



POLLYANA MARIA SILVA ALVES MIRANDA

**O IMPACTO DO RESSARCIMENTO AO SUS NO
FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA**

**LAVRAS – MG
2021**

POLLYANA MARIA SILVA ALVES MIRANDA

**O IMPACTO DO RESSARCIMENTO AO SUS NO FINANCIAMENTO DA SAÚDE
PÚBLICA**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do curso de Graduação em Administração Pública para obtenção do título Bacharel.

Prof. Me. Luiz Eurico Junqueira Coli
Orientador

**LAVRAS – MG
2021**

POLLYANA MARIA SILVA ALVES MIRANDA

**O IMPACTO DO RESSARCIMENTO AO SUS NO FINANCIAMENTO DA SAÚDE
PÚBLICA**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do curso de Graduação em Administração Pública para obtenção do título Bacharel.

Aprovada em _____ de _____ de 2021.
Prof. Dr. Janderson Martins Vaz

Prof. Me. Luiz Eurico Junqueira Coli
Orientador

LAVRAS - MG

2021

AGRADECIMENTOS

Foi este o pensamento que me inspirou a chegar até aqui. Gratidão pela permissão divina de mais uma vitória.

Deus tem suas maneiras de agir, às vezes das formas mais diversas possíveis. Certo dia, minha amiga/irmã/prima Patrícia, comentou sobre o vestibular para o curso de Administração Pública da UFLA- EAD. Mas ela não falou apenas, ela me empurrou para realizar o vestibular, depois de tantos anos sem estudar. Incentivou-me de tal maneira, que fui encorajada a tentar, aquela sábia frase "o não eu já tenho". E cá estamos se não fosse por ela não estaria concluindo esta graduação na tão sonhada UFLA. Gratidão é pouco perto do que sinto neste momento minha amada.

Agradeço imensamente ao meu marido Marcelo, meu amor, meu melhor amigo, parceiro de vida. Já são 15 anos juntos, meu ponto de equilíbrio, meu porto seguro, motorista particular e grande incentivador. Amo-te!

Agradeço aos meus filhos, Caio que sempre foi meu parceiro, meu rapaz, que me deu tanto suporte enquanto desenvolvia este trabalho e Vítor, por tanto amor e compreensão com minhas ausências, razões da minha vida! Amo infinitamente!

Agradeço aos meus pais Vicente e Maria José, meus amores, pessoas por quem sinto tanto orgulho, por estarem sempre torcendo por mim, me apoiando em todos os momentos da minha vida e motivando a sempre seguir em frente.

Agradeço ao meu irmão Gustavo por tanta generosidade, sempre disposto a ajudar e torcendo pela minha felicidade.

Agradeço a minha sogra Maristela, por me apoiar desde o início e cuidar do pequeno Vítor sempre que precisei.

Agradeço as minhas cunhadas Maisa, Melina e Karol e meu concunhado Nathan, pelo carinho e apoio em todos os momentos. Agradeço a bisavó Maria por tanto carinho.

Agradeço a Universidade Federal de Lavras por proporcionar esta oportunidade incrível, por acreditar tanto na educação e ofertar um ensino de excelência.

Agradeço aos professores e tutores que tanto auxiliaram nesta jornada.

Agradeço a meu orientador Professor Luiz Eurico Junqueira Coli, pelo suporte e contribuição neste trabalho.

“Nunca desista de um sonho por causa do tempo que levará para concretizá-lo. O tempo passará de qualquer maneira”.

(Earl Nightingale)

RESUMO

O presente trabalho apresenta uma análise da saúde pública no Brasil, especificamente a história da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), as principais mudanças com a criação do sistema e a evolução significativa no que tange à assistência à saúde pública no Brasil. Diante desse contexto o foco é analisar os principais problemas enfrentados no sistema da saúde em específico os impactos econômico-financeiros do ressarcimento ao (SUS) no financiamento da saúde pública do Brasil. Para o desenvolvimento da presente pesquisa serão consideradas as informações das Operadoras de Planos de Saúde publicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), através das quais é possível identificar os montantes de ressarcimento ao (SUS) que são recolhidos pelas operadoras, publicações do Governo Federal sobre investimentos na saúde pública, legislação brasileira e artigos científicos relacionados ao tema. Os objetivos se configuram em averiguar os impactos econômico-financeiros do ressarcimento ao (SUS) no financiamento da saúde pública do Brasil; analisar o impacto econômico-financeiro do ressarcimento ao SUS oriundo das operadoras de planos de saúde no financiamento da saúde pública no Brasil e as implicações destas cobranças para a Saúde Suplementar. Avaliar de forma geral o formato da prestação de serviços da saúde pública no Brasil; verificar os parâmetros normativos do Sistema de Saúde Suplementar no Brasil; discorrer sobre a metodologia de cobrança do ressarcimento ao (SUS) de forma a contribuir para as pesquisas e provocar uma reflexão sobre o grau de dependência das receitas geradas pela atuação da Saúde Suplementar. A metodologia a ser utilizada é de abordagem qualitativa e para os procedimentos metodológicos utiliza-se de pesquisa bibliográfica e análise documental. Quanto a sua natureza classifica-se como pesquisa aplicada a qual busca resultados referentes às políticas de ressarcimento.

Palavras-chave: Saúde pública.Saúde Suplementar. Ressarcimento ao SUS.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
1.1 Objetivo Geral	10
1.1.2 Objetivos Específicos	10
1.2 JUSTIFICATIVA	11
2. REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1 Sistema Público de Saúde Brasileiro	12
2.2 Panorama Geral do Sistema Único de Saúde	15
2.3 Princípios do Sistema Único de Saúde	17
2.4 Gestão e Financiamento do SUS - Sistema Único de Saúde	19
2.4.1 Responsabilidades dos Entes que Compõe o SUS	20
2.4.2 Fundo Nacional de Saúde (FNS)	21
2.5 Investimento na Saúde Pública	23
2.6 Sistema de Saúde Suplementar	25
2.6.1 Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	25
2.6.2 Operadoras de Planos de Saúde (OPS)	26
2.6.3 Principais Modalidades de Planos Privados de Assistência à Saúde	28
2.6.4 Beneficiários de Planos de Saúde	30
2.7 Ressarcimento ao SUS	33
3. OS CAMINHOS METODOLÓGICOS PERCORRIDOS	37
3.1 O que nos revelam os dados	38
3.2 Análise e Discussão	40
3.3 Provisões Técnicas e Ativos garantidores das Operadoras de Planos de Saúde	42
3.4 Legalidade do ressarcimento ao SUS	42
3.5 Financiamento da Saúde Pública x Dependência da Saúde Suplementar	47
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS	57

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal do Brasil promulgada em 1988 garante legalmente a assistência médica a todos por meio do artigo n. 196. A partir da promulgação da constituinte o Estado passa a ser responsável por cumprir este dever por meio de políticas sociais e econômicas, com vista a garantir aos cidadãos o acesso aos tratamentos de saúde. Antes da obrigação constitucional a assistência à saúde era segmentada e restrita aos contribuintes da Previdência Social, ou seja, o atendimento médico era uma prerrogativa dos seus beneficiários (BRASIL, 1988).

Também por ocasião da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, foi instituído no país o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado posteriormente pela lei n. 8080 de 1990. Por meio deste instrumento o Estado passou a oferecer a todo cidadão brasileiro ou não, acesso integral, universal e gratuito ao serviço de saúde.

A criação do SUS proporcionou uma evolução significativa no que tange à assistência à saúde pública. Durante o processo de implantação do Sistema Único de Saúde, ocorreram algumas falhas que geraram certa insegurança por parte da população com referência a qualidade da prestação de serviços de saúde na rede pública. Este cenário propiciou o crescimento exponencial do setor de saúde suplementar e várias empresas começaram a ofertar serviços relacionados à prestação de assistência à saúde, sem qualquer critério ou regulamentação.

Dessa forma, a fim de regulamentar a saúde suplementar, a Lei n. 9.656/98 (BRASIL, 1998), foi publicada e dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, e a atividade de comercialização de planos de saúde no Brasil. Com o advento da referida lei as operadoras de planos de saúde passam a atuar de forma legal na saúde suplementar, ofertando produtos aos seus beneficiários que permitem acesso a uma rede própria ou credenciada de prestação de serviços de saúde.

A Lei n. 9656/98 (BRASIL, 1998), também trouxe a obrigatoriedade do ressarcimento ao SUS, previsto em seu artigo n. 32 cujo caput pode ser transcrito:

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 (BRASIL, 1998, p. 01)

De acordo com os dados obtidos pela ¹Agência Nacional de Saúde Suplementar, o Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) ocorre quando os beneficiários de planos de saúde são atendidos em instituições públicas ou privados, conveniados ou contratados, integrantes do sistema público, observando-se os limites dos contratos celebrados. Desta forma, a operadora de planos de saúde a que o beneficiário está vinculado deve ressarcir o Estado pelas despesas com a prestação do serviço de atenção à saúde, realizado na rede pública.

Os valores pagos pela operadora a título de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme disposto no artigo n. 32 da Lei n. 9656/98 (BRASIL, 1998), são destinados ao Fundo Nacional de Saúde (FNS). O FNS Instituído pelo Decreto N° 64.867, de 24 de julho de 1969, é o gestor financeiro dos recursos destinados a financiar as despesas correntes e de capital do Ministério da Saúde, bem como os órgãos e entidades da administração direta e indireta integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS). Compõe a receita do FNS, 45% (quarenta e cinco por cento) dos recursos arrecadados com o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres, ou por sua Carga, a Pessoas Transportadas ou Não o ² (DPVAT), conforme estabelecido no Decreto N° 2.867/1998, e na Lei N° 8.212/91, esse seguro visa o atendimento as vítimas de acidentes em hospitais da rede SUS.

As demais fontes de receita do FNS são os investimentos realizados pela ³União, Estados, Distrito Federal e Municípios com percentuais mínimos definidos pela Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012. E por fim, também compõe a receita do FNS o ressarcimento de valores efetuados pelas operadoras de planos de saúde referente aos serviços prestados de atendimento à saúde, conforme previstos nos contratos dos consumidores e seus respectivos dependentes realizados em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do SUS, em conformidade com a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

¹A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil.

²Danos Pessoais por Veículos Automotores Terrestres. Caso o veículo seja isento de pagamento do IPVA, o seguro **DPVAT** deverá ser pago junto com o licenciamento anual ou com o serviço de emplacamento.

³<<https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-constitucional/o-direito-a-saude-na-constituicao-federal-de-1988/>> Acesso em 20 de abril de 2021

O ressarcimento ao SUS já foi objeto da Ação Direta de Inconstitucionalidade⁴ (ADIN) n. 1931, requerida pela Confederação Nacional de Saúde – Hospitais e Estabelecimentos e Serviços (CNS), distribuída na corte em 20 de dezembro de 1998, transitada em julgado em 29/06/2018. Esse tema é muito controverso e gera polêmicas até os dias atuais, especialmente porque essa discussão envolve uma arrecadação financeira de centenas de milhões de reais.

O cerne da referida ação é de que o ressarcimento ao SUS não se enquadra nas hipóteses de outras fontes de financiamento previstas na Lei 8080/90. Não sendo classificado como um tributo que deveria ocorrer seguindo as formas legais, mas sim como uma forma de ressarcimento que não existe. Como não há previsão legal para realização destas cobranças, estas se tornam inconstitucionais (RUSSO, 2014).

Outra questão diz respeito ao direito e garantia que todos os cidadãos possuem de acesso à saúde, conforme estabelecido pela Constituição Federal em seu art. 196. Esse direito universal é um ponto a ser considerado para que as operadoras não sejam obrigadas a arcar com os custos dos cidadãos que utilizam o SUS e têm plano de saúde, pois se todos os cidadãos contribuem com impostos, todos possuem o mesmo direito de acesso à saúde pública. Dessa forma, as operadoras de planos de saúde não deveriam ser responsabilizadas por essa utilização, tendo em vista que estas também recolhem impostos e financiam a saúde pública indiretamente.

Entretanto cabe ressaltar, de acordo com a atual legislação tributária do Imposto de Renda, o cidadão que possui despesas de custeio do plano privado de assistência à saúde para si ou para seus dependentes, pode se beneficiar da dedução destes valores da base de cálculo quando o modelo da declaração de imposto de renda for o completo, afirma Fabian Rocha, diretor Jurídico do Qsaúde, em seu artigo “Planos de saúde: saiba como declarar no Imposto de Renda”, escrito para revista Apólice em 26 de março de 2021.

Perante o exposto, observa-se que existe uma dependência da saúde pública no que se refere à receita gerada pelo ressarcimento ao SUS que compõe o Fundo Nacional de Saúde.

Também é preciso atenção sobre o quanto o Estado está exigindo da saúde suplementar, um exemplo é a cobrança realizada duas vezes no financiamento da saúde pública, por meio da cobrança de impostos e obrigatoriedade do ressarcimento ao SUS. A legislação exacerbada com o setor pode enfraquecer a saúde suplementar, ocasionando a diminuição de operadoras no mercado e conseqüentemente uma queda expressiva na

⁴<http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=1741189>

arrecadação de receitas com os impostos e ressarcimento ao SUS, além da sobrecarga do sistema público de saúde.

Mas há quem defenda que as operadoras vendem uma imagem de proteção, de acessibilidade, mas, no entanto os beneficiários buscam o SUS para procedimentos mais complexos. Outro fato argumentado se baseia no fato do SUS não ser um sistema limitado à assistência, englobam outros serviços como vigilância sanitária, epidemiológica, formação de profissionais, pesquisa entre outros. Desta forma, o cidadão que é beneficiário de plano de saúde utiliza o SUS em diversas ocasiões, como ocorre nas campanhas de vacinação, por exemplo, não somente na prestação assistencial de serviços de saúde, conforme descrito pela autora Maíra Mathias no artigo "Quando o SUS socorre os usuários de planos de saúde", publicado pela página Outras Palavras.

Outro fato que se questiona com referência à diminuição da atuação de operadoras na saúde suplementar, a saber, o sistema público de assistência à saúde teria condições estruturais e financeiras para absorver este público que deixaria de ter um plano de assistência privada à saúde?

De acordo com os dados apurados, essa regulamentação é muito controversa e requer estudo profundo e implementação de medidas que possibilitem a destinação de outras receitas para o financiamento do SUS, bem como a reavaliação da legislação que rege as operadoras de planos de saúde, com a finalidade de que o setor de saúde suplementar continue atuando compondo a prestação de serviços de assistência à saúde aos cidadãos brasileiros.

1.1 Objetivo Geral

Avaliar o impacto econômico-financeiro do ressarcimento ao SUS oriundo das operadoras de planos de saúde, no financiamento da saúde pública no Brasil e as implicações destas cobranças para a Saúde Suplementar.

1.1.2 Objetivos Específicos

1. Analisar de forma geral o formato da prestação de serviços da saúde pública no Brasil.
2. Verificar os parâmetros normativos do Sistema de Saúde Suplementar no Brasil.
3. Discorrer sobre a metodologia de cobrança do ressarcimento ao SUS.
4. Analisar a dependência do Estado com relação à arrecadação da saúde suplementar.

5. Promover uma análise do quanto às operadoras de planos de saúde estão sendo exigidas economicamente com as cobranças geradas em decorrência do ressarcimento ao SUS.

6. Contribuir com novas reflexões para as pesquisas e para a literatura.

1.2 Justificativa

O ressarcimento ao SUS é um tema atual e de extrema importância no mercado de saúde suplementar uma vez que afeta diretamente a situação econômico-financeira das operadoras de planos de saúde. Por imposição de uma exigência regulamentar da ANS, as operadoras têm um desequilíbrio financeiro alto, além de várias provisões contábeis para custear atendimentos de seus beneficiários no SUS que é rede de atendimento de todos os cidadãos.

Esta questão já foi objeto de uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) n. 1931, transitada em julgado. Os valores arrecadados com o ressarcimento compõem o quadro de receitas do Fundo Nacional da Saúde (FNS), ou seja, a saúde suplementar financia a saúde pública e o Estado depende desta receita para continuar exercendo seu dever constitucional de prestação de serviços de saúde pública.

De acordo com Costa (2017), a política do ressarcimento ao SUS resulta em impacto tanto para operadoras de planos de saúde que precisam despende de um determinado valor para cumprir legalmente a obrigação do repasse e para o SUS, que passa a receber este valor transformando-o em recursos que possibilitem a continuidade da prestação de serviço à saúde pública de forma universal.

O tema abordado neste trabalho ainda é pouco discutido e muito relevante, merecendo maiores estudos que contribuam para melhorar o cenário da assistência à saúde atual do país.

Este trabalho pode interessar a gestores da saúde pública, gestores de operadoras de planos de saúde, beneficiários de planos de saúde bem como usuários do Sistema Único de Saúde.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Sistema Público de Saúde Brasileiro: Garantia Constitucional de Direito à Saúde.

Formalizado como um direito fundamental social no art. 6º da Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB/88) o direito à saúde está totalmente ligado ao direito à vida, conforme a transcrição do art. 6:

São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988, p.18).

Em seguida, no art. 196, a Constituição Federal de 1988 reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam 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 conforme transcrito abaixo:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 118).

Conforme consta no ⁵portal eletrônico do Senado Federal, a forma federativa de Estado; o voto direto, secreto, universal e periódico; a separação dos Poderes; e os direitos e garantias individuais, são considerados Cláusulas Pétrias da Constituição Federal do Brasil de 1988, dispostas em seu artigo 60, § 4º. Essas cláusulas não podem jamais serem modificadas ou revogadas, nem mesmo por Proposta de Emenda à Constituição (PEC). São classificados como direitos individuais, ou de primeira geração, aqueles que oferecem o básico para os cidadãos, como a liberdade de ir e vir, liberdade de expressão, livre trabalho, saúde, educação e salário mínimo.

Tal preceito ainda é complementado pela lei 8.080/90, em seu artigo 2º, onde se lê que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

2. 1 Sistema Público de Saúde Brasileiro

De acordo com os dados disponibilizados pela publicação do Ministério da Saúde denominado "O Sistema Público de Saúde Brasileiro", escrito por Souza (2002), antes da

⁵<https://www12.senado.leg.br/noticias/glossario-legislativo/clausula-petrea>

criação do SUS, a atenção à ⁶saúde pública ocorria por meio de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças efetivadas pelo Ministério da Saúde. A principal atuação do poder público na saúde até então se deu inicialmente por meio do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e que posteriormente atribuiu a assistência médica dos seus segurados a uma autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social denominada Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado em 1977. Entretanto, o modelo de assistência à saúde instituída pelo INAMPS beneficiava apenas aos trabalhadores que possuíam vínculo formal e os dependentes que realizavam as contribuições previdenciárias.

Desta forma, o não contribuinte da autarquia só tinha acesso à saúde por meio do financiamento desta, ou seja, por meio dos prestadores de serviços de saúde particulares, ou ficavam à mercê das instituições filantrópicas de saúde.

Conforme as informações do ⁷ Portal da Reforma Sanitária, um ato político extremamente importante que influenciou diretamente na universalização dos serviços públicos de saúde foi o movimento sanitarista na Assembleia Constituinte de 1987. Entre 17 a 21 de março de 1986, em Brasília-DF foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) com a presença de ativistas, pesquisadores e trabalhadores da saúde de todo o país, na qual foi abordada a reformulação do sistema nacional de saúde pública, sobretudo, com a ampliação da cobertura e dos beneficiários dos serviços de saúde. Esse evento estabeleceu as bases para o capítulo “da Saúde”, na Constituição de 1988.

Como resultado da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) criou-se o Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde (SUDES) a partir dos convênios entre o (INAMPS) e os Estados, esboço do que seria o Sistema Único de Saúde (SUS), exposto pela Constituição Federal de 1988.

De acordo com os dados obtidos no ⁸portal jurídico, o Sistema Único de Saúde (SUS), substituiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia responsável pela saúde dos contribuintes da Previdência desde 1974, dessa forma foi desmembrado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) até 1990, ano em que foi aprovada a Lei 8080 que implementou o Sistema Único de Saúde (SUS).

⁶https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf

⁷<https://portaldareformas sanitaria.org/movimento-da-reforma-sanitaria-brasileira-os-principais-marcos-historicos/>

⁸<https://antigo.saude.gov.br/sistema-unico-de-saudeUNIão>

A Lei Federal n. 8080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as atribuições e funcionamento do Sistema Único de Saúde, bem como a Lei Federal 8142, de 28 de dezembro de 1990, que trata sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) organização administrativa destinada à promoção da saúde pública brasileira, cujo acesso deve ser universal e igualitário, constitui-se como uma rede regionalizada e hierarquizada, organizando-se de acordo com as diretrizes estabelecidas legalmente.

A criação do Sistema Único de Saúde representou um importante progresso no que tange ao modelo de assistência à saúde pública no Brasil, que anteriormente não existia (FREITAS, 2011).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma concepção vitoriosa, sua implantação nas décadas passadas exigiu muito comprometimento dos gestores, tornando-se um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública totalmente gratuita do mundo, servindo de modelo para vários países. De acordo com as informações constantes no ⁹site do Ministério da Saúde, a prestação de serviços realizada pelo SUS abrange desde um atendimento simples da Atenção Primária, como controle da pressão arterial realizada nos postos de saúde, até o transplante de órgãos, com tecnologias de alta complexidade, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a implementação do SUS foi viabilizado o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde tornou-se um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando à prevenção e a promoção da saúde.

Ainda de acordo com as informações obtidas no ¹⁰Portal da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, o Sistema Único de Saúde (SUS) também desenvolve várias ações além da prestação de serviços assistenciais à saúde, por exemplo, o controle de qualidade da água potável, a fiscalização de alimentos pela Vigilância Sanitária nos supermercados, lanchonetes, restaurantes, na assiduidade dos aeroportos e rodoviárias, a criação de regras de vendas de medicamentos genéricos, as campanhas de vacinação e na doação de sangue e de leite materno que acontecem durante todo o ano.

⁹<https://antigo.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>

¹⁰<https://www.saude.mg.gov.br/sus>

Segundo também consta no Portal da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, todos os cidadãos brasileiros podem e tem o direito de utilizar o SUS, até mesmo aqueles que possuem planos de saúde, pois todos contribuem com o recolhimento de impostos para que ele funcione. O SUS é integral, igualitário e universal, ou seja, não faz, e nem deve fazer qualquer distinção entre seus usuários. Até mesmo os estrangeiros que estiverem no Brasil e que por algum motivo precisarem de assistência de saúde podem utilizar toda rede do SUS gratuitamente.

2.2 Panorama Geral do Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Lei 8.080/1990, possui mais de 30 anos de existência, enfrentando desde sua criação o subfinanciamento, onde os recursos financeiros destinados à operacionalização e ao financiamento do SUS, sempre foram insuficientes para garantir uma saúde pública, universal, integral e de qualidade, implicando em uma longa batalha pela sobrevivência do sistema. Este cenário, de certa forma obriga a limitar a quantidade de atendimentos, sejam clínicos ou especializados, gerando uma longa espera por atendimento. A demanda tem crescido de forma desordenada se comparada com a quantidade de serviços disponíveis ao cidadão ocasionando severas críticas ao sistema (SOUZA, 2020).

Publicações afirmam que essa situação se deu em ocorrência da Reforma do Estado, ou a contra-reforma como também é conhecida, ao qual defendem que este deixou de cumprir suas funções básicas investindo mais em políticas públicas para o setor produtivo. Bravo (2006) acrescenta que há ações que esgotam as estratégias para alterar a burocracia excessiva instalada nos órgãos públicos, principalmente na área da saúde, ao qual por volta de 1995 implantou-se um modelo gerencial com características de descentralização, eficiência, controle dos resultados devendo ser eles produtivos, principalmente na área da saúde.

A saúde é direito de todos conforme consta na Constituição Federal de 1988, e não está sendo devidamente garantida em consequência do alto índice de buscas por tratamentos especializados, ou mesmo porque há pacientes que necessitam de algum tratamento diferencial, seja por viver em risco de vulnerabilidade social (ou que já vive nestas condições), ou pelo fato de não conseguir acesso ao serviço. Para garantir o acesso a saúde de todos, alguns órgãos públicos vinculados à área da saúde mantém um assistente social para

realizar o acompanhamento da população, conforme descrito no ¹¹ artigo publicado no site Âmbito Jurídico (2017).

Alcântara e Vieira (2013) descrevem que os cidadãos brasileiros que dependem do acesso aos serviços prestados pelo SUS têm gerado resultados alarmantes, haja vista que, a demanda tem ocasionado um relevante atraso nos resultados dos exames, nas consultas e nos tratamentos. Esse fenômeno gera custos para o governo, pois esses atrasos ocasionam medidas imediatas para tratamentos onerosos que poderiam ter sido evitados se houvesse diagnóstico imediato.

Segundo consta no portal do Ministério da Saúde, o SUS é um dos maiores sistemas de atendimento popular referente à saúde do mundo. Muitos países almejam implantar esse sistema, pois pode se observar que o projeto é audacioso e fascinante, o qual atende de forma democrática toda a população, com serviços interligados por meio de um cadastro que todo usuário deve fazer, cujo banco de dados fica sob o controle do Ministério da Saúde.

Um dos atendimentos oferecidos pelo SUS é o Programa de Saúde da Família (PSF). Esse atendimento é visto como uma verdadeira reforma dentro da política de saúde preventiva. Seus objetivos estão voltados para a prevenção e assistência à saúde da população brasileira (SANTOS; BENEDETTI, 2012).

Segundo as autoras Walisete e Labete¹² (2005), o Programa Saúde da Família (PSF) é considerado um meio relativo de reforma na política sanitária de saúde e vem provocando grandes alterações na operação política do Brasil. O PSF foi concebido pelo Ministério da Saúde em 1994, e objetiva a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios para melhoria da qualidade de vida, tendo em vista que o atendimento hospitalar antes era designado somente para a cura de doença, destacava-se um modelo tradicional de assistência à saúde, até então, não existia um foco específico para cada situação de emergência.

Verifica-se também no ¹³ portal do Ministério da Saúde, diante desse cenário, de acordo com as pesquisas, que somente acessar o SUS não é suficiente, é preciso que o atendimento seja humanizado. Por isso em 2003 o governo federal lança a Política Nacional de Humanização que visa garantir o atendimento integral e humano não só ao paciente, mas à

¹¹<https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-161/a-politica-nacional-de-saude-o-assistente-social-e-os-desafios-de-uma-acao-interdisciplinar/>

¹²https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600016

¹³<https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizausus>

família também, de forma que o tratamento seja o mais breve possível e em grande parte é um serviço destinado aos cuidados dos agentes de saúde.

Em 2020, o SUS completou 30 anos, de acordo com informações contidas no portal Agência Brasil, enfrentado um cenário de pandemia mundial decorrente do vírus ¹⁴COVID 19, as suas ações se tornaram ainda mais imprescindíveis para manter a ordem e garantir o cuidado da população, visto que mais de 70% (setenta por cento) dos brasileiros dependem exclusivamente do SUS para ter acesso à ¹⁵saúde.

2.3 Princípios do Sistema Único de Saúde

Universalização

Previsto no artigo 7º I da Lei 8.080/96, trata-se de um dos princípios fundamentais do SUS, no qual formaliza que todos possuem direito de acesso as ações e serviços da saúde, independentemente de cor, raça, ocupação e outras características sociais ou pessoais, sendo dever do Poder Público garanti-los.

De acordo com informações contidas no ¹⁶ site do Ministério da Saúde, a universalização da saúde, um dos princípios do SUS, trata-se do direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.

A ¹⁷publicação do Ministério da Saúde, SUS Princípios e conquistas (2000), traz que a universalização, não diz respeito somente garantia imediata de acesso às ações e serviços à saúde, ela torna disponível a oferta desses serviços e ações a todos que deles necessitem, buscando enfatizar ações preventivas e reduzindo o agravamento de doenças.

¹⁴Doença do Corona vírus, enquanto “19” se refere a 2019, quando os primeiros casos em Wuhan, na China, foram divulgados publicamente pelo governo chinês no final de dezembro

¹⁵<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-09/sus-completa-30-anos-com-conquistas-e-desafios>

¹⁶. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/s/sistema-unico-de-saude-sus-estrutura-principios-e-como->

¹⁷https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf

Equidade

O artigo 7º, IV da Lei 8.080/90 prevê a igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos e privilégios de qualquer espécie, ou seja, a equidade diz respeito a garantia para todas as pessoas em igualdade de condições e também ao acesso às ações e serviços dos diferentes níveis de complexidade do sistema.

O objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Conforme evidencia o ¹⁸Portal Educação, apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

Perante o Sistema Único de Saúde, todos são iguais e serão atendidos de acordo com suas necessidades, tendo como limite até onde o sistema possa oferecer.

Integralidade

Previsto no artigo 7º, II da referida Lei, a integralidade de assistência, pode ser entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. O sistema de saúde deve ser preparado para atender a todas as demandas dos usuários, ouvindo suas necessidades e trabalhando para atendê-los de forma respeitosa e com qualidade.

Regionalização e Hierarquização

Segundo informações trazidas pelo ¹⁹portal da Justiça Federal, de acordo com o princípio da regionalização e hierarquização, os serviços ofertados pelo SUS precisam ser organizados em níveis crescentes de complexidade, limitados a uma determinada área geográfica, seguindo um planejamento a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida.

A hierarquização e regionalização das redes de serviços de saúde proporcionaram maior abrangência e conhecimento dos principais problemas de saúde da população de cada

¹⁸<https://siteantigo.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/medicina/sus-principios-e-diretrizes/38572>

¹⁹<https://www10.trf2.jus.br/comite-estadual-de-saude-rj/o-sus/>

área delimitada, garantindo maior eficiência e efetividade das políticas do Sistema Único de Saúde.

Descentralização e Comando Único

Descentralização diz respeito a redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Cada ente deve prestar serviços de saúde de qualidade, garantindo melhor utilização de recursos, bem como, atender com maior precisão as necessidades de cada região.

De acordo com informações contidas no ²⁰ portal do Ministério da Saúde, a responsabilidade pela saúde no SUS deve ser descentralizada até o município, devendo para isso, serem fornecidas condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que o princípio da descentralização seja válido, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

Foram definidos os papéis das esferas governamentais na busca da saúde, considerando-se o Município como o responsável imediato pelo atendimento às necessidades básicas, devendo prestar serviços de atendimento à saúde com auxílio técnico e financeiro da União e Estado, conforme disposto na Constituição Federal em seu artigo 30, inciso VII (GONÇALVES, 2017).

2.4 Gestão e Financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS)

Os princípios e diretrizes do SUS, dispostos na Constituição Federal e na Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, determinam que a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) seja fundamentada na distribuição de competências entre a União, os Estados e os Municípios.

O Ministério da Saúde preconiza em seu ²¹ portal, que cabe às três esferas de governo, de forma conjunta, determinar mecanismos de controle e avaliação dos serviços de saúde, além de monitorar o nível de saúde da população, aplicar e gerenciar os recursos

²⁰ <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/s/sistema-unico-de-saude-sus-estrutura-principios-e-como-funciona>

²¹ <https://antigo.saude.gov.br/gestao-do-sus>

orçamentários e financeiros, definir políticas de recursos humanos, realizar o planejamento de curto e médio prazo e promover a articulação de políticas de saúde.

De acordo com os dados fornecidos no portal do Ministério da Saúde (MS), os gestores do SUS são os responsáveis por executar a política de saúde objetivando garantir para toda a população o pleno usufruto do direito à saúde.

Segundo a Constituição Federal de 1988, o SUS é composto pelo:

- Ministério da Saúde;
- Estados (Secretaria Estadual de Saúde – SES);
- Municípios (Secretaria Municipal de Saúde – SMS).

2.4.1 Responsabilidades dos Entes que Compõe o SUS.

União

O Ministério da Saúde é o órgão que realiza a gestão federal da saúde pública, e de acordo com os dados obtidos no²²portal jurídico, Governo Federal é o principal financiador da rede pública de saúde. Historicamente, o Ministério da Saúde aplica metade dos recursos gastos no país em saúde pública, os estados e municípios, em geral, contribuem com a outra metade dos recursos. O Ministério da Saúde formula políticas nacionais de saúde, mas não realiza as ações. Para a realização dos projetos, depende de seus parceiros (estados, municípios, ONGs, fundações, empresas, etc.). Também tem a função de planejar, elaborar normas, avaliar e utilizar instrumentos para o controle do SUS.

Estados e Distrito Federal

Os estados possuem secretarias específicas para a gestão de saúde. O gestor estadual deve aplicar recursos próprios, inclusive nos municípios, e os repassados pela União. Além de ser um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais de saúde, o estado formula suas próprias políticas de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível estadual, respeitando a normatização Federal. Os gestores estaduais são responsáveis pela organização do atendimento à saúde em seu território, segundo informações constantes no portal do Ministério da Saúde.

²²<https://antigo.saude.gov.br/sistema-unico-de-saudeUNião>

Municípios

O responsável pela execução das ações e serviços de saúde no âmbito do seu território é o gestor municipal, ele deve aplicar recursos próprios e os repassados pela União e pelo estado. O município formula suas próprias políticas de saúde e também é um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais e estaduais de saúde, ele coordena e planeja o SUS a nível municipal, respeitando a normatização Federal. Pode estabelecer parcerias com outros municípios para garantir o atendimento pleno de sua população e para procedimentos de complexidade que estejam acima daqueles que pode oferecer.

Segundo informações do Ministério da Saúde, disponíveis no portal oficial, a responsabilidade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é Tripartite, ou seja, das três esferas de governo: Federal, Estadual e Municipal, por meio da vinculação de orçamento da seguridade social.

2.4.2 Fundo Nacional de Saúde – FNS

O Fundo Nacional de Saúde (FNS) foi instituído pelo Decreto Nº 64.867, de 24 de julho de 1969, revogado posteriormente pelo Decreto Nº 3.964, de 10 de outubro de 2001. O FNS é o órgão gestor dos recursos financeiros destinados ao financiamento das despesas correntes e de capital do Ministério da Saúde, dos órgãos e entidades da administração direta e indireta, integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo informações contidas no ²³portal oficial do Fundo Nacional de Saúde, sua missão é contribuir para o fortalecimento da cidadania, mediante a melhoria contínua do financiamento das ações de saúde, criando mecanismos de transparência para levar ao conhecimento da sociedade informações relativas ao custeio, financiamentos e investimentos voltados ao SUS.

Supervisionado pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, o Fundo Nacional da Saúde (FNS) faz a gestão do capital com base no Plano Nacional de Saúde e o Planejamento Anual do Ministério da Saúde, nos termos das normas definidoras dos Orçamentos Anuais, das Diretrizes Orçamentárias e dos Planos Plurianuais.

²³<https://portalfns.saude.gov.br/sobre-o-fns/>

Ainda de acordo com as informações disponíveis no Portal do Fundo Nacional de Saúde, os recursos alocados junto a este órgão, são transferidos para os Estados, Municípios e o Distrito Federal para que estes entes realizem de forma descentralizada ações e serviços de saúde, bem como investirem na rede de serviços e na cobertura assistencial e hospitalar, no âmbito do SUS. Essas transferências são realizadas nas seguintes modalidades: Fundo a Fundo, Convênios, Contratos de Repasses e Termos de Cooperação.

Compõe a receita do (FNS), 45% dos recursos do Seguro DPVAT, conforme estabelecido no Decreto Nº 2.867/1998, e na Lei Nº 8.212/91, visando ao atendimento às vítimas de acidentes em hospitais da rede SUS.

Além desta fonte há o valor investido pelos estados, municípios e União. Valores definidos pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que define os seguintes percentuais mínimos para serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Por esta lei, conforme descrito no site do FNS, cabem os seguintes percentuais mínimos relativos à arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos:

- 12% para os municípios e o Distrito Federal aplicarem anualmente;
- 15% para os Estados;
- No caso da União, a quantia aplicada deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior com o acréscimo do percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB), ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

Também compõe a receita do FNS o ressarcimento efetuado pelas operadoras de planos de saúde referente aos serviços prestados de atendimento à saúde, previstos nos contratos dos consumidores e seus respectivos dependentes realizados em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do SUS, em conformidade com a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

2.5 Investimentos na Saúde Pública

De acordo com a publicação na página do Estadão denominada "Qual é o gasto diário de saúde do Brasil por habitante?", o Conselho Federal de Medicina demonstra que no fim de 2019, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), divulgou um estudo sobre os gastos per capita na área de saúde em 44 nações desenvolvidas ou emergentes — o qual o Brasil ficou na 37ª colocação, entre as últimas posições do ranking.

Ainda seguindo, para fins de informação, de acordo com os últimos dados apurados pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), o Brasil gastou R\$ 1.382 per capita em saúde em 2018. Os Estados Unidos, que são os maiores investidores segundo a pesquisa, registraram gasto total anual de US\$ 10 mil dólares por habitante em 2018, sendo a maior parte proveniente de investimento governamental.

No ano de 2020, o Conselho Federal de Medicina (CFM) realizou um balanço a partir dos dados oficiais divulgados pelo governo, constatando que no ano de 2019 o gasto por habitante com saúde no país foi de R\$ 1.398,53. Desta forma, a União gasta diariamente R\$ 3,83 com cada habitante, valor que é proveniente das três esferas do poder público: federal, estadual e municipal. Há 12 anos, esse indicador fica na casa dos R\$ 3,00, conforme os dados da tabela a baixo:

Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde, Brasil (2008 - 2019)					
Ano	Federal	Estadual	Municipal	Total/ano	Total/dia
2008	473,41	301,30	320,15	1.094,87	3,00
2009	538,52	298,27	323,65	1.160,43	3,18
2010	530,98	319,59	349,07	1.199,63	3,29
2011	589,69	338,97	380,84	1.309,50	3,59
2012	613,41	344,08	404,89	1.362,38	3,73
2013	586,17	368,05	428,83	1.383,06	3,79
2014	600,75	373,24	445,09	1.419,08	3,89
2015	587,39	353,98	428,38	1.369,75	3,75
2016	578,58	343,17	431,82	1.353,57	3,71
2017	597,99	358,08	438,83	1.394,91	3,82
2018	588,47	363,70	430,12	1.382,29	3,79
2019	590,43	366,22	441,88	1.398,53	3,83

Fonte: SIOP/SIOPS/MS. Valores corrigidos pelo IPCA

Fonte: <https://iess.org.br/?p=setor&grupo=Numeros>

O estudo feito pelo Conselho Federal de Medicina ²⁴ (CFM), com consultoria da ONG Contas Abertas, teve como base para análise as despesas registradas pelo Ministério da Saúde em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) declarados no Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (Siops).

O presidente do CFM, Senhor Mauro Ribeiro, ressaltou que os indicadores de saúde e as más condições de trabalho no país demonstram que a parcela destinada para investimento no setor permanece muito abaixo do que seria ideal. Mesmo com o crescimento dos valores aplicados em cerca de R\$ 85,8 bilhões nos últimos 12 anos, a quantia ainda é infinitamente menor quando comparada com padrões internacionais e as demandas da população brasileira.

No material de divulgação do estudo, o presidente do CFM destacou que a falta de recursos torna-se mais grave diante do aumento nos últimos anos da demanda por serviços públicos de saúde, em especial devido à incidência crescente de doenças crônicas na população.

Ainda com base nos dados levantados pelo CFM, de acordo com matéria publicada na revista Lide, cabe ressaltar que a crise econômica e o aumento do desemprego, fizeram com que milhões de brasileiros abandonassem os planos de saúde, especialmente a partir de 2014, repercutindo na demanda por atendimento em cuidados básicos e ambulatoriais na rede pública de saúde.

Segundo os dados da publicação, o Brasil gasta 8%(oito por cento) do seu Produto Interno Bruto (PIB) em saúde, dos quais 4,4% (quatro vírgula quatro por cento) vêm de gastos privados e 3,8% (três vírgula oito por cento), de gastos públicos.

O ²⁵levantamento do CFM resalta que nos últimos 11 anos os gastos realizados pelos municípios estão crescendo, ao mesmo tempo em que caem esses gastos pelo governo federal, o gasto dos estados tem permanecido estável, segundo informações levantadas.

Ainda de acordo com as informações do artigo disponível no site da revista lide, em 2019, os municípios foram responsáveis por 31,3%(trinta e um vírgula três por cento) dos gastos com saúde. Em 2009, essa fatia era de 27,6%(vinte e sete vírgula seis por cento). Ainda em 2019, a União, que faz a aquisição da maior parte dos medicamentos e vacinas, foi

²⁴<https://summitsaude.estadao.com.br/desafios-no-brasil/qual-e-o-gasto-diario-de-saude-do-brasil-por-habitante/>.

²⁵<https://revistalide.com.br/noticias/saude-bem-estar/setor-publico-gasta-r-383-per-capita-por-dia-com-saude-diz-cfm>

responsável por 42,4%(quarenta e dois vírgula quatro por cento) dos gastos, abaixo dos 46%(quarenta e seis por cento) registrados em 2009.

2.6 Sistema de Saúde Suplementar

A crescente demanda por saúde juntamente com a insegurança pública devido ao modelo implantado pelo Governo colaborou para o expressivo crescimento do setor de saúde suplementar que posteriormente, em 1998, também precisou ser regulamentado (FREITAS, 2011).

Segundo informações constantes no sítio da ANS, a saúde suplementar foi regulamentada por meio da Lei n. 9.656 de 1998, que formalizou as regras a serem seguidas por todos os prestadores que comercializam planos de assistência à saúde. Para entender melhor esse cenário, se faz congruente inferir que antes da legislação as Operadoras de Planos de Saúde atuavam de acordo com critérios próprios, não existia nenhuma regulamentação para comercialização dos planos de assistência à saúde e para a prestação dos serviços contratados. A partir da homologação desta lei, as regras para a oferta de serviços e atuação dos prestadores de serviços à saúde passaram a regular este setor e a fiscalização ficou a cargo da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia criada em 2000 pela Lei n. 9.961.

A criação da ANS trouxe a regulação do mercado da saúde suplementar, mas ainda existem falhas a serem corrigidas. É importante esclarecer que os planos de saúde fornecem assistência à saúde de forma suplementar opcional, de modo que o cidadão não perde o direito de ser atendido pelo SUS ao contar com a cobertura do plano privado (COELHO et al, 2016).

Ainda de acordo com informações disponíveis no portal oficial da ANS, esta Agência Reguladora está vinculada ao Ministério da Saúde e visa promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde e também regular e fiscalizar as operadoras de planos privados de assistência à saúde e suas relações com os prestadores de serviços e consumidores.

2.6.1 Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

A Agência Nacional de Saúde Suplementar²⁶ (ANS) foi criada a partir de setor específico do Ministério da Saúde, onde coube à ANS cumprir a Lei nº 9.656, editada em junho de 1998.

Conforme dados constantes no portal da ANS, esta seria uma Autarquia Especial Federal, instituída pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, como instância reguladora de um setor da economia para o qual não existia padrão de funcionamento até então. As exceções são o seguro de assistência à saúde e das seguradoras, sob o controle econômico-financeiro da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP).

A saúde suplementar passou a conviver com o sistema público, consolidado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), nascido a partir da Constituição Federal de 1988. Com o SUS, a saúde foi legitimada como um direito da cidadania, assumindo status de bem público.

A ANS é sediada na cidade do Rio de Janeiro/RJ e atua criando normas com o intuito de controlar e fiscalizar o mercado de planos de saúde promovendo a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, nas relações das operadoras setoriais com prestadores e consumidores.

Segundo informações no portal oficial da Agência, a estrutura da ANS é composta por cinco diretorias, os responsáveis são escolhidos pelo Poder Executivo Federal para mandatos fixos de 03 (três) anos, com possibilidade de uma recondução de mandato, por mais 03 (três) anos. Esses diretores precisam ser sabatinados pelo Senado Federal.

Hoje, o setor brasileiro de planos e seguros de saúde é um dos maiores sistemas privados de saúde do mundo.

2.6. 2 Operadoras de Planos de Saúde (OPS)

As operadoras de Planos de Saúde foram denominadas no art. 1º da Lei n. 9.656 de 1998, como sendo qualquer pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão que opere produto, serviço, ou contrato de assistência à saúde. Com esta definição surgiram outros conceitos relacionados às OPS,

²⁶<https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-constitucional/o-direito-a-saude-na-constituicao-federal-de-1988/>

dentre estes podemos citar, a classificação quanto à modalidade de atuação no mercado de saúde suplementar, conforme consta no ²⁷portal oficial da ANS:

1) Filantropia: operadora que se constitui em entidade sem fins lucrativos que opera planos de saúde e que tenha certificado de entidade filantrópica do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS);

2) Administradora de Benefícios: pessoa jurídica que propõe a contratação de planos coletivos de saúde na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes;

3) Autogestão: entidade que opera serviços de assistência à saúde ou empresa que se responsabiliza pelo plano destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos de uma ou mais empresas, associados integrantes de determinada categoria profissional, aposentados, pensionistas ou ex- empregados, bem como seus respectivos grupos familiares;

4) Cooperativa médica: operadora constituída na forma de associação de pessoas sem fins lucrativos nos termos da Lei n. 5.764/71, formada por médicos, e que comercializa planos de assistência à saúde;

5) Seguradora especializada em saúde: empresa constituída em sociedade seguradora com fins lucrativos que comercializa seguros saúde e oferece reembolso das despesas assistenciais, sendo vedada a operação em outros ramos de seguro;

6) Medicina de grupo: sociedade que comercializa ou opera planos de saúde, excetuando as classificadas nas demais modalidades;

7) Cooperativa Odontológica: associação de pessoas sem fins lucrativos nos termos da Lei n. 5.764/71, formada por odontólogos, que comercializa planos de saúde exclusivamente odontológicos;

8) Odontologia de Grupo: sociedade que comercializa planos exclusivamente odontológicos, excetuando-se as classificadas na modalidade de cooperativa odontológica.

Mais uma classificação das OPS diz respeito ao porte, determinado com base na quantidade de beneficiários apurados na data de 31 de dezembro do exercício imediatamente anterior, conforme descrito na Resolução Normativa n. 392: as operadoras de Pequeno Porte

²⁷http://ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/central-de-atendimento-a-operadoras-e-prestadores/index.php?option=com_centraldeatendimento&view=operadora&resposta=404&historico=2844748.

possuem menos de 20 mil beneficiários; as operadoras de Médio Porte possuem entre 20 mil e 100 mil beneficiários, enquanto as operadoras de Grande Porte possuem mais de 100 mil beneficiários.

A atuação das Operadoras de Planos de Saúde no mercado ocorria desde o período anterior à regulamentação do setor, entretanto, no cenário pós-regulamentação, constatou-se uma significativa queda no número OPS atuantes, devido às exigências financeiras impostas pela (ANS), bem como critérios rigorosos de atuação no mercado (SILVEIRA E COELHO, 2019).

Atualmente no Brasil constam 709 (setecentos e nove) operadoras de planos de saúde médico hospitalar com registro ativo no site da ANS.

2.6.3 Principais Modalidades de Planos Privados de Assistência à Saúde

De acordo com os ²⁸ dados que foram obtidos no Glossário Temático à Saúde, disponibilizado pela Agência Nacional de Saúde, o plano privado de assistência à saúde é denominado um contrato de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço preestabelecido ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado com finalidade de garantir sem limite financeiro a assistência à saúde pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais, ou serviços de saúde livremente escolhidos mediante pagamento direto ao prestador por conta e ordem do consumidor.

Plano de Saúde Individual ou Familiar

O plano de saúde individual ou familiar, segundo informações da ANS, é a modalidade que oferece cobertura assistencial, para livre adesão dos beneficiários que buscam assistência individual ou familiar.

A contratação é realizada pela livre escolha do consumidor que é diretamente uma pessoa física, que possua necessariamente um cadastro de pessoa física (CPF) válido, de acordo com a Resolução Normativa nº 195 de 2009 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

²⁸ http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/saudesup_glossario_site-1.pdf

Plano de Saúde Coletivo Empresarial

A modalidade que oferece cobertura assistencial para os beneficiários limitados vinculados a uma pessoa jurídica é o plano de saúde coletivo empresarial.

Sua contratação é realizada de acordo com a Resolução Normativa n° 195 de 2009 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que é efetivada por empresas que desejam ofertar um plano de saúde aos seus colaboradores.

Plano de Saúde Coletivo por Adesão

O ²⁹ plano de saúde coletivo por adesão é a modalidade que oferece cobertura assistencial aos beneficiários vinculados com as pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, segundo informações da ANS.

Na sua contratação é obrigatória a comprovação da legitimidade da pessoa jurídica contratante e também a elegibilidade do beneficiário pela Operadora de Planos de Saúde.

Os planos de saúde possuem prazos de carências a serem cumpridos antes de sua utilização. Carência é o tempo que o beneficiário terá que esperar para ter atendimento através do plano de saúde para realização de procedimentos médicos. Essa informação deve esclarecida no fechamento do contrato de plano de saúde.

A OPS que comercializa o plano de saúde pode exigir o cumprimento dos seguintes períodos de carência conforme legislação da ANS vigente:

Situação	Tempo a ser aguardado após a contratação do plano de saúde*
Casos de urgência (acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional) e emergência (risco imediato à vida ou lesões irreparáveis)	24 horas
Partos a termo, excluídos os partos prematuros e decorrentes de complicações no processo gestacional	300 dias
Demais situações	180 dias

Fonte: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/4499-ans-define-regras-para-cobranca>

²⁹ <https://saude.legal/2019/01/08/modalidades-de-planos-de-saude/>


Se o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP), no momento da contratação ou adesão ao plano de saúde, estas devem ser declaradas no ato de fechamento do plano de saúde.

A ³⁰Agência Reguladora de Planos de Saúde no Brasil informa que para as doenças e lesões preexistentes, ou seja, aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano de saúde será ofertada a Cobertura Parcial Temporária (CPT), até cumprir dois anos de carência. Isso significa que, durante esse período, a cobertura para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos relacionados às doenças e lesões preexistentes estarão suspensas.


Dependendo da modalidade do plano de saúde contratado poderá ocorrer a cobrança da chamada coparticipação ou franquia, que consiste em um valor pago pelo consumidor à operadora de planos de saúde em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde conforme regras delimitadas pela ANS, constantes no quadro abaixo:


COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA


PRINCIPAIS REGRAS


- 


O valor máximo pago pelo beneficiário **não pode ultrapassar o valor correspondente à mensalidade** (limite mensal) ou a 12 mensalidades (limite anual)


 - ▶ Por exemplo, se o beneficiário paga R\$ 100 de mensalidade, o limite mensal da coparticipação não pode ultrapassar R\$ 100. Com isso, o beneficiário irá pagar, neste mês, R\$ 200 (máximo)
- 

Isenção de cobrança para mais de **250 procedimentos**, como exames preventivos, tratamento de doenças crônicas e exames de pré-natal e neonatal
- 

Proibido uso de coparticipação e franquia **diferenciado por doença ou patologia**
- 

Para atendimento em **pronto socorro ou durante internação**, deve ser aplicado valor monetário fixo e único contemplando todos os serviços e procedimentos
- 

Informações devem ser detalhadas no contrato
- 

Operadoras deverão divulgar extrato de utilização dos procedimentos com os valores aplicados em seus sites, na área do **Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS)**
- 

Percentual máximo de coparticipação não pode ultrapassar **40%** do valor do procedimento

Fonte: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/4499-ans-define-regras-para-cobranca>

2.6.4 Beneficiários de Planos de Saúde

³⁰<https://www.ans.gov.br/index.php/component/content/article/48-perguntas-frequentes/755-quanto-tempo-e-preciso-aguardar-ate-poder-ser-atendido-ao-contratar>

No último levantamento realizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) os números de beneficiários foi atualizado de acordo com os planos de saúde relativos ao mês de dezembro de 2020. No período o setor totalizou 47.564.363 (quarenta e sete milhões, quinhentos e sessenta e quatro mil e trezentos e sessenta e três) beneficiários em planos de assistência médica e 27.050.313 (vinte e sete milhões, cinquenta mil e trezentos e treze) em planos exclusivamente odontológicos em todo o Brasil.

No comparativo com dezembro de 2019, entre os Estados, o setor registrou aumento de beneficiários em planos de assistência médica, sendo que Minas Gerais e São Paulo apresentaram os maiores crescimentos.

A ANS ressalta que os números podem sofrer modificações retroativas em função das revisões efetuadas mensalmente pelas operadoras.

Na tabela apresentada abaixo, disponível no site da Aliança Brasileira da Indústria Inovadora em Saúde (ABIIS) é possível observar a evolução de beneficiários por tipo de contratação do plano em diferentes competências:

Beneficiários em planos de assistência médica, por tipo de contratação de plano						
Competência	Total	Coletivo			Individual	Não Informado
		Empresarial	Por adesão	Não identificado		
dez/18	47.088.544	31.717.835	6.158.820	513	9.113.055	98.321
dez/19	47.009.784	31.717.848	6.184.500	459	9.019.649	87.328
jan/20	46.963.355	31.701.009	6.177.630	456	8.997.771	86.489
fev/20	46.982.646	31.733.671	6.178.089	450	8.986.333	84.103
mar/20	47.053.433	31.791.187	6.185.422	450	8.993.084	83.290
abr/20	46.969.380	31.721.426	6.205.319	449	8.959.255	82.931
mai/20	46.739.288	31.519.212	6.203.816	446	8.933.516	82.298
jun/20	46.665.443	31.434.974	6.217.497	446	8.932.726	79.800
jul/20	46.772.519	31.523.800	6.217.966	446	8.953.517	76.790
ago/20	46.857.483	31.561.196	6.229.723	446	8.989.733	76.385
set/20	47.010.857	31.683.176	6.246.815	436	9.005.198	75.232
out/20	47.193.105	31.817.632	6.277.218	434	9.023.076	74.745
nov/20	47.385.463	32.003.562	6.294.021	434	9.017.907	69.539
dez/20	47.564.363	32.154.545	6.308.012	434	9.032.612	68.760

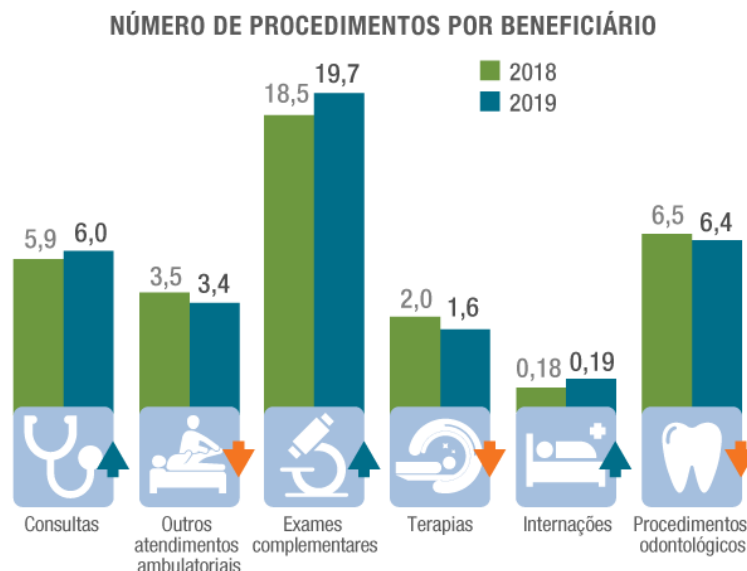
Fonte: <https://abiis.org.br/planos-de-saude-ans-disponibiliza-numeros-de-dezembro/>

De acordo com os últimos dados apurados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), referentes ao ano de 2019, os beneficiários de planos de saúde realizaram 1,62 bilhão de procedimentos como consultas, exames e internações. O número representa um aumento de 2,4% em relação ao total de procedimentos realizados em 2018 (1,57 bilhão).

Conforme gráficos disponíveis no portal oficial da ANS, podemos observar de forma clara o comparativo dos números de procedimentos realizados em 2018 e 2019 pelos beneficiários de planos de saúde:



Fonte <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/5652-em-2019-beneficiarios-de-planos-de-saude-realizaram-1-62-bilhao-de-procedimentos>



Fonte: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/5652-em-2019-beneficiarios-de-planos-de-saude-realizaram-1-62-bilhao-de-procedimentos>

Com a exposição destes dados, cabe ressaltar a relevância do setor de Saúde Suplementar na prestação de serviços de saúde, desafogando o SUS e movimentando a economia do país.

Segundo os últimos dados divulgados pela ANS a taxa de cobertura da população por planos privados de assistência a saúde atualmente chega a 24,5% da população brasileira. Na tabela a seguir é possível avaliar a cobertura populacional durante desde 2010.

Taxa de cobertura (%) por planos privados de saúde (Brasil - 2010-2021)

Ano	Beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia	Beneficiários em planos privados exclusivamente odontológicos
Dez /2010	22,3	7,0
Dez /2011	23,4	7,6
Dez /2012	23,8	8,7
Dez /2013	24,6	9,4
Dez /2014	25,5	10,1
Dez /2015	26,0	10,5
Dez /2016	25,3	10,7
Dez /2017	24,4	10,9
Dez /2018	24,2	11,5
Dez /2019	24,2	12,5
Dez /2020	24,2	13,3
Jan/ 2021	24,5	14,0

Fontes: Sistema de Informações de Beneficiários-SIB/ANS/MS e População - IBGE/Datasus/2012
Nota: Taxa de cobertura refere-se ao percentual da população coberta por plano privado de saúde.
Dados atualizados até 01/2021

Fonte:<https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>

2.7 Ressarcimento ao SUS

A Lei n. 9656 de 1998, prevê o ressarcimento ao SUS em seu artigo 32 cujo caput segue transcrito abaixo:

Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1998, p. 01).

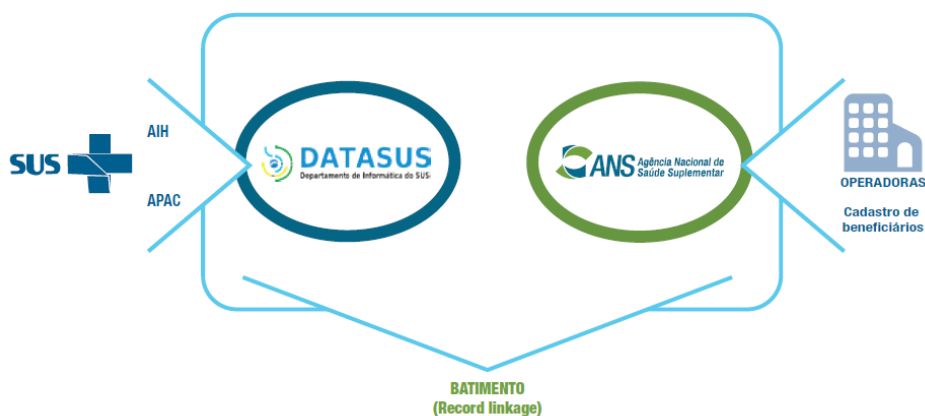
Conforme elencado no artigo n. 32, o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) ocorre quando os atendimentos prestados aos beneficiários de planos de saúde são realizados em hospitais, consultórios, laboratórios ou clínicas especializadas públicas ou privadas,

conveniadas ou contratadas, integrantes do sistema público, observando-se os limites dos contratos celebrados (COELHO et al., 2016).

Segundo os legisladores, a implementação do ressarcimento ao SUS tem como objetivo evitar o enriquecimento ilícito das Operadoras de Planos de Saúde. Além disso, a Lei que instituiu esta política objetiva basicamente a constituição de uma nova fonte de financiamento do SUS, visando garantir que as operadoras cumpram as condições estabelecidas em contrato e impedindo que as atividades com fins lucrativos tenham o auxílio de recursos públicos (BIAR, 2015).

Ocorre que as operadoras atuam na saúde suplementar e o cidadão tem a opção de utilizar tanto a saúde pública como a privada, e logo, deveriam ser isentas da obrigação frente a estas despesas. Entretanto, a obrigatoriedade do ressarcimento ao SUS independe dos motivos pelos quais os beneficiários utilizam a rede pública. O ressarcimento ao SUS corresponde a uma despesa assistencial, que embora não tenha sido utilizada por meio da rede privada contratada, é subsidiado pelas operadoras, se tornando um ônus, questionável e que financia a saúde pública (DINIZ, 2019).

Conforme informações constantes no ³¹ Guia ressarcimento ao SUS 2019, disponibilizado pela ANS, esta recebe do Departamento de Informática do SUS- (DATASUS) a base de dados com informações sobre os atendimentos ocorridos na rede do (SUS) e faz a conferência dessas informações com o seu banco de dados de beneficiários de planos de saúde.



Fonte: (BRASIL, 2019)

³¹ <file:///C:/Users/Marcelo/Downloads/ANS-ASPECTOS%20FINANCEIROS%20DO%20RESSARCIMENTO%20AO%20SUS%20ED.%20ATUAL..pdf>

Para viabilizar esse processo, por força de seus normativos, a ³²ANS exige das operadoras que ao cadastrarem um novo beneficiário em sua carteira, insiram em seus registros, o respectivo número do Cartão Nacional do SUS. De posse desse registro e do CPF do beneficiário, a ANS realiza o cruzamento de ³³dados, sendo possível apurar todos procedimentos clínicos e cirúrgicos que o beneficiário de plano de saúde utilizou na rede do SUS.

Por meio da Portaria 940 de abril de 2011, O Ministério da Saúde regulamentou o Cartão SUS ou Cartão Nacional de Saúde (CNS) com o objetivo de unificar a base de dados por meio de um registro único contendo as informações dos pacientes da rede pública de saúde, possibilitando o acesso do histórico de atendimento de cada cidadão.

Conforme ³⁴publicação do Ministério da Saúde, Normas e Procedimentos de Uso (2012), o Cartão Nacional de Saúde (CNS) é o documento de identificação do usuário do SUS, garantindo a todo cidadão, atendimento nas Unidades de Saúde e Hospitais do Brasil que integram a rede do SUS, facilitando a marcação de consultas e exames, assegurando o acesso a medicamentos gratuitos e a assistência integral à saúde, desde o início na Atenção Primária, sendo encaminhado para outros níveis de assistência, se for o caso, como especialidades e alta complexidade.

No Cartão SUS são armazenadas informações do paciente, do tratamento realizado e prescrito e do profissional de saúde que o atendeu. Por meio do acesso a essa base de dados, o usuário do SUS poderá ter seu histórico de saúde acessado de qualquer prestador do SUS do Brasil, independente da localidade em que ele esteja atualizando assim o seu relato de ocorrências.

No portal do Conselho Nacional de Saúde consta que o Cartão Nacional de Saúde é confeccionado de forma gratuita em hospitais ou local definido pela secretaria municipal de saúde, mediante a apresentação de RG, CPF, certidão de nascimento ou casamento.

³²<http://www.ans.gov.br/aans/quemsomos#:~:text=Miss%C3%A3o,a%C3%A7%C3%B5es%20de%20sa%C3%BAde%20no%20pa%C3%ADs>

³³<http://www.ans.gov.br/index.php/a-ans/sala-de-noticias-ans/a-ans/1375-cartao-nacional-de-saude>

³⁴<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/julho/05/20140307-CNS-Normas-e-Procedimentos.pdf>

Após a checagem, uma vez identificado que os beneficiários utilizaram os serviços do SUS, são encaminhadas às operadoras de planos de saúde notificações, denominadas de Aviso de Beneficiário Identificado (ABI), para que efetuem o pagamento dos valores apurados ou apresentem defesa. A defesa por parte das operadoras é composta por duas instâncias. Inicialmente é protocolada uma impugnação, em que serão alegados os motivos pelos quais o ressarcimento não é devido. Caso haja o indeferimento das alegações, é possível apresentar um recurso contra a decisão anteriormente proferida. Geralmente, 20% dos recursos administrativos feitos pelas operadoras em relação a atendimentos identificados são deferidos. Ou seja, do total de procedimentos notificados, cerca de 80% são passíveis de cobrança (SILVEIRA E COELHO, 2019).

De acordo com as informações disponibilizadas pelo Guia de Ressarcimento ao SUS (2019), ao final do processo administrativo, se os atendimentos identificados se encontravam cobertos pelos contratos, os valores são cobrados das OPS por meio das Guias de Recolhimento da União (GRU), correspondentes ao custo integral do procedimento realizado pelo beneficiário na rede pública, acrescido do chamado Índice de Valoração do Ressarcimento (IVR). O valor lançado é baseado nas regras de valoração do SUS e na Tabela de Procedimentos Unificada do Sistema. O valor de ressarcimento ao SUS corresponde a multiplicação do Índice de Valoração do Ressarcimento (IVR) estipulado em 1,5 (um e meio), pelo valor lançado no documento do SUS de autorização ou de registro do atendimento.

As operadoras que não pagarem as guias serão inscritas em dívida ativa e no Cadastro Informativo de Créditos não quitados do Setor Público federal (CADIN), bem como ficam sujeitas à cobrança judicial. Por fim, os valores arrecadados pela ANS são transferidos ao Fundo Nacionais de Saúde (FNS) do Ministério da Saúde (DINIZ, 2019).

O ³⁵resultado dessa complexa operação é a transferência para as operadoras de planos de saúde, de todos os custos de procedimentos realizados por seus beneficiários na rede pública. Fenômeno que ocorre por uma opção do próprio paciente, que enquanto cidadão e pagador de impostos faz jus e está apto a utilizar a saúde pública de seu país (BIAR, 2015).

No ano de 2019, de acordo com as ³⁶informações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), esta repassou ao Sistema Único de Saúde (SUS) novo recorde de R\$ 1,15 bilhão de reais, valores esses referentes aos atendimentos realizados por beneficiários de

³⁵<https://www.conjur.com.br/2015-mai-22/tatiana-biar-afinal-qual-natureza-reembolso-sus#author>

³⁶<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/integracao-com-o-sus/5468-ressarcimento-ans-repassou-valor-recorde-de-r-1-15-bilhao-ao-sus-em-2019>

planos de saúde na rede pública. Comparando com o ano de 2018, que repassou ao SUS o valor de R\$ 783,3 milhões, houve um aumento de 47% (quarenta e sete por cento).

Os valores originados do ressarcimento ao SUS compõe a receita do Fundo Nacional de Saúde (FNS), sendo este o órgão responsável por realizar a gestão dos recursos destinados ao investimento na saúde pública do país.

3. OS CAMINHOS METODOLÓGICOS PERCORRIDOS

O presente trabalho apresenta um estudo bibliográfico e comparativo ao qual se utilizam dados secundários dos boletins publicados pela Agência Nacional de Saúde (ANS) os relatórios dos Orçamentos Públicos, artigos, revistas e publicações referentes à temática sobre o ressarcimento ao SUS conforme previsto no art. 32 da Lei 9.656/98.

Também foi utilizado o método da análise participativa, pelo fato da autora trabalhar na área de estudo desse trabalho. Para Demo (1995) a pesquisa participante apresenta elementos que coloca o indivíduo pesquisador em contato com a realidade social e as devidas transformações sociais necessárias para determinadas camadas populares, tendo em vista que o problema da organização política é um mundo de questões “[...] a pesquisa participante exige na mesma pessoa o pesquisador formalmente competente qualitativo” (p. 239) o autor acrescenta ainda que “esse é o lugar mais efetivo da união entre teoria e prática” (p. 239).

Segundo Vianna (2001), há uma importância em explorar as diversas formas de pesquisas e de acordo com o autor, tendo em vista que o método científico é um conjunto de regras básicas para realizar uma experiência, tanto na produção do novo conhecimento e para corrigir e integrar conhecimentos preexistentes.

A presente pesquisa é de abordagem qualitativa, haja vista que, busca-se entender o funcionamento da política de ressarcimento ao SUS e seus desafios mediante as complexidades que a assolam. Quanto à natureza, classifica-se como pesquisa aplicada a qual busca resultados referentes às políticas de ressarcimento.

Minayo (2001) refere-se à pesquisa qualitativa como uma forma rica de significados, aspirações, valores, explorando o aspecto mais profundo das relações. O período de coleta de dados se deu entre janeiro de 2018 a maio de 2021 visando responder os objetivos propostos, para tal, fez uso dos prescritos: saúde suplementar, ressarcimento ao SUS, desafios da saúde suplementar e estrutura da saúde suplementar. A seleção dos materiais se deu por meio de

conteúdos bibliográficos referentes à temática e os boletins publicados pela ANS nos anos de 2018 a 2021.

Foram apuradas as legislações vigentes, Constituição Federal de 88, Lei 8080/90 do SUS, Lei 9656/98 de regulamentação da Saúde Suplementar, Lei 9961/00 de criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar que estão disponíveis nos sites oficiais do governo federal, para entender o funcionamento de todos os entes envolvidos no desenvolvimento deste trabalho.

Os valores de investimentos na saúde pública foram obtidos por meio do portal transparência do governo federal, onde foi possível obter todos os valores destinados pela união no ano de 2019, que foi o foco principal de análise.

Por meio do portal oficial da ANS, obtemos os números de beneficiários de planos de saúde no Brasil, números operadoras de planos de saúde, valores recolhidos pelas operadoras de planos de saúde, quantidades de atendimentos realizados pela saúde suplementar, resultados operacionais das operadoras de planos de saúde, números de AIHs e APACs, informações sobre a legislação da saúde suplementar, os processos de ressarcimento ao SUS entre outros.

Sobre a constitucionalidade do ressarcimento ao SUS, buscamos a referida ação que discutiu o tema a ADIN n. 1931, bem como artigos escritos por autores onde o tema foi discutido.

Foram levantadas informações em revistas, artigos e trabalhos acadêmicos sobre todos os entes que compõe o trabalho, bem como sobre a temática principal do estudo, ou seja, financiamento da saúde pública e ressarcimento ao SUS.

Com base em todas as informações apuradas, estas foram aplicadas para se obter o percentual de financiamento da saúde pública pela saúde suplementar no ano 2019, e nas demais conclusões do presente trabalho.

3.1 O que nos revelam os dados

Os dados são oriundos da ANS, além de outras fontes vinculadas ao Ministério da Saúde e portal transparência do governo federal, sobre informações de atendimentos realizados dentro da rede de saúde pública por beneficiários dos planos de saúde.

Segundo informações constantes no site da ANS, o ressarcimento ocorre quando os clientes de operadoras são identificados fazendo uso de exames, procedimentos clínicos, cirúrgicos e terapias pelo SUS. As operadoras são cobradas por estas utilizações e poderão recorrer da cobrança em um prazo de até 30 dias corridos, enviando impugnação administrativa para a ANS a qual será analisada e julgada para possível deferimento ou indeferimento.

Ainda segundo a Agência, esta defesa que pode ser realizada pelas operadoras é composta por duas instâncias, inicialmente é protocolada uma impugnação, em que serão alegados os motivos pelos quais o ressarcimento não é devido e caso haja o indeferimento das alegações, é possível apresentar um recurso administrativo contra a decisão anteriormente proferida.

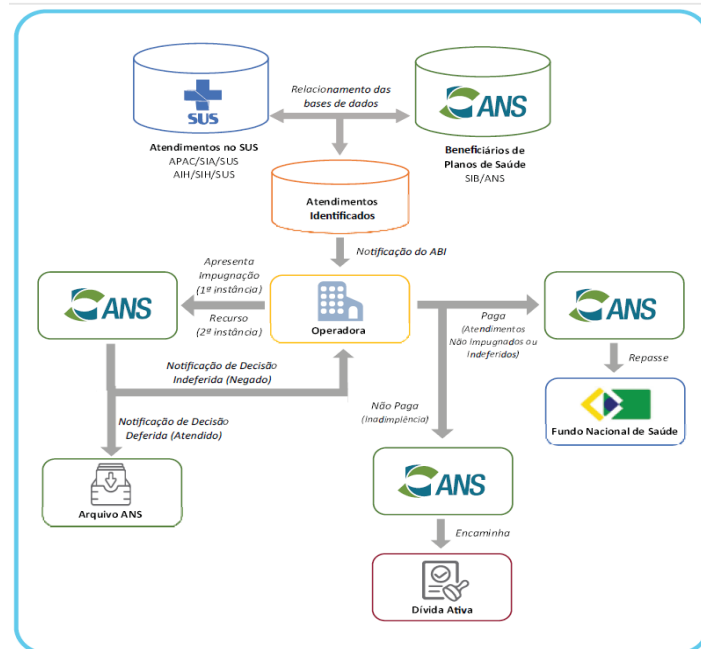
A ANS determina os motivos de impugnação ou recurso administrativo às cobranças realizadas a operadora onde ocorram as situações elencadas no Guia de Ressarcimento ao SUS (BRASIL, 2019), seguem:

- 1) Beneficiário ainda em cumprimento de carências.
- 2) Paciente atendido não é beneficiário de produto da operadora (homônimo).
- 3) Produto do beneficiário não cobre procedimento realizado.
- 4) Atendimento realizado fora da abrangência geográfica do produto contratado pelo beneficiário.
- 5) Quantidade de procedimentos realizados não coberta pelo produto contratado.
- 6) Atendimento já pago pela operadora. Isso ocorre quando o beneficiário realiza o procedimento e este é cobrado tanto do plano de saúde quanto pelo SUS.
- 7) Abatimento dos valores de franquia ou coparticipação previstos no produto contratado pelo beneficiário.

Ao final do processo administrativo, caso seja constatado que os atendimentos identificados de fato se encontravam cobertos pelos contratos de plano de saúde, são emitidas Guias de Recolhimento da União (GRU). As operadoras que não pagarem as guias serão inscritas em dívida ativa e no Cadastro Informativo de Créditos não quitados do Setor Público federal (CADIN) e ficam sujeitas à cobrança judicial. Por fim, os valores arrecadados pela ANS são encaminhados ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) do Ministério da Saúde, conforme informações constantes no portal oficial da ANS.

O Guia de Ressarcimento ao SUS (BRASIL, 2019) aponta como ocorre o processo e como deve seguir as solicitações conforme se observa no quadro abaixo:

Processo de Ressarcimento ao SUS



Fonte: (BRASIL, 2019)

Para os casos de franquia ou coparticipação, estes valores podem ser descontados do valor cobrado no ressarcimento SUS, uma vez que este também se torna co-responsável pelos procedimentos, conforme aponta o Guia de Ressarcimento ao SUS (2019) sobre os procedimentos e processos que são passíveis de ressarcimento.

3.2 Análise e Discussão

Em junho de 2020 a ANS divulgou um quadro com os valores gerados pelo ressarcimento ao SUS desde 2001. Foram identificados 6.904.351 atendimentos o equivalente a R\$ 11,01 bilhões a serem ressarcidos ao SUS, desta forma 4.591.711 atendimentos foram impugnados, um valor equivalente a R\$ 7,66 bilhões e cerca de 2.312.640 atendimentos não foram impugnados equivalendo a R\$ 3,34 bilhões entre os meses de janeiro a dezembro.

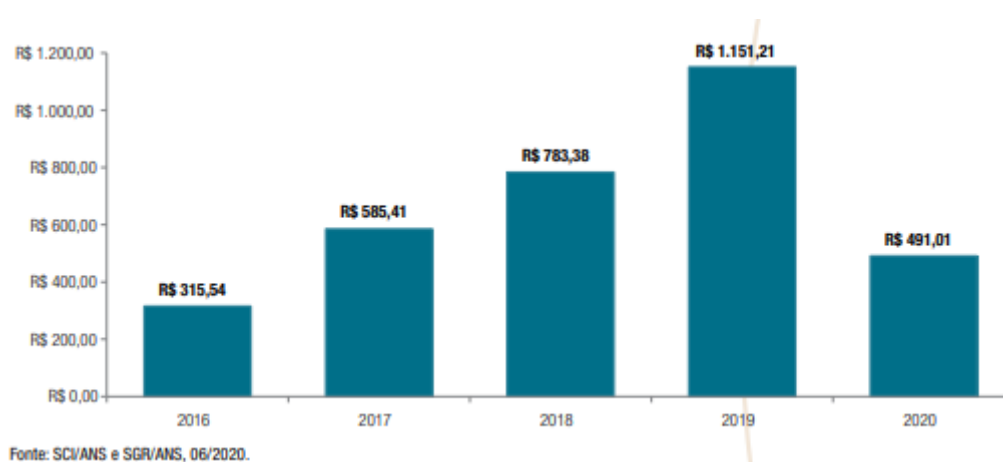
No que tange aos atendimentos cobrados com Guia de Recolhimento da União – (GRU) tem-se cerca de 4.098.914 atendimentos equivalendo a R\$ 6,31 bilhões. Cada ressarcimento gera uma GRU que vai automaticamente para o Fundo Nacional de Saúde e nos últimos anos tem recebido um bom quantitativo de repasses e assim vão sendo lançados também os valores apurados no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor

Público Federal - (CADIN) e o fato de não quitar a dívida torna-o sujeito a cobrança judicial (BRASIL, 2020).

Conforme exposto no Boletim Informativo Utilização do Sistema Único de Saúde por Beneficiários de Planos de Saúde e Ressarcimento ao SUS - 11ª edição, o ressarcimento ao SUS contempla os procedimentos realizados no SUS por meio de internações hospitalares - Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e os procedimentos realizados em ambiente ambulatorial - Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC). Até o ano de 2015, somente eram ressarcidos os valores referentes as internações hospitalares, mas a partir do 54º Aviso de Beneficiário Identificado - (ABI), os atendimentos referentes a procedimentos ambulatoriais passaram a ser cobrados constando atendimentos referentes a competência de 2014. No ano de 2017 o Tribunal de Contas da União, determinou a cobrança retroativa dos atendimentos ambulatoriais de abril de 2012 a dezembro de 2013.

Em média a cada trimestre, desde 2015, são realizadas no SUS 2,9 milhões de internações (AIHs) e 7,4 milhões de atendimentos ambulatoriais de média e alta complexidade (APACs). Desse total cerca de 54,1 mil internações e 93,9 mil atendimentos ambulatoriais, são referentes a atendimentos que possivelmente serão ressarcidos, referentes a beneficiários de planos privados de saúde. Não se pode afirmar que a totalidade deste atendimento será ressarcido, pois as operadoras podem realizar impugnações e recursos a ANS.

Com o passar dos anos, podemos observar um aumento exponencial dos valores repassados ao SUS oriundos do ressarcimento. No gráfico abaixo, nota-se a evolução dos valores e o repasse recorde referente ao ano de 2019:



Fonte: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/integracao-com-o-sus/5987-ressarcimento-no-primeiro-semester-ans-repassou-r-491-milhoes-ao-sus>

3.3 Provisões Técnicas e Ativos garantidores das Operadoras de Planos de Saúde

As operadoras de planos de saúde ainda devem constituir várias provisões técnicas contábeis, sendo que algumas são destinadas a registrar valores referentes ao ressarcimento ao SUS. O conceito referente às provisões técnicas é citado no art. 2º da Resolução Normativa n.º 393 de 2015, e refere-se aos valores contabilizados no passivo (registro contábil referente ao saldo das obrigações devidas) que devem refletir as futuras obrigações esperadas decorrentes das operações de planos privados de assistência à saúde. Também em seu art. 3º foram definidos os critérios para a constituição das provisões técnicas, as quais devem ser constituídas mensalmente.

As contas contábeis que se referem às provisões técnicas são constituídas no passivo das Operadoras de Planos de Saúde de acordo com o plano de contas vigente, regulamentado pela ANS. Os Ativos Garantidores são abordados no art. 4º da RN 392 e podem ser resumidos como bens imóveis, títulos ou valores mobiliários de titularidade da operadora que lastreiam e garantem as provisões técnicas. Desta forma, os ³⁷ valores contabilizados nas provisões técnicas devem possuir um montante financeiro que seja suficiente para a cobertura e garantia do cumprimento destas. A constituição das provisões técnicas e dos ativos garantidores é uma determinação da ANS, e tem como objetivo fiscalizar a solvência financeira das operadoras.

Ou seja, além de pagar efetivamente o ressarcimento ao SUS, as operadoras, através de metodologia de cálculo determinada pela ANS, são obrigadas a contabilizar valores como garantia de pagamento futuro e depositar os valores correspondentes aos lastros financeiros vinculados. O montante constituído na Provisão de Eventos e Sinistros a Liquidar é destinado à cobertura de todos os eventos conhecidos, sejam estes correspondentes ao ressarcimento ao SUS ou a outros prestadores de serviços assistenciais, que já foram avisados às OPS, mas ainda não foram pagos por estas (COSTA, 2017).

3.4 Legalidade do Ressarcimento ao SUS

O ressarcimento ao SUS, já foi objeto da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) n. 1931, requerida pela Confederação Nacional de Saúde, Hospitais,

³⁷ <https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/3594#:~:text=planos%20de%20sa%C3%BAde->

Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde), transitada em julgado em 29/06/2018, e implica em tema extremamente controverso. O Estado ao impor o ressarcimento ao SUS, por meio do artigo n. 32 da Lei n.º 9.656/98, busca a desoneração do dever que constitucionalmente lhe é atribuído, eis que recebe verbas oriundas de impostos e contribuições sociais - que vem sendo sumariamente majorados pelo Governo Federal – pagos tanto pelas pessoas físicas, como também pelas pessoas jurídicas de direito privado, entre estas se incluem as operadoras de planos privados de assistência à saúde, sendo que o ressarcimento transfere para a iniciativa privada, a responsabilidade do Estado cuja participação das operadoras na formatação da saúde é eminentemente complementar.

A referida ação tramitou na justiça durante 10 anos, sendo julgada em 2018 onde a decisão por unanimidade determinou constitucional as cobranças do Estado para os convênios de saúde toda vez que um paciente da rede privada utilizar o SUS.

Deve-se entender que se todos os cidadãos têm direito à saúde não torna viável que somente as operadoras tenham que arcar com os custos dos cidadãos que utilizam o SUS e possuem o plano de saúde. Todos os contribuintes que pagam impostos têm o direito de acesso à saúde pública e as operadoras compreendem que não se torna justo serem responsabilizadas por essa utilização. Ruviaro (2018) aponta esta questão como uma forma de rever as cobranças, verificando a sua real legalidade, uma vez que a saúde pública é universal, sendo assim, não deveria gerar ressarcimento.

Outro ponto a ser debatido refere-se ao fato de as operadoras também recolherem impostos e já financiarem a saúde pública indiretamente. Com os valores repassados ao governo por meio do ressarcimento financiam duplamente à saúde pública conforme aponta Ribeiro (2016) em estudos que apontam a ação judicial nas ações e condutas da saúde pública.

Conforme gráfico apresentado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) é possível verificar a evolução dos valores recolhimento de impostos pelo setor da saúde suplementar:

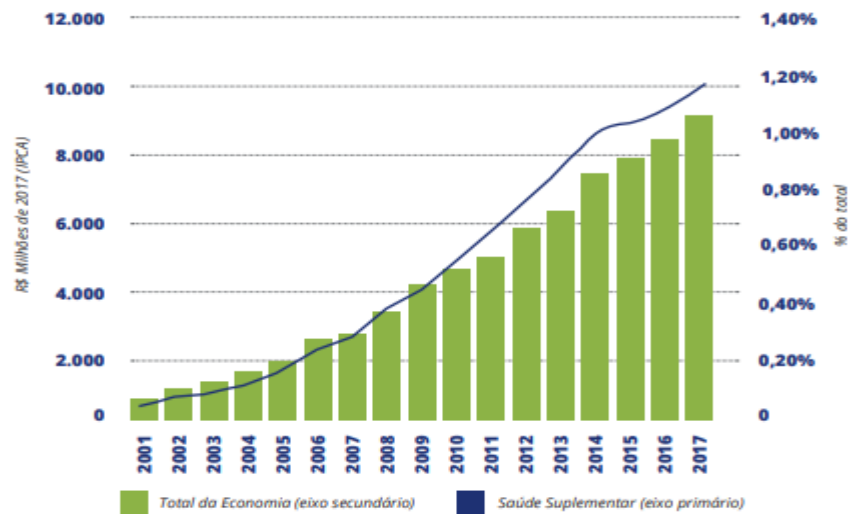


Gráfico 2: Arrecadação Tributária Federal no Setor de Saúde Suplementar: R\$ Milhões e % do Total - 2001/2017
 Fonte: Elaboração própria. Fontes primárias: RFB, ANS e IBGE.
 Nota: Não inclui arrecadação de contribuições previdenciárias.

https://www.iess.org.br/cms/rep/SS_20ANOS.pdf

O beneficiário de plano de saúde muitas vezes opta por utilizar o SUS, pois é seu direito e muitos planos têm valores de coparticipação por evento. Desta forma fica oneroso ao beneficiário, principalmente em tratamentos continuados como hemodiálise e quimioterapia.

O SUS oferece esses tratamentos gratuitamente não sendo novamente compatível com a questão de devolver dinheiro pelos serviços utilizados por cidadãos que possuem plano de saúde conforme apontam Mendes e Weller (2015) em pesquisa sobre ressarcimentos ao SUS.

As constantes exigências impostas pela ANS, somadas aos valores originados pelo Ressarcimento ao SUS, em médio prazo poderão criar um cenário desfavorável para a continuidade das operadoras de planos de saúde. É importante analisar como ficaria a situação do SUS sem a considerável parcela de assistência médica que hoje é realizada através das OPS. O SUS seria capaz de absorver toda a demanda originada pelos beneficiários de planos de saúde, caso o mercado se torne de fato inviável para a atuação das operadoras?

De acordo com o ³⁸ artigo elaborado por Russo (2014), o Estado não sofre dano a seu patrimônio quando um cidadão é atendido na rede pública de saúde, seja ele vinculado a um plano de saúde ou não, pois ele está obrigado a prestar tais serviços de qualquer forma, por

³⁸ <https://marlorusso.jusbrasil.com.br/artigos/125546192/ressarcimento-ao-sus-e-institutos-supostamente-afins>

força do disposto no artigo 196 da Constituição Federal, sendo essa prestação de serviço financiada na forma do artigo 195.

Ao contratar um plano privado de assistência à saúde, o cidadão não é isento do pagamento de qualquer um de seus impostos ou tributos. Sendo assim, o Estado não está isento de fornecer a esse cidadão o acesso aos serviços de saúde que lhe são garantidos pela Carta Magna. O ato do ressarcimento se configura então, como uma afronta ao direito constitucional que todo cidadão possui de ter acesso à saúde pública, ainda que possua um plano de saúde particular.

Russo (2014) acrescenta que é obrigação do Estado prestar os serviços de assistência à saúde de natureza preventiva e curativa para todos os cidadãos, sendo esta uma premissa constitucional, não podendo haver distinção entre aqueles que têm direito ao atendimento privado, por possuir seguro ou plano de saúde, daqueles que não contam com qualquer tipo de cobertura particular. Quando o Estado presta assistência pública a uma pessoa vinculada a um plano de saúde, nada mais faz do que cumprir um dever que lhe foi imposto pelo constituinte, sem qualquer lesão a direito ou interesse deste.

Dessa forma, Russo (2014) pontua que o cidadão beneficiário de plano de saúde, pode buscar o atendimento público por comodidade, em razão de localização ou porque contratualmente o beneficiário estaria sujeito ao pagamento da chamada “coparticipação” ou “franquia”, que consistem em valores pecuniários a serem despendidos pelo beneficiário de plano de saúde, sempre que realiza procedimentos médicos através do plano.

Russo (2014) ainda discorre sobre as possibilidades que o cidadão possui de utilização dos serviços de saúde, onde este age conforme seu interesse e pode ter atendimento em ambos sistemas de saúde, às vezes optando pelo atendimento privado, em outros momentos utilizando o atendimento público, conforme melhor atender suas expectativas e sem que nenhum dispositivo legal seja desrespeitado por ele ou pela operadora de planos de saúde a que está vinculado.

Importante ressaltar, que a maioria dos beneficiários de planos de saúde não possui ciência da existência do ressarcimento ao SUS pelas Operadoras de Planos de Saúde, e muito menos, que este fator é componente da precificação do plano adquirido e custeado por eles, conforme menciona a autora Costa (2017). O ³⁹ressarcimento ao SUS corresponde a uma despesa assistencial, que embora não tenha sido utilizada através da rede privada contratada, é

³⁹<https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3594/1/2%C2%AA%20colocada%20%28T1%29%20-%20J%C3%A9ssica%20Coeiro%20de%20Souza%20Costa%20%28monografia%20025%29.pdf>

subsidiada pelas operadoras e computada na elaboração das notas técnicas de precificações repassadas aos consumidores através das contraprestações.

Mesmo na ocorrência de uma negativa indevida de cobertura contratual por parte da operadora de planos de saúde de um procedimento médico a que teria direito o consumidor, não estará a OPS obrigada a indenizar o Estado pela utilização da rede pública, pois não há que se falar em conduta danosa ao patrimônio público, uma vez que a relação obrigacional eventualmente descumprida ocorre entre operadora e consumidor. Nessa situação, o Estado não sofre lesão ao seu patrimônio, pois ao disponibilizar ao consumidor, o procedimento médico negado pela operadora, o Estado tão somente estaria cumprindo uma obrigação constitucional (RUSSO, 2014).

Para o autor, o Estado não pode exigir ressarcimento pela prestação dos serviços públicos de assistência à saúde, somente pelo fato de o usuário do serviço público também possuir vínculo contratual com uma operadora de plano privado de assistência à saúde.

O autor ainda discorre que, quando um cidadão contrata um plano de saúde, sendo vinculado a uma empresa de planos de saúde, está deixando em parte, o sistema público de saúde, que por obrigação constitucional tem o dever de atender todos os cidadãos. Sendo assim, esta situação beneficiaria o Estado, que estaria isento da obrigação de assistência à saúde para parte da população.

Mesmo com a ideia de um enriquecimento financeiro de uma pessoa jurídica privada e o custo gerado a pessoa jurídica pública, esse fato acontece totalmente respaldado em causa jurídica válida, que consiste no direito do consumidor ao atendimento público (RUSSO, 2014).

Sendo assim, a operadora de planos de saúde não pode reclamar ao Estado o gasto que teve com o atendimento de seu contratante, pois é sua obrigação contratual. O Estado, com o argumento de enriquecimento sem causa, também não pode reclamar da operadora de planos de saúde o atendimento público prestado a determinado consumidor, pois é sua obrigação Constitucional (RUSSO, 2014).

Para Russo (2014) o Ressarcimento ao SUS é uma cobrança que não se enquadra a nenhum dos institutos jurídicos que vêm sendo apontados como similares ou equivalentes e sendo apontado como natureza de obrigação civil, não reúne as características de responsabilidade civil ou de enriquecimento sem causa e também não se enquadra como um meio punitivo administrativo (RUSSO, 2014).

O Ressarcimento ao SUS, não se tratando de enriquecimento sem causa ou de responsabilidade civil, é considerado pelo autor como intervenção estatal no patrimônio

particular, apenas poderia existir por meio da instituição de novo tributo, respeitando as restrições constitucionais. (RUSSO, 2014).

3.5 Financiamento da Saúde Pública x Dependência da Saúde Suplementar

Tendo como base os dados referentes ao ano de 2019, que se encontram totalmente disponíveis para consulta e será o ano base do trabalho desenvolvido, veremos a seguir os valores investidos pelo Governo Federal na saúde pública, bem como os valores repassados para o Fundo Nacional de Saúde, pela saúde suplementar referentes ao ressarcimento ao SUS.

Segundo o Portal Transparência, no ano de 2019 a União destinou para a área da saúde pública um orçamento de R\$ 127,07 bilhões de reais, sendo que do valor destinado R\$ 114,18 bilhões geraram despesas executadas.

Conforme informações constantes no Portal Transparência, as despesas foram executadas conforme distribuição descrita no quadro abaixo:

Despesas por totalidade das subáreas ✕

SUBÁREA (SUBFUNÇÃO)	VALOR EXECUTADO	PERCENTUAL (%)
Assistência hospitalar e ambulatorial	R\$ 57.017.144.515,06	49,94%
Atenção básica	R\$ 26.404.339.508,44	23,12%
Suporte profilático e terapêutico	R\$ 10.968.567.385,22	9,61%
Administração geral	R\$ 7.959.634.682,47	6,97%
Vigilância epidemiológica	R\$ 6.266.461.736,69	5,49%
Outros	R\$ 5.565.969.866,64	4,87%
Total	R\$ 114.182.117.694,52	100,00%

Fonte: <http://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2019>

A assistência médica hospitalar e ambulatorial foi a área que recebeu a maior destinação de recursos, totalizando o valor de mais de R\$ 57 bilhões de reais.

Como foi exposto, o Ressarcimento ao SUS é cobrado das OPS referente aos atendimentos médicos hospitalares e ambulatoriais dos beneficiários de planos de saúde na rede pública de saúde. Os valores repassados ao FNS em 2019 pelas OPS a título de ressarcimento ao SUS somam mais de R\$ 1,15, bilhões de reais.

Se analisarmos os dados exclusivos de valores destinados pela União para área da prestação de serviço médico hospitalar e ambulatorial, que é a área onde ocorrem os atendimentos cabíveis de ressarcimento ao SUS, podemos concluir que no ano de 2019 a Saúde Suplementar contribuiu com mais de 2% (dois por cento) dos valores que o Governo Federal destinou ao financiamento da saúde pública nesta área.

O percentual pode parecer baixo, mas os valores são consideráveis para as operadoras de planos de saúde, ou seja, sem o financiamento indireto da Saúde Suplementar no ano de 2019, seriam investidos R\$1,15 bilhões de reais a menos na saúde pública do Brasil.

Desta forma, podemos concluir que existe uma dependência financeira da União pelas receitas geradas por meio do ressarcimento ao SUS através da saúde suplementar para o financiamento da saúde pública.

A área da Saúde Suplementar é muito importante sendo um dos ramos que compõe o setor terciário da ⁴⁰economia do Brasil, onde são englobadas todas as empresas relacionadas a área de prestação de serviços do país. Atualmente o terceiro setor, como também é chamado, é responsável por mais da metade do PIB do Brasil e pela geração de 75% de empregos. No mês de novembro de 2020 dos 4,3 milhões empregados no setor de saúde, 3,4 milhões era vínculo do segmento privado com carteira assinada, o que representa 78% do total. O ramo da saúde suplementar pertence ao terceiro setor, sendo muito importante para economia nacional, movimentando altos valores financeiros.

Com base nos dados disponibilizados pela ANS contendo as receitas e despesas das OPS no ano de 2019, as receitas geradas foram de R\$226.195.799.913, sendo que as despesas foram de R\$218.876.365.822, subtraindo os valores referentes às despesas dos valores referentes às receitas chegamos ao valor de R\$7.319.434.091, de resultado da operação. Desta forma, o valor destinado ao ressarcimento SUS neste exercício representou mais de 15,71% (quinze vírgula setenta e um por cento) da receita gerada com a Operacionalização dos Planos de Saúde pelas (OPS). Percentual extremamente significativo para o setor de saúde suplementar.

Segue abaixo quadro contendo a receita gerada de contraprestações das operadoras disponibilizada pela ANS:

⁴⁰<https://blog.mackenzie.br/vestibular/materias-vestibular/atividades-economicas-movimentam-a-economia-do-brasil/>

Receita de contraprestações das operadoras (em Reais) (Brasil - 2011-2020)

Ano	Receita de contraprestações	Outras receitas operacionais	Despesa assistencial	Despesa administrativa	Despesa de comercialização	Outras despesas operacionais
2011	84.821.575.963	19.750.658.043	68.864.809.673	13.204.508.561	2.745.924.331	14.154.092.321
2012	95.853.680.339	20.360.813.441	80.112.826.811	14.261.625.566	3.152.901.509	13.682.829.619
2013	109.927.620.595	14.910.319.352	90.925.302.328	15.017.643.463	3.501.861.811	14.132.771.296
2014	127.777.444.503	14.910.944.501	106.496.081.722	16.816.617.032	4.172.816.917	15.048.990.235
2015	144.701.906.083	15.333.832.284	120.119.877.388	17.830.659.710	4.839.088.798	16.111.089.254
2016	163.246.294.916	17.240.240.037	137.123.914.097	19.372.921.338	5.384.362.883	17.946.513.808
2017	180.893.859.503	17.028.477.006	150.583.574.465	20.176.363.171	5.455.991.738	18.025.945.719
2018	197.438.238.418	13.268.654.502	161.469.397.459	20.578.358.346	5.924.588.751	16.236.544.754
2019	213.457.018.559	12.738.781.354	174.539.061.631	21.540.715.476	6.503.128.793	16.293.459.922
2020	165.909.667.739	7.915.908.436	120.174.456.305	15.705.236.928	5.229.215.701	13.823.405.899

Fontes: DIOPS/ANS/MS – 30/11/2020

Notas: 1. Dados de 2020 referentes ao acumulado do 3º trimestre

2. Dados preliminares, sujeitos à revisão.

3. Somente a partir de 2007, as operadoras da modalidade Autogestão passaram a enviar obrigatoriamente informações financeiras, com exceção daquelas por SPC (Secretaria Previdência Complementar), obrigadas a partir de 2010. As Autogestões por RH (Recursos Humanos) não são obrigadas a enviar informações financeiras.

Fonte: <http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/227-dados-gerais>

O ressarcimento ao SUS foi declarado constitucional, apesar de muitas controvérsias, mas esta cobrança das operadoras ainda é muito questionável, impactando principalmente as classificadas como pequeno porte, que são os pilares da saúde suplementar no interior do país, sendo as que mais sofrem com as exigências cada vez maiores por parte da ANS. Atualmente não se detecta na política regulatória nenhum incentivo governamental à Saúde Suplementar, o Estado dificulta a viabilidade econômica do setor por meio de rigorosas normativas com o intuito de transferir progressivamente para a saúde suplementar o seu dever de garantir o acesso universal e igualitário à população no quesito saúde (ZIROLDO, GIMENES e JÚNIOR, 2013).

De acordo com dados disponibilizados pela ANS, o número de OPS ativas no Brasil vem diminuindo ao longo dos anos, mostrando um cenário preocupante conforme exposto na tabela abaixo:

Operadoras com beneficiários (Brasil – 2010-2021)

Ano	Operadoras médico-hospitalares	Operadoras exclusivamente odontológicas	Total de operadoras com beneficiários
Dez /2010	1.045	374	1.419
Dez /2011	1.015	369	1.384
Dez /2012	962	359	1.321
Dez /2013	920	344	1.264
Dez /2014	874	343	1.217
Dez /2015	828	327	1.155
Dez /2016	790	305	1.095
Dez /2017	766	291	1.057
Dez /2018	749	289	1.038
Dez /2019	727	280	1.007
Dez /2020	711	260	971
Jan/ 2021	709	256	965

Fontes: Cadastro de Operadoras/ANS/MS e Sistema de Informações de Beneficiários-SIB/ANS/MS
Dados atualizados até 01/2021

Fonte: <https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>

Atualmente constam nas bases da ANS constam 709 operadoras de planos de saúde médicas hospitalares ativas, número bem menor do que 10 anos atrás.

O crescimento do setor também enfrenta dificuldades. Nos anos de 2015 a 2019, houve uma queda no número de beneficiários, sendo que apenas em 2020 o setor apresentou um tímido crescimento de 1,2% (um vírgula dois por cento), conforme dados disponíveis no portal da ANS.

Taxa de crescimento (%) do número de beneficiários em relação a dezembro do ano anterior (Brasil - 2010-2020)

Ano	Beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia	Beneficiários em planos privados exclusivamente odontológicos
Dez /2010	5,6	9,5
Dez /2011	2,4	14,9
Dez /2012	4,0	11,2
Dez /2013	3,4	5,5
Dez /2014	2,1	2,7
Dez /2015	-2,5	3,5
Dez /2016	-3,3	1,9
Dez /2017	-1,1	5,6
Dez /2018	0,0	8,4
Dez /2019	-0,1	6,7
Dez /2020	1,2	4,5

Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários-SIB/ANS/MS
Dados atualizados até 01/2021

Fonte: <https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>

O setor de saúde suplementar também está sendo desafiado com o advento da pandemia de acordo com projeções realizadas pela ANS, são esperados o aumento da sinistralidade que diz respeito à incidência e frequência de utilização dos planos de saúde pelos beneficiários e os custos pagos por estas utilizações, cancelamentos de planos e inadimplência devido a crise econômica instaurada.

A saúde suplementar contribui muito com a prestação de serviços de saúde no país. Analisando dados disponíveis no portal do Instituto de Estudos da Saúde Suplementar (IESS), a média dos números de internações realizadas pelo SUS e pela saúde suplementar entre os anos de 2012 a 2017, disponíveis no quadro abaixo, pode-se observar que os números de internações na saúde suplementar correspondem a aproximadamente 70% (setenta por cento) do total de internações realizadas pelo SUS. Com base nestas informações, seria o SUS capaz de absorver os atendimentos aos beneficiários de planos de saúde caso estes migrem para saúde pública?

Tabela 1 – Quantidade de internações realizadas no SUS, internações identificadas no ressarcimento e total de internações de saúde suplementar.

	INTERNAÇÕES (AIHS) REALIZADAS NO SUS	INTERNAÇÕES IDENTIFICADAS NO RESSARCIMENTO AO SUS	TOTAL DE INTERNAÇÕES NA SAÚDE SUPLEMENTAR	% DE INTERNAÇÕES DE RESSARCIMENTO EM RELAÇÃO AO TOTAL DA SAÚDE SUPLEMENTAR
2012	11.439.890	318.180	7.423.323	4,3
2013	11.520.830	332.080	8.021.859	4,1
2014	11.612.720	286.840	7.584.670	3,8
2015	11.638.850	249.280	7.924.127	3,1
2016	11.557.430	221.970	7.833.282	2,8
2017	11.675.100	205.390	7.977.131	2,6
MÉDIA	11.574.137	268.957	7.794.065	3,5

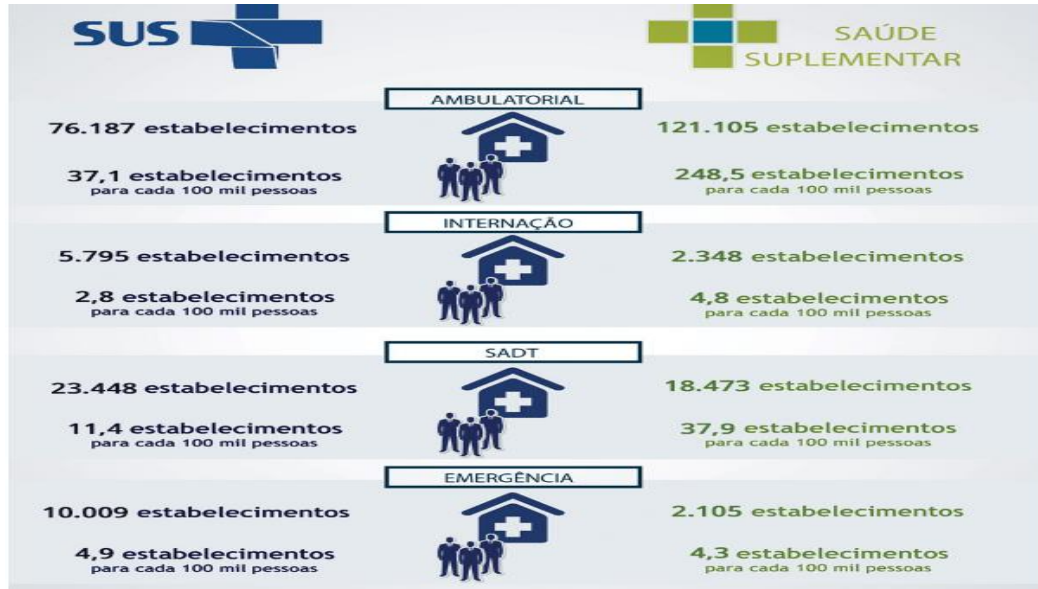
Fontes: SIH/SUS, SGR/ANS - 07/2019 e SIP/ANS/MS. Dados elaborados pelo IESS.

Fonte: <https://www.iess.org.br/cms/rep/reflex.pdf>

A Saúde Suplementar é um importante pilar de sustentação do sistema nacional de saúde, tornando-se indispensável para o Estado, que não teria, de outra forma, como suportar a incorporação dos gastos desse setor no orçamento da União (ZIROLO GIMENES, JÚNIOR, 2013).

Outro ponto importante é a infraestrutura proporcionada pela saúde suplementar. Ainda com base em dados disponibilizados na página do IESS, no ano de 2016, já podíamos observar um comparativo interessante com o SUS, onde apenas nos serviços de emergência

ele proporciona uma cobertura maior que a saúde suplementar seguindo as devidas proporções, conforme ilustração abaixo.



Fonte: <https://iess.org.br/?p=setor&grupo=Numeros>

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Constituição Federal de 1988 em seu art. 196 reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantindo por meio de políticas públicas, sociais e econômicas, medidas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e possibilitem o acesso universal e igualitário dos cidadãos às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

Com o objetivo de garantir o acesso universal à saúde, conforme preceitos estabelecidos pela Constituição Federal de (1988) foi então instituído em nosso país o Sistema Único de Saúde (SUS), criado por meio da Lei 8.080/1990, com a missão de prestar serviços de saúde a todos os cidadãos brasileiros, de forma igualitária e gratuita.

Ocorre que, mesmo sendo um sistema de saúde inovador do ponto de vista mundial, com uma estrutura de referência que garantiu acesso à saúde para todos os cidadãos sem qualquer tipo de distinção, o atendimento médico disponibilizado pelo SUS gerou grande insatisfação em uma importante parcela da população que dispunha de recursos financeiros para custear, de maneira particular, a própria assistência à saúde. Em virtude do crescimento

exponencial da população brasileira e dos constantes desvios de verbas destinadas à saúde, o SUS tornou-se um sistema moroso, ineficiente e incapaz de prestar um atendimento a contento à referida parcela da população, abrindo espaço para a chamada “Saúde Suplementar”. Está por sua vez, passou a desenvolver um importante papel na assistência privada à saúde, assistindo atualmente em nosso país a mais de 47 milhões de beneficiários que recebem atendimento médico ambulatorial e hospitalar através dos planos de saúde.

Até o ano de 1997, as empresas de planos de saúde atuavam livremente nesse mercado, sem regras claras que garantissem os direitos dos consumidores. Essa situação mudou drasticamente em 1998, quando foram criadas concomitantemente, através da Lei 9.656/98 que regulamentou os planos de saúde em nosso país e da Lei 9.661/2000 que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia que veio regular a atuação das operadoras de planos privados de assistência à saúde. Com a publicação da referida lei e a criação da ANS, estabeleceu-se um marco no mercado nacional de planos de saúde que precisou se adequar a todas às exigências impostas pela nova legislação e rigor da Agência Reguladora.

Dentre todas as rigorosas normas e imposições trazidas às operadoras pela Lei n. 9656 de 1998, a questão que talvez tenha impactado de maneira severa e causado maiores danos a situação econômico-financeira das operadas seja o Ressarcimento ao SUS, estabelecido em seu artigo 32, e que tornou obrigatória a restituição, pelas operadoras, de todas as despesas originadas por beneficiários de planos de saúde que utilizassem a rede pública de saúde para realização de procedimentos médicos garantidos por seus contratos de planos de saúde.

Mostrou-se ineficaz para as OPS a batalha judicial travada nos tribunais através da Ação Direta de Inconstitucionalidade, ADIN nº 1931, através da qual se tentou comprovar a inconstitucionalidade de tal cobrança, uma vez que é garantido ao cidadão, constitucionalmente, o acesso à saúde pública, independentemente de possuir ou não, plano de saúde. Após anos de discussão judicial, a questão foi pacificada pelo Supremo Tribunal Federal, que entendeu pela constitucionalidade do Ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos de saúde.

Perdida a batalha judicial, resta às operadoras tão somente a discussão na esfera administrativa, através de sistema eletrônico disponibilizado pela ANS, que na maioria absoluta dos casos, indefere as impugnações de cobrança apresentadas pelas operadoras, havendo um percentual ínfimo de deferimentos.

Ademais, através do presente estudo, constatou-se que há um aumento crescente dos valores correspondentes ao ressarcimento referentes aos procedimentos identificados de

utilização de beneficiários de planos de saúde na rede pública cobrados pela ANS das Operadoras de Planos de Saúde. A incidência de procedimentos de alto custo tem sido os mais cobrados e os mais procurados pelos beneficiários dos planos de saúde a serem realizados pelos SUS.

A ANS tem exigido além dos pagamentos efetivos dos valores referentes ao ressarcimento, provisão contábil altíssima como garantia aos futuros pagamentos. Essas provisões cada vez mais impactam no resultado das operadoras.

O ponto focal deste estudo, através de dados, gráficos e informações coletadas em diversas e seguras fontes foi demonstrar o impacto causado pelo Ressarcimento ao SUS na saúde financeira das operadoras de planos de saúde. Inicialmente eram cobrados das operadoras somente os atendimentos identificados através dos Avisos de Internação Hospitalar (AIHS), mas com o aprimoramento do cruzamento de dados pela Agência e a consequente instituição das cobranças através dos Avisos de Procedimentos Ambulatoriais (APACS), o cenário que já era péssimo para as operadoras tornou-se insustentável, pois tratamentos de Quimioterapia, Radioterapia e Hemodiálise que possuem altos valores e normalmente são de longo prazo passaram a ter seus custos também repassados às OPS.

Tais cobranças, cujos montantes somam quantias exorbitantes, estão desequilibrando financeiramente grande parte das operadoras. Prova disso é a redução drástica e a queda vertiginosa no número de operadoras ativas no Brasil desde o advento da Lei 9.656/98.

Caso o ressarcimento ao SUS persista nos moldes em que está sendo realizado, haverá uma redução ainda maior no número de operadoras em atuação, devido à impossibilidade de custearem as despesas originadas pelo ressarcimento ao SUS.

Nesse sentido, fica um questionamento apontado ao longo de todo o desenvolvimento do presente trabalho: estaria o Sistema Único de Saúde (SUS), em condição de atuar sem a preciosa colaboração das operadoras de planos de saúde? Tanto no aspecto econômico, quando garantem recursos financeiros ao órgão através do ressarcimento, quanto do ponto de vista operacional, caso o SUS necessite absorver toda a gama de beneficiários que poderão ficar sem plano de saúde caso persistam essas exigências impraticáveis?

Diante do contexto apresentado na presente pesquisa, de acordo com o referencial teórico e com os dados analisados, minha percepção é de que o investimento realizado pela saúde suplementar no financiamento da saúde pública é extremamente importante na composição das receitas. Também entendo que com a atual condição de investimento, infraestrutura e recursos disponíveis o SUS não teria capacidade de atender a contento uma sobrecarga no sistema público de mais de 47 milhões de beneficiários que possuem

assistência privada a saúde. Dessa forma, a saúde suplementar se torna essencial para a continuidade da prestação de serviços pela saúde pública, tanto pelo financiamento quanto pela assistência a saúde.

Com base nos dados que serviram de base para este trabalho, foi possível denominar o percentual de contribuição no financiamento da saúde pública por parte da saúde suplementar referentes os recolhimentos do ressarcimento ao SUS no ano de 2019, no que tange os investimentos da União.

Após este aprofundado e minucioso estudo, foi possível concluir que caso não haja uma nova postura por parte dos órgãos reguladores, seja da ANS, do Ministério da Saúde e do próprio SUS, pois em médio prazo, grande parte das OPS estará fora do mercado e passarão a não mais financiar a saúde pública através do ressarcimento e conseqüentemente “despejarão” em um sistema já colapsado de saúde, que é o SUS, milhares de beneficiários desassistidos pelos planos de saúde que sairão do mercado privado e que aumentarão significativamente a demanda por atendimentos no sistema público.

Cabe ao Governo Federal através dos órgãos competentes repensarem o importante papel exercido pelas operadoras de planos de saúde no mercado da saúde suplementar brasileiro e fornecer condições para que essas empresas atuem de maneira racional, sem que sejam obrigadas a custear indireta e duplamente a saúde pública.

As operadoras já contribuem de maneira significativa com a saúde pública através das cargas tributárias que são a elas atribuídas, sendo mais uma vez prejudicadas com o ressarcimento ao SUS.

Caso o Estado mantenha sua postura intransigente de onerar duplamente as operadoras de planos de saúde através da carga tributária e do ressarcimento e continue tolhendo o direito universal dos cidadãos de acessarem a saúde pública, pelo fato de possuírem plano de saúde, nosso país lidará com o total comprometimento da saúde suplementar e em consequência o sucateamento do SUS.

Medidas efetivas de reformulação desse impraticável modelo de cobrança do Ressarcimento ao SUS precisam ser criadas e implementadas para que as operadoras de planos de saúde possam continuar atuando, garantindo uma saúde de qualidade aos seus beneficiários e o equilíbrio do Sistema Único de Saúde (SUS) que se constitui no mais importante meio de garantia daquele que é um dos mais supremos direitos fundamentais, o DIREITO À SAÚDE.

A grande dificuldade de elaboração deste estudo foi à falta de trabalhos científicos nesta área, artigos, publicações, monografias. A maior parte do estudo foi elaborado com base nas legislações vigentes e publicações nos sites oficiais do Governo Federal.

Sugiro como proposta de estudos posteriores, que os percentuais de financiamento da saúde pública pela saúde suplementar em decorrência do ressarcimento aos SUS seja avaliada, bem como a análise da viabilidade do SUS de assumir o atendimento dos beneficiários de planos de saúde caso a saúde suplementar deixe de atuar no país.

Acredito que tal tema merece especial atenção por parte dos órgãos responsáveis, face à gravidade desta situação e de pesquisas que possam evidenciar os problemas ocorridos para o emblemático cenário existente na saúde pública do país.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, L. S.; VIEIRA, J. M. W. **Serviço Social e Humanização na Saúde: limites e possibilidades**.rev. **Textos & Contextos** (Porto Alegre): v. 12, n. 2, p. 334 - 348, jul./dez. 2013.

ÂMBITO JURÍDICO. **A política nacional de saúde: o assistente social e os desafios de uma ação interdisciplinar**. Âmbito Jurídico, 2017. Disponível em:<<https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-161/a-politica-nacional-de-saude-o-assistente-social-e-os-desafios-de-uma-acao-interdisciplinar/>>

Acesso em 25 de abril de 2021.

_____. **O direito à saúde na constituição federal de 1988**. Âmbito Jurídico, 2013. Disponível em:<<https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-constitucional/o-direito-a-saude-na-constituicao-federal-de-1988/>> Acesso em 30 de mar. De 2021.

BIAR, T. **Afinal, qual é a natureza jurídica do reembolso ao sus?**- 22 de maio de 2015, 15h05 -. Disponível em:<<https://www.conjur.com.br/2015-mai-22/tatiana-biar-afinal-qual-natureza-reembolso-sus#author>>

Acesso em 23 de abril de 2019.

BLOG MACKENZI. **Materias vestibular: atividades econômicas e economia do brasil**. Disponível em: <<https://blog.mackenzie.br/vestibular/materias-vestibular/atividades-economicas-movimentam-a-economia-do-brasil>>

BRASIL. **Decreto n. 64.867, de 24 de julho de 1969. Institui o Fundo Nacional de Saúde (FNS), vinculado ao Ministério da Saúde e dá outras providências**. Disponível em :http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Antigos/D64867.htm>

Acesso em 30 de maio de 2020.

_____. **Decreto n. 2.867, de 8 de dezembro de 1998. Dispõe sobre a repartição de recursos provenientes do Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres - DPVAT**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d2867.htm>

_____. **Decreto n. 3.964, de 10 de outubro de 2001. Dispõe sobre o Fundo Nacional de Saúde e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/D3964.htm> Acesso em 23 de agosto de 2020.

_____. **Lein. 8080, 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**. Disponível em:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

Acesso em 25 de fevereiro de 2020.

_____. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências**

intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>

Acesso em 15 de janeiro de 2021.

_____ **Lein. 8.212, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências.** Disponível

em:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8212cons.htm>

Acesso em 23 de agosto de 2020.

_____ **Lei n. 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1998.

Acesso em 14 de fevereiro de 2020.

_____ **Lei n. 9.961, de 28 de Janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS e dá outras providências.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico 2000.

_____ **ADIN n. 1.931, de 21 de agosto de 2003. Dispõe sobre a Inconstitucionalidade da Lei Ordinária 9.656/1998, referente a Plano de Seguros Privados de Assistência à Saúde.**

Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=1741189>> Acesso em 30 de maio de 2003.

_____ **Resolução Normativa n. 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.** Disponível em: <<https://www.ans.gov.br>>

Acesso em 25 de junho de 2020.

_____ **Portaria n. 940, de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão).** Disponível em:

https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html>

Acesso em 10 de fevereiro de 2021.

_____ **Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012.** Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm

Acesso em 25 de junho 2020.

_____ **Resolução Normativa n. 392, de 9 de dezembro de 2015.** Disponível

em:<<http://www.ans.gov.br>> Acesso em 23 de agosto de 2020.

_____ **Resolução Normativa n. 393, de 9 de dezembro de 2015.** Disponível em:

<<http://www.ans.gov.br>> Acesso em 21 de maio de 2020.

_____ **Agência Nacional de Saúde Suplementar. Guia de Ressarcimento ao SUS .** Brasília: ANS; 2019.

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

_____ **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cartão nacional de saúde - normas e procedimentos de uso - 2ª edição.** Disponível em: <<http://portalarquivos>> Acesso em 23 de abril de 2021.

_____ **ANS - Espaço do consumidor dados gerais.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras>> Acesso em 20 de março de 2021.

_____ **ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.** Disponível em: <<://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/carencia>> Acesso em 20 de abr. de 2021

_____ **ANS define regras para cobrança de coparticipação e franquia em planos de saúde.** Publicado em: 28/06/2018. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/4499-ans-define-regras-para-cobranca>> Acesso em 13 de fevereiro de 2019.

_____ **Aspectos financeiros do ressarcimento ao SUS: orientações sobre os procedimentos de cobrança.** Rio de Janeiro 2018. Disponível em: <<file:///C:/Users/Marcelo/Downloads/ANS-ASPECTOS%20FINANCEIROS%20DO%20RESSARCIMENTO%20AO%20SUS%20ED.%20ATUAL..pdf>> Acesso em 09 de maio de 2019.

_____ **Dados gerais. glossário temático da saúde suplementar** - Ministério da Saúde / Agência Nacional de Saúde Suplementar. Português – Espanhol – Inglês 2ª edição Brasília – DF 2012. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/saude_sup_glossario_site-1.pdf> Acesso em 15 de abril de 2021.

_____ **Dados e indicadores.** 2020. Artigo disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>> Acesso em 16 de abril de 2021.

_____ **Dados do setor- boletim informativo utilização do sistema único de saúde por beneficiários de planos de saúde e ressarcimento ao SUS - 10a.ed,** Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/images/boletim-informativo-ressarcimento-edicao-10.pdf>> Acesso em 22 de agosto de 2020.

_____ **Cartão nacional de saúde.** Publicado em 15/03/2012. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/index.php/a-ans/sala-de-noticias-ans/a-ans/1375-cartao-nacional-de-saude>> Acesso em 06 de março de 2019.

_____ **Gestão do SUS.** Disponível em: <<https://antigo.saude.gov.br/gestao-do-sus>> Acesso em 12 de maio de 2021.

_____ **O sistema público de saúde brasileiro.** Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistemasasaude.pdf>> Acesso em 05 de dezembro de 2020.

_____ **Política nacional de humanização - humaniza SUS.** Publicado em 22/10/2015 13h30, atualizado em 28/07/2017 20h38. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus>> Acesso em 02 de maio de 2020.

_____ **Em quais modalidades se classificam as operadoras?** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>> Acesso em 26 de abril de 2021.

_____ **Em 2019, beneficiários de planos de saúde realizaram 1,62 bilhão de procedimentos.** Publicado em: 01/07/2020. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/ao-de-procedimentos>> Acesso em 24 de agosto de 2020.

_____ **Quem somos.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos#:~:text=Miss%C3%A3o,a%C3%A7%C3%B5es%20de%20sa%C3%BAde%20no%20pa%C3%ADs>> Acesso em 12 de abr. de 2021

_____ **Ressarcimento: ans repassou valor recorde de ressarcimento: ansr\$ 1,15 bilhão ao sus em 2019** - Publicado em: 06/04/2020. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/integracao-com-o-sus/5468-ressarcimento-ans->> Acesso em 07 de julho de 2020.

_____ **Ressarcimento: no primeiro semestre, ans repassou r\$ 491 milhões ao SUS.** - Publicado em: 09/10/2020. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/integracao-com-o-sus/5987-ressarcimento-no-primeiro-semester-ans-repassou-r-491-milhoes-ao-sus>> Acesso em 22 de novembro de 2020.

_____ **Sistema único de saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona.** artigo.saúde.gov.br. Disponível em: <<https://antigo.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>> Acesso em 02 de abr. de 2021.

_____ **Sistema único de saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona..** Publicado em 24/11/2020 15h08. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/s/sistema-unico-de-saude-sus-estrutura-principios-e-como-funciona>> Acesso em 26 de março de 2021.

_____ **SUS princípios e conquistas.** Brasília dezembro, 2000. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf Acesso em 18 de dezembro de 2020.

_____ **30 anos da lei que regulamentou o SUS: CNS segue em luta por mais orçamento.** Conselho Nacional da Saúde, 2020. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1379-30-anos-da-lei-que-regulamentou-o-sus-cns-segue-em-luta-por-mais-orcamento>> Acesso em: 12 de mar. de 2021.

CARVALHO, G. **A saúde pública no Brasil.** Estud. av. vol. 27 no. 78. São Paulo, SP, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>> Acesso em 09 de mai. de 2021.

COELHO, T. C. B; TELES, A. S.; FERREIRA, M. P. S. **O financiamento do SUS: evidências, constrangimentos e perspectivas.** In: Coelho TCB, Teles AS, Ferreira MPS. Financiamento do SUS: abrindo a caixa-preta. Feira de Santana: UEFS Editora; 2016.

COSTA, J. C. S. **Os impactos econômico-financeiros do ressarcimento ao SUS para as operadoras de planos de saúde.** 2017. Disponível em: <<https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/3594#:~:text=planos%20de%20sa%C3%BAde->>

SOUZA, D. O. S. **O subfinanciamento do Sistema Único de Saúde e seus rebatimentos no enfrentamento da Covid-19.** 2020. Disponível em:
<https://scielosp.org/pdf/physis/2020.v30n3/e300313/pt>

DEMO, P. **Metodologia Científica em Ciências Sociais.** ed. Atlas, São Paulo, 1995.

DINIZ, G. O. A interpretação do Tribunal Regional Federal da 2ª Região ao julgamento do Supremo Tribunal Federal acerca do ressarcimento ao SUS pelas operadoras de Planos de Saúde - Fundação Getúlio Vargas escola de direito (FGV) Rio de Janeiro, Dezembro/2019-. Disponível em:<<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/29605/GABRIEL%20OLIVEIRA%20DINIZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em 23 de janeiro de 2021.

ESTADÃO. SUMMIT SAÚDE BRASIL 2021. **Qual é o gasto diário de saúde do Brasil por habitante?** Disponível em: <<https://medicinas.com.br/gasto-com-saude-brasil/>> Acesso em: 02 de abr. de 2021

FREITAS, M. A. **A avaliação da efetividade da política de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde.** Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2011.

GONÇALVES. N. L. **A judicialização da saúde: A responsabilidade solidária entre os entes da federação sob a ótica do município de Palmas.** 2017. Disponível em:
<http://www.conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/50982/a-judicializacao-da-saude-a-responsabilidade-solidaria-entre-os-entes-da-federacao-sob-a-otica-do-municipio-de-palmas>
 Acesso em 01 de jun. de 2020.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE COMPLEMENTAR. **Análise especial reflexões sobre a política de ressarcimento ao SUS (IESS).** Disponível em<<https://iess.org.br/?p=setor&grupo=Numeros>> Acesso em 20 de mar de 202.

MATHIAS, M. **Quando o SUS socorre os usuários de planos de saúde.** Disponível em:<
<https://outraspalavras.net/outrasaude/de-que-forma-quem-tem-plano-de-saude-procura-atendimento-no-sus/>> Acesso em 04 de junho de 2021.

MELLO, K; MELLO, D. **SUS completa 30 anos com conquistas e desafios.** Publicado em 19/09/2020 - 14:37 - Repórteres da Agência Brasil - Brasília. Disponível em:<<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-09/sus-completa-30-anos-com-conquistas-e-desafios>> Acesso em 16 de março de 2021.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 2001.

PORTAL DA ALIANÇA BRASILEIRA DA INDÚSTRIA INOVADORA EM SAÚDE (ABIIS). **Planos de saúde: ANS disponibiliza números de dezembro.** Publicado em 10 de fevereiro de 2021. Disponível em:<<https://abiis.org.br/planos-de-saude-ans-disponibiliza-numeros-de-dezembro/>> Acesso em 17 de abril de 2021.

_____ DA JUSTIÇA FEDERAL TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL. **O SUS conceito e diretrizes** - da 2ª região. Disponível em: <<https://www10.trf2.jus.br/comite-estadual-de-saude-rj/o-sus/>> Acesso em 20 de março de 2021.

_____ DA REFORMA SANITÁRIA. **Movimento da reforma sanitária brasileira: os principais marcos históricos**. Disponível em: <https://portaldareformasantitaria.org/movimento-da-reforma-sanitaria-brasileira-os-principais-marcos-historicos>
Acesso em 12 de março de 2021.

_____ DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE. **Sobre o FNS** -. Disponível em: <<https://portalfns.saude.gov.br/sobre-o-fns/>> Acesso em 06 de janeiro de 2021.

_____ DO SENADO FEDERAL. **Clausula Pétria**.. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/glossario-legislativo/clausula-petrea> Acesso em 15 de maio de 2021.

_____ EDUCAÇÃO. **SUS: princípios e diretrizes**. disponível em: <<https://siteantigo.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/medicina/sus-principios-e-diretrizes/38572>> Acesso em 28 de abril de 2021. PORTAL DO GOVERNO BRASILEIRO. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**. - ANS. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>> Acesso em 20 de abr. de 2021.

_____ FNS. **Conheça os valores para apresentação de propostas ao MS em 2021**. Disponível em: <<https://portalfns.saude.gov.br/>> Acesso em 08 de abr. de 2021.

_____ INSTITUTOS DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR (IESS). **Assistência à saúde privada no brasil**. Números do setor - Disponível em: <<https://iess.org.br/?p=setor&grupo=Numeros>> Acesso em 22 de março de 2021.

_____ DO INSTITUTO DE ESTUDOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR (IESS). **Números do setor**. Disponível em: <<https://iess.org.br/?p=setor&grupo=Numeros>> Acesso em 10 de maio de 2021.

_____ SUMMITSAUDE. ESTADO.COM.BR. **Desafios do brasil qual é o gasto diário de saúde por habitante**. Disponível em: <<https://summitsaude.estadao.com.br/desafios-no-brasil/qual-e-o-gasto-diario-de-saude-do-brasil-por-habitante/>> Acesso em 23 mar. de 2021.

_____ TRANSPARÊNCIA CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO- **Despesas-áreas de atuação do governo - função específica saúde**. Disponível em: <<http://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2019>> Acesso em 22 de janeiro de 20

RIBEIRO. L. F. **Os limites da intervenção do Poder Judiciário na implementação do direito social à saúde**. 2016. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/47039/os-limites-da-intervencao-do-poder-judicario-na-implementacao-do-direito-social-a-saude>> Acesso em 02 de junho de 2020.

ROCHA, F. **Planos de saúde: saiba como declarar no Imposto de Renda.** Disponível em: <https://www.revistaapolice.com.br/2021/03/planos-de-saude-saiba-como-declarar-no-imposto-de-renda/> Acesso em 04 de junho de 2021.

ROSA, A. G.W; LABATE, R. C. **Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência.**ARTIGO DE REVISÃO -rev. Latino-Am. Enfermagem vol.13 no.6 Ribeirão Preto, Nov./Dec. 2005. Disponível em:<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600016> Acesso em 10 de abril de 2021.

RUSSO, M. **Ressarcimento ao SUS e institutos afins.**2014. Disponível em: <<https://marlorusso.jusbrasil.com.br/artigos/125546192/ressarcimento-ao-sus-e-institutos-supostamente-afins>> Acesso em 20 de mar de 2020.

RUVIARO. L. M. et al. **A reserva do possível e a Judicialização do direito a saúde.** 2018. Disponível em:<<http://revista.fadisma.com.br/index.php/rev>>juridica/article/view/34/43. Acesso em 02 de junho de 2020.

SANTOS, S.; BENEDETTI, T. B. **Cenário de implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e a inserção do profissional de Educação Física.**rev.Brasileira de Atividade Física &Saúde.v. 17 n. 3 (2012).

SAÚDE LEGAL. **As modalidades de planos de saúde.** Disponível em: <<https://saude.legal/2019/01/08/modalidades-de-planos-de-saude/>> Acesso em 10 de mar. de 2021.

SAÚDE SUPLEMENTAR: **20 anos de transformações e desafios em um setor de evolução contínua.** Londrina, 2020. Disponível em<https://www.iess.org.br/cms/rep/SS_20ANOS.pdf>

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **SUS.** Disponível em: <<https://www.saude.mg.gov.br/sus>> Acesso em 25 de junho de 2020.

SILVEIRA, T. C.; COELHO, T. C. B. **Contribuição do ressarcimento do Sistema de Saúde Suplementar ao SUS à luz da legislação brasileira.** rev. Saúde Col. UEFS, Feira de Santana, Vol. 9: 23-32, 2019.

VIANNA, I. O. A. **Metodologia do trabalho científico: um enfoque didático da produção científica.** Ed. 1. Ed. EPU. 2001.

ZIROLDO, R.R; GIMENES, R. O; JÚNIOR, C.C. **A importância da Saúde Suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil,** Disponível em: http://bvsmg.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/importancia_saude_suplementar_demanda_a_prestacao.pdf