



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E POLÍTICAS

VICTOR BRUNO PEREIRA MARTINS

**O RESSARCIMENTO AO SUS E A REGULAÇÃO OPERATIVA, COMO
A PRÁTICA DA MICRORREGULAÇÃO TEM SE TORNADO UMA
AFRONTA À LEI 9.656/98**

RIO DE JANEIRO
2024

VICTOR BRUNO PEREIRA MARTINS

O RESSARCIMENTO AO SUS E A REGULAÇÃO OPERATIVA, COMO A
PRÁTICA DA MICRORREGULAÇÃO TEM SE TORNADO UMA AFRONTA À LEI
9.656/98

Monografia apresentada à Escola de Ciências Jurídicas
da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
(UNIRIO) para obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientador
JOSÉ BUZANELLO

Rio de Janeiro, RJ – BRASIL
AGOSTO/2024

RESUMO

A presente monografia examina o mecanismo de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) pelas operadoras de planos de saúde, conforme estipulado pela Lei nº 9.656/98. O foco principal é a microrregulação e suas implicações sobre a equidade no acesso aos serviços de saúde, analisando como essa prática tem se desviado de seu propósito original ao impor barreiras burocráticas que limitam o direito à saúde dos beneficiários. O trabalho destaca o impacto negativo dessas práticas, como autorizações prévias e reajustes, na efetividade do sistema e na garantia do direito à saúde. Ademais, discute-se a necessidade de maior fiscalização por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para garantir que a microrregulação seja usada de forma ética, com o intuito de proteger os direitos dos consumidores e assegurar a sustentabilidade do SUS.

Palavras-chave: Microrregulação; Ressarcimento ao SUS; Planos de Saúde;

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. A SAÚDE COMO DIREITO UNIVERSAL.....	4
3. A INSTITUIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	7
4. A LEI 9.656/1998 – LEI DOS PLANOS DE SAÚDE.....	9
5. O RESSARCIMENTO AO SUS – COMO FUNCIONA NA PRÁTICA?	12
6. FUNDO NACIONAL DE SAÚDE	15
7. DADOS DO PROGRAMA DE RESSARCIMENTO AO SUS.....	16
8. A MICRORREGULAÇÃO	19
8.1. A regulação operativa nos planos de saúde.....	20
8.2. A problemática na prática da microrregulação.....	23
8.3 O impacto da regulação operativa nos cuidados	25
8.3.1 – A Meta Referencial.....	27
8.3.2 – “Doenças pré-existentes”	27
9. IMPACTO NA PRÁTICA NO DIA-A-DIA DOS BENEFICIÁRIOS	28
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32

1. INTRODUÇÃO

Os planos de saúde no Brasil surgiram como uma resposta à crescente demanda por serviços de saúde de qualidade e à insuficiência dos serviços públicos para atender à população de forma adequada. A origem desses planos remonta às primeiras décadas do século XX, quando empresas começaram a oferecer assistência médica aos seus empregados como um benefício adicional. Essas iniciativas, inicialmente limitadas a alguns setores, como o ferroviário e o bancário, evoluíram gradualmente para a criação de um mercado mais estruturado e diversificado.

Com o tempo, a saúde suplementar no Brasil passou a ser vista como uma alternativa importante ao Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente após a Constituição de 1988, que, ao mesmo tempo em que universalizou o acesso à saúde pública, não conseguiu resolver os problemas de financiamento e gestão do setor. A partir dos anos 1990, houve um aumento significativo na procura por planos de saúde privados, impulsionado pela percepção de que eles ofereciam um atendimento mais rápido e de melhor qualidade.

A regulamentação do setor de saúde suplementar se tornou necessária devido ao crescimento desordenado dos planos de saúde e às frequentes reclamações dos consumidores sobre a qualidade dos serviços prestados. Em resposta a essa demanda, foi criada em 2000 a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, com o objetivo de regular, normatizar, controlar e fiscalizar as atividades das operadoras de planos de saúde no Brasil.

A criação da ANS representou um marco importante na estruturação do setor de saúde suplementar. A agência foi incumbida de garantir a proteção dos consumidores, promover a concorrência justa entre as operadoras e assegurar a sustentabilidade do mercado. Para isso, a ANS desenvolveu um conjunto de normas e regulamentos que visam disciplinar a relação entre operadoras e beneficiários, definir padrões mínimos de cobertura e garantir a transparência nas operações do setor.

A ANS desempenha um papel crucial na mediação entre os interesses dos consumidores, das operadoras de planos de saúde e do governo. Entre as principais atribuições da ANS, destacam-se a regulamentação, fiscalização, mediação de conflitos e educação e informação. A

ANS estabelece regras para a atuação das operadoras, incluindo requisitos mínimos para a prestação de serviços, padrões de qualidade e segurança, e normas de conduta. Essas regulamentações são essenciais para garantir que os beneficiários tenham acesso a serviços de saúde adequados e de qualidade. A agência monitora continuamente o cumprimento das normas estabelecidas, realizando auditorias e inspeções nas operadoras de planos de saúde. A fiscalização rigorosa é fundamental para assegurar que as empresas estejam operando dentro dos parâmetros legais e oferecendo o atendimento prometido aos seus clientes. A ANS atua como mediadora em conflitos entre consumidores e operadoras, buscando soluções que atendam aos interesses de ambas as partes. A agência oferece canais de comunicação para que os beneficiários possam registrar suas reclamações e denúncias, e trabalha para resolver essas questões de forma justa e eficiente. A ANS desenvolve campanhas de educação e informação para orientar os consumidores sobre seus direitos e deveres, além de disponibilizar dados e estatísticas sobre o mercado de saúde suplementar. Esse trabalho é essencial para empoderar os beneficiários e promover a transparência no setor.

Além da atuação da ANS em nível macro, existem práticas de microrregulação que desempenham um papel vital na gestão e melhoria dos serviços de saúde suplementar. A microrregulação envolve a implementação de políticas e estratégias específicas em áreas geográficas ou setores determinados, visando otimizar a utilização dos recursos disponíveis e melhorar a qualidade do atendimento. Uma das principais práticas de microrregulação é a implementação de programas de qualidade assistencial, que têm como objetivo avaliar e melhorar continuamente os serviços prestados pelas operadoras de planos de saúde. Esses programas incluem a definição de indicadores de desempenho, a realização de auditorias clínicas e a promoção de ações educativas voltadas para os profissionais de saúde e os beneficiários. A gestão de doenças crônicas é outra área importante da microrregulação na saúde. Programas específicos são desenvolvidos para monitorar e tratar condições crônicas, como diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares, com o objetivo de prevenir complicações e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Esses programas envolvem a coordenação de cuidados, a promoção de estilos de vida saudáveis e o uso de tecnologias de monitoramento remoto. Operadoras de planos de saúde também adotam práticas de microrregulação através da criação de incentivos para a melhoria do desempenho. Esses incentivos podem incluir bonificações financeiras para profissionais de saúde que atingem metas de qualidade e eficiência, além de programas de reconhecimento para operadoras que se destacam na prestação de serviços.

Porém o cenário desta prática é bem diferente, embora concebida para otimizar recursos e melhorar a qualidade dos serviços, pode, em alguns casos, ser utilizada de maneira que dificulte o acesso dos beneficiários aos serviços de saúde. Essa situação ocorre quando operadoras de planos de saúde implementam políticas e procedimentos que, intencionalmente ou não, acabam restringindo o uso de serviços pelos segurados.

Uma das formas mais comuns de restrição é a exigência de autorização prévia para determinados procedimentos, consultas com especialistas ou exames diagnósticos. Esse processo pode ser demorado e burocrático, resultando em atrasos significativos no acesso aos cuidados necessários. Em alguns casos, a autorização pode ser negada sob a justificativa de que o procedimento não é necessário ou não está coberto pelo plano, obrigando o beneficiário a buscar alternativas ou pagar do próprio bolso.

Outra estratégia adotada pelas operadoras é a limitação da rede de profissionais e estabelecimentos de saúde credenciados. Ao restringir a quantidade e a qualidade dos prestadores de serviços, as operadoras podem forçar os beneficiários a percorrer longas distâncias ou esperar mais tempo para conseguir atendimento. Além disso, a constante alteração na rede credenciada, com exclusão de prestadores sem aviso prévio, pode deixar os usuários sem opções adequadas de assistência.

A introdução de coparticipações e franquias em alguns planos de saúde também pode servir como um mecanismo de dissuasão ao uso dos serviços. Com essas práticas, os beneficiários são obrigados a arcar com parte dos custos de consultas, exames e procedimentos, o que pode levar a um menor uso dos serviços de saúde devido aos custos adicionais. Em alguns casos, o valor dessas coparticipações pode ser significativo, desestimulando o beneficiário a procurar atendimento médico.

As operadoras podem negar a cobertura de certos tratamentos ou medicamentos sob alegação de que não são procedimentos reconhecidos, não estão incluídos no rol de procedimentos obrigatórios da ANS, ou não têm evidências suficientes de eficácia. Essa prática pode deixar os beneficiários sem acesso a tratamentos modernos ou inovadores, especialmente em casos de doenças graves ou crônicas.

Para os planos que oferecem a opção de reembolso, a burocratização desse processo pode dificultar o acesso. Exigir extensa documentação, laudos médicos detalhados, e

comprovações adicionais pode tornar o processo de reembolso tão complicado que o beneficiário desiste de buscar o ressarcimento, optando por não realizar certos procedimentos ou arcar com os custos de forma privada.

Os reajustes anuais nos valores dos prêmios dos planos de saúde podem tornar os planos inacessíveis para muitos beneficiários. Embora os reajustes sejam regulamentados pela ANS, as operadoras podem aplicar aumentos significativos, especialmente em planos coletivos, justificando-os com base em aumentos de custos operacionais e inflação do setor de saúde. Isso pode levar a uma redução do número de beneficiários ou à migração para planos de cobertura inferior.

Embora programas de gerenciamento de doenças crônicas possam ser benéficos, em alguns casos, eles podem ser utilizados para monitorar de forma excessiva os pacientes e limitar a frequência de consultas e exames. A imposição de restrições e protocolos rigorosos pode levar à subutilização de serviços necessários, afetando negativamente a saúde dos beneficiários.

Apesar de a microrregulação ter o potencial de melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde suplementar, é crucial que seja utilizada de forma ética e transparente. A ANS tem um papel fundamental em garantir que as operadoras de planos de saúde não abusem dessas práticas para restringir o acesso dos beneficiários aos serviços de saúde. A fiscalização rigorosa, a aplicação de sanções em casos de abuso e a promoção de maior transparência e clareza nas políticas de cada operadora são essenciais para proteger os direitos dos consumidores e assegurar que a microrregulação cumpra seu verdadeiro propósito de melhorar a saúde suplementar no Brasil.

2. A SAÚDE COMO DIREITO UNIVERSAL

A Constituição Federal de 1988 é um marco na história do Brasil, consolidando direitos fundamentais e ampliando a cidadania. Um dos aspectos mais revolucionários desta Constituição é o reconhecimento da saúde como um direito universal. A saúde é tratada como um direito de todos e um dever do Estado (BRASIL, 1988), fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Este direito é explicitamente consagrado no artigo 196 da Constituição ao afirmar: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

A Constituição de 1988 estabelece um novo paradigma para a saúde pública no Brasil. Antes dessa constituição, o sistema de saúde brasileiro era caracterizado pela segmentação e desigualdade, onde o acesso aos serviços de saúde dependia da condição socioeconômica do indivíduo. A partir de 1988, passou a vigorar um sistema que busca garantir a todos os cidadãos o acesso integral, universal e gratuito aos serviços de saúde, com os objetivos determinados através do Art. 194, § único da Carta Magna:

- I** - universalidade da cobertura e do atendimento;
- II** - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III** - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV** - irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V** - equidade na forma de participação no custeio;
- VI** - diversidade da base de financiamento, identificando-se, em rubricas contábeis específicas para cada área, as receitas e as despesas vinculadas a ações de saúde, previdência e assistência social, preservado o caráter contributivo da previdência social; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)
- VII** - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998) (BRASIL, 1988)

O princípio da universalidade implica que todos os cidadãos, sem qualquer discriminação, têm direito aos serviços de saúde oferecidos pelo SUS (BRASIL, 1988). Este princípio visa a inclusão social, garantindo que todos os indivíduos, independentemente de sua classe social, raça, gênero ou qualquer outra condição, possam ter acesso aos cuidados de saúde necessários. A integralidade, por sua vez, significa que o sistema de saúde deve fornecer um atendimento completo, abrangendo desde a promoção da saúde e a prevenção de doenças até o tratamento e a reabilitação. (BRASIL, 1988). Este princípio reforça a necessidade de um cuidado contínuo e coordenado, visando não apenas o tratamento de doenças, mas a manutenção e melhoria das condições de vida da população.

A equidade é outro princípio fundamental do SUS, buscando corrigir as desigualdades sociais e garantir que os recursos sejam distribuídos de forma justa, priorizando aqueles que mais necessitam. A Constituição estabelece que o Estado deve direcionar maior atenção e recursos para as áreas e populações mais carentes, visando reduzir as disparidades no acesso e na qualidade dos serviços de saúde. (BRASIL, 1988)

Para assegurar esses princípios, a Constituição de 1988 prevê um financiamento tripartite do SUS, envolvendo a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios. (BRASIL, 1988). Este financiamento é essencial para a manutenção e funcionamento do

sistema, garantindo que os serviços de saúde estejam disponíveis em todo o território nacional. Além disso, a Constituição estabelece mecanismos de controle social, permitindo a participação da comunidade na formulação e fiscalização das políticas de saúde, por meio dos conselhos e conferências de saúde. (BRASIL, 1988)

A saúde como direito universal na Constituição de 1988 também se reflete em diversas políticas e programas específicos voltados para a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Exemplos notáveis incluem os programas de imunização, controle de doenças endêmicas, saúde da família, saúde mental, e saúde do trabalhador, entre outros. Essas iniciativas são desenvolvidas em consonância com os princípios constitucionais e visam garantir um atendimento integral e de qualidade para toda a população.

No entanto, a efetivação do direito à saúde enfrenta inúmeros desafios. A desigualdade regional, a insuficiência de recursos financeiros, a ineficiência na gestão dos serviços de saúde, e a fragmentação das políticas públicas são alguns dos obstáculos que comprometem a plena realização desse direito. A Constituição de 1988, ao estabelecer a saúde como um direito universal, impõe ao Estado o dever de superar essas dificuldades e garantir que todos os cidadãos tenham acesso aos serviços de saúde de forma justa e igualitária.

Além disso, o direito à saúde na Constituição de 1988 é complementado por outros direitos fundamentais que contribuem para a promoção da saúde, como o direito ao meio ambiente equilibrado, à educação, ao trabalho, e à assistência social. A interdependência desses direitos ressalta a importância de uma abordagem integrada e intersetorial na formulação e implementação das políticas de saúde, reconhecendo que a saúde é influenciada por determinantes sociais, econômicos e ambientais.

A Constituição de 1988 também prevê a proteção e defesa dos consumidores dos serviços de saúde, assegurando que os usuários tenham acesso à informação clara e precisa sobre os serviços oferecidos, bem como o direito de buscar reparação em casos de negligência ou má prestação de serviços. Essa proteção é fundamental para garantir a qualidade e a segurança dos serviços de saúde, reforçando o compromisso do Estado com a promoção e defesa da saúde pública.

Em conclusão, a Constituição Federal de 1988 representa um avanço significativo na garantia dos direitos fundamentais no Brasil, especialmente no que se refere ao direito à saúde.

Ao consagrar a saúde como um direito universal e um dever do Estado, a Constituição estabelece um compromisso com a promoção da justiça social e a inclusão, garantindo que todos os cidadãos tenham acesso aos serviços de saúde de forma integral, universal e equitativa. Embora existam desafios na implementação plena desse direito, a Constituição de 1988 fornece um marco jurídico e institucional essencial para a construção de um sistema de saúde mais justo e eficiente, comprometido com a melhoria da qualidade de vida e a promoção da saúde de toda a população brasileira.

3. A INSTITUIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, por meio da Lei nº 8.080/1990, é um marco significativo na história da saúde pública no Brasil. Essa lei regulamenta os artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988, que estabelecem a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. A Lei nº 8.080, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, delinea os princípios, diretrizes e a estrutura organizacional do SUS, formalizando a criação de um sistema de saúde integral, universal e equitativo.

A Lei nº 8.080/1990 foi promulgada em 19 de setembro de 1990, sendo um instrumento jurídico fundamental para a implementação dos princípios constitucionais no âmbito da saúde. Ela estabelece as bases para a organização e funcionamento do SUS, definindo que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. A lei também determina que a saúde é um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A importância da Lei Orgânica da Saúde se consolida nos princípios da universalidade, integralidade e equidade no sistema de saúde brasileiro. A universalidade garante que todos os cidadãos, sem discriminação de qualquer natureza, tenham acesso aos serviços de saúde. A integralidade assegura que as ações e serviços de saúde devem atender a todas as necessidades do indivíduo, desde a promoção e prevenção até o tratamento e a reabilitação. A equidade busca corrigir desigualdades no acesso aos serviços de saúde, priorizando as populações e regiões mais carentes.

A Lei nº 8.080/1990 também define a estrutura organizacional do SUS, estabelecendo a descentralização como um dos seus princípios fundamentais. A descentralização implica a distribuição de responsabilidades entre os três níveis de governo: federal, estadual e municipal. Essa estrutura visa aumentar a eficiência e a eficácia do sistema de saúde, permitindo que as ações e serviços de saúde sejam planejados e executados de acordo com as especificidades e necessidades de cada região. A lei prevê a participação direta da comunidade na gestão do SUS, através dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, garantindo o controle social e a participação popular na formulação e fiscalização das políticas de saúde.

Os princípios da hierarquização e da regionalização dos serviços de saúde também foram advenços da Lei 8.080/90. A hierarquização organiza os serviços de saúde em níveis de complexidade crescente, desde a atenção básica até a alta complexidade, garantindo que cada nível de atenção tenha a capacidade de resolver os problemas de saúde de sua competência. A regionalização visa a organização dos serviços de saúde em regiões de saúde, de forma a assegurar a integralidade da assistência e a otimização dos recursos.

Além disso, o dispositivo regulamenta o financiamento do SUS, estabelecendo que os recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde são provenientes do orçamento da seguridade social, das contribuições sociais, dos impostos gerais e de outras fontes. A lei define que os recursos financeiros devem ser aplicados de forma equitativa e descentralizada, garantindo a alocação adequada de recursos para todas as regiões do país.

A implementação e a criação do SUS representaram um avanço significativo na democratização do acesso aos serviços de saúde no Brasil. Antes do SUS, o sistema de saúde brasileiro era fragmentado e caracterizado por desigualdades, onde o acesso aos serviços de saúde dependia da condição socioeconômica dos indivíduos. Com a criação do SUS, todos os cidadãos passaram a ter direito ao acesso gratuito e integral aos serviços de saúde, independentemente de sua renda ou condição social.

A importância do SUS e da Lei nº 8.080/1990 é amplamente reconhecida, não apenas no Brasil, mas também internacionalmente. O SUS é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, responsável por atender a uma população de mais de 200 milhões de pessoas. O sistema desempenha um papel crucial na promoção da saúde, na prevenção de doenças e na garantia de acesso a tratamentos e medicamentos essenciais.

No entanto, a plena implementação e operação do SUS enfrentam desafios significativos. Problemas como a insuficiência de recursos financeiros, a ineficiência na gestão dos serviços de saúde, a desigualdade regional e a sobrecarga dos serviços de saúde pública são obstáculos que comprometem a eficácia do sistema. A Lei nº 8.080/1990, ao estabelecer as bases para o SUS, impõe ao Estado o dever de superar esses desafios e garantir a todos os cidadãos o direito à saúde.

A criação do SUS também gerou um impacto significativo na formação e capacitação de profissionais de saúde. A necessidade de um sistema de saúde público e universal exigiu a formação de um grande número de profissionais capacitados para atuar nas diversas áreas da saúde, desde a atenção básica até a alta complexidade. Isso resultou em investimentos na formação de profissionais de saúde e na criação de programas de residência e especialização, contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população.

4. A LEI 9.656/1998 – LEI DOS PLANOS DE SAÚDE

A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, conhecida como Lei dos Planos de Saúde, representa um marco regulatório fundamental para o sistema de saúde suplementar no Brasil. Promulgada com o objetivo de disciplinar a operação dos planos e seguros privados de assistência à saúde, essa legislação visa garantir a proteção dos consumidores e promover a qualidade dos serviços prestados pelas operadoras. A importância dessa lei transcende a simples regulação do mercado, atuando como um instrumento essencial para assegurar direitos fundamentais relacionados à saúde, promover a transparência nas relações contratuais e equilibrar os interesses entre operadoras e beneficiários.

Um dos pilares centrais da lei é a determinação das coberturas mínimas obrigatórias para os planos de saúde. Antes de sua promulgação, havia uma grande variação nas coberturas oferecidas pelas operadoras, muitas vezes deixando os consumidores desprotegidos em situações de maior necessidade. A partir da legislação, foram estabelecidos padrões mínimos para os serviços de saúde que devem ser oferecidos, abrangendo consultas médicas, exames laboratoriais, internações hospitalares, procedimentos cirúrgicos e terapias. Essa padronização é crucial para a proteção dos direitos dos beneficiários, garantindo que todos os planos ofereçam um nível básico de cobertura que atenda às necessidades essenciais de saúde.

A garantia de atendimento integral aos portadores de doenças e lesões preexistentes constitui outro avanço significativo proporcionado pela lei. Antes de sua implementação, era comum que as operadoras excluíssem ou impusessem carências extensivas para essas condições, resultando na negação de assistência em momentos críticos. Com a nova regulamentação, foi estabelecida uma carência máxima de 24 meses para procedimentos de alta complexidade e internações relacionadas a doenças preexistentes, assegurando a cobertura plena após esse período. Essa medida evita discriminações e garante que todos os beneficiários tenham acesso ao cuidado necessário, independentemente de sua condição de saúde anterior à contratação do plano.

Além disso, a lei trouxe avanços importantes no que diz respeito à portabilidade dos planos de saúde. Os beneficiários passaram a ter o direito de migrar de um plano para outro sem a necessidade de cumprir novos períodos de carência, desde que respeitados os critérios estabelecidos pela legislação. Essa medida fomenta a concorrência entre as operadoras, incentivando a melhoria dos serviços prestados e oferecendo maior liberdade de escolha aos consumidores. A portabilidade é um mecanismo crucial para promover a competitividade no mercado de saúde suplementar, beneficiando diretamente os usuários ao proporcionar maior flexibilidade e segurança na contratação dos planos.

A criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é um dos marcos mais relevantes decorrentes da lei. A ANS foi instituída com o objetivo de regulamentar, normatizar, controlar e fiscalizar as atividades das operadoras de planos de saúde. Essa autarquia, vinculada ao Ministério da Saúde, desempenha um papel vital na defesa dos interesses dos consumidores, estabelecendo normas técnicas e diretrizes operacionais, além de aplicar sanções às empresas que descumprirem a legislação. A atuação da ANS é fundamental para garantir a observância das normas e a qualidade dos serviços prestados pelas operadoras, assegurando que os beneficiários tenham seus direitos protegidos e que os serviços ofertados sejam de qualidade.

A obrigatoriedade de as operadoras manterem um atendimento de urgência e emergência é outro aspecto relevante da legislação. Antes da lei, muitos planos de saúde não ofereciam cobertura adequada para essas situações, gerando grande insegurança para os beneficiários. Com a regulamentação, ficou garantido o atendimento imediato em casos de urgência e emergência, independentemente de carências, representando um avanço significativo na proteção da saúde dos usuários. Essa medida é essencial para assegurar que,

em situações de risco à vida ou à integridade física, os beneficiários recebam o atendimento necessário de forma tempestiva e eficaz.

A transparência na relação entre operadoras e beneficiários foi substancialmente reforçada pela legislação. As operadoras são obrigadas a fornecer informações claras e detalhadas sobre os planos de saúde, incluindo coberturas, exclusões, carências e reajustes. Além disso, os contratos devem ser redigidos de forma clara e objetiva, facilitando a compreensão pelos consumidores. Essa medida é fundamental para evitar abusos e garantir que os beneficiários estejam plenamente informados sobre seus direitos e deveres. A clareza nas informações contratuais é um elemento crucial para a proteção dos consumidores, permitindo que façam escolhas informadas e conscientes ao contratar um plano de saúde.

A lei também estabeleceu normas específicas para o reajuste das mensalidades dos planos de saúde, que devem ser autorizados pela ANS. Essa regulação é essencial para evitar aumentos abusivos e garantir que os reajustes sejam compatíveis com a variação dos custos dos serviços de saúde. Além disso, a ANS estabelece limites máximos para os reajustes, protegendo os consumidores de aumentos desproporcionais. A regulação dos reajustes é um mecanismo importante para assegurar a acessibilidade financeira dos planos de saúde, evitando que os beneficiários sejam onerados de forma excessiva e desproporcional.

Os mecanismos de fiscalização e sanção previstos na legislação são essenciais para garantir o cumprimento das obrigações pelas operadoras. A ANS possui o poder de aplicar multas, suspender a comercialização de planos e, em casos mais graves, determinar a intervenção ou até mesmo a liquidação extrajudicial da operadora. Essas medidas são fundamentais para garantir a observância da lei e a proteção dos direitos dos beneficiários. A efetividade da fiscalização e a aplicação de sanções proporcionam um ambiente de maior segurança e confiança para os consumidores, assegurando que as operadoras cumpram suas obrigações e prestem serviços de qualidade.

Adicionalmente, a legislação estabelece diretrizes específicas para a oferta de planos individuais e coletivos, diferenciando as regras aplicáveis a cada modalidade. Os planos individuais, contratados diretamente pelo beneficiário, estão sujeitos a uma regulação mais rigorosa, com limites para reajustes e garantias de manutenção. Já os planos coletivos, contratados por intermédio de empresas ou associações, possuem maior flexibilidade, mas também são acompanhados de perto pela ANS para garantir a proteção dos beneficiários. Essa

diferenciação é importante para atender às diversas necessidades dos consumidores, oferecendo opções variadas e adaptadas a diferentes perfis de contratantes.

A promoção da saúde e a prevenção de doenças são outros aspectos contemplados pela legislação. A lei incentiva as operadoras a desenvolverem programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos beneficiários e reduzir a necessidade de intervenções médicas mais complexas e onerosas. Esses programas podem incluir ações de educação em saúde, campanhas de vacinação, programas de controle de doenças crônicas e incentivos à adoção de hábitos de vida saudáveis. A promoção da saúde é uma estratégia essencial para a sustentabilidade do sistema de saúde suplementar, contribuindo para a redução de custos e a melhoria dos indicadores de saúde da população.

5. O RESSARCIMENTO AO SUS – COMO FUNCIONA NA PRÁTICA?

O mecanismo de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) em vigor no Brasil é um instrumento jurídico e administrativo fundamental para a sustentabilidade financeira do sistema público de saúde. Este mecanismo está previsto na Lei nº 9.656/98 e regulamentado por diversas normativas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Sua principal finalidade é assegurar que as operadoras de planos de saúde reembolsem ao SUS os custos decorrentes do atendimento de seus beneficiários em estabelecimentos públicos de saúde, quando tais atendimentos são passíveis de cobertura pelos planos privados.

A importância desse mecanismo reside na sua capacidade de promover a justiça financeira e o equilíbrio entre os setores público e privado de saúde. Ao longo dos anos, a sobrecarga sobre o SUS tem sido uma preocupação constante, agravada pelo fato de que muitos beneficiários de planos de saúde utilizam os serviços públicos, especialmente em situações de urgência e emergência. O ressarcimento ao SUS visa corrigir essa distorção, garantindo que os recursos públicos utilizados para atender a beneficiários de planos privados sejam reembolsados pelas operadoras, fortalecendo assim o financiamento do sistema público de saúde.

O funcionamento do mecanismo de ressarcimento é baseado na identificação dos atendimentos realizados pelo SUS a beneficiários de planos de saúde. A partir dessa identificação, a ANS notifica as operadoras sobre os valores a serem ressarcidos, que são calculados com base nas tabelas de procedimentos do SUS. Este processo envolve a integração de sistemas de informação de saúde, como o Sistema de Informações Hospitalares do SUS

(SIH/SUS) e o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), que registram os atendimentos realizados e possibilitam a identificação dos beneficiários de planos de saúde.

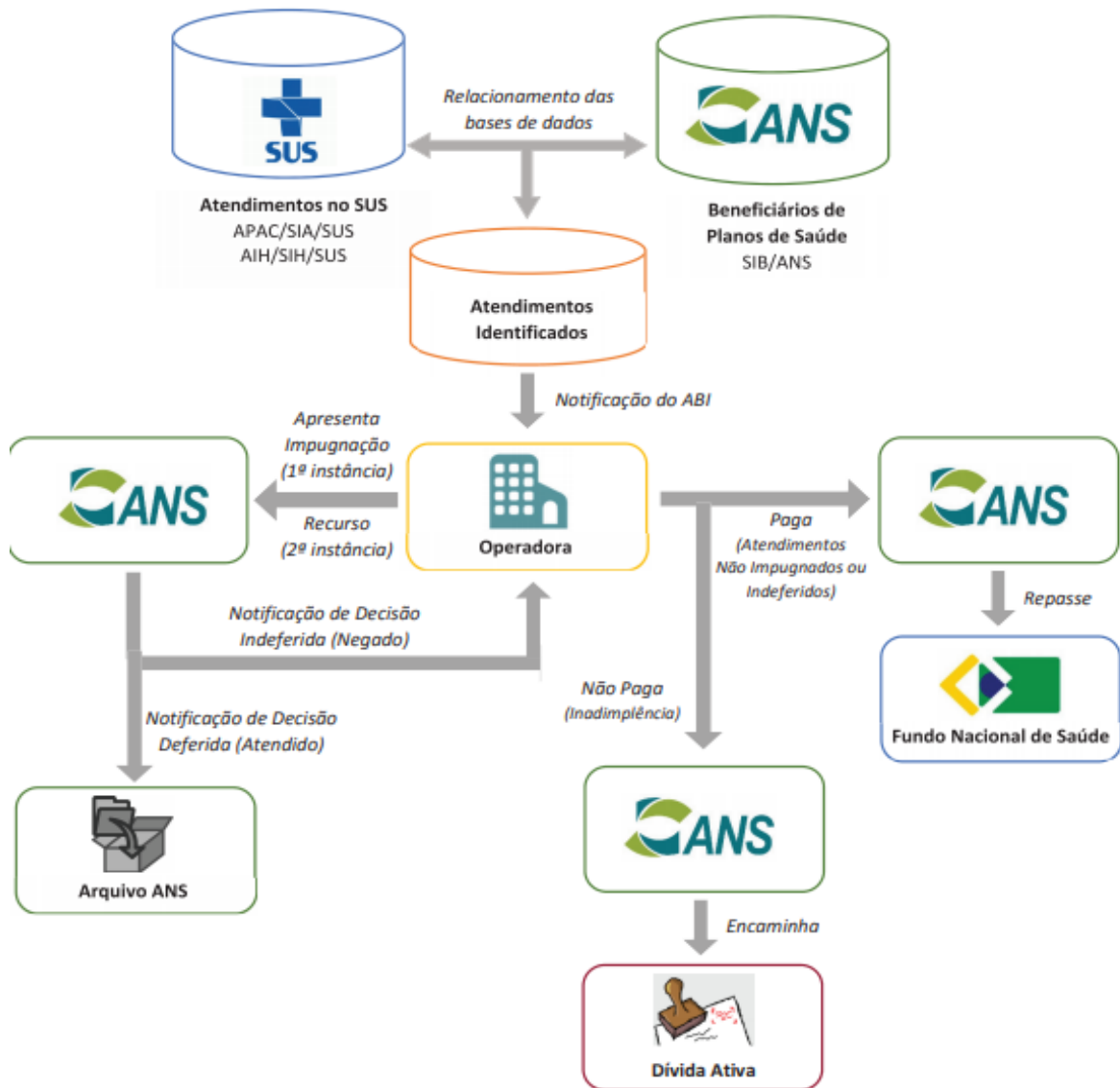
Após a notificação, as operadoras de planos de saúde têm a oportunidade de contestar os valores cobrados, caso considerem que houve erro na identificação dos beneficiários ou na classificação dos procedimentos realizados. A ANS possui um procedimento administrativo específico para a análise dessas contestações, garantindo o devido processo legal e a possibilidade de defesa das operadoras. Esse processo administrativo é essencial para assegurar a transparência e a justiça na aplicação do mecanismo de ressarcimento.

Uma vez confirmado o valor a ser ressarcido, as operadoras devem realizar o pagamento ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), que é o órgão responsável pela gestão financeira dos recursos do SUS. Os valores arrecadados através do ressarcimento são, em sua maioria, destinados ao custeio das atividades e serviços de saúde prestados pelo SUS, contribuindo para a melhoria da infraestrutura, a aquisição de insumos e medicamentos, e o financiamento de programas de saúde pública. Dessa forma, o ressarcimento ao SUS representa uma fonte adicional de recursos que fortalece a capacidade de atendimento e a qualidade dos serviços prestados pelo sistema público de saúde.

A importância do mecanismo de ressarcimento ao SUS também pode ser analisada sob a perspectiva da equidade e da justiça social. O princípio da equidade, consagrado na Constituição Federal de 1988, pressupõe que os recursos públicos sejam utilizados de forma a promover o acesso igualitário e universal aos serviços de saúde. Quando beneficiários de planos privados utilizam os serviços do SUS, sem que haja o ressarcimento correspondente, ocorre uma desigualdade na distribuição dos recursos, prejudicando os usuários exclusivamente

dependentes do sistema público. Portanto, o ressarcimento ao SUS corrige essa desigualdade, garantindo que os recursos sejam redistribuídos de forma mais justa e equitativa.

Figura 1: Fluxo de Ressarcimento ao SUS



Além disso, o mecanismo de ressarcimento ao SUS atua como um incentivo para que as operadoras de planos de saúde melhorem a qualidade e a abrangência dos serviços prestados aos seus beneficiários. Ao serem obrigadas a ressarcir o SUS pelos atendimentos realizados, as operadoras são incentivadas a investir na ampliação da rede credenciada, na melhoria dos serviços de urgência e emergência, e na oferta de tratamentos e procedimentos abrangentes. Dessa forma, o ressarcimento ao SUS contribui indiretamente para a melhoria da qualidade dos serviços prestados pelos planos de saúde, beneficiando os consumidores e o sistema de saúde como um todo.

A implementação e a efetividade do mecanismo de ressarcimento ao SUS dependem de uma atuação coordenada entre diversos órgãos e entidades do sistema de saúde e da regulação. A ANS desempenha um papel central na regulamentação e fiscalização do processo, enquanto o Ministério da Saúde, através do SUS, é responsável pela operacionalização dos atendimentos e pela gestão dos recursos arrecadados. A integração e a cooperação entre esses órgãos são essenciais para garantir a eficiência e a transparência do mecanismo de ressarcimento.

Desafios também existem na aplicação do mecanismo de ressarcimento ao SUS. Entre eles, destacam-se a dificuldade na identificação precisa dos beneficiários de planos de saúde, a complexidade dos procedimentos administrativos de contestação e cobrança. Superar esses desafios é fundamental para assegurar a plena efetividade do mecanismo de ressarcimento e maximizar seus benefícios para o sistema de saúde público e para a sociedade como um todo.

6. FUNDO NACIONAL DE SAÚDE

O Fundo Nacional de Saúde (FNS) é o pilar financeiro do Sistema Único de Saúde (SUS), criado pelo Decreto-Lei nº 2.355/1987, atua como o principal instrumento de financiamento do Sistema Único de Saúde. Através do FNS, os recursos destinados à saúde são distribuídos de maneira estratégica e transparente, garantindo o acesso e a qualidade dos serviços para toda a população brasileira. Sua gestão, alinhada às políticas públicas de saúde, assegura a sustentabilidade e o fortalecimento do SUS. (BRASIL, 1987).

A receita do FNS é composta, conforme determinada pelo Decreto Nº 2.867/1999 e na Lei Nº 8.212/91 de 45% de recursos provenientes do Seguro DPVAT, outra fonte significativa de recursos destinados ao Fundo é proveniente do ressarcimento ao SUS realizado pelas operadoras de planos de saúde, regrado pela Lei nº 9.656/1998 e regulamentado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), esse ressarcimento tem o escopo de compensar os gastos do SUS com atendimentos prestados a beneficiários de planos privados, garantindo que os recursos utilizados sejam reintegrados ao sistema público. (BRASIL, 1999; BRASIL 1998).

Os recursos repassados aos Estados, municípios e Distrito Federal, pelo Ministério da Saúde, são divididos em blocos de financiamento, respeitando a Portaria nº 828 de 17 de abril de 2020. (BRASIL, Ministério da Saúde), o bloco de manutenção e o bloco de estruturação.

O Bloco de Manutenção refere-se aos recursos direcionados à preservação e continuidade das condições para a oferta dos serviços de saúde, incluindo despesas com reparos

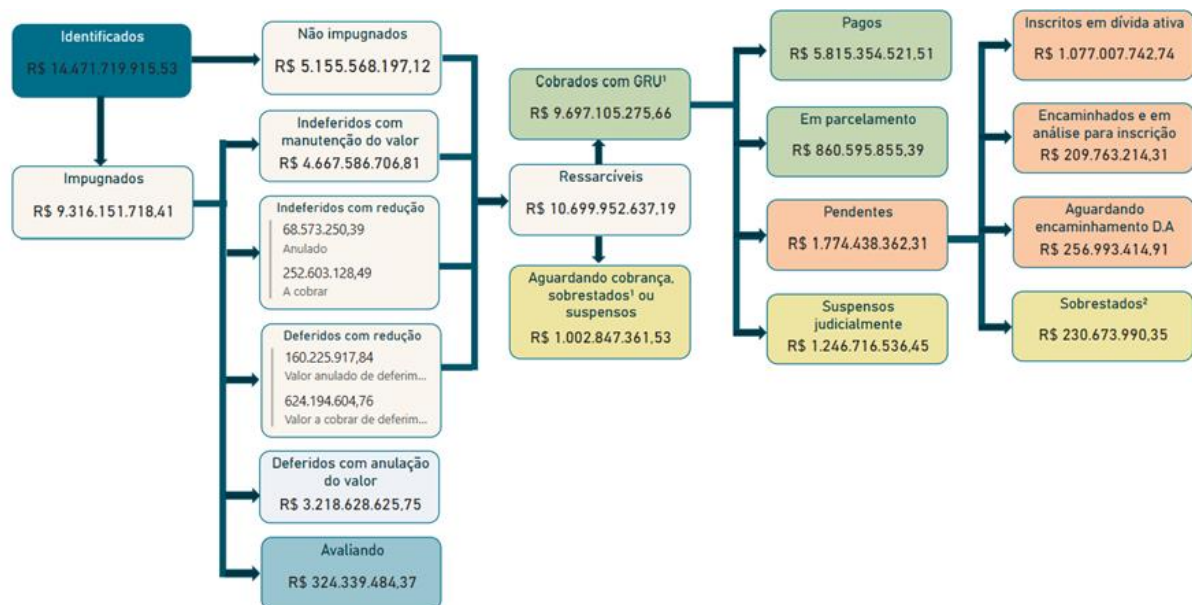
e adaptações em imóveis, como consertos, revisões, instalações elétricas e hidráulicas, além de pinturas e reformas que não envolvam a ampliação do imóvel. Este bloco financia áreas fundamentais do SUS, como a Atenção Primária, Atenção Especializada, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde e a Gestão do SUS. (BRASIL, 2020)

O Bloco de Estruturação, por sua vez, é voltado para a aplicação de recursos conforme estabelecido pelo ato normativo que o originou, sendo destinado privativamente à aquisição de equipamentos, construção de novos imóveis ou ampliação dos existentes, e reformas de imóveis já utilizados para ações e serviços públicos de saúde. Assim como no Bloco de Manutenção, as áreas beneficiadas incluem a Atenção Primária, Atenção Especializada, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde e a Gestão do SUS. (BRASIL, 2020)

7. DADOS DO PROGRAMA DE RESSARCIMENTO AO SUS

Estima-se que entre setembro de 2019 e dezembro de 2022, desde que a ANS se tornou a responsável pela identificação e processamento do ressarcimento, o montante dos valores identificados ultrapassou R\$14,47 bilhões de reais em quase 9 milhões de atendimentos notificados, (Boletim Informativo, ANS, 17ª Edição, 2023) estes valores referem-se à totalidade dos valores identificados, ou seja, aqueles que foram impugnados e os que não.

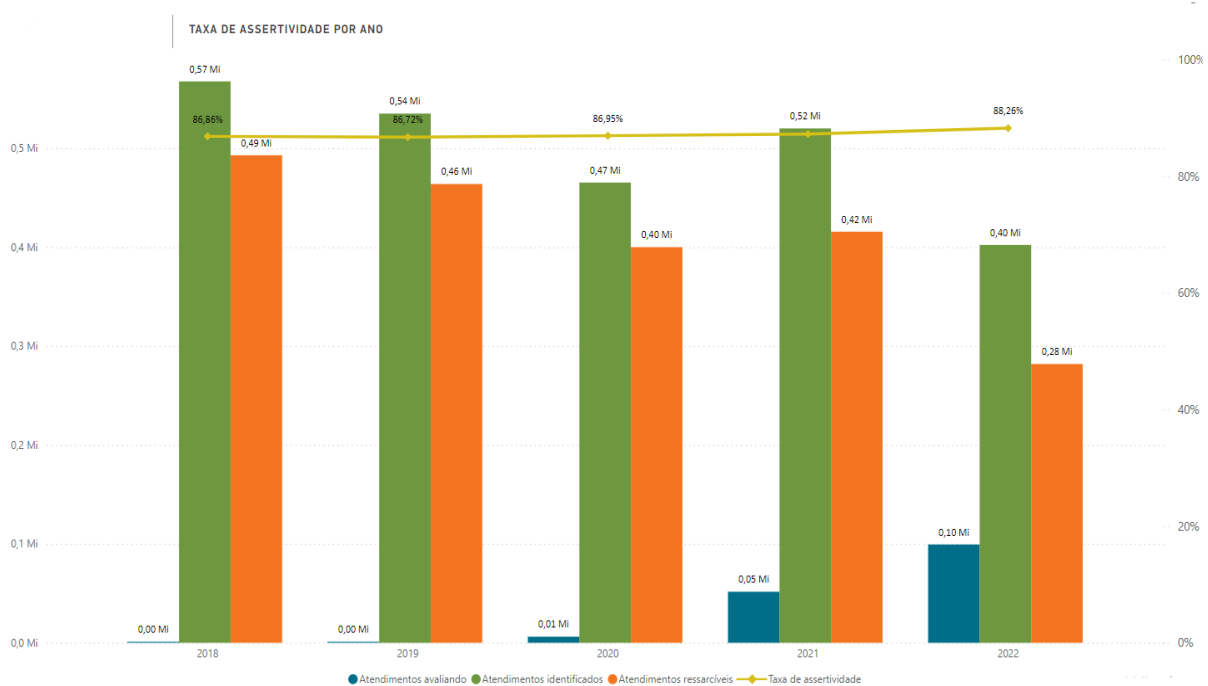
Figura 2: Situação Processual dos atendimentos no âmbito do Ressarcimento ao SUS/ 1999-2023



Fonte: 1: Retirado de: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-e-publicacoes-do-ressarcimento-ao-sus>

Para melhor efetividade no sistema de Ressarcimento ao SUS, é necessário que a identificação seja correta, de maneira que após avaliação pelas equipes do ressarcimento acerca daqueles atendimentos que foram identificados previamente como ressarcíveis, é esperado que possam prosseguir para o processo do ressarcimento, a razão entre esses fatores junto com um fator de ajuste é o que resulta no chamado taxa de assertividade, que leva em conta os procedimentos pendentes de avaliação, os que já foram impugnados e os procedimentos considerados aptos ao ressarcimento.

Figura 3. Taxa de Assertividade por Ano



Fonte: Retirado de Boletim Informativo ANS 17ª Edição 2023

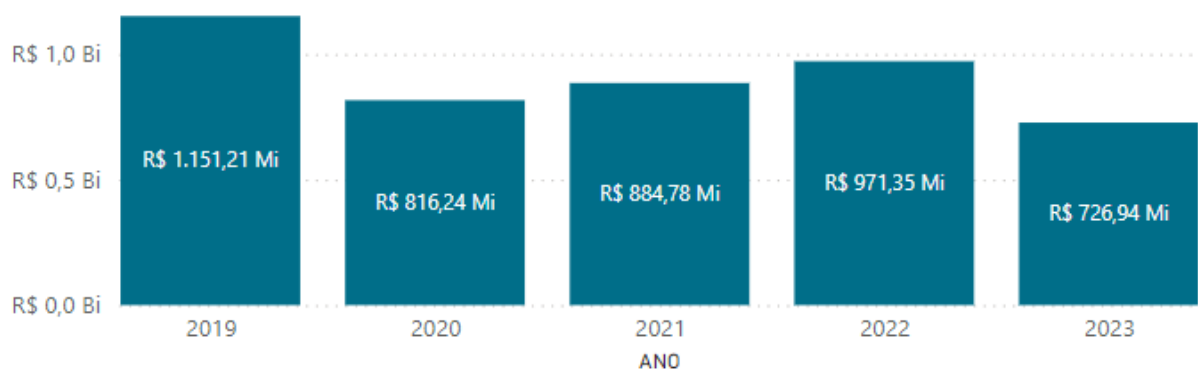
Com o aumento da taxa de assertividade, mais atendimentos são identificados de maneira correta e considerados aptos a serem submetidos ao processo do ressarcimento ao SUS. Esse mecanismo, que se concretiza mediante o repasse anual ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), tem o escopo de corrigir uma distorção no sistema, garantindo que os custos decorrentes da utilização dos serviços públicos de saúde por beneficiários de planos privados sejam devidamente compensados.

A importância desse repasse anual é fundamental, primeiramente, por contribuir para a própria sustentabilidade financeira do SUS, fornecendo uma fonte adicional de recursos que é essencial

em um cenário crônico de subfinanciamento do já precário sistema público de saúde. Esse trânsito de recursos auxilia no custeio de ações e serviços de saúde, permitindo uma alocação mais eficiente e equitativa dos recursos, especialmente em áreas de maior necessidade.

Com o recorte entre os anos de 2019 e 2023, é possível mensurar a importância desse repasse, destacando o montante repassado no ano de 2019 que alcançou um patamar recorde com o valor de R\$1,151 bilhão de reais transferidos para o Fundo Nacional de Saúde.

Figura 4: Valor anual repassado ao Fundo Nacional de Saúde (FNS)



Fonte: Retirado de Boletim Informativo ANS 17ª Edição 2023

Levando em consideração o trabalho da ANS em identificar e notificar as operadoras de saúde, e comparando com o total devido, esse montante arrecadado e repassado ao FNS seria consideravelmente mais alto, caso as operadoras fossem adimplentes e realizassem o pagamento do que é devido no escopo do ressarcimento, o que na prática não é o que acontece em sua totalidade, e por fim as operadoras acabam inscritas em Dívida Ativa pela falta de pagamento dos atendimentos que foram julgados devidos de ressarcimento.

Figura 5: Valores devidos encaminhados para Dívida Ativa, por não pagamento por parte das operadoras.

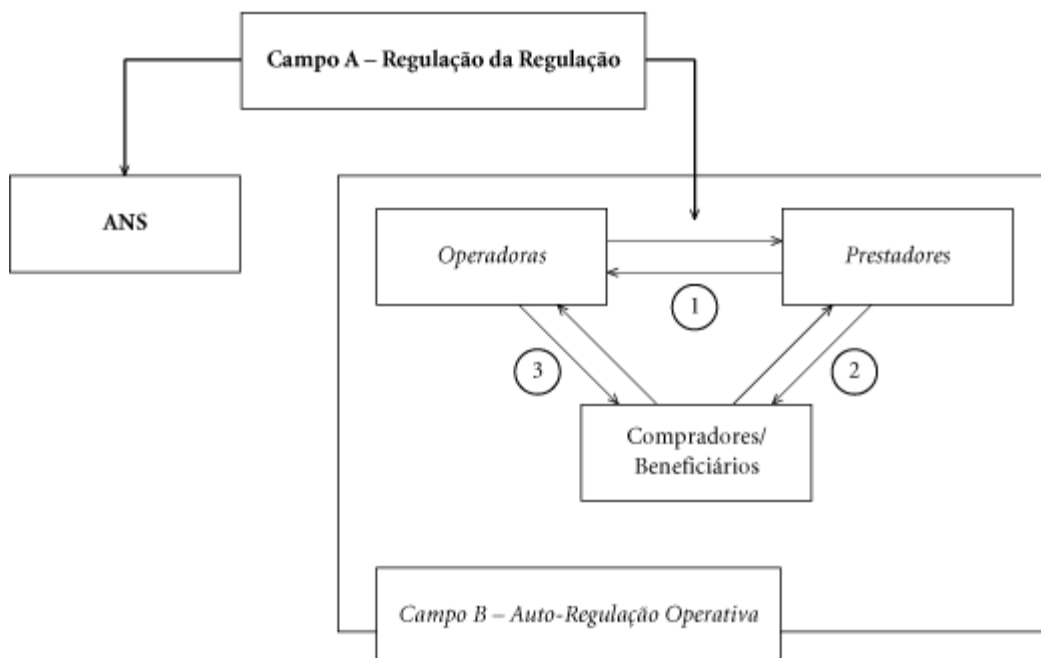


Fonte: Retirado de Boletim Informativo ANS 17ª Edição 2023

8. A MICRORREGULAÇÃO

Para possibilitar a compreensão da ideia de microrregulação e também da regulação da regulação, é importante distinguir a finalidade do processo de regulação existente no nosso país, que busca garantir que as Operadoras cumpram normas e padrões de qualidade, que asseverem a proteção dos consumidores e a sustentabilidade do setor por si só. Para ter uma melhor perspectiva desse processo de regulação, o diagrama abaixo traz uma visualização mais limpa desse campo regulatório com seus principais intervenientes. (CARVALHO et. al, 2004)

Figura 6: Cartografia do campo regulatório da ANS



Fonte: Cecílio (2003)

No Campo A é possível visualizar o que chamamos de regulação da regulação, é o que identificamos como a atuação do Estado para com o mercado da saúde suplementar em sua totalidade, através do processo legislativo, dos Conselhos de Saúde, bem como das Leis já consolidadas como a Lei dos planos de saúde, e até mesmo as resoluções normativas.

Já no Campo B é justamente o que é conhecido como Regulação Operativa, a regulação dentro da regulação. Como as operadoras de planos de saúde, os prestadores de serviço e os beneficiários se relacionam dentro de um mesmo sistema, onde há a relação de operadora com

os prestadores, dos prestadores com o beneficiário e do beneficiário/comprador com a própria operadora de saúde. (CARVALHO et. al, 2004)

8.1. A regulação operativa nos planos de saúde.

A prática da regulação operativa exercida pelos planos de saúde no Brasil é um aspecto crucial para a organização e a prestação dos serviços de saúde suplementar. Essa regulação envolve a coordenação e o controle de diversos processos relacionados à autorização, agendamento e realização de procedimentos médicos, internações, consultas e outros serviços cobertos pelos planos de saúde. A regulação operativa busca otimizar o uso dos recursos disponíveis, garantir a qualidade do atendimento e assegurar a conformidade com as normas estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e outras legislações pertinentes.

Um exemplo prático da regulação operativa é o processo de autorização prévia para a realização de determinados procedimentos médicos. As operadoras de planos de saúde frequentemente exigem que os médicos solicitantes enviem um pedido formal detalhando a necessidade do procedimento, acompanhado de exames e laudos médicos que justifiquem a intervenção. Esse pedido é analisado por uma equipe técnica da operadora, que pode incluir médicos auditores e outros profissionais de saúde, com o objetivo de verificar se o procedimento solicitado está de acordo com as diretrizes clínicas e as coberturas previstas no contrato do plano de saúde. Esse processo busca evitar a realização de procedimentos desnecessários, promovendo um uso racional dos recursos e protegendo os beneficiários de intervenções que possam não ser adequadas ou eficazes.

Outro exemplo de regulação operativa é a gestão de leitos hospitalares. Em casos de internação, as operadoras de planos de saúde realizam uma coordenação rigorosa para garantir a disponibilidade de leitos para seus beneficiários. Esse processo inclui a negociação com hospitais credenciados para assegurar que haja vagas suficientes, especialmente em situações de alta demanda, como surtos de doenças ou períodos de maior incidência de problemas de saúde. Além disso, a regulação operativa envolve o monitoramento constante das internações para avaliar a necessidade de prolongar ou encerrar a estadia hospitalar, sempre baseado em critérios clínicos e na recuperação do paciente. Esse controle contribui para a eficiência do sistema, evitando superlotação e otimizando a utilização dos leitos disponíveis.

A regulação operativa também se estende ao agendamento de consultas e exames. As operadoras de planos de saúde implementam sistemas de agendamento que visam reduzir o tempo de espera dos beneficiários e garantir o acesso rápido aos serviços de saúde. Esses sistemas podem incluir a centralização do agendamento em call centers ou plataformas online, onde os beneficiários podem marcar suas consultas e exames de forma mais conveniente. A gestão eficiente desses agendamentos é fundamental para evitar longas filas de espera e para garantir que os beneficiários recebam o atendimento necessário em tempo hábil, melhorando assim a qualidade do serviço prestado.

A prática de auditorias médicas é outro componente importante da regulação operativa. As operadoras de planos de saúde realizam auditorias regulares para verificar a conformidade dos serviços prestados com as normas e diretrizes estabelecidas. Essas auditorias podem ser feitas de forma retrospectiva, analisando prontuários e relatórios médicos após a realização dos procedimentos, ou de forma concomitante, acompanhando em tempo real as internações e outros atendimentos. O objetivo das auditorias é garantir que os serviços prestados sejam apropriados, necessários e realizados de acordo com os padrões de qualidade exigidos. Além disso, as auditorias ajudam a identificar possíveis fraudes ou abusos, protegendo tanto os beneficiários quanto as operadoras.

Um exemplo específico de regulação operativa é o controle de procedimentos de alta complexidade, como cirurgias cardíacas ou tratamentos oncológicos. Esses procedimentos geralmente requerem uma análise mais detalhada e criteriosa devido aos altos custos envolvidos e aos riscos associados. As operadoras de planos de saúde podem estabelecer protocolos específicos para a autorização desses procedimentos, exigindo uma série de exames complementares e pareceres de especialistas antes de aprovar a realização da intervenção. Essa regulação rigorosa é essencial para assegurar que os procedimentos de alta complexidade sejam realizados apenas quando realmente necessários e que os beneficiários recebam o tratamento mais adequado e seguro.

A regulação operativa também envolve a negociação de contratos e a definição de tabelas de preços com prestadores de serviços de saúde, como hospitais, clínicas e laboratórios. As operadoras de planos de saúde negociam as condições de prestação de serviços, os valores pagos por procedimentos e as formas de pagamento. Essas negociações são fundamentais para garantir a sustentabilidade financeira dos planos de saúde e para assegurar que os beneficiários tenham acesso a uma rede ampla e qualificada de prestadores. A definição de tabelas de preços

também contribui para a transparência e a previsibilidade dos custos, tanto para as operadoras quanto para os beneficiários.

Além disso, a regulação operativa abrange a implementação de programas de gestão de crônicos e promoção da saúde. As operadoras de planos de saúde desenvolvem programas específicos para acompanhar e tratar beneficiários com doenças crônicas, como diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares. Esses programas incluem o monitoramento regular dos pacientes, a oferta de consultas e exames periódicos, e a promoção de hábitos de vida saudáveis. O objetivo é melhorar a qualidade de vida dos beneficiários, reduzir a incidência de complicações e internações, e otimizar o uso dos recursos de saúde. A promoção da saúde é uma estratégia essencial para a sustentabilidade dos planos de saúde, pois contribui para a prevenção de doenças e para a redução dos custos associados ao tratamento de condições crônicas.

Um exemplo prático de programa de gestão de crônicos é o acompanhamento de pacientes diabéticos. As operadoras de planos de saúde podem oferecer consultas regulares com endocrinologistas, exames periódicos de glicemia e hemoglobina glicada, além de programas de educação em diabetes, que incluem orientações sobre alimentação, exercícios físicos e uso correto de medicamentos. Esse acompanhamento constante é fundamental para controlar a doença, prevenir complicações e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Além disso, a gestão eficiente das doenças crônicas contribui para a redução dos custos com internações e tratamentos de emergência, promovendo a sustentabilidade do sistema de saúde suplementar.

A importância da regulação operativa dos planos de saúde está diretamente relacionada à eficiência e à qualidade dos serviços prestados aos beneficiários. Ao garantir um controle rigoroso sobre os processos de autorização, agendamento, internação e auditoria, as operadoras de planos de saúde podem otimizar o uso dos recursos disponíveis, evitar desperdícios e fraudes, e assegurar que os beneficiários recebam o atendimento necessário de forma oportuna e adequada. Além disso, a regulação operativa promove a transparência nas relações entre operadoras, prestadores de serviços e beneficiários, garantindo que todos os envolvidos tenham clareza sobre as condições de prestação de serviços e os direitos e deveres de cada parte.

Outro aspecto relevante da regulação operativa é o seu papel na promoção da sustentabilidade financeira dos planos de saúde. Ao controlar rigorosamente os custos e evitar a realização de procedimentos desnecessários, as operadoras podem manter o equilíbrio

financeiro e garantir a viabilidade a longo prazo dos planos de saúde. Esse controle financeiro é essencial para assegurar que as operadoras possam continuar oferecendo coberturas amplas e de qualidade aos seus beneficiários, sem comprometer sua saúde financeira.

8.2. A problemática na prática da microrregulação.

A prática da regulação operativa é essencial para garantir que os serviços de saúde suplementar no Brasil sejam prestados de maneira eficiente, transparente e conforme as normas estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). No entanto, há evidências preocupantes de que algumas operadoras de planos de saúde adotam práticas para burlar essa regulação, resultando em graves prejuízos para os beneficiários e comprometendo a integridade do sistema de saúde suplementar. Essas práticas são frequentemente motivadas pela busca de maximização de lucros e minimização de custos, o que leva à adoção de estratégias que prejudicam o acesso, a qualidade e a continuidade do atendimento de saúde.

Uma das formas mais comuns de burla à regulação operativa é a negativa indevida de cobertura. Operadoras de planos de saúde frequentemente negam a autorização para a realização de procedimentos médicos, exames e internações, sob alegações de falta de previsão contratual ou ausência de necessidade clínica. Essa prática ocorre mesmo quando os serviços solicitados são claramente cobertos pelo plano e clinicamente indicados. A negativa indevida de cobertura viola o direito do consumidor à assistência médica, forçando os beneficiários a arcarem com os custos dos procedimentos ou a buscarem atendimento no sistema público de saúde. Isso não só transfere o ônus financeiro indevidamente para os beneficiários, mas também sobrecarrega o SUS, comprometendo sua capacidade de atendimento.

Além disso, as operadoras de planos de saúde manipulam os critérios de autorização para dificultar ou retardar o acesso dos beneficiários aos serviços de saúde. Um exemplo disso é a exigência excessiva de documentação e exames adicionais para a liberação de procedimentos simples. Ao criar barreiras administrativas, as operadoras desestimulam os beneficiários e prolongam o tempo de espera para a realização dos procedimentos. Essa prática contraria os princípios de celeridade e eficiência da regulação operativa, podendo agravar o estado de saúde dos pacientes que ficam sem o tratamento necessário no tempo apropriado.

Outra estratégia utilizada por algumas operadoras é a limitação artificial da rede credenciada. Ao restringir a quantidade de prestadores de serviços de saúde disponíveis aos beneficiários, especialmente em áreas de alta demanda, as operadoras conseguem controlar os

custos, mas prejudicam o acesso e a qualidade do atendimento. Essa prática é contrária à premissa de que os planos de saúde devem oferecer uma rede de prestadores ampla e adequada, conforme regulamentado pela ANS. A limitação da rede resulta em longas filas de espera, dificuldades para agendamento de consultas e procedimentos, e, em muitos casos, obriga os beneficiários a buscar atendimento fora da rede credenciada, arcando com custos adicionais.

As auditorias médicas são frequentemente utilizadas de forma abusiva por algumas operadoras. Em vez de garantir a conformidade e a qualidade dos serviços prestados, as auditorias são usadas como um meio de contestar sistematicamente os procedimentos realizados, muitas vezes sem justificativa técnica adequada. Médicos e prestadores de serviços são pressionados a reduzir o número de solicitações ou a optar por tratamentos menos custosos, independentemente da real necessidade clínica dos pacientes. Essa prática compromete a autonomia profissional dos médicos e pode resultar em atendimentos insuficientes ou inadequados, colocando em risco a saúde dos beneficiários.

A prática de reajustes abusivos das mensalidades dos planos de saúde é outra forma de burla que afeta diretamente os beneficiários. Apesar de existirem regras claras estabelecidas pela ANS para os reajustes, algumas operadoras encontram maneiras de contornar essas normas, aplicando aumentos excessivos que tornam os planos financeiramente inviáveis para muitos consumidores. Isso é particularmente preocupante nos planos coletivos, onde a regulamentação dos reajustes é menos rigorosa, permitindo que operadoras imponham aumentos significativos sob a justificativa de aumento de custos assistenciais. Tais práticas resultam na exclusão de beneficiários que não conseguem arcar com os novos valores, forçando-os a recorrer ao SUS.

O descredenciamento súbito de prestadores de serviços de saúde constitui uma grave violação dos direitos dos beneficiários. Operadoras de planos de saúde, em busca de redução de custos, descredenciam hospitais, clínicas e laboratórios sem aviso prévio adequado, deixando os beneficiários desassistidos e obrigando-os a buscar novos prestadores. Essa prática cria insegurança e instabilidade no atendimento, violando a obrigatoriedade de comunicação prévia e adequada aos beneficiários sobre quaisquer alterações na rede credenciada, conforme estipulado pela ANS. O descredenciamento súbito não apenas desestabiliza o acesso aos serviços de saúde, mas também pode causar descontinuidade no tratamento de pacientes com condições crônicas ou em situações de emergência.

A falta de transparência nas informações fornecidas aos beneficiários é outro aspecto crítico onde se observa a burla à regulação operativa. Algumas operadoras omitem ou fornecem informações incompletas sobre a cobertura dos planos, as condições para autorização de procedimentos e os critérios de reajuste das mensalidades. Essa falta de clareza impede que os consumidores tomem decisões informadas sobre a contratação e a utilização dos serviços de saúde, violando seu direito à informação e à proteção contra práticas abusivas. A transparência é um princípio fundamental na regulação dos planos de saúde, pois permite que os beneficiários compreendam plenamente seus direitos e deveres, assim como as obrigações das operadoras.

Além das práticas mencionadas, algumas operadoras utilizam estratégias mais sutis para burlar a regulação operativa. Por exemplo, a prática de oferecer planos de saúde com coberturas limitadas, que excluem procedimentos essenciais ou impõem restrições severas ao uso de serviços específicos. Esses planos, muitas vezes comercializados com preços atraentes, acabam deixando os beneficiários desprotegidos quando necessitam de atendimento mais complexo ou emergencial. Essa prática é uma forma de burla, pois, ao oferecer coberturas insuficientes, as operadoras transferem riscos significativos para os consumidores, que muitas vezes não têm pleno conhecimento das limitações impostas até o momento em que necessitam dos serviços.

As operadoras de planos de saúde também podem adotar práticas de fragmentação de contratos, especialmente em planos empresariais, onde a empresa contratante e os funcionários beneficiários podem ter dificuldades em entender a complexidade dos serviços oferecidos. Ao fragmentar os contratos, as operadoras conseguem impor condições e restrições que dificultam o acesso aos serviços de saúde, comprometendo a continuidade e a qualidade do atendimento. Essa prática de fragmentação viola os princípios de transparência e clareza que devem nortear os contratos de planos de saúde.

8.3 O impacto da regulação operativa nos cuidados

O interesse corporativo dos planos de saúde, norteia a emissão das normas de relacionamento com aqueles prestadores médicos, de forma que no plano da produção do cuidado acaba por regular a prescrição dos médicos que por meio de suas decisões deve determinar o cuidado a ser seguido. (FRANCO; PIRES; OLIVEIRA; KOIFMAN, 2007)

É fundamental dar ênfase no fato de que a microrregulação, apesar de ter suas limitações determinada pela Agência Nacional de Saúde, é um instrumento utilizado pelas operadoras de

saúde para garantir seus interesses, mesmo que muitas vezes em detrimento da saúde de seus beneficiários.

A busca pela redução de custos, por meio de mecanismos como o co-pagamento e a criação de redes restritas, pode gerar desigualdades no acesso aos serviços e incentivar a prática defensiva por parte dos médicos. A premiação por menor utilização de recursos, por sua vez, pode levar à subnotificação de casos e à fragilização da relação médico-paciente.

Existem operadoras que operam determinando normas de conduta encontradas nos protocolos técnicos, assim como há aquelas que trabalham diretamente no convencimento dos médicos de que é preciso uma padronização quanto aos procedimentos a serem adotados, para que esse consumo e gasto nos procedimentos estejam dentro de um parâmetro pré-estabelecido pelo plano que seja considerado adequado.

Atualmente, a microrregulação tem sido notada de maneira escancarada através de várias práticas que dificultam o acesso a exames, colocam empecilhos, exigem autorizações, perícia e inúmeros outros documentos, comprovantes, pagamentos, até que o beneficiário possa vislumbrar o atendimento à sua demanda mesmo estando adimplente com suas obrigações frente a operadora.

- *Análise de procedimentos de alto custo*: é feito por médicos auditores (da própria empresa e que não podem ser prestadores de serviço credenciados da mesma). O procedimento fica pendente até que seja concluído o processo de análise.
- *Medicamentos de alto custo*: estes, não sendo de urgência, devem ser solicitados através de pedido de autorização para seu fornecimento, que fica dependendo de auditoria administrativa sobre a solicitação do mesmo.
- *Perícia médica*: usada principalmente para casos de procedimentos com finalidade estética. O beneficiário passa por uma perícia e só depois o procedimento é autorizado. A perícia é também utilizada para o caso de órteses e próteses de alto custo.
- *Entrevista com usuários*: a entrevista é utilizada para certos procedimentos de autorização, principalmente quando se trata de pessoas idosas. Isso é feito por algumas operadoras, no sentido de orientar sua decisão autorizativa.
- *Co-pagamento*: utilizado como um fator moderador sobre a utilização/consumo dos serviços da operadora, tem sido cada vez mais utilizado e incentivado pelas mesmas para a contratualização com os beneficiários.
- *Rede de compensação entre operadoras singulares*: sistema utilizado por algumas cooperativas médicas para cobertura nacional a seus beneficiários. Cada singular disponibiliza atendimentos a clientes de outra singular, e recebe o pagamento por estes procedimentos num sistema de compensação nacional.
- *Dispositivos facilitadores*: cadastro único de beneficiários, prontuários eletrônicos, transmissão de pedidos via Internet (on line) são alguns recursos utilizados para facilitar os pedidos dos prestadores. (FRANCO; PIRES; OLIVEIRA; KOIFMAN, 2007)

8.3.1 – A Meta Referencial

A informação é de que as operadoras têm a prática de realizar os pagamentos de 30 a 60 dias após terem conhecimento da realização dos procedimentos, e com um método que leva em conta a produção realizada pelos médicos.

Uma das práticas realizadas pelas operadoras de saúde consiste em premiar os médicos que menos pedir exames para seus pacientes, e na contramão punir aqueles que pedem acima da média dos colegas de profissão com redução de seus honorários (Parecer Consulta 2.358, CREMESP, 2004). As ações consideradas antiéticas chegaram a ser objeto da Súmula Normativa 16, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, *in verbis*:

SÚMULA NORMATIVA Nº 16, DE 12 DE ABRIL DE 2011

É vedado às operadoras de planos privados de assistência à saúde adotar e/ou utilizar mecanismos de regulação baseados meramente em parâmetros estatísticos de produtividade os quais impliquem inibição à solicitação de exames diagnósticos complementares pelos prestadores de serviços de saúde, sob pena de incorrerem em infração ao artigo 42 da Resolução Normativa - RN Nº 124, de 30 de março de 2006.

Apesar de vedada, a prática conhecida como meta referencial continua sendo exercida por parte das operadoras, mesmo com o risco profissional para os próprios médicos já que o CFM também coíbe a atividade e determinou que fere o Código de Ética Médica, pois estariam deixando de solicitar exames que podem ser cruciais para o diagnóstico do paciente. (CREMESP, Guia de direitos contra os abusos praticados pelas operadoras, SP, 2012). Deste modo, a saúde do paciente que busca atendimento, diagnóstico e um tratamento para a sua saúde, acaba sendo colocado em segundo plano, e a prioridade continua sendo o lucro das operadoras de saúde bem como o benefício próprio dos médicos.

8.3.2 – “Doenças pré-existentes”

Uma outra limitação imposta pelas operadoras de planos de saúde é o que faz referência à existência de doenças pré-existentes, conhecidas por serem condições de saúde identificadas e comunicadas pelo segurado no momento da contratação de um dos planos. A legislação estabelece que para um rol de doenças, a cobertura de procedimentos de alta complexidade está sujeita a um período de carência de dois anos, durante o qual o paciente enfrenta restrições

significativas. Notavelmente, o termo "doença pré-existente" não é reconhecido na terminologia médica, e a sua aplicação prática frequentemente gera controvérsias entre médicos e operadoras, que frequentemente definem arbitrariamente o que é considerado pré-existente (CREMESP, 2012).

Com a controvérsia existente acerca do tema, as disputas judiciais têm sido cada vez mais recorrentes, principalmente em casos de negativa de cobertura para tratamentos oncológicos, porém com as decisões favoráveis aos usuários sendo predominantes, para que só assim, os beneficiários consigam ter acesso à procedimentos considerados vitais, como quimioterapia e radioterapia.

9. IMPACTO NA PRÁTICA NO DIA-A-DIA DOS BENEFICIÁRIOS

Nos primeiros meses de 2024, a prática de cancelamento de contratos de planos de saúde para pacientes com doenças graves e autismo tem gerado uma série de preocupações e questionamentos sobre a legalidade e ética no setor de saúde suplementar. Diversos relatos têm exposto que muitas operadoras de planos de saúde estão adotando práticas que contrariam as normas estabelecidas, comprometendo o direito dos pacientes à continuidade do tratamento.

Segundo dados da Agência Nacional de Saúde, de janeiro até maio de 2024, a Autarquia recebeu mais de 9.500 denúncias de negativa de cobertura, ou mesmo cancelamentos feitos pelas operadoras de maneira unilateral, ou seja, sem anuência do beneficiário. Esses cancelamentos frequentemente ocorrem sob alegações vagas, como "mau uso dos serviços" ou "alterações nas condições contratuais", que não têm respaldo na legislação vigente e são frequentemente usadas para justificar a evasão dos custos associados ao tratamento (G1, 2024; Folha de S.Paulo, 2024).

Em um contexto preocupante dentro desta estatística, clientes que são portadores do Transtorno do Espectro Autista são os que mais tem sofrido com o descaso dos planos de saúde em 2024, com um aumento de cerca de 212% nas reclamações se comparado com o mesmo período de 2023, e mais preocupante ainda, desse número, cerca de 33% são referentes à casos relacionados a negativa de cobertura. A legislação brasileira, em especial a Lei nº 9.656/1998 diz que uma vez iniciado o tratamento, a operadora de plano de saúde é obrigada a garantir a continuidade do atendimento, independentemente de alterações nas condições contratuais ou do estado de saúde do beneficiário (BRASIL, 1998).

Esta proteção é um reflexo do compromisso do sistema de saúde com a integridade e a continuidade do atendimento necessário para pacientes em situações de vulnerabilidade. O Código de Defesa do Consumidor também oferece uma camada adicional de proteção contra práticas abusivas, garantindo que os consumidores não sejam prejudicados por mudanças arbitrárias nos termos do contrato.

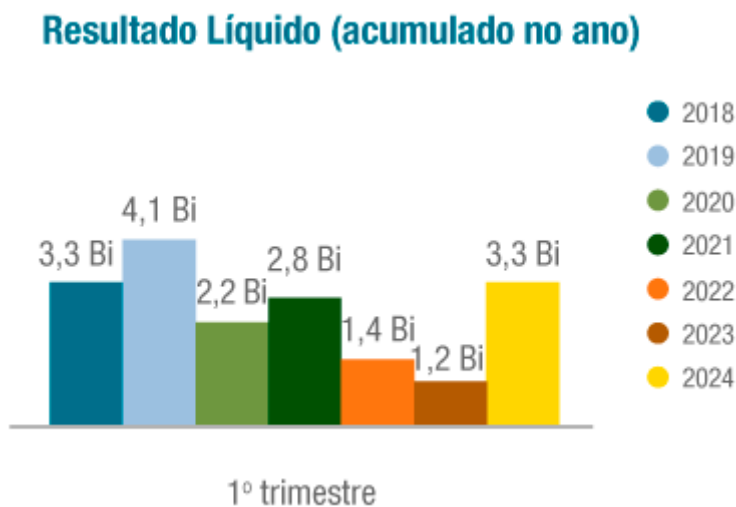
Em resposta a esses problemas, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou nota, dizendo que toma medidas rigorosas para enfrentar essas práticas abusivas e ressaltando a necessidade de conformidade com a legislação vigente. A nota destaca que a rescisão unilateral de contratos por parte das operadoras deve ocorrer somente em situações excepcionais, como inadimplência prolongada, e deve ser precedida de comunicação adequada ao beneficiário, além da oferta de alternativas de cobertura. Em particular, a ANS enfatiza que cancelamentos indevidos, especialmente durante tratamentos contínuos, são inaceitáveis e que a continuidade do atendimento deve ser garantida pela operadora.

Além disso, a ANS recomenda que as operadoras revisem seus procedimentos internos para garantir conformidade com as normas e intensifica a fiscalização para prevenir práticas abusivas. O objetivo é proteger os direitos dos consumidores e assegurar que a rescisão e o cancelamento de contratos sejam realizados de acordo com a legislação, destacando que o desrespeito à norma pode acarretar em multas de até R\$80 mil reais. (BRASIL, 2024)

Apesar da previsão de multa pela prática realizada pelos planos de saúde, segundo a ANS, no ano de 2019, 229 multas foram aplicadas devido a rescisão unilateral de contrato por parte das operadoras de saúde, e somente no período de janeiro a maio de 2024, de acordo com números da própria ANS, 142 multas foram aplicadas por rescisão unilateral injustificada, totalizando aproximadamente R\$8 milhões de reais, 5 destas foram especificamente feitas em desfavor de beneficiários com o TEA. (BRASIL, 2024)

As justificativas dos planos de saúde seguem a mesma narrativa, alegam prejuízo nos contratos para amparar o cancelamento unilateral ou que a medida serviria para manter o equilíbrio, porém as explicações não se sustentam. Dados informam que apenas no primeiro trimestre de 2024, o lucro líquido das operadoras foi da ordem de R\$3,3 Bilhões de reais, o maior montante registrado no período desde 2020. Neste sentido, apenas o valor das multas pelo cancelamento torna-se irrisório frente ao quanto lucram a longo prazo com este negócio. (BRASIL, 2024)

Figura 7: Gráfico de lucros das Operadoras de Saúde



Fonte: Painel Econômico-financeiro da Saúde Suplementar

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da análise realizada ao longo deste estudo, fica evidente que a prática da regulação operativa no setor de saúde suplementar no Brasil, especialmente no que tange ao ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), configura-se como um tema de extrema relevância jurídica e social. A Lei 9.656/98, que disciplina os planos de saúde, buscou inicialmente estabelecer um equilíbrio entre os interesses das operadoras e os direitos dos consumidores, garantindo transparência e eficiência na prestação dos serviços. No entanto, a prática cotidiana revela uma realidade onde mecanismos de microrregulação, muitas vezes, acabam por desvirtuar o propósito original da legislação, impondo obstáculos que prejudicam o acesso dos beneficiários aos serviços de saúde.

As operadoras de planos de saúde, ao implementar políticas restritivas e procedimentos burocráticos, acabam por transformar a microrregulação em um instrumento de limitação do direito à saúde, afrontando diretamente os princípios constitucionais da universalidade, integralidade e equidade. Essa prática se manifesta através de exigências como autorizações prévias, limitação da rede de atendimento, coparticipações onerosas, e o uso de reajustes significativos, estratégias que, na prática, excluem ou dificultam o acesso a serviços essenciais.

É imperativo, portanto, que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) intensifique a fiscalização e promova uma regulação mais rigorosa para coibir abusos e assegurar que a microrregulação seja utilizada em benefício dos consumidores, e não em seu

detrimento. A aplicação de sanções às operadoras que adotam práticas abusivas e a garantia de maior transparência nas operações são medidas essenciais e precisam ser mais enérgicas e duras para a efetiva proteção dos direitos dos beneficiários.

Embora a microrregulação tenha potencial para otimizar o funcionamento do setor de saúde suplementar, sua implementação deve ser pautada por princípios éticos e jurídicos sólidos, sempre respeitando os direitos fundamentais dos cidadãos. A proteção do direito à saúde exige uma atuação firme e vigilante por parte do Estado, assegurando que as normas existentes sejam cumpridas e que o acesso aos serviços de saúde seja garantido a todos, sem discriminações ou entraves desnecessários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agência Brasil. ANS divulga dados econômico-financeiros relativos ao 1º trimestre de 2024. Agência Brasil, 2024. Disponível em: <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202406/ans-divulga-dados-economico-financeiros-relativos-ao-1o-trimestre-de-2024>. Acesso em: 17 ago. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Nota da ANS sobre cancelamento e rescisão de contratos. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/nota-da-ans-sobre-cancelamento-e-rescisao-de-contratos>. Acesso em: 17 ago. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Boletim de Ressarcimento ao SUS*. 15. ed. 2023. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-e-publicacoes-do-ressarcimento-ao-sus/Boletim_de_Ressarcimento_ao_SUS__15a_Ed_r03.pdf. Acesso em: 9 ago. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Dados e Publicações do Ressarcimento ao SUS*. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-e-publicacoes-do-ressarcimento-ao-sus>. Acesso em: 16 mai. 2024.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.355, de 27 de agosto de 1987. Cria o Fundo Nacional de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 16140, 27 ago. 1987. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2355.htm. Acesso em: 9 ago. 2024.

BRASIL. 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*: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 4 jun. 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm. Acesso em: 5 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa nº 259, de 17 de junho de 2011. Dispõe sobre a garantia de atendimento aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 2 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa nº 395, de 14 de janeiro de 2016. Dispõe sobre os critérios de reajuste de preços de planos de saúde individuais e familiares. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2016. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 2 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa nº 428, de 7 de novembro de 2017. Dispõe sobre a notificação de beneficiários sobre a existência de processos administrativos sancionadores. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 2 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *ANS lança publicação sobre regras do setor de planos de saúde*. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-lanca-publicacao-sobre-regras-do-setor-de-planos-de-saude/copy5_of_ManualdeTpicosdaSadeSuplementar.pdf. Acesso em: 2 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual sobre a regulação em saúde no Brasil*. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-39499>. Acesso em: 2 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 828, de 17 de abril de 2020. Estabelece medidas emergenciais de saúde pública em resposta à pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 17 abr. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-828-de-17-de-abril-de-2020-251544791>. Acesso em: 9 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Regulação em Saúde: direito e o poder do Estado na garantia da atenção de qualidade ao usuário*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Regulacao_Saude_4.pdf. Acesso em: 2 jul. 2024.

BRASIL. Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os blocos de financiamento e a respectiva organização dos recursos destinados ao custeio das ações e serviços públicos de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 29 dez. 2017. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html. Acesso em: 9 jul. 2024

GOMES, A. C. G. *A percepção da sociedade sobre a atuação do SUS na promoção da saúde*. 2008. 105 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Minas Gerais,

Belo Horizonte, 2008. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/GCPA-8KUHU8/1/ana_cecilia_de_godoy_gomes.pdf. Acesso em: 19 jul. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, p. 123-137, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gLzfWgC8tBxgQnF9ZHVN9kB/?lang=pt>. Acesso em: 01 ago. 2024.

PEREIRA, Ana Clara. Negativas de cobertura e o direito à saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Direito do Consumidor*, Brasília, v. 15, n. 2, p. 89-102, 2018.

SETOR SAÚDE. *Fundamentos, regulação e desafios da saúde suplementar no Brasil*. Disponível em: <https://setorsaude.com.br/dicas/fundamentos-regulacao-e-desafios-da-saude-suplementar-no-brasil/>. Acesso em: 2 jul. 2024.

SOUZA, João Carlos de. Auditorias médicas e a qualidade do atendimento na saúde suplementar. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 345-359, 2020.

SOUZA, L. A. *Médicos e planos de saúde: dilemas éticos e conflitos de interesses na prática clínica*. 2009. Disponível em: https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1336472772medicos_planos_saude.pdf. Acesso em: 11 jul. 2024.

SPINOLA, Andréa Gonçalves et al. Contratualização de serviços de saúde: análise da regulação exercida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, e290315, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/KFy6MMGRnjWVLNL7DKkXRKm/>. Acesso em: 2 jul. 2024.

SPINOLA, Andréa Gonçalves et al. Desafios da regulação da saúde suplementar no Brasil: uma análise crítica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 463-476, 2012. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/physis/2012.v22n2/463-476/pt>. Acesso em: 2 jul. 2024.

VIEIRA, F. S.; SANTOS, M. A. Sistema Único de Saúde: fundamentos, características e desafios. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 50, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/rHNHXDR5j4xC6SJF7BXf6Xv/?lang=pt>. Acesso em: 11 jul. 2024.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Reforma do sistema de saúde no Brasil e programas de saúde suplementar. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 288-295, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/rHNHXDR5j4xC6SJF7BXf6Xv/?lang=pt#>. Acesso em: 2 jul. 2024.