas as AIHs e APACs geradas no Brasil são repassadas constantemente pelos gestores do SUS ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS), órgão integrante da estrutura do Ministério da Saúde (MS), o qual consolida todas essas informações em robustas bases de dados. Por força de termo de cooperação existente entre o MS e a ANS, as bases de dados gerenciadas pelo DATASUS são periodicamente repassadas para a agência reguladora para fins de ressarcimento ao SUS.

Recebidas as bases de dados referentes às AIHs e às APACs, a ANS procede ao que se chama de batimento (*record linkage*), que é o cruzamento das bases de dados enviadas pelo DATASUS com as informações contidas no Sistema de Informações de Beneficiários (SIB), o qual é gerenciado pela própria Agência (SILVA, 2016). O SIB é um sistema alimentado constantemente pelas operadoras por via eletrônica e contém informações pessoais e contratuais de cada beneficiário de plano de saúde no país.

Assim, a partir do batimento, são identificados os atendimentos a beneficiários de planos de saúde que realizaram internação hospitalar ou procedimentos ambulatoriais de alta ou média complexidade no sistema público de saúde ou, ainda, que receberam medicamentos de natureza excepcional do SUS.

Encerrado o *record linkage*, a ANS aplica alguns filtros sobre os atendimentos a beneficiários identificados a fim de excluir da massa de dados aqueles atendimentos que não devem ser objeto de cobrança em função das características contratuais dos planos de saúde ou em razão de questões judiciais. Dessa forma, é obtida uma base de dados final, que contém os atendimentos a beneficiários ocorridos no SUS, os quais, a princípio, poderiam ter sido realizados com cobertura pelas operadoras de planos de saúde em suas redes assistenciais, e, portanto, são considerados passíveis de ressarcimento ao SUS. É a partir dessa base que os processos administrativos de cobrança do ressarcimento ao SUS são gerados.

2.9.2 O processo administrativo de ressarcimento ao SUS propriamente dito

Após o *record linkage*, as informações referentes aos atendimentos passíveis de cobrança a título de ressarcimento ao SUS são organizadas, em regra, por trimestre de

atendimento. Para cada trimestre, é gerado um ofício de notificação para cada operadora de plano de saúde às quais os beneficiários identificados pelo batimento estão contratualmente vinculados. Cada conjunto de ofícios a serem remetidos às operadoras é denominado de Aviso de Beneficiário Identificado (ABI) e cada ofício do ABI enviado a cada operadora é chamado de Ofício ABI. O Ofício ABI é, portanto, a peça processual que inaugura o processo administrativo de cobrança do ressarcimento ao SUS. É por meio dele que a ANS notifica a operadora quanto à ocorrência de atendimentos a beneficiários no SUS.

Assim, cada Ofício ABI enviado a uma operadora indica uma lista de números de AIHs e APACs, cada qual se referindo a um beneficiário dessa operadora atendido no SUS em um determinado trimestre. Para cada número de AIH e APAC, a lista identifica o respectivo beneficiário atendido, os procedimentos assistenciais a que cada um se submeteu, os prestadores que realizaram tais procedimentos e a respectiva localidade (município e estado), a competência (mês) e o caráter (eletivo, urgência etc.) do atendimento, o valor de cada procedimento realizado, entre outras informações. Dessa forma, as operadoras são cientificadas de todos os detalhes referentes aos atendimentos de seus beneficiários pelo SUS (CONDE, 2004).

De acordo com o art. 32, § 1º da Lei nº 9.656/98, cabe à ANS estipular uma regra de valoração por meio da qual serão cobrados os montantes das operadoras a título de ressarcimento ao SUS. Essa regra de valoração encontra-se atualmente delineada pelo art. 6º da RN nº 358/2014, segundo o qual o ressarcimento ao SUS será cobrado de acordo com os valores praticados pelo SUS multiplicados pelo Índice de Valoração do Ressarcimento (IVR), o qual foi estipulado em 1,5 (ANS, 2014c). Assim, a regra de valoração estabelecida pela ANS majora em 50% o valor de cada procedimento realizado no SUS. Essa majoração se justifica para se fazer frente a custos indiretos do atendimento suportados pelos cofres públicos e que não estão embutidos no valor de cada procedimento constante na tabela praticada pelo SUS.

Ao receber o Ofício ABI, a operadora dispõe do prazo de trinta dias corridos para, querendo, impugnar cada uma das AIHs e APACs identificadas e, dessa forma, tentar demonstrar que as cobranças referentes a tais atendimentos são indevidas. Atualmente, as impugnações devem ser protocolizadas digitalmente pelas operadoras exclusivamente por meio do Protocolo Eletrônico do Ressarcimento ao SUS, sistema informatizado desenvolvido pela ANS com esse propósito.

Em suas impugnações, as operadoras podem alegar e tentar comprovar, por exemplo: a) que o beneficiário cumpria período de carência para o procedimento realizado no momento do atendimento; b) que o atendimento ocorreu fora da área geográfica de abrangência do plano de saúde contratualmente estipulada; c) que o beneficiário fora excluído da carteira da operadora antes do atendimento; d) que o atendimento envolvia lesão ou doença preexistente ao contrato de plano de saúde e o beneficiário cumpria cobertura parcial temporária para os procedimentos realizados; e) que o contrato de plano de saúde prevê a incidência de coparticipação ou franquia para os procedimentos realizados; entre outras argumentações. Com as impugnações, as operadoras podem questionar todos os procedimentos constantes de cada AIH ou APAC ou apenas alguns deles.

Apresentadas as impugnações às AIHs e às APACs pelas operadoras, a DIDES, que é uma das cinco Diretorias da ANS, analisa todas as alegações e documentos referentes a cada uma delas. A análise de cada impugnação pode resultar em deferimento ou indeferimento conforme o caso. Assim, se uma impugnação a uma AIH ou APAC é deferida, seu valor é, em regra, cancelado, o que significa que a operadora não deverá ressarcir ao SUS pelos respectivos atendimentos, havendo o arquivamento da respectiva cobrança. Por outro lado, em caso de indeferimento da impugnação, o valor daquela AIH ou APAC é, em regra, mantido, assim como sua cobrança.

Vale ressaltar que algumas situações específicas resultam na cobrança parcial do valor inicial da AIH ou da APAC. É o que ocorre, por exemplo, nos casos em que a operadora comprova a existência de: a) previsão de franquia ou coparticipação no contrato de plano de saúde do beneficiário (hipótese em que se deve proceder à redução do valor inicialmente cobrado, uma vez que a operadora não é financeiramente responsável pela cobertura integral do procedimento, dividindo esse ônus com o contratante); b) procedimentos secundários registrados na AIH ou na APAC não cobertos pelo plano de saúde (situação em que se deve cobrar da operadora apenas os procedimentos cobertos); e c) limitação contratual da quantidade coberta de determinado procedimento (por exemplo, número de sessões de hemodiálise por ano; deve-se cobrar apenas a quantidade coberta pelo plano de saúde). Nessas situações, é descontada do valor da AIH ou da APAC a quantia correspondente aos itens não cobertos.

Após a análise das impugnações, a DIDES profere uma decisão administrativa de primeira instância, cujo teor abrange os deferimentos e indeferimentos de cada impugnação a cada AIH e a cada APAC de maneira individualizada.

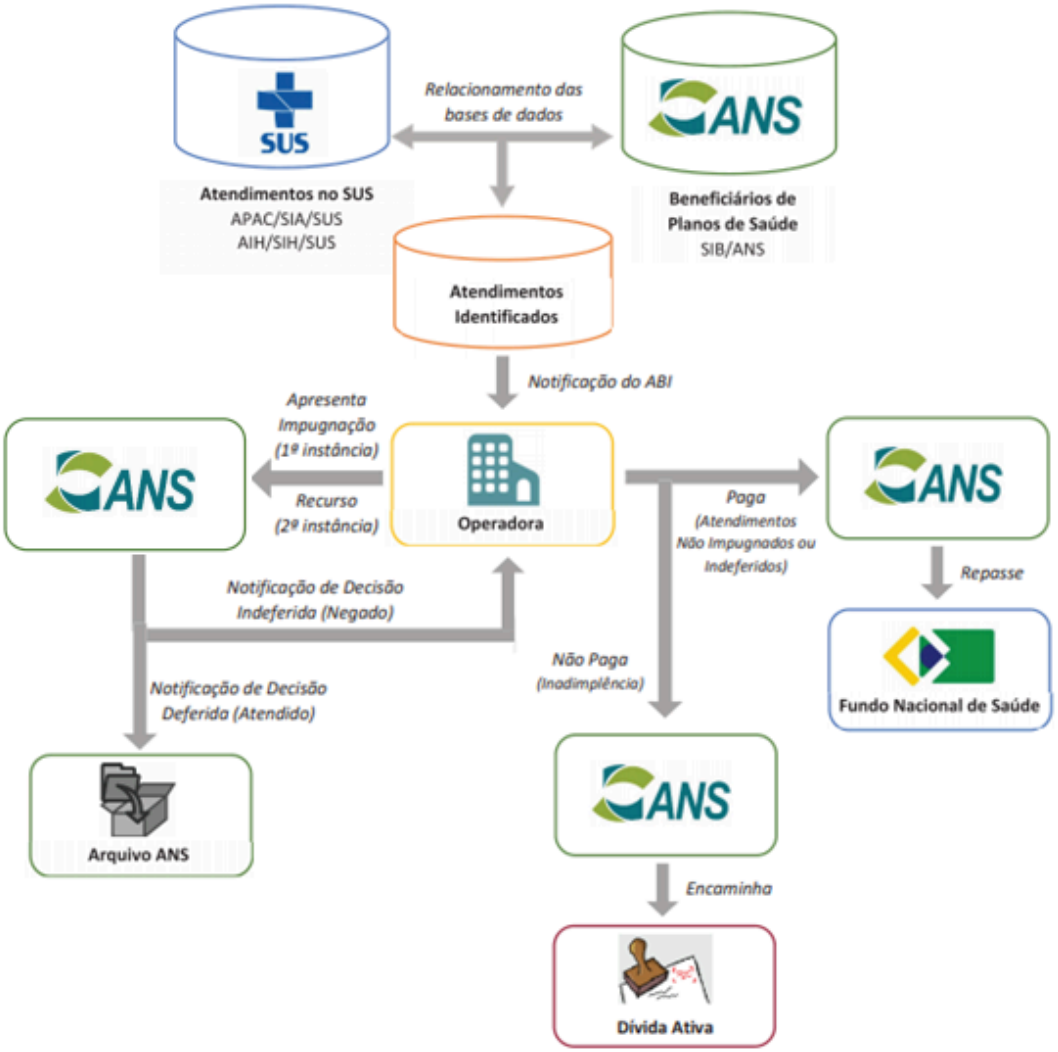
Notificada da decisão de primeira instância, a operadora pode, se desejar, interpor recursos no prazo de dez dias – também por meio do protocolo eletrônico – à Diretoria Colegiada da ANS em relação a cada AIH e APAC que teve seu valor total ou parcialmente mantido em primeira instância. Após o exame das alegações e dos documentos referentes aos recursos interpostos, a Diretoria Colegiada profere a decisão administrativa final (de segunda instância). Assim como na primeira instância, os recursos podem ser deferidos ou indeferidos, podendo haver ainda a concessão de abatimentos.

Os valores referentes às AIHs e às APACs não impugnadas, às que tiveram seus valores total ou parcialmente mantidos em primeira instância e que não foram recorridas, bem como às que tiveram seus valores total ou parcialmente mantidos em segunda instância, são cobrados da operadora pela ANS (acrescidos de juros e multa de mora) e uma Guia de Recolhimento da União (GRU) é gerada para efetuação do pagamento.

Caso a operadora proceda ao pagamento da GRU, os valores recolhidos pela ANS são integralmente revertidos ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), conforme determina o §1º, do art. 32, da Lei nº 9.656/98. Não havendo o pagamento, os valores não recolhidos são inscritos em dívida ativa da agência reguladora, a quem compete a cobrança judicial dos respectivos créditos, à luz do § 5º daquele dispositivo legal.

Uma visão concisa de todo o processo administrativo de cobrança do ressarcimento ao SUS pode ser observada na Figura 2.1.

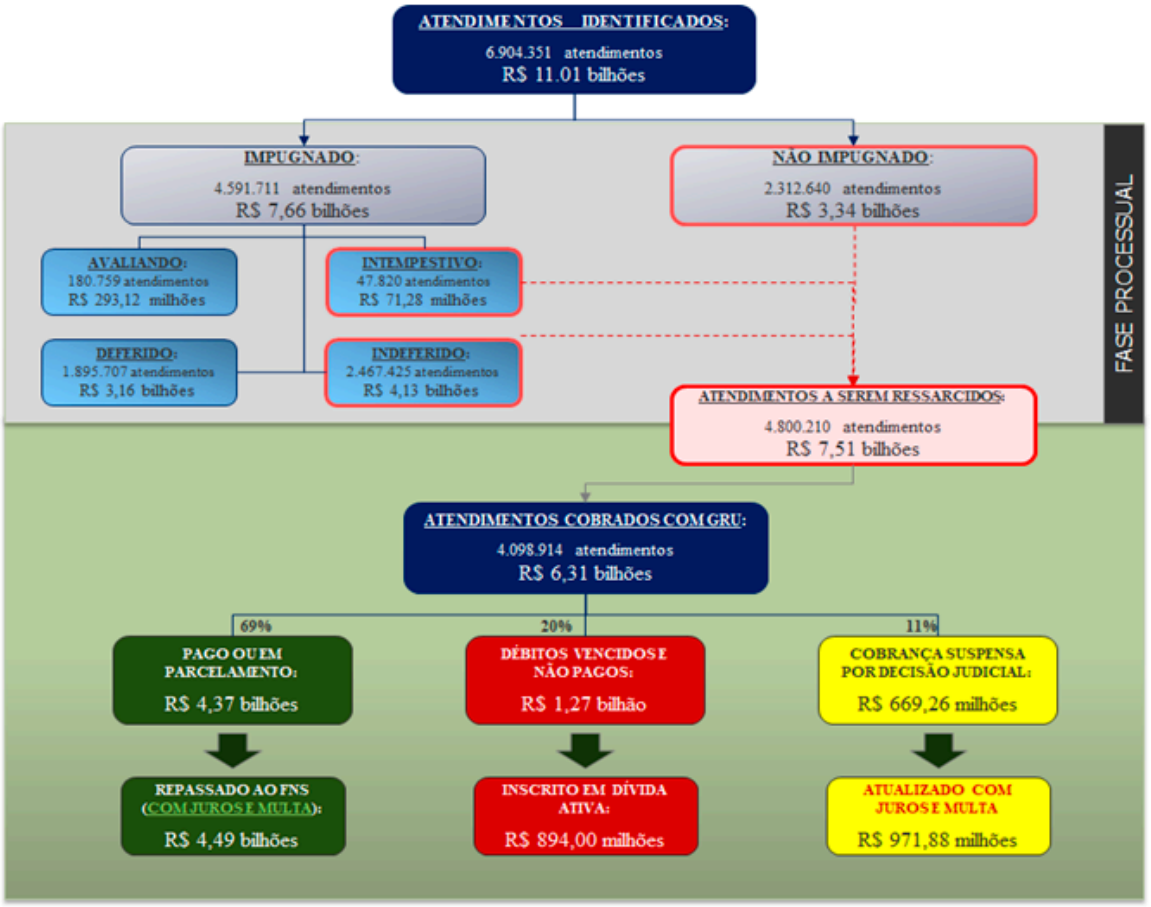
Figura 2.1 – O processo de ressarcimento ao SUS



Fonte: ANS, 2020b.

É relevante registrar que, desde o início de suas atividades até junho de 2020, a ANS identificou, conforme indica a Figura 2.2, quase sete milhões de atendimentos realizados em beneficiários de planos de saúde no SUS. Tais atendimentos alcançaram a quantia de pouco mais de onze bilhões de reais, já aplicado o IVR. Desse montante, quase 4,5 bilhões de reais (considerando multas e juros) já foram repassados aos FNS, quase 300 milhões de reais estavam em discussão administrativa, quase 3,2 bilhões de reais foram desonerados das operadoras por terem sido objeto de deferimento, 1,8 bilhão de reais (incluindo juros, multa e honorários advocatícios da Procuradoria Federal junto à ANS) encontrava-se inscrito em dívida ativa e quase um bilhão de reais estava com cobrança suspensa judicialmente (ANS, 2020b).

Figura 2.2 – Fases do ressarcimento ao SUS (2001-2020)



Fonte: ANS, 2020b.

Portanto, sintetizando tudo que foi abordado no presente capítulo, o procedimento administrativo acima descrito viabiliza a cobrança do ressarcimento ao SUS, instrumento que contribui para a integração e o equilíbrio entre os atores sociais do *mix* público-privado da área de saúde, os quais manifestam interesses conflituosos e antagônicos entre si (VASCONCELOS, 2008). Tal mecanismo integra a política regulatória do socialmente relevante mercado de saúde suplementar, que se encontra a cargo da ANS, uma agência reguladora criada à luz das concepções político-administrativas que conduziram a reforma do aparelho do Estado brasileiro no final do século passado (BRASIL, 1995 e 2000; FIGUEIREDO, 2009). Essa reformulação procurou adequar a Administração Pública brasileira ao modelo gerencial no contexto de transição de um desenho de Estado de Bem-Estar, com forte intervenção direta na economia, para o de Estado regulador, com apelo interventivo indireto no domínio econômico (CUNHA, 2003; BARROSO, 2006; GREGORI, 2007; PEREIRA, 2007).

No próximo capítulo, será realizada uma análise de como o ressarcimento ao SUS é impactado por um dos grupos de procedimentos mais realizados no Sistema Único de Saúde

em beneficiários de planos e seguros privados de saúde: os tratamentos quimioterápicos de câncer de mama.

3 QUIMIOTERAPIA DO CÂNCER DE MAMA E RESSARCIMENTO AO SUS

O capítulo anterior tratou do ressarcimento ao SUS no bojo da regulação do mercado de saúde suplementar, tendo sido mostrada sua contribuição para a integração dos atores envolvidos no *mix* público-privado da área de saúde do Brasil, e apresentado seu processo administrativo de cobrança.

Neste capítulo, será apresentado um estudo de caso quantitativo relacionado aos conflitos deflagrados entre as operadoras de planos de saúde e a ANS na seara administrativa, envolvendo tratamentos quimioterápicos de câncer de mama prestados pelo SUS a beneficiárias[2] de planos de saúde. Nesse propósito, serão analisados especificamente os atendimentos realizados de 2014 a 2017, os quais foram objeto de cobrança a título de ressarcimento ao SUS pela ANS.

Assim, serão esclarecidas inicialmente as razões de se investigar esse tipo de tratamento médico à luz da ferramenta regulatória em questão. Na sequência, serão expostas informações extraídas do banco de dados da ANS relacionadas a diversos aspectos atinentes àqueles atendimentos e aos litígios administrativos deles decorrentes. Concomitantemente à exposição, as informações serão discutidas em face da regulação empreendida pela agência reguladora.

3.1 Por que examinar os tratamentos quimioterápicos do câncer de mama no âmbito do ressarcimento ao SUS?

Com a intenção de demonstrar a relevância de se estudar os tratamentos quimioterápicos do câncer de mama realizados em beneficiárias de planos de saúde no SUS, foram solicitados à ANS a disponibilização de um conjunto de dados existentes no banco de dados relacionado ao ressarcimento ao SUS. Os dados solicitados se referem aos anos de 2014 a 2017, período a ser investigado na pesquisa principal e que será justificado mais adiante.

Em atendimento à solicitação, a Agência disponibilizou o conjunto de dados solicitado por meio de uma planilha do *software* Excel®, da Microsoft®. A planilha, com

[2] Desse ponto do texto em diante, optou-se por utilizar o termo "beneficiárias", no feminino, para designar a população que se submeteu a quimioterapia de câncer de mama no SUS, uma vez que, como será visto, tal contingente é composto quase que totalmente por mulheres.

registros atualizados em 31/12/2020, lista as espécies de procedimentos principais identificados no batimento do ressarcimento ao SUS e que foram objeto de cobrança às operadoras. Além das espécies de procedimentos principais, a planilha indica seus respectivos quantitativos realizados, quantidade de registros em AIHs ou APACs e valores a serem ressarcidos a princípio ao SUS (incluindo o IVR e excluindo multas e juros de mora).

Em seguida, algumas espécies de procedimentos principais identificados foram reunidas em grupos de procedimentos conforme sua natureza terapêutica. Tais grupos foram constituídos levando-se em consideração que seus respectivos procedimentos, em conjunto, respondem pelos maiores volumes de atendimentos realizados, maiores volumes de registros em AIHs e APACs e maiores volumes de valores cobrados das operadoras a título de ressarcimento ao SUS. Os dados de cada grupo encontram-se consolidados na Tabela 3.1.

Tabela 3.1 – Grupos de procedimentos principais realizados de 2014 a 2017, identificados no batimento do ressarcimento ao SUS e cobrados das operadoras de planos privados de assistência à saúde

Grupos de procedimentos	Quantidade do procedimento principal	Quantidade de AIHs e/ou APACs	Valores*
Hemodiálise (3 procedimentos)	3.414.339	281.163	R$ 992.720.433,93
Quimioterapia de câncer de mama (16 procedimentos)	**550.698**	**550.877**	**R$ 203.696.921,13**
Transplante de rim (2 procedimentos)	3.312	3.312	R$ 198.403.009,38
Parto (6 procedimentos)	132.814	132.814	R$ 141.332.099,44
Radioterapia (5 procedimentos)	1.603.356	37.500	R$ 90.690.771,10
Procedimentos envolvendo DPA/DPAC (3 procedimentos)	23.255	23.735	R$ 82.454.624,71
Tratamento com cirurgias múltiplas (1 procedimento)	18.961	18.961	R$ 78.835.537,45
Tratamento de outras doenças bacterianas (1 procedimento)	15.586	15.586	R$ 76.732.780,26
Acompanhamento e intercorrência em paciente pós-transplantado (6 procedimentos)	246.851	156.549	R$ 76.151.797,09
Tratamento de pneumonias ou influenza (1 procedimento)	40.587	40.587	R$ 65.273.078,13
Quimioterapia de adenocarcinoma de próstata (5 procedimentos)	125.594	125.830	R$ 63.844.196,24
Procedimentos sequenciais em Oncologia (1 procedimento)	4.868	4.868	R$ 50.694.622,35
Quimioterapia de câncer na infância/adolescência (4 procedimentos)	16.871	16.957	R$ 46.064.799,93
Quimioterapia de doença mieloproliferativa (2 procedimentos)	50.973	50.955	R$ 42.150.486,75
Facoemulsificação com implante de lente intra-ocular (2 procedimentos)	36.791	36.791	R$ 35.852.663,20
Demais procedimentos (1.896 procedimentos)	2.027.584	1.123.139	R$ 1.841.616.029,09
Total	**8.312.440**	**2.619.624**	**R$ 4.086.513.850,18**

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados da ANS.

* Valores inicialmente cobrados das operadoras a título de ressarcimento ao SUS, englobando procedimentos principais e secundários registrados nas AIHs e APACs (incluindo IVR e excluindo multas e juros de mora).

Da análise da Tabela 3.1, pode-se constatar que, entre as 1.954 espécies distintas de procedimentos principais identificados no batimento do ressarcimento ao SUS para o período 2014-2017, as 58 espécies abarcadas pelos 15 grupos discriminados correspondem a 75,61% dos 8.312.440 procedimentos realizados. Além disso, esses mesmos 58 tipos de procedimentos responderam por 57,13% das 2.619.624 AIH e APACs identificadas no ressarcimento ao SUS e por 54,93% dos pouco mais de R$ 4 bilhões inicialmente cobrados das operadoras de planos de saúde a título de ressarcimento ao SUS. Esses percentuais demonstram a relevante representatividade dos 15 grupos de procedimentos principais estipulados no âmbito dos atendimentos a beneficiários de planos de saúde no SUS.

Ainda com base na Tabela 3.1, pode-se notar que o grupo que reúne os 16 tipos de quimioterapia de câncer de mama realizados pelo SUS (destacado em negrito) foi o terceiro grupo em quantidade de procedimentos realizados (ficando atrás apenas das hemodiálises e das radioterapias), o segundo em valores a serem inicialmente ressarcidos (atrás apenas das hemodiálises) e o primeiro em quantidade de AIHs e APACs identificadas no batimento. Vê-se, portanto, que o grupo das quimioterapias de câncer de mama, se comparado aos demais grupos de maior representatividade no período em estudo, apresentou expressivo volume de atendimento a beneficiários de planos de saúde na rede pública de saúde, o que gerou o dever de as operadoras ressarcirem o SUS em uma quantia inicialmente calculada em mais de 200 milhões de reais.

Além da análise acima, procedeu-se à comparação, para cada grupo, entre os volumes de atendimento identificados no batimento do ressarcimento ao SUS e os volumes de atendimento globais realizados no SUS no período de 2014 a 2017. O objetivo dessa comparação foi verificar o percentual de atendimentos realizados pelo SUS exclusivamente a beneficiários de planos de saúde. Para tanto, os dados relacionados aos atendimentos realizados pelo SUS foram obtidos na página do DATASUS na Internet[3].

Consolidados os dados de realização no SUS dos 58 tipos de procedimentos, pôde-se compará-los com os dados identificados pelo batimento do ressarcimento ao SUS. A comparação é feita na Tabela 3.2.

[3] <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>

Tabela 3.2 – Comparação entre volumes de procedimentos identificados no batimento do ressarcimento ao SUS e volumes de procedimentos realizados no SUS de 2014 a 2017

Grupos de procedimentos	Quantidade de procedimentos		
	Identificados no ressarcimento ao SUS (A)	Realizados no SUS (B)	A/B (%)
Acompanhamento e intercorrência em paciente pós-transplantado (6 procedimentos)	246.851	1.294.798	19,06
Transplante de rim (2 procedimentos)	3.312	19.682	16,83
Quimioterapia de doença mieloproliferativa (2 procedimentos)	50.973	342.642	14,88
Quimioterapia de câncer de mama (16 procedimentos)	**550.698**	**5.518.399**	**9,98**
Procedimentos envolvendo DPA/DPAC (3 procedimentos)	23.255	319.516	7,28
Quimioterapia de câncer na infância/adolescência (4 procedimentos)	16.871	244.874	6,89
Hemodiálise (3 procedimentos)	3.414.339	54.153.505	6,30
Quimioterapia de adenocarcinoma de próstata (5 procedimentos)	125.594	2.340.267	5,37
Radioterapia (5 procedimentos)	1.603.356	37.406.010	4,29
Procedimentos sequenciais em Oncologia (1 procedimento)	4.868	200.032	2,43
Tratamento com cirurgias múltiplas (1 procedimento)	18.961	780.706	2,43
Facoemulsificação com implante de lente intra-ocular (2 procedimentos)	36.791	1.888.747	1,95
Parto (6 procedimentos)	132.814	7.803.614	1,70
Tratamento de outras doenças bacterianas (1 procedimento)	15.586	985.434	1,58
Tratamento de pneumonias ou influenza (1 procedimento)	40.587	2.572.205	1,58
Total	**6.284.856**	**115.870.431**	**5,42**

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados da ANS e do DATASUS.

A Tabela 3.2 mostra que, dos tratamentos de quimioterapia de câncer de mama realizados no SUS nos anos de 2014 a 2017, praticamente 10% foram identificados no batimento do ressarcimento ao SUS (destaque em negrito). Em outras palavras, um em cada dez atendimentos relacionados a quimioterapia de câncer de mama realizados na rede pública de saúde naquele período foi prestado a uma beneficiária de plano de saúde. Esse percentual é quase o dobro do percentual médio para todos os grupos, que foi de 5,42%, e aproximadamente seis vezes maior que a proporção de atendimentos ambulatoriais de alta complexidade a beneficiários no SUS (ANS, 2020c).

Percebe-se, ainda, que o percentual encontrado para o grupo das quimioterapias de câncer de mama foi o quarto maior, superado apenas pelos percentuais relacionados aos

atendimentos a pacientes pós-transplantados, às cirurgias de transplante de rim e às quimioterapias de doença mieloproliferativa.

Os dados contidos nas Tabelas 3.1 e 3.2, portanto, demonstram a relevância de se pesquisar os tratamentos quimioterápicos de câncer de mama no âmbito do ressarcimento ao SUS. Na próxima seção, são apresentados dados epidemiológicos e políticas públicas relacionadas a essa doença, aspectos que reforçam a importância de se estudar o câncer de mama em face do instrumento regulatório em análise.

3.2 O câncer de mama

Segundo o MS, o câncer de mama (ou carcinoma de mama ou neoplasia maligna de mama) é o tipo de câncer mais incidente em mulheres em todo o mundo. No Brasil, desconsiderando algumas lesões cancerígenas de pele, o câncer de mama é o tumor maligno mais diagnosticado em mulheres das regiões Sul (74,30/100 mil), Sudeste (68,08/100 mil), Centro-Oeste (55,87/100 mil) e Nordeste (38,74/100 mil). Na região Norte, é a segunda lesão maligna mais incidente (22,26/100 mil) entre elas (BRASIL, 2018c).

Em estudo realizado em 2002 relacionado a óbitos ocorridos nas capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal, verificou-se que o câncer de mama era o quarto maior causador de mortes em mulheres entre 10 e 49 anos de idade, atrás apenas do acidente vascular cerebral, da AIDS e dos homicídios (BRASIL, 2006b).

Considerando apenas os óbitos por câncer entre as mulheres, o câncer de mama aparece como o causador mais frequente, seguido pelos cânceres do trato respiratório (traqueia, brônquios e pulmões), do trato digestivo (estômago, cólon e reto) e do colo de útero (BRASIL, 2004).

Em razão de seus relevantes índices de morbidade e mortalidade, o câncer de mama encontra-se no escopo de pelos menos três políticas públicas destinadas a preveni-lo e a combatê-lo: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004); o Pacto pela Vida, um dos componentes do Pacto pela Saúde 2006 (BRASIL, 2006c); e a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (BRASIL, 2013).

A preocupação com esse tipo de tumor ganhou tamanha repercussão na sociedade civil de diversos países nas últimas décadas que a doença chegou a ser tema da estrondosa

campanha publicitária mundial *Fashion Targets Breast Cancer*, lançada pelo renomado estilista norte-americano Ralph Lauren. No Brasil, a campanha recebeu o nome de "O Câncer de Mama no Alvo da Moda" (Figura 3.1) e é encampada pelo Instituto Brasileiro de Controle do Câncer – IBCC há vinte e cinco anos (IBCC, 2021).

Figura 3.1 – Marca da campanha "O Câncer de Mama no Alvo da Moda"

Fonte: IBCC, 2021.

Vale lembrar que, no Brasil e em outros países, o câncer de mama é objeto da campanha de conscientização Outubro Rosa, a qual recentemente foi estimulada pelo legislador federal por meio da Lei nº 13.733, de 2018 (BRASIL, 2018d).

3.3 O conjunto de dados utilizado na pesquisa

Para a realização desta pesquisa, solicitou-se à Agência a disponibilização de um segundo conjunto de dados extraído do banco de dados relacionado ao ressarcimento ao SUS. Tal recorte se refere especificamente aos tratamentos de quimioterapia de câncer de mama realizados entre 2014 e 2017. Para cada atendimento, os dados disponibilizados pela ANS e utilizados nesta pesquisa foram os seguintes: 1) número da APAC desidentificado; 2) competência (mês) do atendimento; 3) Código de Controle Operacional – CCO desidentificado da beneficiária atendida; 4) gênero da pessoa atendida; 5) idade da beneficiária no momento do atendimento; 6) código da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10 referente à patologia apresentada pela beneficiária; 7) cidade de origem da beneficiária; 8) Unidade da Federação de origem da

beneficiária; 9) procedimento principal realizado no atendimento; 10) quantidade do procedimento principal realizada no atendimento; 11) procedimentos secundários realizados no atendimento; 12) quantidade dos procedimentos secundários realizada no atendimento; 13) data inicial do atendimento autorizada pela APAC; 14) data final do atendimento autorizada pela APAC; 15) número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES desidentificado do prestador de serviços de saúde que realizou o atendimento; 16) cidade de atendimento; 17) Unidade da Federação do atendimento; 18) razão social da operadora ao qual a beneficiária atendida no SUS se vincula contratualmente; 19) número de registro da operadora; 20) modalidade da operadora; 21) quantidade de beneficiários da operadora no momento do atendimento; 22) tipo de contratação do plano de saúde da beneficiária; 23) época da contratação do plano de saúde pela beneficiária; 24) segmentação do plano de saúde da beneficiária; 25) informação sobre a existência de cláusula de coparticipação no plano de saúde da beneficiária; 26) informação sobre a existência de cláusula de franquia no plano de saúde da beneficiária; 27) número do processo administrativo desidentificado em que o atendimento foi cobrado; 28) número do ABI; 29) *status* processual do atendimento; 30) valor financeiro da APAC (incluindo o IVR); 31) valor financeiro da APAC (incluindo IVR) ao término da primeira instância do processo administrativo; 32) data de encerramento da primeira instância do processo administrativo; 33) valor financeiro da APAC (incluindo IVR) ao término da segunda instância do processo administrativo; 34) data de encerramento da segunda instância do processo; 35) nomenclatura do parecer lançado pelo analista da ANS; 36) código do parecer lançado pelo analista da ANS; 35) instância em que foi lançado o parecer; 37) data do pagamento efetuado pela operadora; 38) *status* do parcelamento da dívida; e 39) informação sobre o encaminhamento do valor devido para dívida ativa.

O termo inicial do recorte foi estipulado em 2014 porque o primeiro ABI totalmente processado eletronicamente e com filtros pós-batimento mais criteriosos se refere aos atendimentos ocorridos em janeiro, fevereiro e março do referido ano (54º ABI). O termo final foi fixado no último trimestre de 2017 (76º ABI), uma vez que, em 31/12/2020, data em que o conjunto de dados foi extraído, 2017 era o ano mais recente para o qual os atendimentos impugnados pelas operadoras haviam sido quase que totalmente analisados em primeira instância (99,91% de análise). Assim, a pesquisa contempla os dados referentes ao 54º até o 76º ABIs, excluídos os 60º, 62º, 64º, 66º, 68º, 70º e 72º ABIs. Os ABIs excluídos, apesar de contemplarem processos eletrônicos e aplicação de filtros mais criteriosos, se referem a

atendimentos realizados em 2012 e 2013, os quais foram considerados pouco recentes para a pesquisa[4].

Os números das APACs, os CCOs das beneficiárias, os números do CNES dos prestadores que realizaram os atendimentos e os números dos processos administrativos foram desidentificados pela ANS em observância aos parâmetros estipulados pela Lei nº 13.709, de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais), a fim de evitar a identificação de quaisquer beneficiárias envolvidas nos atendimentos estudados. Pelo mesmo motivo, não foram disponibilizados os dados referentes às datas de nascimento das beneficiárias e às razões sociais dos prestadores que as atenderam. Para que fosse possível realizar uma análise da faixa etária das beneficiárias, suas datas de nascimento foram substituídas por suas respectivas idades nos momentos dos atendimentos.

Também para assegurar a privacidade das pessoas atendidas, o autor comprometeu-se perante a ANS a preservar os dados disponibilizados pela autarquia no computador por ele utilizado em suas atividades funcionais na Agência, tendo-lhe sido autorizado exibir os dados apenas ao orientador da pesquisa, ainda assim com finalidade exclusivamente acadêmica. Em razão do compromisso assumido, este capítulo 3 foi integralmente elaborado no referido computador, o qual foi acessado remotamente por rede privada virtual em razão da pandemia de covid-19 em curso.

3.4 Características das beneficiárias atendidas no SUS, de seus atendimentos, de suas operadoras e de seus produtos contratados

Uma vez disponibilizada pela ANS a planilha com o conjunto de dados referentes aos atendimentos a beneficiárias de planos e seguros de saúde realizados no SUS envolvendo quimioterapia de câncer de mama para o período de 2014 a 2017, e feitos os devidos tratamentos da planilha, pôde-se extrair as informações que serão apresentadas a seguir.

3.4.1 Informações gerais

[4] Cabe acrescentar que esses atendimentos realizados em 2012 e 2013 foram cobrados a partir de 2017 em razão de determinação extemporânea do Tribunal de Contas da União (ANS, 2019a). Assim, para que não houvesse distorção nos cálculos relativos aos interstícios temporais transcorridos desde o atendimento até o pagamento do ressarcimento ao SUS, o que será exposto e discutido mais adiante, optou-se por excluir aqueles atendimentos do escopo desta pesquisa.

Conforme mencionado anteriormente, os dados se referem aos processos administrativos relacionados a dezesseis ABIs que abarcam os atendimentos ocorridos no SUS desde o primeiro trimestre de 2014 até o quarto trimestre de 2017, ou seja, os 54º (janeiro, fevereiro e março de 2014), 55º (abril, maio e junho de 2014), 56º (julho, agosto e setembro de 2014), 57º (outubro, novembro e dezembro de 2014), 58º (janeiro, fevereiro e março de 2015), 59º (abril, maio e junho de 2015), 61º (julho, agosto e setembro de 2015), 63º (outubro, novembro e dezembro de 2015), 65º (janeiro, fevereiro e março de 2016), 67º (abril, maio e junho de 2016), 69º (julho, agosto e setembro de 2016), 71º (outubro, novembro e dezembro de 2016), 73º (janeiro, fevereiro e março de 2017), 74º (abril, maio e junho de 2017), 75º (julho, agosto e setembro de 2017) e 76º (outubro, novembro e dezembro de 2017) ABIs.

No período em análise, foram realizados 550.877 atendimentos[5, 6] a 39.712 beneficiárias distintas[7] no SUS envolvendo dezesseis tipos diferentes de quimioterapia de câncer de mama[8]. Em razão de tais atendimentos, a ANS cobrou inicialmente das 790 operadoras envolvidas[9] a quantia de R$ 203.696.921,13[10] a título de ressarcimento ao SUS,

---

[5] Conforme mostrado anteriormente na Tabela 3.1, as 550.877 APACs identificadas registraram 550.698 procedimentos principais de quimioterapia de câncer de mama. Em regra, cada APAC envolvendo tratamento quimioterápico de câncer de mama registra a realização de uma unidade do procedimento principal. Esse foi o caso de 550.461 APACs (99,92%) do estudo. A diferença de quantitativos totais de APACs e de procedimentos principais ocorreu porque houve o registro de zero unidade de procedimento principal em 297 APACs e duas unidades em 118 APACs. Nesta pesquisa, independentemente do quantitativo de unidades de procedimento principal registrado, cada APAC será considerada como um atendimento realizado. Portanto, o universo estudado envolve 550.877 atendimentos.

[6] Em 15.620 atendimentos (2,84% do total de atendimentos estudados), foram realizados, além do procedimento principal, algum(ns) procedimento(s) secundário(s). Em 99,85% dos atendimentos desse conjunto, realizou-se uma unidade do procedimento secundário denominado inibidor de osteólise.

[7] O número de beneficiárias distintas foi encontrado a partir dos números de CCO desidentificados. Sobre isso, deve-se esclarecer que, de acordo com o art. 2º, inciso V, da RN nº 295/2012, o CCO é o código que identifica univocamente os vínculos dos beneficiários a uma determinada operadora (BRASIL, 2012). Portanto, é possível que algumas beneficiárias envolvidas nos atendimentos examinados nesta pesquisa tenham migrado de uma operadora para outra durante o período estudado, o que as levaria a gerarem novos números de CCO e, assim, serem contadas mais de uma vez.

[8] Os dezesseis tipos de procedimentos identificados são de natureza ambulatorial de alta complexidade e, portanto, são registrados no SUS exclusivamente em APACs, razão pela qual a pesquisa não envolve atendimentos registrados em AIHs.

[9] O número de operadoras distintas foi encontrado a partir dos seus respectivos números de registro na ANS.

[10] Essa quantia se refere aos procedimentos principais e secundários realizados em todos os 550.877 atendimentos. Do valor em questão, os procedimentos secundários somados corresponderam a R$ 10.530.201,00 (5,17% do total).

valores que incluem o acréscimo de 50% correspondente ao IVR e excluem multas e juros de mora[11]. Esse montante foi cobrado em 9.790 processos administrativos instaurados pela ANS, cabendo lembrar que tais processos não cuidam ou cuidaram exclusivamente dos atendimentos em estudo, mas a mais de dois milhões de outros atendimentos de naturezas médicas distintas (Tabela 3.1).

A Tabela 3.3 resume a evolução do número de atendimentos e de valores cobrados por ano.

Tabela 3.3 – Quantidade de atendimentos a beneficiárias realizados de 2014 a 2017 no sistema público de saúde relacionados a tratamentos quimioterápicos de câncer de mama e respectivas quantias cobradas das operadoras a título de ressarcimento ao SUS

Ano	Nº de atendimentos	Valores cobrados*
2014	150.028	R$ 59.808.097,00
2015	133.089	R$ 44.955.792,74
2016	139.445	R$ 51.197.673,52
2017	128.315	R$ 47.735.357,87
Total	**550.877**	**R$ 203.696.921,13**

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados da ANS.

* Valores inicialmente cobrados das operadoras a título de ressarcimento ao SUS (incluindo IVR e excluindo multas e juros de mora).

As informações da tabela acima mostram que, para o ano de 2014, foram identificados e selecionados pelos filtros do batimento um volume de atendimentos um pouco maior do que nos três anos que se sucederam. Possivelmente, essa redução, que foi observada para os procedimentos ambulatoriais registrados em APAC em geral (ANS, 2020c), decorre do fato de os filtros empregados serem constantemente aprimorados, o que evita cada vez mais a inclusão nos processos administrativos de APACs cujas impugnações e recursos resultariam em deferimento com anulação do atendimento. Outra hipótese, que poderia ser investigada em outro momento, é a utilização em menor escala do SUS por beneficiárias para a realização de sessões de quimioterapia de câncer de mama.

Deve-se acrescentar que os atendimentos foram realizados em 267 prestadores de serviços de saúde distintos, distribuídos em 171 cidades dos 26 estados e do Distrito Federal. De acordo com o banco de dados da ANS, as beneficiárias atendidas no SUS viviam em 2.242 cidades de origem distintas. Sobre tais cidades, cabe registrar que esses são dados

[11] Nesta pesquisa, todos as informações relacionadas a valores cobrados a título de ressarcimento ao SUS consideram a incidência do IVR (acréscimo de 50% no valor original das APACs) e excluem a aplicação de multa e de juros de mora.

armazenados na ANS a partir de informações prestadas à autarquia mensalmente pelas operadoras sobre seus consumidores, por força da RN nº 295, de 2012 (BRASIL, 2012). Em certas oportunidades anteriores, já foram identificados pela Agência casos em que algumas operadoras, em vez de informarem as cidades dos seus beneficiários, informaram a cidade em que se encontram as sedes das próprias operadoras ou das pessoas jurídicas que contrataram o plano ou seguro de saúde, pessoas jurídicas às quais os beneficiários se vinculam em razão de relação empregatícia, estatutária, sindical, classista, cooperativista ou associativa (ANS, 2017b). Ressalta-se aqui, portanto, a possibilidade de ocorrência de alguma inconsistência na presente pesquisa no que se refere à cidade de origem das beneficiárias. A Tabela 3.4 condensa as informações descritas na presente seção.

Tabela 3.4 – Informações gerais sobre os atendimentos a beneficiárias realizados de 2014 a 2017 no SUS relacionados a tratamentos quimioterápicos de câncer de mama

Informação	Quantidade/Quantia
Atendimentos	550.877
Valor total cobrado*	R$ 203.696.921,13
Procedimentos distintos	16
Operadoras	790
Prestadores	267
Cidades de atendimento	171
Nº de beneficiárias	39.712
Cidades de origem das beneficiárias**	2.242
ABIs	16
Processos	9.790

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados da ANS.

* Valor inicialmente cobrado das operadoras a título de ressarcimento ao SUS (incluindo IVR e excluindo multas e juros de mora).

** Informações prestadas à ANS pelas operadoras, sujeitas a alguma inconsistência.

3.4.2 Gênero e idade das pessoas atendidas

As 39.712 pessoas, que eram beneficiárias de planos e seguros de saúde e que se submeteram a tratamento quimioterápico de câncer de mama no SUS de 2014 a 2017, realizaram, em média, 13,87 atendimentos no período. Os atendimentos prestados a cada pessoa distinta geraram, em média, a cobrança de R$ 5.129,35 das operadoras. A média de

idade no momento do atendimento foi de 59,60 anos, sendo que a pessoa mais idosa possuía 107 anos de idade e a mais jovem possuía 19 anos de idade.

Do total de atendimentos realizados, 546.047 (99,12%) envolveram 39.313 pessoas do sexo feminino (99,00%) e geraram a cobrança de R$ 201.700.537,61 (99,12% do total). A Tabela 3.5 mostra a distribuição por gênero dos atendimentos.

Tabela 3.5 – Distribuição dos tratamentos quimioterápicos de câncer de mama realizados em beneficiárias e beneficiários no SUS no período 2014 a 2017 por gênero

Informação	Feminino	Masculino	Geral
Nº de atendimentos	546.047	4.830	**550.877**
Nº de pessoas atendidas distintas	39.313	418	**39.712***
Nº médio de atendimentos por pessoa distinta	13,89	11,56	**13,87**
Valores inicialmente cobrados	R$ 201.700.537,61	R$ 1.996.383,52	**R$ 203.696.921,13**
Valor médio cobrado por pessoa distinta	R$ 5.130,63	R$ 4.776,04	**R$ 5.129,35**
Média de idade (anos)	59,56	63,72	**59,60**
Idade da pessoa mais idosa (anos)	107	100	**107**
Idade da pessoa mais jovem (anos)	19	23	**19**

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados da ANS.

* O somatório dos quantitativos das colunas excede o total porque dezenove pessoas distintas, em diferentes atendimentos a elas prestados, tiveram o registro incorreto do seu gênero, de modo que, na consolidação dos dados, elas foram computadas como sendo pertencentes a ambos os sexos.

3.4.3 Tipos de câncer de mama apresentados pelas beneficiárias e procedimentos de quimioterapia realizados

Considerando os tipos de câncer de mama classificados pela CID-10[12], a neoplasia maligna do quadrante superior externo da mama (CID C50.4) foi o tipo mais apresentado pelas beneficiárias que buscaram tratamento quimioterápico no SUS de 2014 a 2017, estando associado a 146.281 atendimentos (26,55% do total). O segundo e o terceiro tipos mais recorrentes foram respectivamente a neoplasia maligna do mamilo e aréola (CID C50.0),

[12] De acordo com a CID-10, as neoplasias malignas de mama (câncer de mama) estão classificadas com os seguintes códigos: C50.0 – Neoplasia maligna do mamilo e aréola; C50.1 – Neoplasia maligna da porção central da mama; C50.2 – Neoplasia maligna do quadrante superior interno da mama; C50.3 – Neoplasia maligna do quadrante inferior interno da mama; C50.4 – Neoplasia maligna do quadrante superior externo da mama; C50.5 – Neoplasia maligna do quadrante inferior externo da mama; C50.6 – Neoplasia maligna da porção axilar da mama; C50.8 – Neoplasia maligna da mama com lesão invasiva; e C50.9 – Neoplasia maligna da mama, não especificada.

relacionada a 136.876 atendimentos (24,85% do total) e a neoplasia maligna da mama, não especificada (C50.9), envolvida em 74.593 atendimentos (13,54% do total).

A Tabela 3.6 reúne informações relacionadas ao ressarcimento ao SUS e a cada tipo de câncer de mama apresentado pelas beneficiárias atendidas no período estudado.

Tabela 3.6 – Distribuição dos tratamentos quimioterápicos de câncer de mama realizados em beneficiárias no SUS no período 2014 a 2017 por tipos de câncer de mama apresentado (volumes de atendimentos e de valores cobrados das operadoras)

Tipos de câncer de mama	Média de idade (anos)	Nº de atendimentos / ranqueamento	Nº de benef. atendidas distintas	Nº médio de atendimentos por benef. distinta	Valores inicialmente cobrados	Valor médio cobrado por benef. distinta
C50.9	60,16	88.539 / 3º	8.002	11,06	R$ 61.740.324,70	R$ 7.715,61
C50.4	59,63	146.281 / 1º	10.480	13,96	R$ 44.354.313,85	R$ 4.232,28
C50.0	59,65	136.876 / 2º	10.660	12,84	R$ 42.384.189,40	R$ 3.976,00
C50.1	59,16	74.593 / 4º	6.170	12,09	R$ 21.447.933,29	R$ 3.476,16
C50.6	59,65	58.604 / 5º	4.085	14,35	R$ 13.244.185,79	R$ 3.242,15
C50.8	58,78	10.551 / 9º	1.069	9,87	R$ 8.157.236,04	R$ 7.630,72
C50.3	58,92	12.060 / 7º	1.006	11,99	R$ 4.483.563,91	R$ 4.456,82
C50.2	59,32	12.640 / 6º	988	12,79	R$ 4.219.576,07	R$ 4.270,83
C50.5	58,70	10.733 / 8º	896	11,98	R$ 3.665.598,08	R$ 4.091,07
Total	**59,60**	**550.877 / -**	**39.712***	**13,87**	**R$ 203.696.921,13**	**R$ 5.129,35**

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados da ANS.

* O somatório dos quantitativos das linhas excede o total porque possivelmente as doenças de algumas beneficiárias podem ter sido classificadas de formas diferentes em atendimentos distintos, de modo que, na consolidação dos dados, elas foram computadas mais de uma vez.

Quanto aos procedimentos realizados pelas beneficiárias no período estudado, dos 21 tipos de quimioterapia de câncer de mama prestados pelo SUS (BRASIL, 2018c), a ANS identificou dezesseis tipos no período estudado. Entre estes, os três tipos mais recorrentes responderam juntos por 73,66% do total de tratamentos. Por outro lado, outros três tipos diferentes foram os que envolveram os maiores valores inicialmente cobrados das operadoras, correspondendo a 49,35% do total.

Os quantitativos ranqueados e os valores inicialmente cobrados relacionados aos dezesseis tipos de procedimento encontrados estão consolidados na Tabela 3.7.

Tabela 3.7 – Quantidade (com ranqueamento) e valores cobrados das operadoras a título de ressarcimento ao SUS por tipo de procedimento de quimioterapia de câncer de mama realizado no período 2014 a 2017

Tipos de procedimento	Quantidade / Ranqueamento	Valores inicialmente cobrados
Quimioterapia do carcinoma de mama avançado – 2ª linha	11.772 / 6ª	R$ 44.487.284,55
Hormonioterapia do carcinoma de mama avançado – 2ª linha	62.695 / 4ª	R$ 31.215.001,50
Quimioterapia do carcinoma de mama avançado – 1ª linha	9.077 / 9ª	R$ 24.821.494,50
Quimioterapia do carcinoma de mama (prévia)	9.854 / 7ª	R$ 20.697.600,00
Hormonioterapia do carcinoma de mama em estádio I	171.991 / 1ª	R$ 20.581.025,57
Hormonioterapia do carcinoma de mama em estádio II	155.609 / 2ª	R$ 18.620.409,50
Quimioterapia do carcinoma de mama em estádio II	9.443 / 8ª	R$ 11.331.600,00
Hormonioterapia do carcinoma de mama em estádio III	78.197 / 3ª	R$ 9.356.621,19
Hormonioterapia do carcinoma de mama avançado – 1ª linha	28.737 / 5ª	R$ 6.351.802,67
Quimioterapia do carcinoma de mama em estádio III	4.717 / 10ª	R$ 5.660.400,00
Poliquimioterapia do carcinoma de mama HER-2 positivo em estádio III (prévia)	1.929 / 12ª	R$ 4.050.900,00
Quimioterapia do carcinoma de mama em estádio I	3.658 / 11ª	R$ 3.136.677,75
Poliquimioterapia do carcinoma de mama HER-2 positivo em estádio II (adjuvante)	1.318 / 13ª	R$ 1.581.600,00
Poliquimioterapia do carcinoma de mama HER-2 positivo em estádio III (adjuvante)	1.108 / 14ª	R$ 1.330.800,00
Poliquimioterapia do carcinoma de mama HER-2 positivo em estádio I (adjuvante)	517 / 15ª	R$ 443.198,25
Hormonioterapia do carcinoma de mama em estádio III (prévia)	255 / 16ª	R$ 30.505,65
Total	**550.877**	**R$ 203.696.921,13**

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados da ANS.

A partir das informações contidas na tabela acima, nota-se que 428.742 atendimentos (77,83% do total) foram realizados em pacientes que se encontravam em fases menos avançadas da doença (estádios I, II e III). Tais atendimentos corresponderam a R$ 76.123.737,91 (37,37% do total) cobrados inicialmente das operadoras.

3.4.4 Operadoras

A operadora com maior número de atendimentos identificados foi a Hapvida Assistência Médica Ltda., operadora da modalidade medicina de grupo, com 26.982 atendimentos (4,90% do total) prestados a 2.032 beneficiárias distintas (5,12% do total) em 76 prestadores de serviços de saúde diferentes (28,46% do total). Essa operadora também foi a que recebeu o maior volume financeiro de cobrança pela ANS: R$ 15.380.235,72 (7,55% do total).

Ranqueadas em ordem decrescente de volume de atendimentos, as 37 operadoras com maiores volumes (4,68% do total) responderam em conjunto por 277.582 atendimentos (50,39% do total) prestados a 19.627 beneficiárias distintas (49,42% do total) em 263 prestadores (98,50% do total). Em razão desses atendimentos, a ANS cobrou inicialmente dessas operadoras a quantia de R$ 101.936.291,64 (50,04% do total).

Feito o ranqueamento por ordem decrescente de valores inicialmente cobrados pela ANS, as 36 operadoras com maiores valores cobrados (4,56% do total) responderam por 271.760 atendimentos (49,33% do total) prestados a 19.366 beneficiárias (48,77% do total) em 261 prestadores (97,75% do total), o que levou a ANS a lhes cobrar R$ 102.636.597,45 (50,39% do total) a título de ressarcimento ao SUS.

Levando-se em consideração as modalidades das operadoras, 15.703 beneficiárias (39,54% do total) das 290 medicinas de grupo (36,71% das operadoras) realizaram 197.606 atendimentos (35,87% do total) no SUS em 236 estabelecimentos de saúde (88,39% do total) no período estudado, levando a ANS a cobrar R$ 86.038.795,37 (42,24% do total) de ressarcimento ao SUS. Já as 290 cooperativas médicas (outros 36,71% das operadoras) tiveram 16.312 beneficiárias (41,08% do total) realizando 240.759 atendimentos (43,70% do total) em 263 prestadores (98,50% do total), razão pela qual lhes foram cobrados R$ 79.124.999,93 (38,84% do total). Os demais 112.512 atendimentos (20,42% do total) foram realizados em 252 prestadores distintos (94,38% do total) às 7.697 beneficiárias (19,38% do total) das 11 seguradoras especializadas em saúde, das 140 autogestões e das 59 operadoras filantrópicas (juntas, somam 25,44% das operadoras identificadas no conjunto de dados), das quais foi inicialmente cobrado o montante de R$ 38.533.126,13 (18,92% do total).

A Tabela 3.8 apresenta as dez operadoras com maiores montantes cobrados.

Tabela 3.8 – Operadoras com maiores cobranças iniciais pela ANS em razão de tratamentos quimioterápicos de câncer de mama realizados em beneficiárias no SUS no período 2014 a 2017

Operadoras	Modalidades	Nº de atendimentos / Ranqueamento	Valores incialmente cobrados (R$)	Nº de beneficiárias	Nº de prestadores
Hapvida Assistência Médica Ltda.	Medicina de grupo	26.982 / 1ª	15.380.235,72	2.032	76
Amil Assistência Médica Internacional Ltda.	Medicina de grupo	20.184 / 2ª	8.104.020,46	1.770	156
Unimed Belo Horizonte Cooperativa de Trabalho Médico	Cooperativa médica	18.489 / 3ª	5.615.078,32	1.293	49
Bradesco Saúde S.A.	Seguradora especializada em saúde	14.589 / 5ª	5.500.043,81	1.233	181
Geap Autogestão em Saúde	Autogestão	17.542 / 4ª	5.489.795,97	1.096	177
Notre Dame Intermédica Saúde S.A.	Medicina de grupo	8.561 / 10ª	4.920.204,32	822	71
Prevent Senior Private Operadora de Saúde Ltda.	Medicina de grupo	13.252 / 6ª	4.743.547,86	841	21
Green Line Sistema de Saúde S.A.	Medicina de grupo	8.694 / 9ª	3.301.562,40	516	15
Unimed Divinópolis – Cooperativa de Trabalho Médico Ltda.	Cooperativa Médica	7.669 / 13ª	3.068.216,90	425	14
Sul América Companhia de Seguro Saúde	Seguradora especializada em saúde	8.823 / 8ª	3.031.097,67	708	128
Demais operadoras	-	406.092	144.543.117,70	28.976	265
Total	**-**	**550.877**	**203.696.921,13**	**39.712**	**267***

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados da ANS.

* O somatório dos quantitativos de cada linha excede o total porque muitos prestadores estão nas redes assistenciais de várias operadoras, de modo que foram computados mais de uma vez.

Entre as operadoras listadas na Tabela 3.8, encontram-se aquelas com maior volume de cobrança inicial de cada modalidade, à exceção da modalidade filantropia, cujo agente de mercado com cobrança mais expressiva foi a Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora (R$ 1.518.491,87 referentes a 2.625 atendimentos a 131 beneficiárias em quatro prestadores). Vale

esclarecer que, apesar disso, a operadora filantrópica Associação dos Funcionários Públicos do Estado do Rio Grande do Sul apresentou mais atendimentos identificados (2.805 – 39ª posição no ranqueamento geral) que a Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora (41ª posição no ranqueamento).

Todas as operadoras listadas na Tabela 3.8 são classificadas como de grande porte[13]. Do universo estudado, 331.939 atendimentos (60,26% do total) se referiram a 24.902 beneficiárias vinculadas a 96 operadoras de grande porte, 157.111 atendimentos (28,52% do total) envolviam 11.432 beneficiárias associadas a 323 empresas de médio porte, e 61.827 atendimentos (11,22% do total) foram feitos em 4.551 beneficiárias de 475 agentes de pequeno porte[14]. As operadoras de grande, médio e pequeno porte responderam respectivamente por 59,72%, 28,03% e 12,25% do somatório dos valores cobrados.

Pensando-se em uma integração entre o sistema público de saúde e o segmento de saúde suplementar, e considerando que um dos propósitos do ressarcimento ao SUS é minimizar a utilização da rede pública pelos beneficiários de planos e de seguros de saúde, talvez fosse interessante a implementação pela ANS de estratégias regulatórias voltadas a induzir as redes assistenciais das operadoras a absorverem parcela substancial desses atendimentos envolvendo os estágios menos avançados do câncer de mama, que são de menor custo. Essas medidas poderiam ser incluídas no escopo do Projeto OncoRede[15], o qual é desenvolvido pela agência reguladora em parceria com institutos de pesquisa, instituições de

[13] De acordo com o art. 4º, incisos IX, X e XI, da Resolução Normativa nº 392, de 2015 (ANS, 2015b), as operadoras são classificadas em três portes: pequeno (carteira com menos de 20 mil beneficiários); médio (carteira com 20 mil beneficiários ou mais e menos de 100 mil beneficiários); e grande (carteira com 100 mil beneficiários ou mais). Sobre isso, cabe esclarecer que, embora a norma em questão disponha especificamente sobre ativos garantidores das operadoras, tema totalmente diverso do ora estudado, e o dispositivo indicado estabeleça que a classificação em portes é feita para fins de aplicação do normativo em comento, tal categorização é comumente utilizada em trabalhos envolvendo assuntos diferentes do tratado pela RN citada, como é o exemplo do Painel Financeiro do Ressarcimento ao SUS (*link* de acesso em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/integracao-e-ressarcimento-ao-sus>). Nesta pesquisa, o porte de cada operadora relacionada às pessoas atendidas no SUS foi determinado a partir do número de beneficiários na carteira dos respectivos agentes de mercado no momento do atendimento, dado disponibilizado pela ANS.

[14] Os somatórios dos quantitativos de operadoras e de beneficiárias associados a cada porte de operadoras excede os totais de operadoras e de beneficiárias envolvidos na pesquisa porque, durante o período estudado, 104 operadoras tiveram suas carteiras ampliadas ou reduzidas, tendo alterado sua classificação de porte. Em razão disso, tais operadoras e suas respectivas beneficiárias foram computadas mais de uma vez.

[15] O Projeto OncoRede tem por proposta um conjunto de ações integradas capazes de reorganizar, estimular a integração e aprimorar a prestação de serviços de atenção oncológica. O projeto busca atingir os seguintes resultados: a) diagnóstico mais preciso da situação do cuidado oncológico na saúde suplementar; b) estímulo à adoção de boas práticas na atenção oncológica ambulatorial e hospitalar; e c) melhores resultados em saúde avaliados por meio de indicadores de qualidade da atenção oncológica (ANS, 2019b).

referência no tratamento do câncer, algumas associações de pacientes e algumas operadoras (ANS, 2019b). O processo de indução poderia se iniciar pelas operadoras com maior volume de cobrança de ressarcimento ao SUS (Tabela 3.8), cujas beneficiárias estiveram envolvidas em 26,28% dos atendimentos do estudo e deram origem a 29,04% dos valores cobrados inicialmente. Vale salientar que cinco dessas operadoras já são parceiras do projeto em questão. Em um segundo momento, a indução poderia ser estendida para todo o mercado, com foco nas operadoras de grande porte (12,15% das operadoras cobradas), que responderam por 60,26% dos atendimentos, 62,71% das beneficiárias atendidas no SUS e 59,72% dos valores inicialmente cobrados.

3.4.5 Prestadores de serviços de saúde, cidades de atendimento, cidades de origem das beneficiárias e deslocamento entre cidades para atendimento

Conforme já salientado, os 550.877 atendimentos em estudo foram realizados em 267 estabelecimentos de saúde distribuídos em 171 cidades de todos os estados e do Distrito Federal. Em razão da desidentificação efetuada pela ANS, não há como se asseverar qual foi o prestador da rede do SUS que mais absorveu atendimentos. Contudo, é possível afirmar que ele se encontra no Rio de Janeiro – RJ, tendo realizado 18.320 atendimentos (3,33% do total) a 1.739 beneficiárias (4,38% do total) de 96 operadoras distintas (12,15% do total). Esses atendimentos levaram a ANS a cobrar R$ 8.314.285,64 (4,08% do total) dessas operadoras. O prestador com o segundo maior volume de atendimento encontra-se em São Paulo – SP (14.156 atendimentos – 2,57% do total), seguido por um de Florianópolis – SC (13.896 atendimentos – 2,52% do total), um outro de São Paulo – SP (13.329 atendimentos – 2,42% do total) e um de Divinópolis – MG (11.119 atendimentos – 2,02% do total). Pouco mais da metade dos atendimentos (275.872 – 50,08% do total) foi realizado nos 37 prestadores com maiores volumes de atendimentos (13,86% do total de prestadores).

A cidade com maior volume de serviços prestados foi São Paulo – SP, com 58.842 atendimentos (10,68% do total) a 4.700 beneficiárias (11,83% do total) de 160 operadoras diferentes (20,25% do total). Tais beneficiárias eram provenientes de 177 cidades distintas. A capital paulista foi seguida em volume de atendimentos, nessa ordem, por Belo Horizonte – MG (30.583 atendimentos – 5,55% do total), Rio de Janeiro – RJ (29.267 atendimentos – 5,31% do total), Porto Alegre – RS (21.335 atendimentos – 3,87% do total) e Fortaleza – CE

(20.296 atendimentos – 3,68% do total). As quinze cidades com maiores volumes de prestação assistencial realizaram 280.040 atendimentos, pouco mais da metade (50,87%) do quantitativo total do estudo.

Ordenadas as cidades de atendimento de forma decrescente de volume cobrado das operadoras em razão dos atendimentos realizados em cada localidade, São Paulo – SP aparece novamente na primeira posição (R$ 25.440.312,03 – 12,49% do total), seguida por Rio de Janeiro – RJ (R$ 13.842.398,49 – 6,80% do total), Belo Horizonte – MG (R$ 10.125.618,72 – 4,97% do total), Fortaleza – CE (R$ 8.097.037,45 – 3,98% do total) e Recife – PE (R$ 7.954.336,18 – 3,90% do total). Observada essa mesma ordenação, as 13 cidades que provocaram os maiores volumes de cobrança responderam por R$ 102.245.061,98, pouco mais da metade (50,19%) do volume total cobrado das operadoras.

A Tabela 3.9 mostra as cidades de atendimento que deram origem aos maiores volumes de ressarcimento ao SUS cobrados das operadoras.

Tabela 3.9 – Cidades de atendimento que geraram as maiores cobranças iniciais pela ANS em razão de tratamentos quimioterápicos de câncer de mama realizados em beneficiárias no SUS no período 2014 a 2017

Cidades de atendimento / Nº de prestadores	Nº de atendimentos / Ranqueamento	Valores inicialmente cobrados (R$)	Nº de beneficiárias atendidas	Nº de cidades de origem das beneficiárias*	Nº de operadoras
São Paulo – SP / 11	58.842 / 1º	25.440.312,03	4.700	177	160
Rio de Janeiro -RJ / 11	29.267 / 3º	13.842.398,49	2.753	70	103
Belo Horizonte – MG / 7	30.583 / 2º	10.125.618,72	2.346	145	95
Fortaleza – CE / 6	20.296 / 5º	8.097.037,45	1.515	90	50
Recife – PE / 5	18.991 / 6º	7.954.336,18	1.371	89	62
Porto Alegre – RS / 5	21.335 / 4º	6.936.432,21	1.390	89	73
Barretos – SP / 1	10.754 / 11º	5.362.306,68	842	223	141
Juiz de Fora / 3	13.411 / 8º	5.275.894,56	712	69	60
Divinópolis – MG / 1	11.119 / 9º	4.642.624,95	659	47	36
Vitória – ES / 2	10.547 / 12º	3.911.235,76	804	62	63
Demais cidades / 215	325.732 / -	112.108.724,10	22.723	1.911	689
Total	**550.877**	**203.696.921,13**	**39.712****	**2.242****	**790****

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados da ANS.

* Informações prestadas à ANS pelas operadoras, sujeitas a alguma inconsistência.

** O somatório dos quantitativos de cada linha excede o total porque, em razão das múltiplas possibilidades de combinação de fatores, determinadas beneficiárias, cidades de origem ou operadoras foram computadas mais de uma vez.

Uma outra estratégia que poderia auxiliar na absorção pelas operadoras da demanda atendida no SUS seria uma ação junto aos prestadores de serviços do SUS e aos respectivos entes federativos a que eles se vinculam no sentido de se incentivar os pacientes a realizarem seus tratamentos com cobertura pelos respectivos planos de saúde[16]. Conforme destacado anteriormente, somente 37 prestadores em todo o Brasil foram responsáveis pela realização de 50,08% dos atendimentos estudados, e 50,19% dos valores cobrados inicialmente se relacionavam a atendimentos realizados em apenas 13 cidades. Essa concentração geográfica dos atendimentos favorece a estratégia em comento, que poderia ser inicialmente experimentada nas cidades de atendimento e nos prestadores mais procurados.

Quanto às cidades de origem, as que mais levaram as beneficiárias a serem atendidas no SUS foram, em ordem decrescente de volume de atendimentos, São Paulo – SP (49.039 atendimentos – 8,90% do total), Rio de Janeiro – RJ (24.136 atendimentos – 4,38% do total), Belo Horizonte – MG (18.307 atendimentos – 3,32% do total), Fortaleza – CE (16.915 atendimentos – 3,07% do total) e Porto Alegre – RS (13.718 atendimentos – 2,49% do total). Excluindo-se as capitais, as cidades de onde mais partiram beneficiárias foram, também em ordem decrescente de volume de atendimentos, Juiz de Fora – MG (9.212 atendimentos – 7ª posição no ranqueamento), Caxias do Sul – RS (7.268 atendimentos – 10ª posição no ranqueamento), Divinópolis – MG (6.125 atendimentos – 12ª posição no ranqueamento), Santos – SP (6.068 atendimentos – 13ª posição no ranqueamento) e Ribeirão Preto – SP (5.660 atendimentos – 15ª posição no ranqueamento).

A Tabela 3.10 mostra as cidades de origem que provocaram os maiores volumes de ressarcimento ao SUS cobrados das operadoras.

[16] Um trabalho exitoso dessa natureza foi realizado pela Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo, onde, em 2013, 63% da população era beneficiária de planos ou de seguros de saúde (MONTAÑO, TROCCOLI e FREITAS, 2013). A iniciativa do município envolvia, entre outras medidas, o esclarecimento das pessoas que buscavam tratamento de hemodiálise no SUS quanto ao direito de cobertura previsto nos contratos de seus respectivos planos e seguros. Segundo os autores, os usuários do SUS recorrentemente acreditavam não terem direito à realização do tratamento de hemodiálise com cobertura por seus planos, o que muitas vezes não era verdade. Ainda de acordo com os autores, esses usuários da rede pública municipal preferiam ser tratados com cobertura por seus planos de saúde, pelo qual vinham pagando com tanta dificuldade.

Tabela 3.10 – Cidades de origem que geraram as maiores cobranças iniciais pela ANS em razão de tratamentos quimioterápicos de câncer de mama realizados em beneficiárias no SUS no período 2014 a 2017

Cidades de origem*	Nº de atendimentos / Ranqueamento	Valores inicialmente cobrados (R$)	Nº de beneficiárias atendidas	Nº de cidades de atendimento	Nº de operadoras
São Paulo – SP	49.039 / 1ª	20.615.755,52	3.887	85	118
Rio de Janeiro – RJ	24.136 / 2ª	11.424.569,26	2.272	55	93
Fortaleza – CE	16.915 / 4ª	6.451.494,90	1.303	21	40
Belo Horizonte – MG	18.307 / 3º	5.587.614,61	1.414	28	61
Recife – PE	10.585 / 6º	4.378.049,16	732	13	43
Porto Alegre – RS	13.718 / 5º	4.370.978,41	884	32	56
Juiz de Fora – MG	9.212 / 7º	3.668.017,81	465	8	35
Divinópolis - MG	6.125 / 12º	2.439.310,76	360	7	18
Salvador – MG	8.104 / 8º	2.427.213,94	647	13	50
Maringá – PR	5.442 / 17º	2.296.265,39	293	11	21
Demais 2.232 cidades	389.294 / -	140.037.651,37	27.688	171	747
Total	**550.877**	**203.696.921,13**	**39.712****	**171****	**790****

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados da ANS.

* Informações prestadas à ANS pelas operadoras, sujeitas a alguma inconsistência.

** O somatório dos quantitativos de cada linha excede o total porque, em razão das múltiplas possibilidades de combinação de fatores, determinadas beneficiárias, cidades de atendimento ou operadoras foram computadas mais de uma vez.

Como o número de cidades de atendimento (171) foi muito inferior ao número de cidades de origem das beneficiárias (2.242), pode-se inferir facilmente que algumas delas precisaram se deslocar de uma cidade a outra para serem atendidas. As Figuras 3.2 e 3.3 mostram as distribuições geográficas das cidades de atendimento e de origem.

Figura 3.2 – Distribuição geográfica das cidades de atendimento (bolhas azuis) a beneficiárias que se submeteram a tratamentos quimioterápicos de câncer

Figura 3.3 – Distribuição geográfica das cidades de origem (bolhas verdes) das beneficiárias que se submeteram a tratamentos quimioterápicos de câncer

de mama realizados no SUS no período 2014 a 2017

de mama realizados no SUS no período 2014 a 2017

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados da ANS.

Nota: Mapas elaborados com o auxílio do *software* Power BI®, da Microsoft®.

A Figura 3.2 permite visualizar como as cidades de atendimento estão concentradas na área que se estende da região central do Rio Grande do Sul (onde está Porto Alegre) até a porção central de Minas Gerais (onde está Belo Horizonte), com uma distribuição relativamente esparsa. Por sua vez, a Figura 3.3 mostra que a demanda das beneficiárias por tratamento de quimioterapia de câncer de mama realizado pelo SUS envolveu uma área geográfica que também se estende da região central do Rio Grande do Sul até a porção central de Minas Gerais, mas com uma distribuição bem mais densa, abrangendo ainda o litoral do Nordeste e algumas regiões do Centro Oeste.

Essa comparação entre as Figuras 3.2 e 3.3 permite levantar algumas hipóteses, as quais poderiam ser investigadas em outro momento: ou as regiões vazias da Figura 3.3 não contam com uma população possuidora de planos e seguros de saúde relevante[17], ou as beneficiárias das áreas vazias das Figuras 3.2 e 3.3 foram perfeitamente atendidas por suas respectivas operadoras em 2014-2017, ou há *déficits* assistenciais regionais (especialmente nas áreas vazias da Figura 3.2 e que são preenchidas na Figura 3.3), tanto da saúde suplementar como da saúde pública, que precisam ser corrigidos pela regulação da ANS e pelos gestores do SUS. Essa última hipótese ganha relevo, uma vez que 39,22% das beneficiárias, pessoas portadoras de uma doença debilitante, optaram por não utilizar seus respectivos planos de saúde (pelos quais pagam mensalmente) e buscar, em média, entre 11 e

[17] Essa hipótese é bastante factível, já que a taxa de cobertura (percentual da população possuidora de planos e de seguros de saúde) nas áreas metropolitanas das capitais brasileiras era, no final de 2017, de 36,2%, enquanto, no interior do país, era de 18,9% (ANS, 2018a). Esses percentuais por região eram: Norte (23,6% e 4,7%), Nordeste (27,5% e 6,1%), Sudeste (43,3% e 30,3%), Sul (34,2% e 21,0%) e Centro-Oeste (27,4% e 13,9%).

14 atendimentos no SUS (Tabela 3.5) em cidades distintas das suas de origem, conforme mostra a Tabela 3.11 abaixo[18]. Ainda nesse particular, deve-se destacar que apenas 15 cidades abrangeram 50,87% dos atendimentos.

Tabela 3.11 – Comparação entre as cidades de atendimento e de origem das beneficiárias que realizaram tratamentos quimioterápicos de câncer de mama no SUS no período 2014 a 2017

Regiões de origem das beneficiárias	Atendimentos na mesma cidade		Atendimentos em cidades distintas	
	Nº de beneficiárias	Nº de atendimentos	Nº de beneficiárias	Nº de atendimentos
Centro-Oeste	1.242 (66,45%)	14.691 (66,75%)	627 (33,55%)	7.317 (33,25%)
Nordeste	4.463 (68,48%)	62.633 (70,17%)	2.054 (31,52%)	26.627 (29,83%)
Norte	657 (70,80%)	7.580 (71,92%)	271 (29,20%)	2.960 (28,08%)
Sudeste	13.439 (59,35%)	182.468 (60,45%)	9.206 (40,65%)	119.383 (39,55%)
Sul	4.537 (55,66%)	72.076 (56,85%)	3.601 (44,17%)	54.605 (43,07%)
Brasil*	**24.337 (60,65%)**	**339.448 (61,62%)**	**15.740 (39,22%)**	**210.892 (38,28%)**

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados da ANS.

* O somatório dos quantitativos das duas colunas com números de beneficiárias excede o universo populacional estudado (39.712 pessoas) porque algumas beneficiárias realizaram alguns atendimentos em suas cidades de origem e outros em cidades distintas, tendo sido, portanto, computadas mais de uma vez. Além disso, o somatório das duas colunas com números de atendimentos é inferior ao quantitativo total da amostra (550.877 atendimentos) visto que as cidades de origem ou as cidades de atendimento não foram registradas nas APACs de 537 atendimentos, inviabilizando a comparação.

3.4.6 Características dos planos e seguros de saúde das beneficiárias

Para serem comercializados, os produtos de saúde suplementar (planos e seguros de saúde) devem ser previamente registrados na ANS, conforme exigência estabelecida pelo art. 9º, inciso II, da Lei nº 9.656/98 (BRASIL, 1998a), assim como pelo art. 11, da RN nº 85, de 2004 (ANS, 2004). Conforme explicitado no Anexo II dessa Resolução Normativa, ao

[18] Conforme destacado, trata-se meramente de uma hipótese, a qual merece ser oportunamente investigada.

solicitar o registro de um produto, a operadora deve informar algumas características do plano ou do seguro de saúde, tais como tipo de contratação, segmentação, existência de fator moderador, padrão de acomodação em internações (em quarto ou em enfermaria), área de abrangência geográfica (nacional, grupo de estados, um estado específico, grupo de municípios, um município específico), entre outras. Tais características são registradas no Sistema de Registro de Planos de Saúde (RPS) da agência reguladora e, por esse motivo, ficam armazenadas no banco de dados da autarquia.

De acordo com o art. 16, inciso VII, da Lei nº 9.656/98, os planos e seguros de saúde podem ser comercializados segundo os seguintes tipos ou regimes de contratação: a) individual ou familiar; b) coletivo empresarial; ou c) coletivo por adesão (BRASIL, 1998a). A RN nº 195, de 2009, que regulamenta atualmente referido dispositivo legal, define os planos individuais ou familiares como aqueles que oferecem cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar. Por sua vez, os planos coletivos empresariais, segundo o normativo, são aqueles que oferecem cobertura à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária. Já os planos coletivos por adesão são aqueles que oferecem cobertura à população que mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial (ANS, 2009a).

Quanto às segmentações, o item 2.1 do Anexo II da RN nº 85/2004 estipula as seguintes: a) ambulatorial; b) hospitalar (com ou sem obstetrícia); c) odontológica; d) combinações entre as segmentações anteriores; e e) referência (ambulatorial + hospitalar com obstetrícia e padrão de acomodação em enfermaria).

Em relação aos fatores moderadores, cabe esclarecer que são opcionais, havendo dois tipos, a coparticipação e a franquia. De acordo com o art. 3º da Resolução CONSU nº 8, de 1998, a coparticipação corresponde à parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora em razão da realização de determinado procedimento. Já a franquia, também definida por referido dispositivo, é o valor até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura (CONSU, 1998). Além de constarem no registro do produto, os fatores moderadores devem estar expressamente previstos no instrumento contratual do plano ou do seguro de saúde (CONSU, 1998; ANS, 2004).

Os planos de saúde também podem ser classificados conforme sua época de contratação. Assim, de um lado, existem os planos antigos (ou não regulamentados), que são

aqueles comercializados até 1/1/1999, véspera do início da vigência da Lei nº 9.656/98, e, portanto, não sujeitos às suas disposições legais e à maioria das determinações previstas nos atos normativos da ANS. Tais planos se regem essencialmente pelo teor das cláusulas expressamente previstas em seus respectivos instrumentos contratuais. De outro lado, encontram-se os planos novos (ou regulamentados), que são os planos comercializados a partir de 2/1/1999 e que devem observar integralmente as estipulações da Lei nº 9.656/98 e das normas editadas pela ANS.

A Tabela 3.12 condensa as informações que correlacionam o ressarcimento ao SUS com as características dos planos e seguros de saúde das beneficiárias que buscaram tratamento quimioterápico de câncer de mama no sistema público de saúde de 2014 a 2017.

Tabela 3.12 – Características dos planos e seguros de saúde das beneficiárias que buscaram tratamentos quimioterápicos de câncer de mama no SUS no período 2014 a 2017

Características	Categorias	Nº de atendimentos	Nº de beneficiárias	Valores inicialmente cobrados
Tipos de contratação	Individual ou familiar	180.986	11.772	R$ 65.948.687,86
	Coletivo empresarial	250.686	19.748	R$ 96.933.464,34
	Coletivo por adesão	113.663	7.992	R$ 38.623.845,95
	Outros	5.542	388	R$ 2.190.922,98
Segmentações	Ambulatorial	47.293	3.543	R$ 22.515.002,82
	Hospitalar	658	139	R$ 454.168,78
	Ambulatorial + Hospitalar	449.020	32.297	R$ 161.891.908,84
	Referência	48.400	3.533	R$ 16.651.220,11
	Sem informação	5.506	383	R$ 2.184.620,58
Existência de fatores moderadores*	Sim	277.086	20.017	R$ 98.703.100,42
	Não	268.228	19.520	R$ 102.565.817,91
	Sem informação	5.563	414	R$ 2.428.002,80
Época de contratação	Plano novo	441.730	33.407	R$ 166.600.794,49
	Plano antigo	102.871	5.990	R$ 34.307.376,64
	Sem informação	6.276	447	R$ 2.788.750,00

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados da ANS.

* A existência de fatores moderadores não significa que estes incidam especificamente sobre os tratamentos quimioterápicos de câncer de mama.

Deve-se destacar que as distribuições percentuais relacionadas aos tipos de contratação, às segmentações, à existência de fatores moderadores[19] e às épocas de contração contidas na tabela acima se aproximam das respectivas distribuições percentuais do mercado como um todo (ANS, 2018a, 2018b e 2020a). Tanto na distribuição da tabela quanto na do mercado, há uma preponderância de planos coletivos empresariais (tipo de contratação), de planos com cobertura ambulatorial + hospitalar (segmentação) e de planos novos (época de contratação), havendo um equilíbrio entre planos com e sem franquia/coparticipação (existência de fatores moderadores). Assim, não se pode cogitar que os atributos dos planos e seguros de saúde tenham interferido na decisão das beneficiárias de buscarem os atendimentos no SUS.

3.5 O conflito administrativo entre operadoras de planos de saúde e ANS

Conforme visto no capítulo 2, por força do art. 32 da Lei nº 9.656/98, os atendimentos prestados pelo SUS a beneficiários geram, para as operadoras dos planos e dos seguros de saúde contratados por tais pessoas, a obrigação de ressarcir o Erário pelas despesas suportadas pelo poder público com aqueles serviços assistenciais, desde que os procedimentos realizados estejam contratualmente cobertos pelos respectivos planos. Nos termos daquele dispositivo legal, do art. 4º, inciso VI, da Lei nº 9.961/2000, da Resolução Normativa ANS nº 358/2014 e da IN DIDES nº 54/2014, a cobrança de tais despesas, conhecida como ressarcimento ao SUS, encontra-se juridicamente a encargo da ANS (BRASIL, 1998a e 2000; ANS, 2014a, 2014b e 2014c).

Tendo em foco o fato gerador da obrigação de as operadoras ressarcirem o SUS, cabe esclarecer que diversos tratamentos quimioterápicos de câncer de mama são de cobertura compulsória pelos planos e seguros de saúde, visto que, desde os primeiros anos da regulação do mercado de saúde suplementar, tais tratamentos estão previstos no rol de procedimentos e eventos em saúde elaborado pela ANS. Nesse particular, deve-se esclarecer que o rol em questão indica os procedimentos que devem ser obrigatoriamente cobertos por todos os planos

[19] Neste ponto, cabe lembrar que a existência de fatores moderadores nos planos e seguros de saúde das beneficiárias não significa que as franquias e as coparticipações contratualmente previstas necessariamente incidam sobre os procedimentos de quimioterapia de câncer de mama.

e seguros de saúde contratados a partir da entrada em vigor da Lei nº 9.656/98, isto é, a partir de 2/1/1999. Para o período analisado nesta dissertação (2014 a 2017), disciplinaram o rol as Resoluções Normativas nº 211/2010, 338/2013 e 387/2015, todas assegurando cobertura a diversos tipos de quimioterapia de câncer de mama (ANS, 2010, 2013 e 2015a). Vale acrescentar que, mesmo por contratos celebrados antes do início da vigência da lei, os tratamentos quimioterápicos de câncer de mama podem ser cobertos caso as cláusulas contratuais do plano ou do seguro de saúde disponham expressamente nesse sentido.

Dessa forma, de acordo com as regras postas pelo direito, quando, por exemplo, uma beneficiária de plano ou seguro de saúde opta por realizar um tratamento de quimioterapia de câncer de mama no SUS, independentemente das razões que a levaram a isso, nasce no mundo jurídico a obrigação de a operadora a que ela se vincula ressarcir o SUS. Essa obrigação está condicionada à presença do tipo de quimioterapia realizado no rol de procedimentos e eventos em saúde elaborado pela ANS ou, a depender do caso, nas cláusulas contratuais do plano ou seguro de saúde. Estabelecida a obrigação, a Agência tem o poder-dever de cobrar o devido ressarcimento das despesas suportadas pelo poder público com aquele tratamento quimioterápico. Isso é feito por meio de processo administrativo, em que é cobrado não apenas o tratamento daquela beneficiária, mas todos os tratamentos aos beneficiários da mesma operadora realizados no SUS no mesmo trimestre em que a beneficiária do exemplo foi atendida. Se, nesse processo, a operadora questionar a cobrança, surge um conflito entre a impugnante e a ANS envolvendo as circunstâncias e as peculiaridades daquele tratamento de quimioterapia realizado pelo SUS.

Na posse de todos os dados referentes àquele tratamento realizado no sistema público de saúde, os quais foram remetidos à ANS pelo DATASUS, a agência reguladora tem a possibilidade de armazená-los em seu banco de dados e cruzá-los com outros dados relacionados àquela beneficiária específica, ao plano ou seguro de saúde contratado por ela, à sua operadora e ao prestador de serviços de saúde que realizou o atendimento pelo SUS. Esse armazenamento e esse cruzamento permitem à autarquia, não apenas cobrar o ressarcimento ao SUS daquele atendimento específico, mas também identificar problemas assistenciais a serem equacionados pela regulação.

3.5.1 *Status* processual dos atendimentos nos respectivos processos administrativos de cobrança do ressarcimento ao SUS (situação em 31/12/2020)

Conforme salientado anteriormente, os 550.877 atendimentos de quimioterapia de câncer de mama prestados no sistema público de saúde a beneficiárias de planos e seguros de saúde no período de 2014 a 2017 geraram a cobrança a título de ressarcimento ao SUS de mais de R$ 200 milhões a 790 operadoras. Isso foi efetivado por meio da instauração de 9.790 processos administrativos em que também se procedeu às cobranças relacionadas a outros atendimentos envolvendo outros tipos de procedimentos. Em tais processos, concedeu-se às operadoras a oportunidade de impugnar cada um dos atendimentos cobrados.

Examinando-se o *status* processual em 31/12/2020 para cada atendimento, constata-se que a cobrança de 248.619 atendimentos (45,13% do total) não foi impugnada pelas operadoras, não havendo mais prazo para tanto. Esses atendimentos perfizeram o montante cobrado de R$ 83.007.937,63 (40,75% do total). Por outro lado, os demais 302.258 atendimentos (54,87% do total) foram impugnados, gerando, portanto, a necessidade de um esforço administrativo por parte da ANS voltado à análise em primeira instância da documentação relacionada a cada um deles. Em 31/12/2020, as impugnações relacionadas a apenas 283 atendimentos (0,09% do total impugnado) ainda não haviam sido analisadas.

Dos 301.975 atendimentos cujas impugnações foram analisadas em primeira instância, 123.456 (40,88% do total analisado) foram objeto de recursos, gerando a necessidade de se reexaminar a documentação em segunda instância. Outros 173.362 (57,41% do total analisado) atendimentos não receberam recursos, tendo a discussão administrativa se encerrado para eles. Os demais 5.157 (1,71% do total analisado) atendimentos ainda estavam com o prazo recursal aberto em 31/12/2020, podendo ter ingressado ou não em segunda instância.

Ainda em relação à primeira instância, das 173.362 impugnações analisadas e cujas análises não receberam recursos para a segunda instância, 58.563 (33,78%) foram deferidas com anulação do atendimento, 48.136 (27,77%) foram deferidas com redução do valor, 567 (0,33%) foram deferidas com manutenção do valor, 55.537 (32,03%) foram indeferidas com manutenção do valor e 10.559 (6,09%) foram indeferidas com redução do valor. Considerando os abatimentos concedidos pela ANS e as anulações, esse conjunto de

atendimentos teve o somatório dos valores cobrados reduzido de R$ 66.639.733,96 para R$ 35.060.084,22[20] (redução de 47,39%).

Dos 123.456 recursos que ingressaram em segunda instância, 504 (0,41%) ainda não haviam sido analisados até 31/12/2020, 13.955 (11,30%) foram deferidos com anulação do atendimento, 3.473 (2,81%) foram deferidos com manutenção do valor, 8.758 (7,10%) foram deferidos com redução do valor, 33 (0,03%) foram deferidos com aumento do valor, 93.840 (76,01%) foram indeferidos com manutenção do valor, 2.817 (2,28%) foram indeferidas com redução de valor e 78 (0,06%) foram indeferidas com aumento do valor[21]. O conjunto de atendimentos relacionados a esses recursos (excluindo-se os poucos ainda não analisados em segunda instância) teve o somatório dos valores cobrados reduzido de R$ 50.758.324,69[22] para R$ 42.753.491,04[23] (redução de 15,77%), estando a discussão administrativa para eles encerrada.

Independentemente de os atendimentos terem ou não sido objetos de impugnação ou de recurso, o somatório dos valores inicialmente cobrados (ou seja, o somatório dos valores originais de todas as APACs com a incidência do IVR) foi reduzido de R$ 203.696.921,13 para R$ 163.919.120,57 após as análises efetuadas (redução de 19,53%).

A Tabela 3.13 apresenta a distribuição em 31/12/2020 dos 550.877 atendimentos nos processos administrativos segundo os *status* processuais das respectivas cobranças.

Tabela 3.13 – Distribuição dos atendimentos relacionados a tratamentos quimioterápicos de câncer de mama realizados em beneficiárias no SUS no período 2014 a 2017 por *status* processuais das respectivas cobranças nos processos administrativos instaurados pela ANS (situação em 31/12/2020)

***Status* processuais das cobranças relacionadas aos atendimentos**	**Nº de atends.***	**Valores cobrados inicialmente (R$)***	**Valores atualizados (R$)****	**Percentual de abatimento*****
Não impugnadas	248.619 (45,13%)	83.007.937,63 (40,75%)	83.007.937,63	0,00%
Avaliando em 1ª instância	283 (0,05%)	98.398,85 (0,05%)	98.398,85	0,00%

[20] O somatório do valor final a ser cobrado pelos atendimentos em questão foi obtido considerando os respectivos valores financeiros das APACs (incluindo o IVR) ao término da primeira instância do processo administrativo, dados que foram disponibilizados pela ANS.

[21] A manutenção, a redução e o aumento dos valores em segunda instância têm como parâmetro os valores das APACs ao final da primeira instância.

[22] Somatório dos valores das APACs no início dos processos administrativos.

[23] O somatório do valor final a ser cobrado pelos atendimentos em questão foi obtido considerando os respectivos valores financeiros das APACs (incluindo o IVR) ao término da segunda instância do processo administrativo, dados que foram disponibilizados pela ANS.

Deferidas em 1ª instância (com anulação do atendimento)	58.785 (10,67%)	26.150.867,31 (12,84%)	0,00	100,00%
Deferidas em 1ª instância (com redução do valor)	48.404 (8,79%)	17.367.010,97 (8,53%)	12.698.416,47	26,88%
Deferidas em 1ª instância (com manutenção do valor)	569 (0,10%)	157.275,36 (0,08%)	157.275,36	0,00%
Indeferidas em 1ª instância (com manutenção do valor)	60.159 (10,92%)	21.573.935,80 (10,59%)	21.573.935,80	0,00%
Indeferidas em 1ª instância (com redução do valor)	10.602 (1,92%)	4.286.131,93 (2,10%)	3.339.695,12	22,08%
Avaliando em 2ª instância	504 (0,09%)	297.038,59 (0,15%)	289.970,31	2,38%
Deferidas em 2ª instância (com anulação do atendimento)	13.955 (2,53%)	6.115.966,56 (3,00%)	0,00	100,00%
Deferidas em 2ª instância (com manutenção do valor)	3.473 (0,63%)	1.083.377,29 (0,53%)	847.180,53	21,80%
Deferidas em 2ª instância (com redução do valor)	8.758 (1,59%)	3.451.676,58 (1,69%)	2.493.340,98	27,76%
Deferidas em 2ª instância (com aumento do valor)	32 (0,01%)	5.167,65 (0,00%)	4.468,66	13,53%
Indeferidas em 2ª instância (com manutenção do valor)	93.840 (17,03%)	38.786.443,16 (19,04%)	38.432.467,28	0,91%
Indeferidas em 2ª instância (com redução do valor)	2.817 (0,51%)	1.285.581,55 (0,63%)	946.505,49	26,38%
Indeferidas em 2ª instância (com aumento do valor)	77 (0,01%)	30.111,90 (0,01%)	29.528,10	1,94%
Total	**550.877 (100,00%)**	**203.696.921,13 (100,00%)**	**163.919.120,57**	**19,53%**

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados da ANS.

* Os percentuais entre parênteses estão correlacionados aos respectivos totais apresentados na tabela, razão pela qual alguns deles divergem dos percentuais indicados anteriormente no texto.

** Valores após a última análise (em 1ª ou 2ª instância, conforme o caso), quando houve.

*** Em relação aos valores originais das APACs.

Constata-se que, apenas os atendimentos examinados neste estudo, que se restringiram a prestações de serviços de saúde realizadas de 2014 a 2017, provocaram a necessidade de se analisar as alegações e os documentos relacionados a mais de 420 mil impugnações e recursos. Esses números dão uma pista do quão expressivo e exaustivo é o esforço administrativo necessário à Agência (e, em última análise, ao Estado brasileiro) para se cobrar o ressarcimento ao SUS, mesmo considerando que apenas cerca de 56% das APACs são analisadas nos processos administrativos (ANS, 2020b), já que as demais não são impugnadas, o que se reproduziu no universo de atendimentos estudado.

Além disso, a partir das informações da Tabela 3.13, pode-se constatar que 65,98% dos atendimentos analisados em primeira instância tiveram seus valores abatidos ou anulados. Por outro lado, na segunda instância, apenas 20,76% dos atendimentos com recursos analisados tiveram seus valores reduzidos em relação aos valores ao final da primeira instância ou anulados. Acrescente-se, ainda, que, considerando os atendimentos que

encerraram a discussão administrativa em primeira instância, os valores envolvidos foram abatidos em 47,39%. Já em segunda instância, o abatimento em relação ao somatório dos valores originais das APACs foi de 15,77%, portanto, bem inferior ao da primeira instância.

Esses percentuais indicam que, analisando exclusivamente os atendimentos deste estudo, os quais, vale lembrar, ingressaram nos processos administrativos com outros atendimentos de outras naturezas, talvez não tenha sido recompensante para as operadoras recorrerem à segunda instância para discutir os valores das 123.456 APACs envolvidas nos recursos. Essa reflexão se deve ao fato de o percentual de abatimento obtido na segunda instância ter sido relativamente baixo, e os juros de mora parciais calculados a partir da interposição dos recursos, além do custo operacional das operadoras para interpô-los, possam ter anulado ou superado os abatimentos conquistados pelas operadoras (pelo menos em alguns casos). Assim, cabe a ponderação sobre se criar mecanismos que pudessem incentivar as operadoras a não ingressarem em segunda instância, como a concessão de um abatimento extra para as APACs que forem efetivamente pagas logo após o encerramento da primeira instância[24]. Esse benefício, além de vantajoso para as operadoras, também o seria para a ANS, que evitaria parte do esforço administrativo empreendido em segunda instância, e para o SUS, que seria ressarcido mais celeremente.

3.5.2 Motivos alegados pelas operadoras nas impugnações e nos recursos

No capítulo 2, na seção referente ao processo administrativo de cobrança do ressarcimento ao SUS, salientou-se que as operadoras, ao contestarem a cobrança referente a um atendimento específico, tanto na primeira quanto na segunda instância, têm a faculdade de apresentar um ou mais argumentos.

Ao analisarem os argumentos constantes de uma impugnação ou de um recurso, os analistas da ANS lançam pareceres pré-formatados (porém editáveis) no sistema eletrônico desenvolvido para tanto. No sistema, cada modelo de parecer possui um código, um diagnóstico (deferimento ou indeferimento) e uma nomenclatura, a qual indica resumidamente o motivo alegado pela operadora (carência, área de abrangência geográfica, franquia ou coparticipação, cobertura parcial temporária etc.) e os principais argumentos utilizados pelos analistas para refutar ou acolher as alegações apresentadas pelas operadoras.

[24] Já há algumas reflexões internas na ANS sobre esse tema, envolvendo, inclusive, incentivos para que a operadora efetue o pagamento antes mesmo de impugnar os atendimentos, evitando-se, assim, as respectivas análises de primeira instância.

Assim, por exemplo, se uma operadora impugna a cobrança de determinada APAC sob a alegação de a beneficiária, no momento do atendimento, estar cumprindo carência para o procedimento realizado, mas, ao impugnar, deixa de apresentar documentos, a análise provavelmente envolverá o modelo de parecer nº 1026, que é um parecer de indeferimento, e cuja nomenclatura é "CARÊNCIA - SEM DOCUMENTOS - IN 54/2014". Por outro lado, se a operadora alegar o motivo carência e, por meio de documentos digitalizados juntados ao sistema, comprovar que efetivamente o beneficiário, no momento do atendimento, cumpria carência para o procedimento realizado, a análise possivelmente envolverá o modelo de parecer nº 1017, que é um parecer de deferimento com anulação do atendimento, e tem por nomenclatura "CARÊNCIA - QUALQUER PROCEDIMENTO".

Cabe esclarecer que, numa mesma impugnação ou recurso, a operadora pode apresentar alegações relacionadas a mais de um motivo (por exemplo, procedimento não coberto, inconstitucionalidade do ressarcimento ao SUS e ilegalidade do IVR), o que, dependendo da situação, pode fazer o analista da ANS a, numa mesma análise, ter de lançar no sistema mais de um parecer, um para cada motivo[25].

Após a análise de todas as impugnações (na primeira instância) ou recursos (na segunda instância) relacionadas a todos os atendimentos abarcados por um mesmo processo administrativo, o sistema eletrônico reúne organizadamente o texto de todos os pareceres lançados em um documento único, o qual integra a decisão administrativa da ANS para aquele conjunto de atendimentos insertos no mesmo processo.

Vale ressaltar também que se encontram cadastrados no sistema centenas de modelos de parecer, cada qual relacionado a uma situação específica. As análises envolvendo o universo de atendimentos do presente estudo envolveram a utilização de 265 modelos de parecer distintos.

Vê-se, portanto, que, a partir das nomenclaturas dos pareceres lançados no sistema, é possível identificar o(s) motivo(s) que levou(aram) a operadora a impugnar ou recorrer da cobrança de cada atendimento. Confrontando-se tais nomenclaturas com os *status* processuais dos atendimentos e com os valores financeiros das APACs ao final da primeira e da segunda instância, pode-se dimensionar o impacto de cada motivo no ressarcimento ao SUS relacionado ao universo de atendimentos estudado.

---

[25] Normalmente, tal situação ocorre nos casos de indeferimento. Nos casos de deferimento, os analistas da ANS, em regra, lançam no sistema apenas um parecer (o relacionado ao motivo que justifica o deferimento), ainda que as alegações da operadora relacionadas aos demais motivos sejam infundadas.

Nessa linha, os 265 modelos de parecer utilizados nas análises das 302.258 impugnações e dos 122.952 recursos já examinados foram reunidos em nove grupos mais representativos, cada qual relacionado a um motivo específico: 1) área de abrangência geográfica[26] (21 modelos de parecer), 2) análise técnica[27] (20 modelos), 3) carência[28] (34 modelos), 4) cobertura parcial temporária[29] (28 modelos), 5) franquia ou coparticipação (29 modelos), 6) ilegalidade do IVR (1 modelo), 7) plano pós-pagamento[30] (16 modelos), 8) procedimento não coberto (39 modelos) e 9) utilização do SUS por livre e espontânea vontade da beneficiária / direito da beneficiária de utilizar o SUS / inexistência de pedido de autorização de atendimento à operadora / atendimento fora da rede assistencial da operadora (3 modelos)[31].

Na primeira instância (302.258 impugnações), dos 331.527 pareceres lançados no sistema eletrônico pelos analistas da ANS, aqueles nove grupos corresponderam a 300.481 (90,64% do total). Já na segunda instância (122.952 recursos), dos 142.459 pareceres lançados, os grupos em questão responderam por 129.868 (91,16% do total). Tais números e percentuais demonstram a representatividade dos nove grupos diante de todo o universo de pareceres lançados.

---

[26] Segundo o item 4.1, do Anexo II, da RN nº 85/2004, é a área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário (ANS, 2004).

[27] As alegações relacionadas ao motivo análise técnica normalmente estão associadas a irregularidades identificadas por auditor médico da operadora na documentação do SUS relacionada ao atendimento (em geral, o prontuário médico do paciente).

[28] Período de carência é o intervalo temporal no início da vigência de um contrato de plano ou seguro de saúde no qual a operadora não está obrigada a garantir a cobertura a determinados procedimentos expressamente indicados pelo instrumento contratual.

[29] Nos termos do art. 2º, inciso II, da RN 162, de 2007, cobertura parcial temporária é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal (ANS, 2007).

[30] Conforme o item 11.1.2, do Anexo II, da RN nº 85/2004, os planos de saúde pós-pagamento (ou com formação de preço pós-estabelecida) pós–estabelecido são aqueles em que o valor da contraprestação pecuniária (mensalidade) é calculado após a realização das despesas com as coberturas contratadas (ANS, 2004). Nos termos da Súmula ANS nº 9, de 2005, deve ser acolhida a impugnação e/ou recurso ao Aviso de Beneficiário Identificado que evidencie operação com preço pós-estabelecido avençada com o contratante no regime individual/familiar ou coletivo, em que haja o repasse integral e individualizado do custo ao beneficiário, por não configurar plano privado de assistência à saúde (ANS, 2005).

[31] O nono grupo listado reúne um conjunto de alegações as quais são comumente apresentadas pelas operadoras em bloco, o que levou a ANS a criar, no sistema eletrônico de análise de impugnações e recursos do ressarcimento ao SUS, três modelos de parecer de indeferimento contemplando as combinações mais corriqueiras dessas alegações.

O grupo relacionado ao motivo franquia e coparticipação foi o que mais teve pareceres lançados em primeira instância. Seus pareceres foram utilizados pelos analistas da ANS em 92.122 impugnações (30,48% do total). Isso significa que esse é o motivo que mais levou as operadoras a entrarem em conflito com a ANS para discutir o ressarcimento ao SUS relacionado a atendimentos realizados de 2014 a 2017 envolvendo quimioterapia de câncer de mama. O segundo motivo mais recorrente foi a utilização do SUS por livre e espontânea vontade da beneficiária (em conjunto com os demais argumentos que normalmente acompanham esse motivo), tendo aparecido em 66.354 impugnações (21,95% do total). E o terceiro motivo mais comum foi procedimento não coberto, o qual foi ventilado em 61.782 impugnações (20,44% do total).

Considerando as análises dos recursos realizadas pela ANS até 31/12/2020, o motivo que mais levou as operadoras a ingressarem na segunda instância foi a utilização do SUS por livre e espontânea vontade da beneficiária (e alegações normalmente associadas), argumento presente em 40.922 recursos (33,28% do total). O segundo e o terceiro motivos mais presentes na segunda instância foram respectivamente procedimento não coberto (23.053 recursos – 18,75%) e franquia ou coparticipação (22.128 recursos – 18,00% do total).

A Tabela 3.14 apresenta o volume de atendimentos e os respectivos valores relacionados às impugnações e aos recursos em que os nove motivos em comento foram ventilados pelas operadoras na primeira e na segunda instâncias.

Tabela 3.14 – Motivos que mais levaram as operadoras a impugnarem e a recorrerem nos processos administrativos de cobrança do ressarcimento ao SUS em relação aos tratamentos quimioterápicos de câncer de mama realizados em beneficiárias no sistema público de saúde no período 2014 a 2017

Instância	Motivos	Nº de atends.	Percentual de exclusividade *	Valores cobrados inicialmente (R$)	Valores atualizados (R$)	Percentual de abatimento
1ª	Franquia ou coparticipação	92.122	89,85%	33.289.187,63	25.825.151,47	22,42%
	Utilização livre e espontânea do SUS	66.354	83,85%	28.349.520,66	27.323.435,29	3,62%
	Procedimento não coberto	61.782	83,26%	20.293.117,36	8.638.925,52	57,43%
	Análise técnica	18.493	91,91%	6.172.956,99	3.347.962,95	45,76%
	Ilegalidade do IVR	15.933	67,36%	7.011.836,67	6.612.576,42	5,69%
	Área de abrangência geográfica	13.415	86,02%	6.221.598,55	1.727.942,54	72,23%
	Carência	12.399	85,22%	9.510.701,45	3.342.521,37	64,86%
	Cobertura parcial temporária	10.779	93,47%	5.240.839,35	1.273.862,61	75,69%
	Plano pós-pagamento	8.779	83,05%	3.811.049,51	2.418.826,96	36,53%

2ª	Utilização livre e espontânea do SUS	40.922	75,34%	17.987.929,24	17.819.719,97	0,94%
	Procedimento não coberto	23.053	66,80%	6.634.455,66	4.874.969,92	26,52%
	Franquia ou coparticipação	22.128	83,03%	8.407.623,37	6.796.196,41	19,17%
	Ilegalidade do IVR	15.133	69,34%	7.602.868,85	7.523.010,10	1,05%
	Análise técnica	12.973	94,97%	4.080.502,26	3.262.464,90	20,05%
	Plano pós-pagamento	5.345	88,57%	2.553.562,97	2.117.169,28	17,09%
	Carência	3.620	81,46%	2.785.143,04	1.382.242,40	50,37%
	Área de abrangência geográfica	3.437	80,77%	1.417.278,60	780.069,00	44,96%
	Cobertura parcial temporária	3.044	91,16%	1.626.931,31	718.145,86	55,86%

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados da ANS.

* Percentual das impugnações ou dos recursos em que o motivo foi exclusivamente alegado.

Poder-se-ia alegar que os percentuais de abatimento apontados pela Tabela 3.14 foram influenciados por outros motivos alegados conjuntamente com os motivos apontados. Contudo, os elevados percentuais de exclusividade de todos os motivos em ambas as instâncias sugerem o oposto.

A Tabela 3.14 mostra que, embora franquia ou coparticipação, utilização livre e espontânea do SUS e procedimento não coberto tenham sido os motivos mais recorrentes nas duas instâncias, os motivos área de abrangência geográfica, carência e cobertura parcial temporária causaram percentuais de abatimento bem superiores que os dos três primeiros.

Quando foram alegados em conjunto ou não com outros motivos, o grupo dos três motivos mais recorrentes causaram um abatimento das APACs no importe total de R$ 20,14 milhões na primeira instância e de R$ 3,54 milhões na segunda instância, enquanto o grupo dos três outros motivos causou abatimentos de R$ 14,63 milhões na primeira instância (com um número de atendimentos seis vezes menor) e de 2,95 milhões na segunda instância (com um número de atendimentos mais de oito vezes menor). Essa comparação aponta para a necessidade de a ANS tentar buscar um aprimoramento dos filtros do batimento (ou das próprias informações armazenadas em seus sistemas) que permita evitar análises e cobranças desnecessárias envolvendo os seis motivos em questão[32].

[32] Como contraponto a essa reflexão, deve-se dizer que o deslinde de boa parte dos casos envolvendo esses motivos requer efetivamente a análise das cláusulas contratuais da beneficiária atendida no SUS.

Cumpre acrescentar que é possível avaliar o impacto de cada motivo no ressarcimento ao SUS confrontando-se os *status* processuais das impugnações e dos recursos a eles associados com os valores iniciais e atualizados de cada APAC. A Tabela 3.15 exibe essa confrontação em relação ao motivo franquia ou coparticipação[33] a partir das 82.770 impugnações em que referido motivo foi o único alegado pela operadora.

Tabela 3.15 – Tratamentos quimioterápicos de câncer de mama realizados em beneficiárias no SUS no período 2014 a 2017. Distribuição por *status* processuais das impugnações em que o motivo franquia ou coparticipação foi o único alegado pelas operadoras (situação em 31/12/2020)

(continua)

***Status* processuais**	**Nº de atends.**	**Valores cobrados inicialmente**	**Valores atualizados**	**Percentual de abatimento**
Deferidas em 1ª instância (com anulação do atendimento)	425	R$ 89.810,44	R$ 0,00	100,00%
Deferidas em 1ª instância (com redução do valor)	45.924	R$ 16.576.442,72	R$ 12.131.669,25	26,81%
Deferidas em 1ª instância (com manutenção do valor)	493	R$ 141.427,88	R$ 141.427,88	0,00%
Indeferidas em 1ª instância (com manutenção do valor)	11.542	R$ 3.727.827,42	R$ 3.727.827,42	0,00%
Indeferidas em 1ª instância (com redução do valor)	7.645	R$ 3.023.764,01	R$ 2.359.663,20	21,96%
Avaliando em 2ª instância	110	R$ 28.741,23	R$ 21.708,84	24,47%
Deferidas em 2ª instância (com anulação do atendimento)	559	R$ 246.163,64	R$ 0,00	100,00%

Tabela 3.15 – Tratamentos quimioterápicos de câncer de mama realizados em beneficiárias no SUS no período 2014 a 2017. Distribuição por *status* processuais das impugnações em que o motivo franquia ou coparticipação foi o único alegado pelas operadoras (situação em 31/12/2020)

(conclusão)

***Status* processuais**	**Nº de atends.**	**Valores cobrados inicialmente**	**Valores atualizados**	**Percentual de abatimento**
Deferidas em 2ª instância (com manutenção do valor)	3.236	R$ 998.403,67	R$ 784.347,07	21,44%
Deferidas em 2ª instância (com redução do valor)	4.874	R$ 1.912.509,34	R$ 1.366.291,17	28,56%
Deferidas em 2ª instância (com aumento do valor)	27	R$ 4.569,50	R$ 4.014,07	12,16%
Indeferidas em 2ª instância (com manutenção do valor)	6.932	R$ 2.243.619,74	R$ 2.024.005,06	9,79%
Indeferidas em 2ª instância (com redução do valor)	952	R$ 362.924,38	R$ 277.042,97	23,66%
Indeferidas em 2ª instância (com aumento do valor)	51	R$ 18.316,94	R$ 17.964,44	1,92%

[33] Optou-se por fazer a confrontação para o motivo franquia ou coparticipação porque, além de ser, nesta pesquisa, o motivo mais recorrente na primeira instância e um dos três mais recorrentes na segunda instância, existe uma suspeita comum de que as franquias e as coparticipações estipuladas nos contratos de planos e seguros de saúde são uma das razões que estimulam a procura de tratamento no SUS por consumidores de planos de saúde. Segundo a suspeita, os beneficiários, para não arcarem com as despesas relacionadas à franquia ou à coparticipação, optam por serem atendidos gratuitamente no SUS. As confrontações para os demais motivos não foram realizadas por serem desnecessárias e para evitar que a leitura se tornasse extensa e enfadonha.

Total	**82.770**	**R$ 29.374.520,91**	**R$ 22.855.961,37**	**22,19%**

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados da ANS.

Igualmente, a Tabela 3.16 expõe a confrontação entre *status* processual e valores iniciais e atualizados cobrados relacionados aos atendimentos envolvidos nos 18.373 recursos em que o motivo franquia ou coparticipação foi alegado com exclusividade.

Tabela 3.16 – Tratamentos quimioterápicos de câncer de mama realizados em beneficiárias no SUS no período 2014 a 2017. Distribuição por *status* processuais dos recursos em que o motivo franquia ou coparticipação foi o único alegado pelas operadoras (situação em 31/12/2020)

***Status* processuais**	**Nº de atends.**	**Valores cobrados inicialmente**	**Valores atualizados**	**Percentual de abatimento**
Deferidas em 2ª instância (com anulação do atendimento)	80	R$ 13.891,88	R$ 0,00	100,00%
Deferidas em 2ª instância (com manutenção do valor)	3.452	R$ 1.073.642,64	R$ 841.110,47	21,66%
Deferidas em 2ª instância (com redução do valor)	8.679	R$ 3.437.081,62	R$ 2.484.559,63	27,71%
Deferidas em 2ª instância (com aumento do valor)	31	R$ 5.048,02	R$ 4.349,03	13,85%
Indeferidas em 2ª instância (com manutenção do valor)	4.441	R$ 1.659.050,36	R$ 1.609.010,14	3,02%
Indeferidas em 2ª instância (com redução do valor)	1.671	R$ 818.584,76	R$ 625.728,59	23,56%
Indeferidas em 2ª instância (com aumento do valor)	19	R$ 3.353,34	R$ 3.110,75	7,23%
Total	**18.373**	**R$ 7.010.652,62**	**R$ 5.567.868,61**	**20,58%**

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados da ANS.

É relevante destacar que, comparando-se as Tabelas 3.15 e 3.16, os números, valores e percentuais relacionados aos *status* processuais da segunda instância não são os mesmos. Isso ocorre porque alguns atendimentos podem ter sido impugnados em primeira instância alegando-se apenas o motivo franquia ou coparticipação (sendo computados na Tabela 3.15, portanto), mas não foram objeto de recursos (em segunda instância), ou seus recursos não envolviam o motivo franquia ou coparticipação, ou, ainda, os recursos envolviam mais de um motivo (não aparecendo, assim, na Tabela 3.16). O oposto dessa última hipótese também pode ter ocorrido: as operadoras impugnaram alguns atendimentos em primeira instância utilizando alegações relacionadas a vários motivos (de modo que tais atendimentos não foram considerados pela Tabela 3.15), mas, ao recorrerem das decisões relacionadas a tais atendimentos, fizeram-no apresentando alegações relacionadas apenas ao motivo franquia ou coparticipação (sendo, assim, computadas na Tabela 3.16).

Sobre o motivo franquia ou coparticipação especificamente e sobre a desconfiança de que esse motivo pesaria substancialmente na decisão de as beneficiárias buscarem tratamentos no SUS a fim de evitarem ter de suportar as despesas com referidos fatores moderadores, cabe destacar que, de todos os atendimentos que foram levados a discussão administrativa, em apenas 30,51% das impugnações esse motivo foi ventilado pelas operadoras (Tabela 3.14). Em outras palavras, em quase 70% dos casos, as operadoras não viram razões para alegar esse motivo em suas impugnações, possivelmente porque os contratos dessas beneficiárias não previam cláusula de franquia e/ou de coparticipação especificamente para quimioterapia de câncer de mama, ou seja, tais beneficiárias buscaram o SUS por razões sem qualquer conexão com os fatores moderadores em apreço. Vale acrescentar que 18,22% dos casos em que o motivo em questão foi alegado em caráter exclusivo em primeira instância não resultaram em qualquer abatimento (Tabela 3.15), o que, neste estudo, potencialmente elevaria para aproximadamente 75% (70% + 18% de 30%) o universo de beneficiárias cujos contratos não incluem cláusula de franquia ou coparticipação para quimioterapia de câncer de mama.

Sobre esse aspecto, cumpre salientar que, ao final de 2017, pouco mais da metade do quantitativo total de beneficiários de planos de saúde do país possuíam cláusula de franquia ou coparticipação em seus contratos (ANS, 2018b). Assim, caso a existência de cláusula de franquia ou coparticipação fosse determinante para a opção de tratamento no SUS, poder-se-ia esperar que aproximadamente metade das impugnações examinadas envolvessem o motivo franquia ou coparticipação, o que não ocorreu.

Como contra-argumento a esse raciocínio, pode-se ventilar que as operadoras, por omissão, deixaram de alegar o motivo franquia ou coparticipação em situações em que o poderia ter feito (o que permitiria estimar que o percentual de beneficiárias com contratos com cláusula de franquia ou coparticipação para quimioterapia de câncer de mama seria maior que 30,51%). Também como contra-argumento, é factível supor que, embora metade dos contratos de todos os beneficiários do país preveja fatores moderadores, um percentual significantemente menor preveria franquia ou coparticipação especificamente para os procedimentos de quimioterapia de câncer de mama (de modo que tal percentual se aproximaria do percentual de impugnações envolvendo franquia ou coparticipação). Essas duas hipóteses também poderiam ser investigadas oportunamente.

Seja como for, a constatação a que se chega é a de que, embora o motivo franquia ou coparticipação tenha sido o mais recorrente nas impugnações e nos recursos, não há como se

afirmar, apenas a partir das informações sobre os atendimentos envolvidos nesta pesquisa, que as cláusulas envolvendo tais fatores moderadores tenham, de maneira geral, sido determinantes para que as beneficiárias buscassem atendimentos de quimioterapia de câncer de mama no SUS de 2014 a 2017.

3.5.3 Pagamento do ressarcimento ao SUS pelas operadoras

Em 31/12/2020, havia 283 impugnações não analisadas em 1ª instância, 3.074 impugnações analisadas, porém sem notificação das respectivas decisões às respectivas operadoras, 2.083 impugnações analisadas e notificadas em 1ª instância, mas com prazo recursal em aberto, 504 recursos não analisados em 2ª instância, e 40.976 recursos analisados em 2ª instância, porém sem notificação das respectivas decisões às respectivas operadoras. Assim, por ainda se encontrarem em discussão administrativa, os 46.920 atendimentos (8,52% do total de atendimentos estudados) não haviam sido pagos pelas operadoras. Na referida data, os valores atualizados relacionados a tais atendimentos somavam R$ 17.035.679,88, R$ 2.645.677,83 a menos que o somatório de seus valores originais (redução temporária de 13,44%)[34].

Por outro lado, também em 31/12/2020, os demais 503.957 atendimentos (91,48% do total) já haviam encerrado suas respectivas discussões administrativas[35], de modo que já poderiam ter sido pagos pelas respectivas operadoras naquela data. Esses atendimentos, no início dos respectivos processos administrativos, somavam a quantia de R$ 184.015.563,42, a qual foi reduzida para R$ 146.883.440,70 após o encerramento da discussão (redução de 20,18%).

Dos 503.957 atendimentos aptos a serem pagos, os valores relacionados a 234.731 atendimentos (46,58%) foram efetivamente pagos até 31/12/2020. Esses valores, que somavam R$ 78.328.039,02 no início dos respectivos processos, foram reduzidos para R$ 73.833.626,21 após o encerramento da discussão administrativa (redução de 5,74%). Os demais 269.226 atendimentos (53,42% daqueles aptos a serem pagos) podem ou não terem

[34] Reforça-se aqui o esclarecimento feito anteriormente sobre os valores incluírem a incidência do IVR, mas excluírem multas e juros de mora.

[35] Vale lembrar que 248.619 atendimentos (45,13% do total) sequer foram impugnados em primeira instância.

sido pagos até 31/12/2020. Tais atendimentos para os quais há uma incerteza[36] quanto ao pagamento perfaziam o montante de R$ 105.687.524,40 no início dos respectivos processos, quantia que foi reduzida para R$ 73.049.814,48 após o encerramento das discussões administrativas (redução de 30,88%).

Sobre a incerteza do pagamento relacionada àqueles 269.226 atendimentos, cabe esclarecer que o sistema da ANS utilizado para o controle dos pagamentos, além de não se encontrar sob a governança administrativa da gerência da Agência responsável pela cobrança do ressarcimento ao SUS, opera sob uma lógica que considera como unidade os números das GRUs geradas para pagamento. Por outro lado, os sistemas utilizados pela gerência responsável pelo ressarcimento ao SUS utiliza como unidade lógica os atendimentos realizados no SUS. Embora seja possível compatibilizar os dados de todos esses sistemas, atrelando os números das GRUs pagas aos respectivos atendimentos, tal compatibilização, no momento, não é feita automaticamente, mas periodicamente e em blocos[37]. Por tal motivo, em 31/12/2020, as informações associadas ao pagamento daqueles 269.226 atendimentos ainda não constavam no banco de dados da ANS relacionado ao ressarcimento ao SUS, não podendo se afirmar, a partir dos dados disponibilizados para esta pesquisa, se os respectivos valores foram integral ou parcialmente pagos.

As informações apresentadas nesta seção encontram-se condensadas na Tabela 3.17.

Tabela 3.17 – Pagamentos a título de ressarcimento ao SUS relacionados aos valores dos tratamentos quimioterápicos de câncer de mama realizados em beneficiárias no sistema público de saúde no período 2014 a 2017 (situação em 31/12/2020)

Discussão administrativa	Pagamento	Nº de atends.	Valores cobrados inicialmente	Valores atualizados	Percentual de abatimento
Em andamento	Não	46.920	R$ 19.681.357,71	R$ 17.035.679,88	13,44%
Encerrada	Sim	234.731	R$ 78.328.039,02	R$ 73.833.626,21	5,74%
	Talvez	269.226	R$ 105.687.524,40	R$ 73.049.814,48	30,88%
Total	**-**	**550.877**	**R$ 203.696.921,13**	**R$ 163.919.120,57**	**19,53%**

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados da ANS.

[36] Trata-se de uma incerteza à luz dos dados disponibilizados no momento para a gerência da ANS responsável pela cobrança do ressarcimento ao SUS e para o autor nesta pesquisa, não significando que a agência reguladora não conheça essa informação com precisão.

[37] Raciocínio semelhante se aplica às multas e aos juros de mora cobrados das operadoras, com a ressalva de que os dados relacionados a esses itens, no momento, não são disponibilizados rotineiramente para a gerência da ANS responsável pela cobrança do ressarcimento ao SUS utilizando-se os atendimentos como unidade lógica.

3.5.4 Interstícios temporais médios desde os atendimentos no SUS e desde o início dos processos administrativos

A partir dos dados disponibilizados pela ANS, também foi possível fazer uma aproximação sobre o tempo transcorrido desde os atendimentos realizados no SUS até o pagamento da respectiva a APAC (para os atendimentos para os quais houve pagamento) ou até 31/12/2020 (para os atendimentos para os quais não houve pagamento ou para os quais não se teve certeza sobre o pagamento).

Sobre isso, vale ressaltar que as APACs, ao contrário das AIHs, não indicam as datas exatas em que os atendimentos nelas registrados foram realizados. Cada APAC aponta apenas as datas inicial e final que delimitam o período para o qual os procedimentos nela listados tiveram a realização autorizada. Assim, se uma APAC sinaliza, por exemplo, que a data inicial foi 1/1/2014 e a data final foi 20/1/2014, não significa que os procedimentos nela relacionados tenham sido realizados nessas datas, mas que tais procedimentos foram realizados em algum dia entre 1/1/2014 inclusive e 20/1/2014 inclusive.

Diante dessa imprecisão, considerou-se, nesta pesquisa, como data de realização dos atendimentos a data mediana do período delimitado pelas datas iniciais e finais de autorização de cada APAC.

Estabelecidos os parâmetros para a mensuração do interstício temporal desde o atendimento para cada APAC, constatou-se que, para os 234.731 atendimentos com discussão administrativa encerrada e já pagos (42,61% das APACs estudadas), o tempo médio entre a data de atendimento e a data do pagamento foi de 3 anos, 0 mês e 12 dias. Para esse conjunto de atendimentos, o intervalo de tempo mais longo foi de 7 anos, 0 mês e 15 dias, e o mais curto foi de 1 ano, 5 meses e 11 dias. Convém esclarecer que, embora haja a certeza de pagamento para esses atendimentos, os dados disponibilizados pela ANS só indicam a data precisa em que isso ocorreu para 207.369 deles (88,34% desse conjunto). Para os demais 27.361 atendimentos (11,66% do conjunto)[38], considerou-se como data de pagamento o dia 31/12/2020, ou seja, optou-se pela realização do cálculo admitindo-se o cenário mais moroso para a efetuação do pagamento.

---

[38] A indisponibilidade das datas em que ocorreram os pagamentos referentes a esses atendimentos decorre do fato de tais pagamentos terem sido parcelados e da já relatada falta de integração até o momento entre o sistema de controle de pagamentos e os sistemas utilizados na cobrança do ressarcimento ao SUS.

Em relação aos 269.226 atendimentos com discussão administrativa encerrada, mas com incerteza sobre a efetuação dos respectivos pagamentos (48,87% das APACs estudadas), considerou-se, para efeito de mensuração do tempo transcorrido desde o atendimento, que as quitações se encontravam em aberto em 31/12/2020, data utilizada no cálculo. Dessa forma, para esse conjunto de atendimentos, o tempo médio desde a realização do atendimento foi de 5 anos, 0 mês e 22 dias. Já o intervalo de tempo mais longo foi de 7 anos, 0 mês e 29 dias, e o mais curto foi de 2 anos, 11 meses e 2 dias.

Quanto aos 46.920 atendimentos que ainda se encontravam em discussão administrativa em 31/12/2020 (8,52% das APACs estudadas), considerou-se essa data para a mensuração do interstício temporal desde o atendimento. Para esse conjunto, o tempo médio foi de 4 anos, 3 meses e 13 dias, sendo que o intervalo de tempo mais longo foi de 7 anos, 0 mês e 15 dias, e o mais curto foi de 2 anos, 11 meses e 0 dia.

Examinando-se todas as 550.877 APACs juntas, e considerando os parâmetros de datas fixados acima para cada conjunto, o tempo médio desde o atendimento foi de 4 anos, 1 mês e 17 dias, o intervalo de tempo mais longo foi de 7 anos, 0 mês e 29 dias, e o mais curto foi de 1 ano 5 meses e 11 dias.

Também foi possível fazer uma estimação do tempo processual, tomando-se como termo inicial não a data de atendimento, mas as datas precisas do início dos processos administrativos[39]. Nesses cálculos, o termo final da contagem do tempo processual para cada APAC foi o mesmo utilizado no cálculo realizado anteriormente para os interstícios temporais desde o atendimento.

Assim, para os 234.731 atendimentos já pagos, o tempo médio entre a data do início do respectivo processo administrativo e a data do pagamento foi de 1 ano, 3 meses e 24 dias. Para esse conjunto de atendimentos, o intervalo de tempo mais longo foi de 5 anos, 7 meses e 12 dias, e o mais curto foi de 0 ano, 1 mês e 27 dias.

Já os 269.226 atendimentos com incerteza sobre a efetuação dos respectivos pagamentos, o tempo médio desde o início dos processos foi de 3 anos, 4 meses e 4 dias. O intervalo de tempo mais longo para esse conjunto foi de 5 anos, 7 meses e 12 dias, e o mais curto foi de 1 ano, 6 meses e 8 dias.

---

[39] Essas datas podem ser encontradas em planilha disponível no *site* da ANS, cujo *link* é: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_da_Operadora/Compromissos_interacoes_ANS/ressarcimento/Planilha_de_ABI_atualizada_-_81_ABI_2.xlsx>. Acesso em 7/2/2021.

Por sua vez, o conjunto com os 46.920 atendimentos que ainda se encontravam em discussão administrativa em 31/12/2020 teve o tempo médio desde a abertura dos processos de 2 anos, 6 meses e 26 dias, o intervalo de tempo mais longo de 5 anos, 7 meses e 12 dias, e o mais curto de 1 ano, 6 meses e 8 dias.

Reunidas, as 550.877 APACs do estudo tiveram o tempo médio desde o início dos respectivos processos de 2 anos, 4 meses e 30 dias, o intervalo de tempo mais longo de 5 anos, 7 meses e 12 dias, e o mais curto foi de 0 ano 1 mês e 27 dias.

A Tabela 3.18 exibe as informações relacionadas aos interstícios temporais médios transcorridos desde a realização dos atendimentos no sistema público de saúde e desde o início dos processos administrativos de cobrança do ressarcimento ao SUS.

Tabela 3.18 – Intervalos de tempo médio desde os atendimentos e desde o início dos processos administrativos de cobrança do ressarcimento ao SUS relacionados a tratamentos quimioterápicos de câncer de mama realizados em beneficiárias no sistema público de saúde no período 2014 a 2017 (situação em 31/12/2020)

Discussão administrativa	Pagamento	Nº de atendimentos	Tempo médio desde o atendimento	Tempo médio desde o início do processo
Em andamento	Não	46.920	4 a, 3 m e 13 d	2 a, 6 m e 26 d
Encerrada	Sim	234.731	3 a, 0 m e 12 d	1 a, 3 m e 24 d
	Talvez	269.226	5 a, 0 m e 22 d	3 a, 4 m e 4 d
Total	**-**	**550.877**	**4 a, 1 m e 17 d**	**2 a, 4 m e 30 d**

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados da ANS.

Com base nas informações expostas anteriormente na Tabela 3.17, observa-se que os 91,48% dos atendimentos que já se encontravam com a discussão administrativa encerrada em 31/12/2020 tiveram, em conjunto, os valores de suas APACs reduzidos em 20,18% em razão dos abatimentos concedidos nas análises. Projetando-se esse último percentual para todo o universo estudado, espera-se que os 550.877 atendimentos de quimioterapia de câncer de mama prestados de 2014 a 2017 a beneficiárias no SUS gerem o dever de ressarcimento, desconsiderando a incidência de multa e de juros de mora, no importe de R$ 162.590.882,45, o que corresponde a aproximadamente R$ 295,15 por atendimento.

Considerando-se o já comentado trabalho exaustivo de análise das impugnações e dos recursos, e os tempos médios para pagamento entre três e cinco anos contados desde o atendimento e entre 1,30 e 3,33 anos contados do início dos processos, possivelmente seria mais prático e eficiente para o Estado brasileiro estipular uma cobrança automática das operadoras no valor de R$ 295,15 (corrigido conforme os valores da tabela do SUS fossem

atualizados) para cada atendimento de quimioterapia de câncer de mama realizado em beneficiárias no SUS. Contudo, para tanto, seria necessária uma alteração legal, modificando-se a lógica de impugnação no âmbito do ressarcimento ao SUS[40].

3.5.5 Inscrição em dívida ativa

Dos 503.957 atendimentos que tiveram a discussão administrativa encerrada, 46.410 (9,21%) tiveram os valores encaminhados para inscrição na dívida ativa da ANS em razão de não pagamento. Os atendimentos encaminhados equivalem à quantia total atualizada após as análises de R$ 18.882.746,22 (11,52% dos valores totais atualizados)[41]. As APACs envolvidas nos referidos encaminhamentos registravam o atendimento no SUS a beneficiárias de 313 operadoras distintas.

Cabe registrar que, entre os valores encaminhados para inscrição em dívida ativa, R$ 287.045,10 (1,52% do total encaminhado) relacionados a 740 atendimentos (1,59% dos atendimentos encaminhados) foram posteriormente pagos até 31/12/2020 por 52 operadoras.

A Hapvida Assistência Médica Ltda. foi a operadora com maior volume de APACs e de valores inscritos em dívida ativa, respondendo sozinha por 8.567 APACs (18,46% do total encaminhado) e pelo valor atualizado de R$ 4.978.973,08 (26,37% dos valores atualizados encaminhados).

É interessante apontar também que, entre as APACs que motivaram o encaminhamento de valores para inscrição em dívida ativa, 21.300 (45,90% das encaminhadas) não haviam sido impugnadas pelas operadoras. Percebe-se que tais APACs, mesmo não tendo sido objetos de análise nas duas instâncias, contribuíram para incrementar o volume de trabalho da ANS ao exigirem a inscrição de seus valores em dívida ativa.

---

[40] Os atendimentos individualizados deixariam de ser o objeto das impugnações, que passaria a ser a Nota Técnica da ANS que estabeleceria o valor por atendimento a ser ressarcido. Essa nova lógica de impugnação poderia ser aplicável a determinados grupos de procedimentos considerados especiais, incluindo as quimioterapias de câncer de mama, mantendo-se a dinâmica ora vigente para outros grupos. Uma alternativa seria estipular o valor a ser ressarcido por atendimento para cada operadora, conforme seus históricos de volumes de beneficiárias atendidas no SUS e seus percentuais de abatimento alcançados. Outra opção seria adotar esse último mecanismo, mas considerando os portes das operadoras ou faixas de volumes de atendimentos.

[41] Vale destacar mais uma vez que os valores incluem a incidência do IVR e excluem multas e juros de mora.

A Tabela 3.19 exibe a situação dos 550.877 atendimentos estudados no que se refere ao encaminhamento de valores para inscrição em dívida ativa da ANS.

Tabela 3.19 – Encaminhamento para inscrição na dívida ativa da ANS de valores relacionados a tratamentos quimioterápicos de câncer de mama realizados em beneficiárias no SUS no período 2014 a 2017 (situação em 31/12/2020)

Discussão administrativa	Inscrição em dívida ativa	Nº de atendimentos	Nº de operadoras	Valores atualizados
Em andamento	Não	46.920	419	R$ 17.035.679,88
Encerrada	Sim	46.410	313	R$ 18.882.746,22
	Não	457.547	773	R$ 128.000.694,47
Total	**-**	**550.877**	**790***	**R$ 163.919.120,57**

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados da ANS.

* O somatório dos quantitativos de cada linha excede o total porque algumas operadoras apresentam atendimentos e valores em duas ou nas três situações mostradas na tabela, razão pela qual foram computadas mais de uma vez.

Apesar de o volume inscrito até 31/12/2021 ter sido relativamente baixo (11,52% dos valores atualizados), apenas cinco operadoras, de um universo de 313 envolvidas, responderam por 42,94% dos valores inscritos. A Tabela 3.20 lista as cinco operadoras com maiores volumes de valores encaminhados para dívida ativa.

Tabela 3.20 – Tratamentos quimioterápicos de câncer de mama realizados em beneficiárias no SUS no período 2014 a 2017. Operadoras com maior volume de valores encaminhados para inscrição em dívida ativa da ANS (situação em 31/12/2020)

Operadoras	Nº de atendimentos	Valores atualizados
Hapvida Assistência Médica Ltda.	8.567	R$ 4.978.973,08
Central Nacional Unimed – Cooperativa Central	2.667	R$ 963.672,82
Green Line Sistema de Saúde S.A.	1.914	R$ 877.292,77
Unimed Belo Horizonte Cooperativa de Trabalho Médico	2.630	R$ 635.991,54
Unimed Curitiba – Sociedade Cooperativa de Médicos	2.604	R$ 651.652,91

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados da ANS.

Trata-se de operadoras que, além de não terem cumprido os contratos com suas beneficiárias, locupletando-se dos lucros decorrentes dos serviços não prestados (pelo menos, enquanto não adimplem suas obrigações), insistem em não cumprir a obrigação prevista no artigo 32 da Lei nº 9.656/98 (o que reverteria o locupletamento indevido), levando o Estado brasileiro a ter de agir até o último expediente administrativamente possível (quando ainda não há judicialização dos valores cobrados). Tais operadoras poderiam ser alvo de ações regulatórias mais enérgicas, como a instauração de regimes de direção fiscal e técnica[42].

[42] De acordo com o art. 26 da Lei nº 9.656/98, os regimes de direção fiscal e técnica poderão ser determinados pela ANS sempre que forem detectadas nas operadoras insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro,

CONCLUSÃO

A área de saúde no Brasil é marcada pela coexistência entre um sistema público e um setor privado, o que é chamado de *mix* público-privado da saúde brasileira. Neste estudo, foram apresentadas as circunstâncias em que esse modelo misto se desenvolveu ao longo do processo histórico nacional, principalmente a partir da década de 1930, quando o Estado Novo optou por criar os IAPs e por desenvolver a assistência em saúde atrelada à política previdenciária. Viu-se como esse modelo se caracterizava pelo formato contributivo

anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde.

meritocrático e se pautava por uma prestação de serviços médicos de maneira individualizada, com uma perspectiva essencialmente curativa e voltada para os trabalhadores urbanos e para seus dependentes. Estudou-se, ainda, como, mais adiante, no regime militar, o modelo previdenciário de atenção à saúde, a cargo do INPS e, posteriormente do INAMPS, possibilitou o surgimento do segmento econômico de comercialização de planos e de seguros de saúde, que se desenvolveria a partir de vultoso financiamento por parte do poder público.

Também foi abordado como essa política médico-previdenciária, apesar de bastante robusta e onerosa, não dava solução aos principais problemas sanitários instalados. Além disso, tal modelo excluía a maior parte da população brasileira, que só podia contar com algumas ações escassas de caráter preventivo e coletivo. Havia, portanto, uma clara separação entre a caríssima política previdenciária de atenção à saúde do empregado formal e as subfinanciadas políticas de saúde pública destinadas ao grande contingente que se encontrava à margem do mercado de trabalho.

Nesse contexto, surgiu o MRSB, denunciando as calamitosas condições sociais e de saúde em que se encontrava a maior parcela do povo brasileiro, e propondo uma intensa reestruturação da atenção à saúde no país. As reformulações graduais conquistadas por esse movimento nos anos 1970 e 1980, bem como os profundos debates acadêmicos por ele fomentados durante o processo de redemocratização, culminaram com a criação do SUS, sistema público caracterizado pela universalidade, pela integralidade e pela equidade na assistência em saúde.

Ao contrário da ideia original do MRSB de se estatizar completamente a área de saúde no Brasil, o ordenamento jurídico constitucional inaugurado em 1988, que formalizou a institucionalização do novo sistema público de saúde, autorizou a iniciativa privada a permanecer atuando nesse setor. Com isso, o *mix* público-privado da saúde no Brasil seguiu existindo, e o setor privado, se desenvolvendo.

A permanência da iniciativa privada na área de saúde garantiu a continuidade das atividades das pessoas jurídicas que comercializavam planos e seguros de saúde. Contudo, os crescentes abusos contratuais cometidos por essas organizações empresariais contra seus beneficiários entraram para a agenda do Executivo e do Legislativo federais no início dos anos 1990, o que levou à posterior edição da Lei nº 9.656/98, marco legal da saúde suplementar brasileira. Além disso, no seio da reforma do aparelho do Estado brasileiro que se encontrava em curso, criou-se, por meio de medida provisória posteriormente convertida na

Lei nº 9.961/2000, a ANS, autarquia sob regime especial que tem por finalidade institucional regular as atividades econômicas de cunho social empreendidas pelas operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde.

No escopo da política pública de regulação do mercado de saúde suplementar, encontra-se o instrumento do ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 do marco legal. Trata-se de mecanismo por meio do qual as operadoras devem devolver aos cofres públicos os recursos financeiros utilizados pelo poder público na prestação de serviços de saúde que poderiam ser cobertos por planos e seguros de saúde. Mais que operacionalizar tal devolução, o ressarcimento ao SUS é uma ferramenta regulatória que objetiva promover a adequada integração dos setores público e privado da área de saúde, desestimular o não cumprimento dos contratos de planos de saúde pelas operadoras e o atendimento de beneficiários de planos de saúde pela rede assistencial pública, coibir o enriquecimento sem causa dos agentes de mercado, induzir a adoção de boas práticas operacionais pelas organizações reguladas, e possibilitar a identificação de fragilidades da rede pública e de falhas prestacionais por parte das operadoras, bem como a correção de tais deficiências.

Por força do § 3º do citado dispositivo legal, a cobrança dos valores relacionados ao ressarcimento ao SUS é realizada pela ANS, que, desde sua criação até junho de 2020, já notificou centenas de operadoras a devolverem ao FNS mais de R$ 11 bilhões, dos quais quase R$ 4,5 bilhões foram efetivamente devolvidos.

Em meio às cobranças já realizadas pela ANS a título de ressarcimento ao SUS, ganham destaque aquelas relacionadas a tratamentos quimioterápicos de câncer de mama realizados em beneficiárias na rede pública. A partir dos dados disponibilizados pela ANS para esta pesquisa, constatou-se que, considerando os anos de 2014 a 2017, praticamente 10% dos atendimentos no SUS envolvendo tais tratamentos foram prestados a pessoas que possuem planos e seguros de saúde. No mesmo período, entre os procedimentos identificados para cobrança do ressarcimento ao SUS, as quimioterapias em questão formam um grupo de procedimentos com o terceiro maior volume de realização (perdendo somente para os grupos das hemodiálises e das radioterapias), o segundo maior volume de valores inicialmente cobrados (mais de R$ 200 milhões, perdendo apenas para o grupo das hemodiálises) e o maior volume de registros (mais de 550 mil APACs).

Os dados da ANS também mostraram que os conflitos entre a agência reguladora e as quase 800 operadoras às quais se vinculavam contratualmente as beneficiárias atendidas no

SUS foram deflagrados em cerca de 9.800 processos administrativos e envolveram quase 40 mil pessoas, 99% mulheres, de mais de 2.200 cidades brasileiras. Essas beneficiárias, com média de idade de quase 60 anos, foram atendidas pelo SUS em aproximadamente 270 prestadores localizados em pouco mais de 170 cidades distintas.

O tipo de câncer de mama mais encontrado nessas beneficiárias foi a neoplasia maligna do quadrante superior externo da mama (26,55% dos casos), seguida pela neoplasia maligna do mamilo e aréola (24,85% dos casos) e pela neoplasia maligna da mama, não especificada (13,54% dos casos). Quanto aos dezesseis tipos de quimioterapia realizados, os mais recorrentes foram as hormonioterapias do carcinoma de mama em estádio I, II e III (juntas, perfizeram 73,66% dos casos), embora os que geraram maiores volumes de cobrança inicial tenham sido as quimioterapias do carcinoma de mama avançado – 1ª e 2ª linhas, além das hormonioterapias do carcinoma de mama avançado – 2ª linha (juntas, corresponderam a quase 50% dos valores cobrados).

As operadoras com maior volume de valores cobrados foram a Hapvida Assistência Médica Ltda., a Amil Assistência Médica Internacional Ltda., a Unimed Belo Horizonte Cooperativa de Trabalho Médico, a Bradesco Saúde S.A. e a Geap Autogestão em Saúde. Juntas, essas cinco operadoras foram responsáveis por quase 20% dos atendimentos identificados e de todo o montante inicialmente cobrado. Quanto às modalidades de operadoras, as empresas de medicina de grupo e as cooperativas médicas responderam por aproximadamente 80% dos atendimentos e dos valores cobrados.

O prestador do SUS que mais atendeu essas beneficiárias localiza-se no Rio de Janeiro – RJ, sendo seguido por um de São Paulo – SP, um de Florianópolis – SC, outro de São Paulo – SP e um de Divinópolis – MG. Juntos, apenas esses cinco prestadores realizaram quase 13% dos atendimentos. Metade dos atendimentos foi prestada em apenas 37 unidades de saúde. As cidades com mais atendimento foram São Paulo – SP, Belo Horizonte – MG, Rio de Janeiro – RJ, Porto Alegre – RS e Fortaleza – CE. Apenas quinze cidades responderam por metade dos atendimentos, e apenas treze, por metade do volume cobrado.

As cidades de origem que mais levaram as beneficiárias a serem atendidas no SUS foram São Paulo – SP, Rio de Janeiro – RJ, Belo Horizonte – MG, Fortaleza – CE e Porto Alegre – RS. Quase 40% dos atendimentos foram realizados em cidades distintas das cidades de origem das beneficiárias.

Realizadas as cobranças iniciais às operadoras, apenas aproximadamente 55% dos atendimentos foram impugnados. Feitas as análises das impugnações, pouco mais de 40% dos atendimentos analisados foi objeto de recursos. Em conjunto, a primeira e a segunda instâncias totalizaram o expressivo volume de mais de 400 mil análises.

Os motivos mais alegados pelas operadoras em suas impugnações e recursos foram franquia ou coparticipação, utilização livre e espontânea do SUS e procedimento não coberto. Quando alegados de maneira exclusiva, esses motivos estiveram presentes em pouco mais de 60% das análises feitas em primeira instância e em pouco mais de 50% das análises realizadas em segunda instância. Apesar de franquia ou coparticipação ter sido o motivo mais alegado, não se pode afirmar, unicamente a partir dos dados e informações envolvidos nesta pesquisa, que as beneficiárias tenham optado por se tratar no SUS devido à existência de cláusula prevendo tais fatores moderadores em seus respectivos contratos.

Em razão dos deferimentos com anulação de APACs e dos abatimentos decorrentes de coberturas não integrais previstas nos contratos, o somatório dos valores inicialmente cobrados por todo o universo de atendimentos foi reduzido de quase R$ 204 milhões para cerca de R$ 164 milhões, uma redução de aproximadamente 20%. Por conta dessa redução, o valor final cobrado médio de cada APAC analisada foi projetado em R$ 295,15.

Apesar de mais de 90% dos atendimentos já se encontrarem com suas discussões administrativas encerradas em 31/12/2020, menos de 50% deles tiveram seus respectivos valores certamente ressarcidos pelas operadoras até referida data. Esse último percentual pode ter sido maior, mas não foi possível se realizar seu cálculo preciso em razão da falta de integração adequada entre os sistemas de informação da ANS envolvidos na cobrança do ressarcimento ao SUS – cujos dados foram disponibilizados para esta pesquisa – e o sistema utilizado pela Agência para monitorar os respectivos pagamentos. De toda forma, sabe-se que quase 10% dos atendimentos analisados tiveram seus valores finais encaminhados para a dívida ativa da ANS.

Considerando os atendimentos pagos, foi necessário o tempo médio aproximado de 3 anos desde o atendimento e de 1 ano e 4 meses desde o início dos respectivos processos para a efetuação do pagamento. Contudo, considerando todo o universo de atendimentos estudado (pagos e não pagos), os tempos médios contados desde o atendimento e desde o início dos processos sobem para pouco mais de 4 anos e para 2 anos e 5 meses respectivamente.

O objetivo principal desta pesquisa foi tornar públicas todas essas informações relacionadas aos tratamentos quimioterápicos do câncer de mama realizados de 2014 a 2017 no SUS em beneficiárias de planos e seguros de saúde. Espera-se que tal publicação possa oferecer pontos de partida para que outros pesquisadores possam aprofundar a análise dos diversos aspectos aqui percorridos e, com isso, identificarem, por exemplo, as razões que levam parcela das beneficiárias a se tratarem no SUS. Além disso, pretende-se que essas informações possam ser úteis em eventuais debates de cunho regulatório sobre a integração do *mix* público-privado da área de saúde no enfrentamento dessa doença tão debilitante e causadora de mortes entre as mulheres. Nesse compasso, sugeriu-se a inclusão, no escopo do Projeto OncoRede, de estratégias que induzam as redes assistenciais das operadoras a absorverem parcela considerável dos tratamentos em comento. Propôs-se também a investigação sobre a existência de áreas geográficas com *déficits* assistenciais e a realização de ações, junto aos prestadores de serviços do SUS com maior volume de atendimento e aos respectivos entes federativos, voltadas a esclarecer e a orientar as usuárias da rede pública a realizarem seus tratamentos com cobertura por seus respectivos planos de saúde.

Para além dos tratamentos quimioterápicos de câncer de mama, almeja-se que outros grupos de procedimentos sejam estudados em moldes semelhantes ao desta pesquisa a fim de que se torne possível obter uma visão ampliada do ressarcimento ao SUS como um todo. Esse olhar global possibilitará uma reflexão acerca do papel dos setores público e privado na abordagem assistencial específica de cada problema de saúde relevante. Mais que isso, permitirá uma discussão sobre o aprimoramento do instrumento regulatório em questão, respaldada em informações ainda não disponibilizadas para o público. Nesse sentido, abordaram-se nesta dissertação algumas ideias de sofisticação como o melhoramento dos filtros aplicados no batimento, a cobrança automática de um valor pré-estipulado por atendimento realizado, a concessão de incentivos às operadoras para o adimplemento de sua obrigação sem a necessidade de se instaurar conflitos formais com a ANS, e a integração entre os sistemas empregados na cobrança com aqueles usados no monitoramento dos pagamentos do ressarcimento ao SUS.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Resolução Normativa – RN nº 85**, de 7 de dezembro de 2004. Dispõe sobre a concessão de Autorização de Funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 dez. 2004. Seção 1, p. 50. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=ODgx>. Acesso em: 3 fev. 2021.

_____. **Súmula Normativa nº 9**, de 10 de novembro de 2005. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 nov. 2005. Seção 1, p. 99. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=Nzgz>. Acesso em: 5 fev. 2021.

_____. **Resolução Normativa – RN nº 162**, de 17 de outubro de 2007. Estabelece a obrigatoriedade da Carta de Orientação ao Beneficiário; dispõe sobre Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP); Cobertura Parcial Temporária (CPT); Declaração de Saúde e sobre o processo administrativo para comprovação do conhecimento prévio de DLP pelo beneficiário de plano privado de assistência à saúde no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar; revoga as Resoluções CONSU nº 2, de 4 de novembro de 1998, CONSU nº 17 de 23 de março de 1999, artigos 2° e 4° da Resolução CONSU nº 15 de 23 de março de 1999, a Resolução Normativa 20 de 12 de dezembro de 2002 e a Resolução Normativa RN nº 55, de 2 de novembro de 2003 e altera a Resolução Normativa - RN nº 124, de 30 de março de 2006. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 out. 2007. Seção 1, p. 38. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MTIyMw==>. Acesso em: 5 fev. 2021.

_____. **Resolução Normativa – RN nº 195**, de 14 de julho de 2009. Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 jul. 2009a. Seção 1, p. 135. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MTQ1OA==>. Acesso em: 3 fev. 2021.

_____. **Resolução Normativa – RN nº 196**, de 14 de julho de 2009. Dispõe sobre a Administradora de Benefícios. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 jul. 2009b. Seção 1, p. 137. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MTQ1OQ==>. Acesso em: 29 dez. 2020.

_____. **Resolução Normativa – RN nº 211**, de 11 de janeiro de 2010. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de atenção à saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 jan. 2010. Seção 1, p. 31. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFOriginal&format=raw&id=MTg0MA==>. Acesso em: 29 jan. 2021.

_____. **Resolução Normativa – RN nº 295**, de 9 de janeiro de 2012. Estabelece normas para a geração, transmissão e controle de dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS; dispõe sobre o formato XML (Extensible Markup Language) como padrão para a troca de informações entre as operadoras e o SIB/ANS; revoga a Resolução Normativa - RN nº 250, de 25 de março de 2011; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 maio 2012. Seção 1, p. 78. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MjgzNA==>. Acesso em: 30 jan. 2021.

_____. **Resolução Normativa – RN nº 338**, de 21 de outubro de 2013. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; revoga as Resoluções Normativas - RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010, RN nº 262, de 1 de agosto de 2011, RN nº 281, de 19 de dezembro de 2011 e a RN nº 325, de 18 de abril de 2013; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 out. 2013. Seção 1, p. 51. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFOriginal&format=raw&id=MjU5MQ==>. Acesso em: 29 jan. 2021.

_____. **Resolução Normativa – RN nº 358**, de 27 de novembro de 2014. Dispõe sobre os procedimentos administrativos físico e híbrido de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998, e estabelece normas sobre o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 dez. 2014a. Seção 1, p. 33-34. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MjgyNw==>. Acesso em: 26 fev. 2020.

_____. **Instrução Normativa – IN nº 54**, de 27 de novembro de 2014, da Diretoria de Desenvolvimento Setorial. Dispõe sobre o protocolo eletrônico de impugnações e recursos de processos administrativos híbridos de ressarcimento ao SUS, previsto no artigo 32 da Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998, e na Resolução Normativa n° 358, de 27 de novembro de 2014b. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 dez. 2014. Seção 1, p. 34-35. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MjgyOA==>. Acesso em: 26 fev. 2020.

_____. **Resolução Normativa – RN nº 367**, de 18 de dezembro de 2014. Dispõe sobre o Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 dez. 2014c. Seção 1, p. 213. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=Mjg2Nw==>. Acesso em: 26 fev. 2020.

_____. **Resolução Normativa – RN nº 387**, de 28 de outubro de 2015. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; revoga as Resoluções Normativas – RN nº 338, de 21 de outubro de 2013, RN nº 349, de 9 de maio de 2014; e da outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 out. 2015a. Seção 1, p. 39. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFOriginal&format=raw&id=MzExMA==>. Acesso em: 29 jan. 2021.

_____. **Resolução Normativa – RN nº 392**, de 9 de dezembro de 2015. Dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e limites de alocação e de concentração na aplicação dos ativos garantidores das operadoras no âmbito do sistema de saúde suplementar e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 dez. 2015b. Seção 1, p. 40. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzE1Mg==>. Acesso em: 2 fev. 2021.

_____. **Resolução Regimental nº 1**, de 17 de março de 2017. Institui o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 mar. 2017a. Seção 1, p. 33-49. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzM5MA==>. Acesso em: 26 fev. 2020.

_____. **Plano de dados abertos 2017-2019**. Versão digital. Rio de Janeiro: ANS, 2017b, 72 p. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/acessoainformacao/dados-abertos/pda-2017-2019.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2020.

_____. **Caderno de informação da saúde suplementar:** beneficiários, operadoras e planos. Versão digital. Rio de Janeiro: ANS, v. 12, n. 1, 2018a, 57 p. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Dados_e_indicadores_do_setor/total-cad-info-mar-2018.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2020.

_____. **Nota Técnica nº 11/2018/GASNT/DIRAD-DIDES/DIDES**. Processo administrativo nº 33910.000554/2017-50. Apresenta o histórico e as análises que subsidiariam a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para a edição da Resolução Normativa – RN 433, de 27 de junho de 2018, que dispõe sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação, como fatores moderadores de utilização dos serviços de assistência médica, hospitalar ou odontológica no setor de saúde suplementar e outros. Rio de Janeiro: ANS, 2018b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap11/nota_tecnica11.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2021.

_____. **Guia do ressarcimento ao SUS:** impugnações e recursos. Versão digital. Rio de Janeiro: ANS, 2019a, 47 p. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_da_Operadora/Compromissos_interacoes_ANS/ressarcimento/guia_ressarcimento_ao_SUS_2019_versao_2a.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2020.

_____. **Projeto OncoRede:** análise dos dados do projeto-piloto de abril 2017 a abril 2018. Versão digital. Rio de Janeiro: ANS, 2019b, 79 p. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/relatorio_conclusivo_oncorede.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2021.

_____. **Sala de situação.** Rio de Janeiro: ANS, c2020a. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>. Acesso em: 20 dez. 2020.

_____. **Boletim Informativo:** utilização do Sistema Único de Saúde por beneficiários de planos de saúde e ressarcimento ao SUS. Rio de Janeiro: ANS, n. 10, jun. 2020b, 27 p. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_da_Operadora/Compromissos_interacoes_ANS/ressarcimento/boletim-informativo-ressarcimento-edicao-10.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2020.

_____. **Mapa de utilização do SUS por beneficiário de planos privados de assistência à saúde**. Rio de Janeiro: ANS, 2020c, 105 p. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/Mapa_de_Utiliza%C3%A7%C3%A3o_do_SUS_2020_ERRATA_2.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

ANDERSON, J. E. **Public policymaking.** 8. ed. Stamford: Cengage, 2015, 369 p.

ARAGÃO, A. S. Regulação da economia: conceito e características contemporâneas. *In*: ARAGÃO, A. S. (Org.). **Revista de Direito da Associação dos Procuradores do Novo Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, v. 11 (Direito da Regulação), 2002, p. 3-42.

_____. Agências reguladoras independentes e a separação dos poderes: uma contribuição da teoria dos ordenamentos setoriais. **Revista Eletrônica de Direito Administrativo Econômico**, Salvador, n. 10, p. 1-50, maio-jul. 2007. Disponível em: <https://direitoepoliticaeconomica.files.wordpress.com/2012/03/redae-10-maio-2007-alexandre-aragc3a3o.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2020.

_____. **Agências reguladoras e a evolução do Direito Administrativo Econômico**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2013, 535 p.

BAHIA, L. **Mudanças e padrões das relações público-privado:** seguros e planos de saúde no Brasil. 1999. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <https://saudecomunista.files.wordpress.com/2014/07/o-mercado-de-planos-de-sac3bade-no-brasil-_-ligia-bahia-1.pdf>. Acesso em: 9 maio 2020.

_____. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 14, n. 3, p. 753-762, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/11.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2020.

BAHIA, L.; VIANA, A. L. Introdução. *In*: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Regulação & Saúde:** estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: Editora MS, 2003, p. 9-18.

BANCO MUNDIAL. **A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil:** uma agenda para os anos 90. Washington, D.C., 1995. (Relatório nº 12655-BR). Disponível em: <http://documents1.worldbank.org/curated/en/421811468239375008/pdf/126550SR0Portuguese0Box96983B01PUBLIC1.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2020.

BAPTISTA, T. W. F. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. *In*: MATTA, G. C; PONTES, A. L. M. (Orgs.). **Políticas de Saúde:** organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007, p. 29-60. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l25.pdf>. Acesso em: 9 maio 2020.

BARROSO, L. R. A ordem econômica constitucional e os limites à atuação estatal no controle de preços. *In*: ARAGÃO, A. S. (Org.). **Revista de Direito da Associação dos**

Procuradores do Novo Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Lumen Juris, v. 11 (Direito da Regulação), 2002, p. 43-68.

_____. Agências reguladoras. Constituição, transformações do Estado e legitimidade democrática. *In*: BINENBOJM, G. (Org.). **Agências reguladoras e democracia**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2006, p. 59-87.

BEKKERS, V.; FENGER, M.; SCHOLTEN, P. **Public policy in action: perspectives on the policy process.** Cheltenham: Edward Elgar Publishing, 2017, 360 p.

BINENBOJM, G. **Uma teoria do Direito Administrativo.** Rio de Janeiro: Renovar, 2006, 337 p.

_____. A constitucionalização do Direito Administrativo no Brasil: um inventário de avanços e retrocessos. *In*: BARROSO, L. R. (Org.). **A reconstrução democrática do Direito Público no Brasil.** Rio de Janeiro: Renovar, 2007, p. 499-546.

_____. **Poder de polícia, ordenação, regulação:** transformações político-jurídicas, econômicas e institucionais do Direito Administrativo ordenador. Belo Horizonte: Fórum, 2016, 380 p.

BIRKLAND, T. A. **An introduction to the policy process:** theories, concepts, and models of public policy making. 4. ed. Nova Iorque: Routledge, 2011, 389 p.

BRASIL. **Decreto Legislativo nº 4.682**, de 24 de janeiro de 1923. Cria, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, DF, 24 jan. 1923. Seção 1, p. 10859. Disponível em: < https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4682-24-janeiro-1923-538815-publicacaooriginal-90368-pl.html>. Acesso em: 14 jun. 2020.

_____. **Decreto nº 5.109**, de 20 de dezembro de 1926. Estende o regime do decreto legislativo n. 4.682, de 24 de janeiro de 1923, a outras empresas. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, DF, 30 dez. 1926. Seção 1, p. 24113. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-5109-20-dezembro-1926-564656-publicacaooriginal-88603-pl.html>. Acesso em: 14 jun. 2020.

_____. **Decreto nº 5.485**, de 30 de junho de 1928. Cria caixas de aposentadorias e pensões para o pessoal não contratado pertencente às empresas particulares que exploram os serviços telegráficos e radiotelegráficos. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, DF, 4 jul. 1928. Seção 1, p. 16463. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-5485-30-junho-1928-562355-publicacaooriginal-86343-pl.html>. Acesso em: 14 jun. 2020.

_____. **Lei nº 1.779**, de 22 de dezembro de 1952. Cria o Instituto Brasileiro do Café, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez. 1952. Seção 1, p. 19555. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1950-1959/lei-1779-22-dezembro-1952-366795-norma-pl.html>. Acesso em: 30 dez. 2020.

_____. **Lei nº 3.807**, de 26 de agosto de 1960. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 set. 1960. Seção 1, p. 12157. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L3807.htm#:~:text=Disp%C3%B5e%20s%C3%B4bre%20a%20Lei%20Org%C3%A2nica%20da%20Previd%C3%AAncia%20Social.&text=Art.&text=I%20%2D%20na%20qualidade%20de%20%22segurados,exce%C3%A7%C3%B5es%20expressamente%20consignadas%20nesta%20Lei.>. Acesso em: 5 jul. 2020.

_____. **Lei nº 4.137**, de 10 de setembro de 1962. Regula a repressão ao abuso do Poder Econômico. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 nov. 1962. Seção 1, p. 11717. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-4137-10-setembro-1962-353932-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 30 dez. 2020.

_____. **Lei nº 4.214**, de 2 de março de 1963. Dispõe sobre o "Estatuto do Trabalhador Rural". Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 mar. 1963. Seção 1, p. 2857. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L4214.htm>. Acesso em: 27 jun. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **História e evolução dos hospitais**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1965, 588 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf>. Acesso em: 9 maio 2020.

_____. **Decreto-lei nº 66**, de 21 de novembro de 1966. Altera disposições da Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 nov. 1966a. Seção 1, p. 13505. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del0066.htm>. Acesso em: 5 jul. 2020.

_____. **Decreto-lei nº 72**, de 21 de novembro de 1966. Unifica os Institutos de Aposentadoria e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 nov. 1966b. Seção 1, p. 13523. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/1965-1988/Del0072.htm>. Acesso em: 5 jul. 2020.

_____. **Decreto-lei nº 73**, de 21 de novembro de 1966. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, regula as operações de seguros e resseguros e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 nov. 1966c. Seção 1, p. 13524. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del0073.htm>. Acesso em: 5 jul. 2020.

_____. **Decreto-lei nº 200**, de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 mar. 1967. Seção 1 (supl.), p. 4. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0200.htm>. Acesso em: 9 jul. 2020.

_____. **Decreto nº 66.580**, de 15 de maio de 1970. Concede autonomia administrativa e financeira à Superintendência de Campanhas de Saúde Pública, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 maio 1970. Seção 1, p. 3673. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-66580-15-maio-1970-408143-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 4 jul. 2020.

_____. **Lei Complementar nº 11**, de 25 de maio de 1971. Institui o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 maio 1971. Seção 1, p. 3969. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp11.htm>. Acesso em: 9 jul. 2020.

_____. **Lei nº 5.859**, de 11 de dezembro de 1972. Dispõe sobre a profissão de empregado doméstico e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 dez. 1972. Seção 1, p. 11065. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/cCivil_03/LEIS/L5859.htm>. Acesso em: 9 jul. 2020.

_____. **Lei nº 5.890**, de 5 de junho de 1973. Altera a legislação de previdência social e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 jun, 1973. Seção 1, p. 5586. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L5890.htm>. Acesso em: 9 jul. 2020.

_____. **Lei nº 6.168**, de 9 de dezembro de 1974. Cria o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social - FAS - e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 dez. 1974. Seção 1, p. 14014. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6168.htm>. Acesso em: 4 jul. 2020.

_____. **Lei nº 6.229**, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 jul. 1975. Seção 1, p. 8921. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-6229-17-julho-1975-357715-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 4 jul. 2020.

_____. **Decreto nº 78.307**, de 24 de agosto de 1976. Aprova o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 ago. 1976. Seção 1, p. 11241. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-78307-24-agosto-1976-427254-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 4 jul. 2020.

_____. **Lei nº 6.439**, de 1º de setembro de 1977. Institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 set. 1977. Seção 1, p. 11617. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6439.htm>. Acesso em: 5 jul. 2020.

_____. **Decreto nº 84.219**, de 14 de novembro de 1979. Dispõe sobre a intensificação e expansão de serviços básicos de saúde e saneamento, aprova o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) para o período 1980-1985 e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 nov. 1979. Seção 1, p. 17046. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-84219-14-novembro-1979-433518-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 4 jul. 2020.

_____. **Decreto nº 86.329**, de 2 de setembro de 1981. Institui o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária – CONASP. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 set. 1981. Seção 1, p. 16637. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Atos/decretos/1981/D86329.html>. Acesso em: 6 jul. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde:** relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986, 21 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2020.

_____. **Decreto nº 94.657**, de 20 de julho de 1987. Dispõe sobre a criação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 jul. 1987. Seção 1, p. 11503. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-94657-20-julho-1987-445419-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 14 jul. 2020.

_____. Senado Federal. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/ind.asp>. Acesso em: 28 fev. 2020.

_____. **Lei nº 8.031**, de 12 de abril de 1990. Cria o Programa Nacional de Desestatização, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 abr. 1990a. Seção 1, p. 7103. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8031.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.031%2C%20DE%2012%20DE%20ABRIL%20DE%201990.&text=Cria%20o%20Programa%20Nacional%20de,Art.>. Acesso em: 10 ago. 2020.

_____. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990b. Seção 1, p. 18055. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 28 fev. 2020.

_____. Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, DF, 1995, 86 p. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais/catalogo/fhc/plano-diretor-da-reforma-do-aparelho-do-estado-1995.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2020.

_____. **Projeto de Lei nº 4.425-A**, de 1994. Proíbe a exclusão de cobertura de despesas com tratamento de determinadas doenças em contratos que asseguram atendimento médico-hospitalar pelas empresas privadas de seguro-saúde ou assemelhadas. Diário da Câmara dos Deputados, Brasília, DF, 11 set. 1997a. p. 27656-27727. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD11SET1997.pdf#page=116>. Acesso em: 22 dez. 2020.

_____. **Projeto de Lei nº 4.425-E**, de 1994. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário da Câmara dos Deputad**os**, Brasília, DF, 16 out. 1997b. p. 32753-32761. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD16OUT1997.pdf#page=125>. Acesso em: 22 dez. 2020.

_____. **Lei nº 9.656**, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 jun. 1998a. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L9656compilado.htm>. Acesso em: 14 dez. 2020.

_____. **Medida Provisória nº 1.665**, de 4 de junho de 1998. Altera dispositivos da Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 jun. 1998b. Seção 1, p. 2. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/Antigas/1665.htm>. Acesso em: 14 dez. 2020.

_____. **Medida Provisória nº 1.928**, de 25 de novembro de 1999. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 nov. 1999a. Seção 1 (edição extra), p. 13. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/antigas/1928.htm>. Acesso em: 14 dez. 2020.

_____. **Medida Provisória nº 2.003-1**, de 14 de dezembro de 1999. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 dez. 1999b. Seção 1, p. 40. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/Antigas/2003-1.htm>. Acesso em: 14 dez. 2020.

_____. **Medida Provisória nº 2.012-2**, de 30 de dezembro de 1999. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1999c. Seção 1, p. 3. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/antigas/2012-2.htm>. Acesso em: 14 dez. 2020.

_____. **Lei nº 9.961**, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jan. 2000. Seção 1, p. 5. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9961.htm>. Acesso em: 14 dez. 2020.

_____. **Lei nº 10.185**, de 12 de fevereiro de 2001. Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 fev. 2001. Seção 1, p. 3. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10185.htm>. Acesso em: 27 dez. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **O sistema público de saúde brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, 44 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 82 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **A construção do SUS:** histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a, 300 p.

_____. Ministério da Saúde. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna:** relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b, 130 p.

Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd11_03estudo_mortalidade_mulher.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2021.

_____. **Portaria GM nº 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 fev. 2006c. Seção 1, p. 43. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 28 jan. 2021.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde:** evolução e perspectivas. Brasília: CONASS, 2009, 100 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2020.

_____. **Portaria GM nº 874**, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 maio 2013. Seção 1, p. 129. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html>. Acesso em: 3 abr. 2020.

_____. Supremo Tribunal Federal. **Ação Declaratória de Inconstitucionalidade nº 1.931-DF**. Requerente: Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços. Relator: Min. Marco Aurélio. Brasília, 7 fev. 2018a. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=1741189>. Acesso em: 3 fev. 2020.

_____. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 597.064-RJ**. Recorrente: Irmandade do Hospital de Nossa Senhora das Dores. Recorrido: Agência Nacional de Saúde Suplementar. Relator: Min. Gilmar Mendes. Brasília, 7 fev. 2018b. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=2661252>. Acesso em: 13 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Conjunta SAS/SCTIE nº 4**, de 23 de janeiro de 2018. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do carcinoma de mama. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 fev. 2018c. Seção 1, p. 33. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/julho/16/Portaria-Conjunta-n-19--PCDT-Carcinoma-de-Mama.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2021.

_____. **Lei nº 13.733**, de 16 de novembro de 2018. Dispõe sobre atividades da campanha Outubro Rosa. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 nov. 2018d. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13733.htm#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20atividades%20da%20campanha,Art.>. Acesso em: 24 fev. 2021.

_____. Fundação Oswaldo Cruz. **Monitoramento da assistência hospitalar no Brasil (2009-2017):** boletim informativo. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/Boletim_4_PROADESS_Monitoramento%20da%20assistencia%20hospitalar_errata_1403.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2020.

BUCCI, M. P. D. O conceito de política pública em direito. *In*: BUCCI, M. P. D. (Org.). **Políticas públicas:** reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006, p. 1-50.

BUENO, E. **Brasil:** uma história: cinco séculos de um país em construção. São Paulo: Leya, 2010, 480 p.

CALAINHO, D. B. Jesuítas e Medicina no Brasil colonial. **Tempo**, Niterói, v. 10, n. 19, p. 61-75, 2015. Disponível em: < https://www.scielo.br/pdf/tem/v10n19/v10n19a05.pdf>. Acesso em: 10 maio 2020.

CAMPOS, C. E. A. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 877-906, jul.-set. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14n3/10.pdf>. Acesso em: 10 maio 2020.

CARDOSO, M. R. O.; OLIVEIRA, P. T. R.; FERLA, A. A.; NUNES, N. S. O mix público e privado no sistema de saúde brasileiro: coexistência em evidência. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 107-118, 2017. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/869/pdf_68>. Acesso em: 15 jul. 2020.

CIELO, I. D; SCHMIDT, C. M; WENNINGKAMP, K. R. Políticas públicas de saúde no Brasil: uma avaliação do IDSUS no Estado do Paraná (2011). **Desenvolvimento Regional em Debate**, Canoinhas, v. 5, n. 1, p. 211-230, jan./jun. 2015. Disponível em: <http://www.periodicos.unc.br/index.php/drd/article/view/652>. Acesso em: 9 maio 2020.

COELHO, I. B. **Os hospitais no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2016, 226 p.

COHN, A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. *In*: LAURELL, A. C. (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo.** São Paulo: Cortez, 1995, p. 225-244.

CONDE, L. F. **Ressarcimento ao SUS – à luz do direito**. 2004. 182 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/5432/2/660.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2020.

CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR – CONSU. **Resolução nº 8**, de 3 de novembro de 1998. Dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 nov. 1998. Seção 1 (supl.), p. 6. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzA3>. Acesso em: 3 fev. 2021.

CORDEIRO, H. A. Empresas Médicas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 14, p. 22-30, 1982. Disponível em: <http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=N.14&pesq=cordeiro&x=78&y=12>. Acesso em: 9 maio 2020.

COSTA, N. R.; RIBEIRO, J. M.; SILVA, P. L. B.; MELO, M. A. As agências de regulação independentes. *In*: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Regulação &**

Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: Editora MS, 2003, p. 137-148.

CUNHA, C. L. F. **Assistência suplementar aos servidores públicos e militares no Brasil:** dos esquemas corporativos tradicionais ao mercado subsidiado. 2016. 176 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://www.iesc.ufrj.br/gpdes/images/arquivos/Tese---Carlos-Leonardo.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2020.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde – SUS: princípios. *In*: CAMPOS, F. E.; TONON, L. M.; OLIVEIRA JUNIOR, M. **Cadernos de Saúde:** planejamento e gestão em saúde. Belo Horizonte: COOPMED, 1998, p. 11-26. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2017/08/texto-sistema-unico-de-saude-principios.pdf>. Acesso em: 23/07/2020.

CUNHA, P. C. M. **Regulação jurídica da saúde suplementar no Brasil**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2003, 398 p.

DAIN, S.; QUADROS, W. L.; CAVALCANTI, C. E. G. Renúncia fiscal e assistência médica suplementar. *In*: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Regulação & Saúde:** estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: Editora MS, 2003, p. 223-244.

DIAS, R. M. L.; PASTRANA, R. M . S. O Sistema Único de Saúde e o mercado suplementar de assistência à saúde no Brasil. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 37, p. 61-68, jan. 2007. Disponível em: <https://silo.tips/download/o-sistema-unico-de-saude-e-o-mercado-suplementar-de-assistencia-a-saude-no-brasi>. Acesso em: 28 fev. 2020.

DIMOULIS, D.; LUNARDI, S. G. Dimensões da constitucionalização das políticas públicas. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, v. 273, p. 237-267, set.-dez. 2016. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/66662/64686>. Acesso em: 27 dez. 2020.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina & Sociedade**. São Paulo: Hucitec, 2011, 217 p.

DYE, T. R. **Understanding Public Policy**. 15. ed. Boston: Pearson, 2017, 368 p.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. *In*: GIOVANELLA, L. *et al*. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 385-434. Disponível em: <https://residenciasrecife.files.wordpress.com/2017/04/escorel_2008_ii.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2020.

FERNANDES, R. B. T. **O sistema de gestão do ressarcimento ao SUS:** análise de seu desempenho no período 2011-2014. 2015. 78 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração Pública) – Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/16502/EBAPE%20Disserta%c

3%a7%c3%a3o%20MAP%20Turma%20Intensiva%20Rogerio%20Fernandes%20PDF.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 28 fev. 2020.

FERRAZ JÚNIOR, T. S. Agências reguladoras: legalidade e constitucionalidade. **Revista Tributária e de Finanças Públicas**, São Paulo, v. 8, n. 35, p. 143-158, nov.- dez. 2000. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/agencias/agenciasreguladoras.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2020.

FERREIRA, D. Q. G. **Os determinantes da integração vertical na saúde suplementar segundo a Teoria dos Custos de Transação.** 2013. 252 f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento) – Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/bitstream/1408/13814/1/Doutorado_Denilson%20Queiroz_Os%20determinantes%20da%20integra%c3%a7%c3%a3o%20vertical%20na%20sa%c3%bade%20suplementar_P_BD.pdf >. Acesso em: 9 maio 2020.

FIGUEIREDO, B. G. Barbeiros e cirurgiões: atuação dos práticos ao longo do século XIX. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 277-291, jul.-out. 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701999000300003>. Acesso em: 7 jun. 2020.

FIGUEIREDO, Lúcia Valle. **Parecer apresentado à Agência Nacional de Saúde Suplementar sobre a natureza do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS.** 2003. Disponível em: <http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/667607/RESPOSTA_PEDIDO_Lucia%20Valle%20Figueiredo.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2020.

FIGUEIREDO, Leonardo Vizeu. **Lições de Direito Econômico**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2009, 484 p.

FRANCO, R. **Pobreza e caridade leiga:** as Santas Casas de Misericórdia na América portuguesa. 2011. 376 f. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8138/tde-25052012-133000/publico/2011_RenatoFranco_VOrig.pdf>. Acesso em: 9 maio 2020.

FREITAS, M. A. **A avaliação da efetividade da política de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde.** 2011. 96 f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2011. Disponível em: <https://gvpesquisa.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/marcella_abunahman_freitas.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2020.

GADELHA, P. Conferência Nacional de Saúde: desafios para o país. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 10, p. 2047-2072, out. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n10/0102-311X-csp-31-10-2047.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2020.

GAGLIARDO, V. C. Condições de saúde no Brasil colônia: primórdios da higiene pública como política governamental no Rio de Janeiro dos Vice-reis. **Brasiliana – Journal for Brazilian Studies**, Londres, v. 2, n. 2, p. 450-476, nov. 2013. Disponível em: <https://tidsskrift.dk/bras/article/view/8044/13322>. Acesso em: 24 maio 2020.

GALVÃO, M. A. M. **Origem das políticas de saúde pública no Brasil:** do Brasil-Colônia a 1930. Ouro Preto: UFOP, 2007, 33 p. Disponível em: <https://docplayer.com.br/8959434-Origem-das-politicas-de-saude-publica-no-brasil-do-brasil-colonia-a-1930.html>. Acesso em: 10 maio 2020.

GOMES, A. P. A.; MACIEL, E. M. G. O eclipse da interseção entre público e privado: o financiamento público do subsetor privado de saúde à luz da Constituição Federal. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 4, p. 256-262, dez. 2019. Disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/sed/issue/view/29/v.%2043%2C%20n.%20ESPECIAL%204>. Acesso em: 25 fev. 2020.

GOULART, R. **Judicialização da saúde suplementar e ressarcimento ao SUS**. 2011. Disponível em: <https://administradores.com.br/artigos/judicializacao-da-saude-suplementar-e-o-ressarcimento-ao-sus>. Acesso em: 24 fev. 2020.

GOUVEIA, M. T. C. S. **A teia do direito à saúde:** entre o posto e o disposto. 2016. 194 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=10034&PHPSESSID=i6ukikjj1inneh4o6p5pi7qug4>. Acesso em: 29 dez. 2020.

GREGORI, M. S. **Planos de saúde:** a ótica da proteção do consumidor. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007, 208 p.

GUERRA, S. Separação de poderes, executivo unitário e Estado administrativo no Brasil. **Revista Estudos Institucionais,** Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 123-152, 2017.

HOCHMAN, G. **A era do saneamento:** as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec/Anpocs, 1998, 261 p.

HOCHMAN, G. & FONSECA, C. M. O. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. *In*: PANDOLFI, D. (Org.) **Repensando o Estado Novo.** Rio de Janeiro: FGV, 1999. p. 73-93. Disponível em: <https://www.academia.edu/1045511/O_que_h%C3%A1_de_novo_Pol%C3%ADticas_de_sa%C3%BAde_p%C3%BAblica_e_previd%C3%AAncia_1937-45_1999_>. Acesso em: 11 jun. 2020.

HOWLETT, M., RAMESH, M.; PERL. A. **Política pública, seus ciclos e subsistemas:** uma abordagem integral. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013, 305 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE CONTROLE DO CÂNCER – IBCC. **Sobre o IBCC.** São Paulo: 2021c. Disponível em: <https://ibcc.org.br/institucional/sobre-o-ibcc/>. Acesso em: 19 jan. 2021.

JUSTEN FILHO, M. **O direito das agências reguladoras independentes**. São Paulo: Dialética, 2002, 639 p.

KRAFT, M. E.; FURLONG, S. R. **Public policy:** politics, analysis, and alternatives. Londres: Sage, 2018, 608 p.

LUDWIG, R.; CASAGRANDE, L. **The SUS its relationship with private health care system in Brazil.** 2013. Disponível em: <https://www.escholar.manchester.ac.uk/api/datastream?publicationPid=uk-ac-man-scw:199547&datastreamId=FULL-TEXT.PDF>. Acesso em: 28 fev. 2020.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática": anos 80. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v1n1/04.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2020.

_____. **As instituições médicas no Brasil**. 2. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2014, 363 p.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; SANTOS, F. P. Aproximações conceituais da regulação da atenção à saúde. *In*: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **A regulação da atenção à saúde no setor suplementar:** histórias e práticas. Rio de Janeiro: ANS, 2008, p. 51-66.

MASCARENHAS, R. S. História da saúde pública no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 433-46, 1973. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n1/27108.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2020.

MATTOS, P. T. L. Por que regular os mercados? Perspectivas jurídica, econômica e política. *In*: MATTOS, P. T. L. **Direito, regulação e economia:** estudos para o debate brasileiro. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2017a, p. 47-79.

_____. Interpretações do Brasil na formação do Estado regulador. *In:* MATTOS, P. T. L. **Direito, regulação e economia:** estudos para o debate brasileiro. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2017b, p. 23-45.

MELLO, C. G. **Saúde e assistência médica no Brasil.** São Paulo: Cebes-Hucitec, 1977, 273 p.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil:** atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007, 319 p.

_____. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 77-92, jan.-mar. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00077.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2020.

MERCADANTE, O. A (Coord.) *et. al*. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. *In*: FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 236-313. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/7514/1/Cap3_Evolucao_Politicas_Sistema_Saude_Brasil.pdf>. Acesso em: 9 maio 2020.

MESQUITA, M. A. F. A regulação da assistência suplementar à saúde: legislação e contexto institucional. *In:* AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Regulação & Saúde:** estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: Editora MS, 2003, p. 69-135.

MIRANDA, C. A. C. **A arte de curar nos tempos da colônia:** limites e espaços da cura. 3. ed. Recife: Editora UFPE, 2017, 526 p. Disponível em: <https://www.ufpe.br/documents/39938/950195/E-book+A+ARTE+DE+CURAR.pdf/79de256e-161d-4fb1-bf4e-e802193f223a>. Acesso em: 9 maio 2020.

MONTAÑO, E. L. Q.; TROCCOLI, F. T.; FREITAS, C. R. T. Aproximação do setor público do setor privado visando o fortalecimento do SUS. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 617-624, jul.-dez. 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/309272066_Aproximacao_do_setor_publico_do_setor_privado_visando_o_fortalecimento_do_SUS >. Acesso em: 8 fev. 2021.

MONTONE, J. Evolução e desafios da regulação do setor de saúde suplementar. *In*: CASTRO, A. J. W; MONTONE, J. (Orgs.). **Regulação & Saúde**: documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, v.3, tomo 1, 2004, p. 9-47.

MORAES, M. F. **Algumas considerações sobre a história dos hospitais privados no Rio de Janeiro:** o caso Clínica São Vicente. 2005. 119 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências) – Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/6123>. Acesso em: 9 maio 2020.

MOREIRA NETO, D. F. A independência das agências reguladoras. **Boletim de Direito Administrativo**, São Paulo, v. 16, n. 6, p. 416-418, jun. 2000.

_____. Mutações nos serviços públicos. **Revista Eletrônica de Direito Administrativo Econômico**, Salvador, n. 1, p. 1-26, fev.-abr. 2005. Disponível em: <http://www.direitodoestado.com.br/codrevista.asp?cod=8>. Acesso em: 14 dez. 2020.

MOURA, E. C.; GARCIA, M. A. A. Organização dos serviços de saúde no Brasil: seu desenvolvimento sob o ângulo das políticas públicas setoriais. **Revista de Ciências Médicas-PUCCAMP**, Campinas, v. 3, n. 2, p. 37-42, mai.-ago. 1994. Disponível em: <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/1421/1395>. Acesso em: 9 maio 2020.

NAVA, P. **Capítulos da História da Medicina no Brasil**. Cotia: Ateliê Editorial, 2004, 245 p.

NISHIJIMA, M.; CYRILLO, D. C.; BIASOTO JUNIOR, G. Análise econômica da interação entre a infraestrutura da saúde pública e privada no Brasil. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 19, n. 3, p. 589-611, dez. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ecos/v19n3/07.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2020.

NUNES, E. D. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 251-264, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7095.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2020.

OCKÉ-REIS, C. O. **Mensuração dos gastos tributários:** o caso dos planos de saúde – 2003-2011: nota técnica. IPEA, Brasília, 2013. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5798/1/NT_N05_Mensuracao-gastos-tributarios_Diest_2013-maio.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2020.

_____. **SUS:** o desafio de ser único. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, 176 p.

OLIVEIRA, A. L. História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS. **Encontros Teológicos**, Florianópolis, v. 27, n. 1, p. 31-42, 2012. Disponível em: <https://facasc.emnuvens.com.br/ret/article/view/198/189>. Acesso em: 10 maio 2020.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **(Im)previdência social:** 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989, 359 p.

PAIM, J. S. Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 167-183, abr.-jun. 1986. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1986000200005>. Acesso em: 5 jul. 2020.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, Londres, 2011, p. 11-31. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/the_lancet_05_2011.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2020.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, jan.-mar. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2020.

PEÇANHA, A. M. M. **Fundação de Serviços de Saúde Pública – FSESP:** um estudo de desenvolvimento institucional. 1976. 62 f. Monografia (Mestrado em Administração Pública) – Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1976. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/8662>. Acesso em: 30 jun. 2020.

PEREIRA, L. C. B. Da administração pública burocrática à gerencial. *In*: PEREIRA, L. C. B.; SPLINK, P. **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. 7. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2007, p. 237-270.

PEREIRA FILHO, C. E. F. O marco regulatório no setor de saúde suplementar: contextualização e perspectivas. *In*: CASTRO, A. J. W; MONTONE, J. (Orgs.). **Regulação & Saúde:** documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, v. 3, tomo 1, 2004, p. 93-119.

PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M.; MARINHO, A.; CARVALHO, D.; RIBEIRO, J. A.; SILVA, J. R.; *et al*. **Saúde no Brasil:** algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS): Texto para Discussão nº 1391. Brasília: Ipea, 2009, 87 p. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1391.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2020.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural**, Belo Horizonte, v. 35, 2001. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-%5B16-030112-SES-MT%5D.pdf>. Acesso em: 9 maio 2020.

PORTO, M. A. T.; TEIXEIRA, L. A.; SILVA, R. C. F. Aspectos históricos do controle do câncer de mama no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 331-339, 2013. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_59/v03/pdf/03-artigo-aspectos-historicos-controle-cancer-mama-brasil.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2021.

REIS, J. R. F. "Viver é influenciar": Mário Magalhães, sanitarismo desenvolvimentista e o campo intelectual da saúde pública (1940-1960). **Tempo Social**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 257-282, jul.-dez. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ts/v27n2/1809-4554-ts-27-02-00279.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2020.

REIS, O. M. L. S. **O ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos de saúde:** uma abordagem acerca do fundamento jurídico da cobrança. 2003. Monografia (Graduação em Direito) – Departamento de Direito, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2003. Disponível em: <https://docplayer.com.br/52402-O-ressarcimento-ao-sus-pelas-operadoras-de-planos-de-saude-uma-abordagem-acerca-do-fundamento-juridico-da-cobranca.html>. Acesso em: 26 fev. 2020.

RENAULT, F. K.; OLIVEIRA, G. G. V. **Ressarcimento ao SUS e saúde suplementar**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018, 140 p.

RENOVATO, R. D.; BAGNATO, M. H. S. O serviço especial de saúde pública e suas ações de educação sanitária nas escolas primárias (1942-1960). **Educar em Revista**, Curitiba, v. 26, n. esp. 2, p. 277-290, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/er/nspe2/17.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2020.

RIBAS, B. K. C. **Processo regulatório em saúde suplementar:** dinâmica e aperfeiçoamento da regulação para a produção da saúde. 2009. 214 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade Federal do Estado do Paraná, Curitiba, 2009. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/19112/BarbaraKirchner_MestradoUFPR_Dissertacao%20vf.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 15 dez. 2020.

RIO DE JANEIRO (Estado). Constituição (1989). **Constituição do Estado do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, RJ: Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, 1989. Disponível em: <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/constest.nsf/PageConsEst?OpenPage>. Acesso em: 22 dez. 2020.

_____. **Lei nº 2.096**, de 19 de março de 1993. Regulamenta o artigo 304 da Constituição do Estado do Rio de Janeiro. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 6 abr. 1994. Disponível em: <https://gov-rj.jusbrasil.com.br/legislacao/91333/lei-2096-9>. Acesso em: 22 dez. 2020.

ROCHA, S. L. R. **Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde:** entre princípios, propósitos e procedimentos. 2018. 67 f. Monografia (Graduação em Gestão de Políticas Públicas) – Departamento de Gestão de Políticas Públicas, Universidade de Brasília, Brasília, 2018. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/20948/1/2018_SthefaniLaraDosReisRocha_tcc.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2020.

RODRIGUES, B. A.; ALVES, A. L. **Evolução Institucional da Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 1979, 64 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_06.pdf>. Acesso em: 9 maio 2020.

RODRIGUES, E.C. **Regulação *versus* judicialização:** o duplo sistema regulatório da saúde suplementar. 2019. 152 f. Dissertação (Mestrado em Direito da Regulação) – Escola de Direito do Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/28743/disserta%c3%a7%c3%a3o%20Eduardo%20Calasans%20Rodrigues.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 31 jul. 2020.

ROMERO, L. C. P. A atuação do Congresso Nacional na regulamentação da saúde suplementar. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 47, n. 186, p. 195-203, 2010. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/47/186/ril_v47_n186_p195.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2020.

SALLES, P. **História da Medicina no Brasil**. Belo Horizonte: Editora G. Holman, 1971, 276 p.

SALOMÃO FILHO, C. **Regulação da atividade econômica:** princípios e fundamentos jurídicos. São Paulo: Malheiros, 2001, 159 p.

SANGLARD, G. A construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização. **Revista Esboços**, Florianópolis, v. 13, n.16, p. 11-33, 2006. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/esbocos/article/view/119/166>. Acesso em: 9 maio 2020.

_____. Hospitais: espaços de cura e lugares de memória da saúde. **Anais do Museu Paulista**, São Paulo, v. 15, n. 2, jul.-dez. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/anaismp/v15n2/a20v15n2.pdf>. Acesso em: 9 maio 2020.

SANTOS, I. S. A solução para o SUS não é um *Brazilcare*. **Revista Eletrônica de Comunicação Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, jul.-set. 2016. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1191/pdf1191>. Acesso em: 18 jul. 2020.

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**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/09.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2019.

SANTOS, I. S.; SANTOS, M. A. B.; BORGES, D. C. L. *Mix* público-privado no sistema de saúde brasileiro: realidade e futuro do SUS. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030:** prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial. Rio de Janeiro: Fiocruz, Ipea, Ministério da Saúde, Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v. 4, p.73-131, 2013. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/z9374/pdf/noronha-9788581100180-04.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2019.

SÃO PAULO (Estado). **Lei nº 9.058**, de 29 de dezembro de 1994. Dispõe sobre a obrigatoriedade do recebimento pelos órgãos e instituições do Sistema Único de Saúde do Estado e dos Municípios, a título de reembolso, de valores correspondentes a seguro-saúde e outras modalidades de medicina de grupo. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, SP, 30 dez. 1994. Seção 1, p. 2. Disponível em: <https://governo-sp.jusbrasil.com.br/legislacao/174279/lei-9058-94>. Acesso em: 22 dez. 2020.

SCATENA, M. A. N. **O ressarcimento ao SUS:** análise do perfil de utilização do Sistema Único de Saúde segundo período da contratação dos planos. 2004. 116 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4745>. Acesso em: 26 fev. 2020.

SCHEFFER, M. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 663-666, abr. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v31n4/0102-311X-csp-31-04-00663.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2020.

SILVA, C. M. **Políticas públicas regulatórias setoriais:** sistema de saúde privado. 2016.109 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Franca, 2016. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/150858/silva_cm_me_fran.pdf;jsessionid=D37CEB2E9E9316F3CDDE9983E456A049?sequence=7>. Acesso em: 27 dez. 2020.

SILVA, J. S. L. **Planos de saúde e boa fé objetiva:** uma abordagem crítica sobre os reajustes abusivos. Salvador: Juspodivm, 2008, 587 p.

SILVEIRA, A. C.; PIMENTA JUNIOR, F. A inserção institucional do controle da doença de Chagas. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 44, supl. II, p. 19-24, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v44s2/a04v44s2.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2020.

SILVEIRA, M. M. Política de Saúde Pública no Brasil nos últimos 50 anos. Conferência pronunciada no Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara Federal, Brasília. 1979. *In*: SILVA, R. S.; MORELL, M. G. G (Org.). **Política Nacional de Saúde Pública:** a trindade economia-saúde-população. Rio de Janeiro: Revan, 2005, p. 77-98.

SIXTO, L. W. T. Ressarcimento ao SUS: constitucionalidade do art. 32 da Lei nº 9.656/98. **Conteúdo Jurídico**. 2014. Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/41599/ressarcimento-ao-sus-constitucionalidade-do-art-32-da-lei-no-9-656-98>. Acesso em: 24 fev. 2020.

SOUTO, M. J. V. **Direito Administrativo em debate.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004, 589 p.

_____. **Direito Administrativo em debate:** 2ª série. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007, 414 p.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, jul.-dez. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2020.

STABELINI, T. L. L; BOVCALOVSKI, E. C. Políticas públicas, medicina e lepra na primeira República brasileira (1889 1930). **Temporalidades**, Belo Horizonte, v. 8, n. 3, p. 436-451, set.-dez. 2016. Disponível em: < https://docplayer.com.br/55808027-Politicas-publicas-medicina-e-lepra-na-primeira-republica-brasileira.html>. Acesso em: 11 jun. 2020.

TEIXEIRA, L. A.; FONSECA. C. O. **De doença desconhecida a problema de saúde pública:** o INCA e o controle do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007, 172 p.

TIBÚRCIO, D. R. Ressarcimento ao SUS: uma proposta de delimitação da fonte e do fundamento da obrigação constante do art. 32 da Lei nº 9.656/98. **Boletim Governet de Orçamento e Finanças**, v. 78, p. 920-933, 2011. Disponível em: <https://egov.ufsc.br/portal/conteudo/ressarcimento-ao-sus-uma-proposta-de-delimita%C3%A7%C3%A3o-da-fonte-e-do-fundamento-da-obriga%C3%A7%C3%A3o-cons>. Acesso em: 26 fev. 2020.

VASCONCELOS, L. L. C. Atores sociais e a regulação da atenção à saúde no setor suplementar. *In*: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **A regulação da atenção à saúde no setor suplementar:** histórias e práticas. Rio de Janeiro: ANS, 2008, p. 29-50.

VIACAVA, F.; OLIVEIRA, R. A. D.; CARVALHO, C. C.; LAGUARDIA, J.; BELLIDO, J. G. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1751.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2020.

VIANA, A. L. D.; MACHADO, C. V. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 645-684, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400004>. Acesso em: 28 fev. 2020.

VIOTTI, A. C. C. **As práticas e os saberes médicos no Brasil colonial (1677-1808)**. 2012. 179 f. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Franca, 2012. Disponível em: <https://www.franca.unesp.br/Home/Pos-graduacao/dissertacao-final_ana-carolina-viotti.pdf> . Acesso em: 9 maio 2020.