

**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
DEPARTAMENTO DE ENSINO, PESQUISA, CIÊNCIA E TECNOLOGIA
DIRETORIA DE ENSINO
CENTRO DE ESTUDOS DE POLÍTICA, ESTRATÉGIA E DOCTRINA
CURSO DE ALTOS ESTUDOS PARA OFICIAIS DE SAÚDE E OFICIAIS
COMPLEMENTARES**

Maj. QOBM/Méd. **MARCOS VINICIUS DA SILVA FRANÇA**



**ESTUDO SOBRE A NECESSIDADE DE NORMATIZAÇÃO
ESPECÍFICA A RESPEITO DA COBERTURA ASSISTENCIAL DO
FUNDO DE SAÚDE DO CBMDF**

**BRASÍLIA
2023**

Maj. QOBM/Méd. **MARCOS VINICIUS DA SILVA FRANÇA**

**ESTUDO SOBRE A NECESSIDADE DE NORMATIZAÇÃO
ESPECÍFICA A RESPEITO DA COBERTURA ASSISTENCIAL DO
FUNDO DE SAÚDE DO CBMDF**

Trabalho monográfico apresentado ao Centro de Estudos de Política, Estratégia e Doutrina como requisito para conclusão do Curso Superior de Altos Estudos para Oficiais do Quadro de Saúde e Quadro Complementar do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal.

Orientador: Cel. QOBM/Comb. **CARLOS EDUARDO BORGES**

**BRASÍLIA
2023**

MAJ QOBM/Méd. **MARCOS VINICIUS DA SILVA FRANÇA**

**ESTUDO SOBRE A NECESSIDADE DE NORMATIZAÇÃO
ESPECÍFICA A RESPEITO DA COBERTURA ASSISTENCIAL DO
FUNDO DE SAÚDE DO CBMDF**

Trabalho monográfico apresentado ao Centro de Estudos de Política, Estratégia e Doutrina como requisito para conclusão do Curso Superior de Altos Estudos para Oficiais do Quadro de Saúde e Quadro Complementar do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal.

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

André da Silva Telles – Ten-Cel. QOBM/Comb.
Presidente

Ícaro de Souza **Macedo** – Ten-Cel. QOBM/Comb.
Membro

Felipe Palácio John – Ten-Cel. QOBM/Méd.
Membro

Carlos Eduardo **Borges** – Cel. QOBM/Comb.
Orientador

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO

AUTOR: Maj. QOBM/Méd. Marcos Vinicius da Silva França

TÍTULO: Estudo sobre a necessidade de normatização específica a respeito da cobertura assistencial do Fundo de Saúde do CBMDF.

DATA DE DEFESA: 04/05/2023.

Acesso ao documento
<input checked="" type="checkbox"/> Texto completo <input type="checkbox"/> Texto parcial <input type="checkbox"/> Apenas metadados
Em caso de autorização parcial, especificar a(s) parte(s) que deverá(ão) ser disponibilizadas:

Licença
<p>DECLARAÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO NÃO EXCLUSIVA</p> <p>O referido autor:</p> <p>a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.</p> <p>b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder ao CBMDF os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.</p> <p>Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não o CBMDF, declara que cumpriram quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.</p> <p>LICENÇA DE DIREITO AUTORAL</p> <p>Na qualidade de titular dos direitos de autor da publicação, autorizo a Biblioteca da Academia de Bombeiro Militar disponibilizar meu trabalho por meio da Biblioteca Digital do CBMDF, com as seguintes condições: disponível sob Licença Creative Commons 4.0 International, que permite copiar, distribuir e transmitir o trabalho, desde que seja citado o autor e licenciante. Não permite o uso para fins comerciais nem a adaptação desta.</p> <p>A obra continua protegida por Direito Autoral e/ou por outras leis aplicáveis. Qualquer uso da obra que não o autorizado sob esta licença ou pela legislação autoral é proibido.</p>

Marcos Vinicius da Silva França

Maj. QOBM/Méd.

Dedico este trabalho à minha esposa Edith, fiel companheira ao meu lado, à minha pequena Elisa, pelos momentos que teve que passar pela ausência do pai, aos pacientes e ao CBMDF pela oportunidade concedida para cuidar do maior bem que existe, a vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, em primeiro lugar, pelo sopro de vida diariamente concedido, pela oportunidade de ser saudável e pelas oportunidades concedidas dia após dia.

À minha esposa, Edith, por ter compreendido as minhas ausências deste o dia em que começamos a namorar, sempre me apoiado na caminhada, com alguns puxões de orelha para que mantivesse sempre o equilíbrio entre profissão, família e amigos.

Para minha pequena Elisa, motivo dos meus sorrisos diários. Não importa se estava cansado, triste ou abatido pela jornada da vida, pois sua ternura e amor sempre revigoram as forças de todos estão ao seu redor.

Aos meus pais, por nem sempre terem me fornecido as respostas, mas por terem me ensinado em como buscar as respostas às perguntas que sempre fiz para a vida.

Aos pacientes do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF), que são a motivação para que continue a estudar, aperfeiçoar e melhorar não apenas como médico, mas como ser humano. Agradeço por tantas experiências compartilhadas e pelas lições de humanidade que pude aprender com cada um deles e isso proporciona um crescimento pessoal imensurável.

Aos colegas do Setor de Auditoria do CBMDF (SEAUD), médicos, dentistas, enfermeiros, oficiais e praças, que não medem esforços para ajudarem na administração do nosso fundo de saúde. Agradeço por se dedicarem de forma ímpar ao cuidado dos beneficiários do CBMDF, inclusive fora do seu horário de expediente e realizando atividades que, muitas vezes, não são de sua responsabilidade com a única finalidade de ajudar o próximo. São forjados com desafios diários e fazem jus de serem chamados de soldados do fogo.

Aos colegas de turma do Superior de Altos Estudos para Oficiais do Quadro de Saúde e Quadro Complementar (CAEO), muitos da turma Ernesto Silva, os quais já dividiram as angústias, os anseios e os êxitos no curso anterior de admissão no CBMDF e no Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais (CAO). Aos novos colegas maiores de outras turmas, mas integrantes deste mesmo CAEO, por saber que todos desejam ser pessoas melhores diariamente.

Ao meu orientador, Cel. Borges, amizade conquistada após ter sido meu instrutor e que compartilha de paixões semelhantes. Mesmo com sua extensa rotina de trabalho, nunca abriu mão de conselhos e de auxiliar a melhor maneira para que este trabalho fosse desenvolvido.

Meus agradecimentos para os gestores de saúde outras forças, que me ajudaram com o compartilhamento e pesquisa de dados das suas respectivas instituições. Militam diariamente para que todos os beneficiários dos seus fundos de saúde sempre tenham acesso a uma saúde de qualidade e financeiramente sustentável.

Por fim, agradeço todos os amigos que entenderam a ausência deste autor em diversos eventos sociais que foi convidado, mas que não pôde comparecer, assim como para todos os colegas que permitiram a elaboração deste estudo.

“Mude o modo que você olha para as coisas, e as coisas que você olha mudarão.

Wayne Dyer

RESUMO

O número de beneficiários da saúde suplementar tem crescido nos últimos anos, sobretudo pelo acesso dos brasileiros aos planos de saúde coletivos. Apesar de não ser uma operadora de saúde, o Fundo de Saúde do CBMDF se assemelha a atuação de uma operadora, pois possui características operacionais semelhantes aos planos coletivos. Entretanto, o FSCBMDF não possui a obrigatoriedade de ter a mesma oferta assistencial de saúde que os planos coletivos subordinados ao regramento da ANS. Assim, o estudo visa mostrar como é realizada a assistência de saúde para os beneficiários do Fundo de Saúde, bem como as bases que respaldam quais procedimentos devem ser ofertados pelo CBMDF. Como efeito comparativo, é mostrado como esta oferta ocorre em modelos de assistência de saúde semelhantes ao praticado pela Corporação, como os fundos de saúde das Forças Armadas, o fundo de saúde da PMDF e de modelos de autogestão não subordinados às regras da ANS. Os desafios para a gestão da saúde também são exibidos, com as dificuldades para equacionar uma oferta de procedimentos adequada, em consonância com a necessidade de manter o equilíbrio financeiro. Não obstante, as normas vigentes da ANS também são analisadas, uma vez que os fundos militares e as autogestões estão inseridas dentro da saúde suplementar apesar de serem instituições públicas. Logo, os desafios deste segmento do sistema de saúde brasileiro também são compartilhados pelas instituições mencionadas. Ênfase é dada ao Fundo de Saúde do CBMDF, especialmente com a averiguação do perfil dos beneficiários, a distribuição por faixa etária e distribuição entre titulares e dependentes. Esses dados são comparados com os dados divulgados pela ANS para a saúde suplementar como um todo. Assim, o estudo é fruto de extensa pesquisa documental nos sítios eletrônicos das Diretorias de Saúde das respectivas instituições estudadas, bem como de pesquisa de bases de dados de instituições militares, como a Escola Superior de Guerra. Além disso, foi analisado um modelo de autogestão, o INAS, o qual também não possui subordinação ao rol da ANS. Com exceção do modelo deste último, os exemplos encontrados são frágeis, ora com normas fragmentadas, ora com legislações insuficientes e incompletas, o que gera inúmeras incertezas da expectativa assistencial que os beneficiários almejam receber. Este mesmo problema foi encontrado no CBMDF, o qual também não possui uma norma finalística sobre este tema. Consequentemente, isso propicia o surgimento de litígios judiciais, concentrados em expectativas de coberturas assistenciais, as quais não foram asseguradas de forma administrativa. Diferentes modelos para suprir o déficit da norma são mostrados e sugeridos, além da advertência que a definição da norma cabe exclusivamente aos gestores de saúde e ao comando do CBMDF. Finalmente, é mostrado que, independente do modelo a ser adotado, a elaboração do rol de procedimentos de saúde do CBMDF é assunto a ser debatido, pois pode reduzir os litígios envolvendo o Fundo de Saúde, bem como auxiliar na conservação da saúde financeira do fundo.

Palavras-chave: Cobertura assistencial. Rol da ANS. Fundo de Saúde do CBMDF.

ABSTRACT

The number of private health plan beneficiaries has grown in recent years, mainly due to the access of Brazilians to collective health insurance plans. Despite not being a health insurance, the Health Fund of the Federal District Fire Department (FSCBMDF) is similar to the performance of a health insurance, as it has operational characteristics similar to the ones observed in collective private health plans. However, the FSCBMDF does not have the obligation to offer the same health care as the collective plans subordinated to the rules of the Brazilian Health Insurance Agency (ANS). Thus, the study aims to show how health care is carried out for beneficiaries of the FSCBMDF, as well as the bases that support which procedures should be offered by the Federal District Fire Department (CBMDF). As a comparative effect, it is shown how this offer occurs in health care models similar to that practiced by the Department, such as the Armed Forces health funds, the Federal District Military Police (PMDF) health fund and self-management models not subordinated to the ANS rules. The challenges for health management are also shown, with the difficulties to equate a proper supply of procedures, in line with the need to maintain financial balance. The current ANS rules are also analyzed, since military funds and self-management are inserted within the private health system despite being public institutions. Therefore, the challenges of this segment of the Brazilian health system are also shared by the aforementioned institutions. Emphasis is given to the CBMDF Health Fund, especially with the investigation of the profile of beneficiaries, distribution by age group and distribution between holders and dependents. These data are compared with the data released by ANS for private health insurances. Thus, this study is the result of extensive documentary research on the websites of the Health Directories of the respective institutions studied, as well as research of databases of military institutions, such as the Superior School of War. In addition, a self-management model was analyzed, the Health Assistance Institute for the Federal District Public Servants (INAS), which also does not have subordination to the ANS roll. With the exception of the latter model, the examples found are fragile, with fragmented and either insufficient or incomplete legislation, which generates innumerable uncertainties of the assistance expectation that the beneficiaries aim to receive. This same problem was found in the CBMDF, which also does not have a specific rule related to this topic. Consequently, this leads to the emergence of legal disputes, concentrated on expectations of assistance coverage, which were not ensured in a regular manner. Different models to overcome the deficit of the norm are shown and suggested, in addition to the warning that the definition of the norm is exclusively up to CBMDF health managers and to its commanders. Finally, it is shown that, regardless of the model to be adopted, the elaboration of the CBMDF's list of health procedures is a subject to be debated, as it can reduce litigation involving the Health Fund, as well as assist in the conservation of the fund's financial health.

Keywords: Assistance coverage. ANS roll. CBMDF Health Fund.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Relação de procedimentos e percentuais de indenizações do FUSEX...	34
Figura 2: Pareceres técnicos da Diretoria de Saúde do Exército sobre a assistência médico-hospitalar não constante no Rol da ANS entre os anos de 2018 e 2022.....	37
Figura 3: Organograma geral da PMDF	46
Figura 4: Exemplo da cobertura assistencial do INAS	55
Figura 5: Cobertura assistencial obrigatória de acordo com o tipo de segmentação	59
Figura 6: Número de atos normativos que alteraram o rol da ANS além das suas atualizações periódicas	60
Figura 7: Exemplo de publicação do Rol atualizado com a segmentação do plano e DUTs	60
Figura 8: Evolução do número de beneficiários de assistência médica (em milhões)	62
Figura 9: Despesa assistencial anual, per capita em (reais), de acordo com a média da faixa etária conforme compilado da ANS.....	63
Figura 10: Proporção de idosos dentre todos os beneficiários ao longo dos anos nas operadoras de autogestão	64
Figura 11: Despesas assistenciais na Saúde Suplementar entre 2001 e 2017	65
Figura 12: Impacto econômico-financeiro nos custos assistenciais de cada atualização do rol da ANS por beneficiário.....	66
Figura 13: Série histórica da variação do VCMH e IPCA em 12 meses	67
Figura 14: Perfil dos beneficiários do sistema de saúde do CBMDF em 2023	68
Figura 15: Distribuição dos tipos beneficiários da assistência a saúde do CBMDF..	68
Figura 16 - Número de novas inclusões de beneficiários no Fundo de Saúde do CBMDF	69
Figura 17: Número de novas inclusões de titulares no Fundo de Saúde do CBMDF	69
Figura 18: Relação entre número de dependentes e número de titulares incluídos no fundo de saúde.....	70
Figura 19: Total de usuários do sistema de saúde conforme faixa etária e tipo de usuário.....	70
Figura 20: Guias emitidas pelo sistema Saudeweb 2 para atendimento em clínicas e hospitais credenciados de acordo com a faixa etária do beneficiário no ano de 2022	71

Figura 21 Número de guias de procedimentos de saúde gerados até Janeiro de 2023	72
Figura 22: Procedimentos odontológicos de urgência que são cobertos pelo CBMDF	134

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Judicializações de saúde contra o CBMDF entre os anos de 2018 e 2023	140
Tabela 2: Coberturas assistenciais dos Fundos das Forças Armadas, das Forças Auxiliares do DF e do INAS	144
Tabela 3: Tabela com pontos positivos e negativos da adoção dos alguns dos possíveis modelos de cobertura assistencial para o Fundo de Saúde do CBMDF.	157

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMB	Associação Médica Brasileira
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CBHPM	Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos
CBMDF	Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CEABM	Centro de Assistência Bombeiro Militar do CBMDF
CECAF	Centro de Capacitação Física do CBMDF
CF	Constituição Federal
CGU	Controladoria Geral da União
CISSFA	Catálogo das Indenizações dos Serviços de Saúde das Forças Armadas
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde
CPMED	Centro de Perícias Médicas do CBMDF
DIGEP	Diretoria de Gestão de Pessoal do CBMDF
DIRSA	Diretoria de Saúde da Aeronáutica
DISAU	Diretoria de Saúde do CBMDF
DODF	Diário Oficial do Distrito Federal
DUTs	Diretrizes de Utilização
EB	Exército Brasileiro
ESG	Escola Superior de Guerra
FAB	Força Aérea Brasileira
FSCBMDF	Fundo de Saúde do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal
FUSEX	Fundo de Saúde do Exército
FUNSA	Fundo de Saúde da Aeronáutica
FUSMA	Fundo de Saúde da Marinha
GDF	Governo do Distrito Federal
HFAB	Hospital de Força Aérea de Brasília
HMAB	Hospital Militar de Área de Brasília
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IESS	Instituto de Estudos de Saúde Suplementar

INAS	Instituto de Assistência a Saúde dos Servidores do Distrito Federal
IPASGO	Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
MB	Marinha do Brasil
MCA	Manual do Comando da Aeronáutica
NAB	Nota de Acompanhamento de Beneficiários
OBM	Organização Bombeiro Militar
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPME	Órtese, prótese e material especial
PET	Tomografia de emissão de pósitrons
PM	Polícia Militar
PMDF	Polícia Militar do Distrito Federal
PODON	Policlínica Odontológica do CBMDF
POMED	Policlínica Médica do CBMDF
PSSM	Política Assistencial para o Sistema de Saúde da Marinha
SACOT	Seção de Acompanhamento de Contratos Continuados da Saúde
SAMMED	Sistema de Assistência Médico-Hospitalar aos Militares do Exército, da Ativa, Inativos, Pensionistas e seus dependentes
SAOFI	Seção de Acompanhamento Orçamentário e Financeiro da Saúde
SARAM	Subdiretoria de Aplicação dos Recursos da Assistência Médico-Hospitalar
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SEAUD	Seção de Auditoria em serviços de saúde do CBMDF
SEI	Sistema Eletrônico de Informações
SIAFI	Sistema Integrado de Administração Financeira
SISAU	Sistema de Saúde da Aeronáutica
SSM	Sistema de Saúde da Marinha
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
TCDF	Tribunal de Contas do Distrito Federal
TUSS	Terminologia unificada da saúde suplementar
VCMH	Variação do custo médico-hospitalar
UNIDAS	União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde

LISTA DE SÍMBOLOS

%	Por cento
nº	Número
R\$	Reais
v.	Volume
Sr.	Senhor
cm	Centímetros

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
1.1	Definição do problema	20
1.2	Justificativa	23
1.3	Objetivos	25
1.3.1	Objetivo geral	25
1.3.2	Objetivos específicos	26
1.4	Definição de termos	26
2	REVISÃO DA LITERATURA	29
2.1	Assistência a saúde nas Forças Armadas	31
2.1.1	Sistema de saúde do Exército	33
2.1.2	Sistema de Saúde da Marinha (SSM)	38
2.1.3	Sistema de Saúde de Aeronáutica (SISAU)	41
2.2	Assistência a saúde nas Forças Auxiliares	44
2.2.1	Assistência a saúde na PMDF	45
2.2.2	Assistência à saúde no CBMDF – Fundo de Saúde do CBMDF	48
2.2.3	Assistência à saúde dos Servidores do Distrito Federal	51
2.3	Assistência à saúde pelo Rol da ANS	56
2.4	Cobertura obrigatória e seus impactos na saúde suplementar nas operadoras de autogestão	61
2.5	Cobertura obrigatória e seus impactos na Fundo de Saúde do CBMDF	67
2.6	A Judicialização na Saúde Suplementar e no CBMDF	73
3	METODOLOGIA	77
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	80
4.1	Cobertura assistencial no Exército - FUSEX	80
4.1.1	Entrevista realizada com responsável pela Auditoria chefe do FUSEX, Hospital Militar de Área de Brasília (HMAB)	82
4.2	Cobertura assistencial na Marinha - FUSMA	87
4.2.1	Entrevista realizada com a Diretoria de Saúde da Marinha	91
4.3	Cobertura assistencial na Aeronáutica - FUNSA	100
4.3.1	Entrevista realizada com responsável pela Auditoria Médica e pelo Credenciamento em Saúde do Hospital de Força Aérea de Brasília (HFAB)	103
4.4	Cobertura assistencial na PMDF	108

4.4.1	Entrevista com o Chefe da Subseção de Acompanhamento e Liquidação de Contas Médicas da PMDF	116
4.5	Cobertura assistencial no INAS.....	120
4.6	Cobertura assistencial no CBMDF	128
4.6.1	Entrevista com o Chefe da Seção de Auditoria em Serviços de Saúde do CBMDF.	135
4.6.2	Judicializações no Fundo de Saúde do CBMDF	138
4.7	Cobertura assistencial na Saúde Suplementar	145
4.8	Recomendações de possíveis regramentos para o CBMDF	152
4.9	Alcance dos objetivos.....	158
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	160
5.1	Recomendações.....	163
	REFERÊNCIAS	165
	APÊNDICES.....	176
	APÊNDICE A – Formulário para entrevista com gestor do FUSEX	177
	APÊNDICE B – Formulário para entrevista com gestor do FUSMA.....	179
	APÊNDICE C – Formulário para entrevista com gestor do FUNSA.....	181
	APÊNDICE D – Formulário para entrevista com gestor da PMDF.....	183
	APÊNDICE E – Formulário para entrevista com gestor do INAS.....	185
	APÊNDICE F – Formulário para entrevista com gestor do CBMDF.....	187

1 INTRODUÇÃO

A assistência de saúde para os militares e dependentes do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF) é assegurada pelo Decreto 26.876/06 e pelas leis 7.479/86, 10.486/02 e 11.134/05. Possui como disposição preliminar assegurar a assistência de saúde de forma ambulatorial e hospitalar, caracterizando uma assistência integral conforme o que é estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no conceito de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”, ratificado pelo que é preceituado como política de saúde pelo Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

Todas estas normas garantiram o acesso à saúde para os bombeiros militares, seus dependentes e pensionistas. Apesar da norma criar um fundo de saúde, bem como o que deve ser custeado por ele, ainda permanece uma lacuna, de forma clara e específica, sobre quais os procedimentos específicos em saúde devem ser custeados.

Os planos de saúde privados possuem esta regulamentação ditada pela Lei 9.656/88. Mediante essa norma, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estabelece qual deve ser o rol mínimo de cobertura assistencial que precisa ser ofertado pelas operadoras de saúde que se enquadrem nesta lei.

No tocante ao sistema público, o Sistema Único de Saúde (SUS), em consonância com os seus princípios de Universalização e Integralidade, também cita quais são as diretrizes assistenciais que seus usuários possuem como prerrogativas (MINISTÉRIO DA SAÚDE). Logo, a função destas normas, no sistema público ou privado, é essencialmente mostrar qual é a política de cobertura assistencial e trazer transparência ao que pode ser ofertado na assistência a saúde.

Assim, a ausência de uma normatização de cobertura assistencial abrangente, clara e específica pode gerar uma divergência entre a expectativa que os beneficiários almejam receber e a real oferta de serviços que pode ser assegurada. Fato este que pode ocorrer tanto no SUS, como em qualquer operadora de saúde privada e, inclusive, no próprio CBMDF.

Este estudo visa avaliar o que as normas do CBMDF citam sobre a cobertura assistencial do Fundo de Saúde, bem como traçar um paralelo das coberturas assistenciais previstas em outras organizações militares, não apenas nas instituições que não possuem uma formal subordinação ao regramento da ANS, mas também naquelas que são subordinadas à cobertura prevista no Rol de Procedimentos da Saúde Suplementar.

1.1 Definição do problema

A ausência ou dubiedade de normatização sobre cobertura assistencial pode ser um grande fator de litígio na relação entre beneficiários e operadoras de saúde. Segundo Carvalho (2018), somente a ANS recebe entre 90 e 100mil reclamações por ano das operadoras de saúde, sendo a sua maioria (68,6%) referentes a cobertura assistencial. Mesmo no cenário onde existe uma norma abrangente, o rol da ANS, observa-se uma infinidade de conflitos sobre cobertura assistencial. Num cenário, onde nem mesmo exista uma norma tão clara e específica, como pode ocorrer nas operadoras ou fundos de saúde que não são subordinados a ANS, os conflitos poderiam ser ainda maiores.

O SUS não está alheio a este problema ao se perceber que, segundo Marques (2016), os cidadãos interpretam o artigo 196 da Constituição Federal (CF) como um direito irrestrito a toda e qualquer tecnologia em saúde. Como há menção no texto de que saúde é dever do Estado, muitos inferem que isso se traduz numa situação que todo e qualquer tratamento deve ser disponibilizado à população, independente do seu custo. Segundo este pensamento, os cidadãos seriam detentores de um seguro amplo, irrestrito e ilimitado, num modelo de cobertura assistencial universal.

Com recursos limitados e impossibilidade de ofertar todo o possível, tem se observado um aumento das demandas judiciais no âmbito do SUS, conforme Vieira (2020). Segundo o autor, retirando os processos de natureza criminal, o número de processos sobre questões de saúde chegava a 2,2 milhões nos tribunais de primeira e segunda instâncias, nos juizados especiais e no Superior Tribunal de Justiça (STJ). De todo este universo, cerca de 25% destas demandas eram referentes a oferta de medicamentos no âmbito do SUS.

Neste ínterim, observa-se que o sistema de saúde do CBMDF pode estar vulnerável a esta mesma situação. A Diretoria de Saúde do CBMDF (DISAU) possui instalações pelas quais oferta serviços de saúde para os seus beneficiários. A Capelania Católica do CBMDF, a Capelania Evangélica do CBMDF, o Centro de Assistência Bombeiro Militar (CEABM), o Centro de Capacitação Física do CBMDF (CECAF), a Policlínica Odontológica do CBMDF (PODON) e a Policlínica Médica do CBMDF (POMED) oferecem assistência de saúde de acordo com suas respectivas áreas de atuação.

Casos que não podem ser contemplados nestas organizações bombeiro militar (OBMs), podem ser direcionados para a rede credenciada do CBMDF para a complementação da assistência. Independente de onde a demanda possa ser atendida, é possível ocorrer uma discrepância entre a expectativa de cobertura assistencial que os beneficiários do fundo almejam receber e aquela que é efetivamente ofertada, quer seja nas OBMs vinculadas à DISAU ou na rede credenciada.

Uma das origens deste problema recai na inexistência da norma específica da cobertura assistencial de saúde. Sua ausência, muitas vezes, pode trazer dúvida sobre a possibilidade de ilegalidade na resposta aos mais diversos pedidos de assistência a saúde que os beneficiários do fundo de saúde remetem à Diretoria de Saúde do CBMDF (DISAU) diariamente. Todas as solicitações para a rede credenciada são recepcionadas por uma seção diretamente vinculada à DISAU, a Seção de Auditoria em Serviços de Saúde (SEAUD).

A função precípua desta seção é avaliar a pertinência técnica e administrativa de cada solicitação, bem como checar a possibilidade de atendimento dessas demandas na rede de saúde credenciada com o CBMDF. A ausência da norma de cobertura já foi objeto de questionamento das bases legais que respaldam as repostas da SEAUD, sobretudo quando há indeferimento dos pedidos dos beneficiários.

A SEAUD atua de forma análoga ao que é praticado nas operadoras de saúde de plano privado, com o uso das mais diversas diretrizes técnicas, consensos médicos entre outros para respaldar a análise técnica de uma demanda de saúde. Todavia, há

situações em que não existe uma clareza robusta se um procedimento, uma terapia ou um exame, por exemplo, são cruciais para que um indivíduo seja submetido.

De maneira semelhante, há situações em que há o devido respaldo técnico para um tratamento, mas não há cobertura obrigatória para a terapia, como exemplo, o fornecimento de anti-hipertensivos orais para pacientes com hipertensão arterial. Neste contexto, surgem os questionamentos da legalidade das ações da SEAUD. Eles ocorrem, principalmente, quando a demanda do beneficiário é negada pela DISAU.

Indubitavelmente, a lacuna da cobertura é um fator gerador de conflitos, que podem ser meramente administrativos, mas também podem ser judiciais, sobretudo no cenário atual, onde as judicializações em saúde tem crescido exponencialmente nos últimos anos (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2015). Somente, no ano de 2022, foram identificados quatro processos judiciais com a finalidade de subsidiar tratamentos ou exames cujas indicações foram avaliadas como não pertinentes pela SEAUD.

Os pedidos ocorrem, em sua maioria, por circunstâncias nas quais os beneficiários julgavam terem sido cerceados do seu direito de acesso a um tratamento de saúde pelo DISAU. No geral, a contestação não se limita apenas aos argumentos técnicos da discordância de um tratamento solicitado por um profissional de saúde, mas também para fatores administrativos. Muitas vezes, os argumentos utilizados buscam uma analogia de prerrogativas semelhantes àquelas prerrogativas presentes nos planos privados de assistência a saúde.

Outro fator para o surgimento de problemas na assistência remete aos crescentes gastos em saúde. Segundo o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), entre 2010 e 2015, as despesas do setor saúde aumentaram 53%, passando de 117,2 bilhões de reais para 179,4 bilhões em 2020 (IESS, 2020). Entretanto, segundo este mesmo estudo, o número de beneficiários caiu 5,7% neste mesmo período. Assim, houve um aumento do valor do gasto *per capita*, com aumento de despesas em terapias, atendimento ambulatoriais e internações.

Uma outra variável que mede o valor dos gastos em saúde é conhecida como variação dos custos médico-hospitalares (VMCH), a qual reflete a variação do custo

da assistência à saúde, *per capita*, entre as operadoras de saúde suplementar entre dois períodos consecutivos de 12 meses (IESS, 2023, p. 12).

Entre os meses de março de 2021 e março de 2022, o aumento foi de 23%, sendo que a inflação brasileira, medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) foi de 13% neste mesmo período (IESS, 2022). Isso, mostra que as despesas em saúde têm aumentado, sobretudo, pela inflação acumulada e não pelo aumento de beneficiários que solicitaram algum tipo de demanda para sua operadora de saúde.

O SUS também teve aumento de suas despesas nos últimos anos. Segundo a Controladoria Geral da União (CGU) As despesas com assistência ambulatorial e hospitalar somaram o valor de 70,3 bilhões de reais em 2021, enquanto que em 2015, este valor era de 42,2 bilhões (CGU, 2023). Logo, o cenário de aumento das despesas é percebido tanto no financiamento da saúde pública, como também no sistema suplementar.

De forma análoga, as despesas com saúde pelo CBMDF seguem o mesmo caminho apresentado acima. Os gastos com saúde cresceram exponencialmente nos últimos anos, saltando de cerca de 62 milhões em 2018 para quase 136 milhões em 2022, o que mostra um crescimento de 120% no período, conforme dados informados pela Seção de Acompanhamento Orçamentário e Financeiro da Saúde (SAOFI), seção responsável pelo acompanhamento de despesas em saúde da DISAU.

Assim, o problema de pesquisa recairia no questionamento de “como a implementação de norma definidora da cobertura assistencial na saúde do CBMDF pode contribuir com a legalidade das ações da SEAUD, auxiliar a sustentabilidade financeira do Fundo de Saúde e promover a redução de litígios?”

1.2 Justificativa

Apesar do fenômeno cada vez mais comum da judicialização, a necessidade de normatização de cobertura é importante para que os beneficiários saibam o que esperar da assistência em saúde. Na saúde suplementar, este direito é assegurado pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, conhecido como rol da ANS (ANS,

2021). Ele, por sua vez, foi criado pela lei 9.656/88, intitulada como “lei dos planos de saúde.” (BRASIL, 1998)

O rol estabelece uma listagem de procedimentos, tratamentos e exames que os beneficiários de operadoras de saúde vinculados a ANS devem receber, caracterizando a cobertura mínima obrigatória (ANS, 2023). Apesar desta regulamentação, esta abrangência de procedimentos foi ainda mais expandida com o recente julgamento pelo poder judiciário brasileiro que o rol não era taxativo, ou seja, as operadoras de saúde não deveriam cobrir minimamente o que está contido nele. O entendimento foi no sentido que ele seria exemplificativo, isto é, serviria apenas como exemplo de procedimentos a serem cobertos, mas a cobertura obrigatória não estaria limitada apenas a esta listagem (ANS, 2023).

A presença do rol da ANS com suas Diretrizes de Utilização (DUTs) e mesmo o recente entendimento sobre a sua qualificação exemplificativa assegura o que um beneficiário almeja receber como cobertura, gerando uma regulação clara de oferta na saúde suplementar

No SUS, o entendimento de oferta de saúde é assegurado na seção II, artigos 196 a 200 da Constituição Federal (CF, 1988, p.). Apesar desse famoso texto da constituição, ele ainda não deixa claro o que exatamente o SUS pode ofertar como cobertura, ainda que muitas pessoas o interpretem como uma garantia irrestrita de toda e qualquer tecnologia em saúde, conforme Vieira (2020).

Neste ínterim, a Lei 12.401/2011 estabelece as diretrizes sobre a assistência terapêutica e incorporação de tecnologia no âmbito do SUS. Ela atua como uma forma de assegurar uma cobertura assistencial para os beneficiários da saúde pública no Brasil. Com o surgimento da lei, foi criada a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC), que é responsável tanto pela elaboração de DUTs de procedimento a serem realizados no SUS, bem como pela criação de protocolos e diretrizes terapêuticas para as mais diversas moléstias existentes. Possui também como prerrogativas, avaliar e decidir sobre a incorporação de novas tecnologias em saúde no âmbito do SUS. Assim, percebe-se que existe uma norma com cobertura assistencial assegurada com a advento das ações da CONITEC.

De forma semelhante ao que é observado no rol da ANS e nas diretrizes do SUS, a existência de uma norma geral é importante para sanar as expectativas e clarear o que os beneficiários do fundo de saúde no CBMDF possuem como direito a saúde. Como está inserido de maneira complementar em todo este arcabouço de saúde do país, a norma estaria exatamente de acordo com o que já é preconizado nos modelos de assistência atualmente existentes.

Não obstante, a definição do que efetivamente necessita ser ofertado como cobertura assistencial também poderia auxiliar no controle de gastos com despesas que não necessitem serem absorvidas pelo Fundo de Saúde da corporação. Assim, uma cobertura assistencial definida pode ajudar no controle dos gastos dos procedimentos, tratamentos e exames que efetivamente são necessários para os beneficiários do fundo, o que propicia um controle financeiro das despesas de saúde do CBMDF melhor e mais sustentável.

Por fim, este pesquisador foi nomeado e atua como médico auditor da SEAUD há mais de 10 anos e, atualmente, é o médico com maior tempo dedicado àquela seção. Como também já atuou como chefe da SEAUD entre os anos de 2019 e 2021, período este que coincidiu com a pandemia da COVID-19 e seus desafios, foi possível vivenciar diretamente os mais diversos conflitos que foram formalizados pelos canais de comunicação da DISAU, pelo canal da Ouvidoria do CBMDF e pelos apelos judiciais que ocorrem reiteradamente na DISAU.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

Analisar a aplicabilidade de normatizações de cobertura de assistência à saúde de outras organizações, de acordo com as normas existentes no CBMDF, garantindo a efetiva cobertura assistencial do sistema de saúde e a redução dos litígios na sua interpretação, propiciando um melhor equilíbrio entre a cobertura e as despesas em saúde.

1.3.2 *Objetivos específicos*

- Descrever a cobertura assistencial em modelos análogos ao CBMDF (Exército Brasileiro, Marinha do Brasil, Força Aérea Brasileira e Polícia Militar do Distrito Federal)
- Descrever o modelo de cobertura adotada por um instituto de assistência a saúde do Distrito Federal no modelo de autogestão
- Descrever o modelo de cobertura assistencial praticado pelas operadoras de saúde subordinadas ao regramento da ANS
- Analisar a normatização de cobertura assistencial de saúde do CBMDF, com suas lacunas e debilidades.
- Comparar a legislação do CBMDF com as legislações que serão estudadas
- Apontar como estão os gastos em saúde no Brasil, tanto no sistema suplementar subordinado a ANS, bem como no SUS e no CBMDF
- Sugerir a criação de uma nova norma ou adequação da norma existente para que haja clareza sobre a efetiva cobertura assistencial.

1.4 **Definição de termos**

Assistência médico-hospitalar: conjunto de atividades relacionadas com a prevenção a doenças, com a conservação ou recuperação da saúde e com a reabilitação dos pacientes, abrangendo serviços profissionais médicos e farmacêuticos, bem como o fornecimento, a aplicação e meios, os cuidados e demais atos médicos, paramédicos e fisioterápicos necessários, prestados em organização de saúde.

Autogestão: modalidade de administração de planos de saúde na qual a própria empresa ou outro tipo de organização institui e administra, sem finalidade lucrativa, o programa de assistência à saúde de seus beneficiários

Beneficiários: indivíduos que possuem o direito de usufruir assistência médico-hospitalar, médico-domiciliar custeada pelo SUS ou por uma determinada operadora de saúde ou fundo de saúde.

Beneficiários do fundo de saúde do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal: militares, seus dependentes e pensionistas contribuintes para o Fundo de Saúde, bem como seus dependentes, os quais gozam do direito de usufruir os benefícios da assistência médico-hospitalar, médico-domiciliar, odontológica, psicológica e social, custeada pelo Fundo de Saúde do Corpo de Bombeiros.

Clínicas credenciadas: organizações de saúde de atendimento ambulatorial, privado, que voluntariamente firmaram contrato firmado com o Corpo de Bombeiros para atendimento aos beneficiários do Fundo de Saúde.

Cobertura assistencial: A cobertura assistencial é um conjunto de direitos de assistência a saúde que um beneficiário faz jus ao estar vinculado a uma operadora de saúde, a um fundo de saúde ou ao próprio Sistema Único de Saúde.

Emergência: é o estado da manifestação de uma enfermidade ou traumatismo, em situação crítica, perigosa ou fortuita, de surgimento imprevisto e súbito, com risco iminente de morte, e que obriga o pronto atendimento do paciente

Fundo de Saúde do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal: concentração de recursos financeiros provenientes principalmente das contribuições e indenizações, destinada a complementar as dotações orçamentárias para a assistência médico-hospitalar, médico-domiciliar, odontológica, psicológica e social dos seus beneficiários

Hospitais credenciados: hospitais privados que voluntariamente firmaram contrato firmado com o Corpo de Bombeiros para atendimento aos beneficiários do Fundo de Saúde.

Judicialização da saúde: situação de acionamento do Poder Judiciário por parte de indivíduos ou grupos de indivíduos, na condição de cidadãos ou de consumidores, com a finalidade de que este poder arbitre conflitos relacionados a oferta de saúde.

Lei dos planos de saúde: lei 9.656/98, que disciplinou a assistência a saúde suplementar no Brasil e estabeleceu o rol de cobertura mínima assistencial para as operadoras de saúde

Operadora de saúde: pessoa jurídica constituída, com operação nas mais diversas modalidades, que opere produto, serviço ou contrato com a finalidade de ofertar serviços de saúde aos seus beneficiários.

Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais, com a finalidade de garantir a assistência à saúde, custeada integral ou parcialmente pela da operadora de saúde contratada

Rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar: lista de referência básica para cobertura mínima obrigatória dos planos de saúde, com estabelecimento de consultas, exames e tratamentos, os quais devem ser ofertados, obrigatoriamente, de acordo com cada plano de saúde.

Saúde Suplementar: atividades desempenhadas por planos ou seguros de saúde, com objetivo de ofertar ações e serviços de saúde, mediante a regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Terminologia Unificada da Saúde Suplementar: tabela utilizada pela Saúde Suplementar com o objetivo de padronizar todos os códigos e as nomenclaturas dos procedimentos médicos

Urgência: é a situação que requer tratamento em curto prazo de tempo, porém sem o caráter de morte iminente como nas emergências

2 REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo visa dar uma visão geral do problema da assistência na Saúde Suplementar, sua inserção dentro do sistema de saúde brasileiro, os desafios para garantir a sua oferta, bem como as formas para que seja custeada de uma forma sustentável, sobretudo, nas Forças Armadas, Forças Singulares e no modelo de atividade de autogestão.

De acordo com o art. 199 da CF, a iniciativa privada pode complementar as ações inerentes ao SUS (CF, 1988). Assim, na seção sobre a saúde na Constituição, existem apenas dois sistemas de oferta em saúde no Brasil, aquele ofertado pela iniciativa privada e o Sistema Único de Saúde. Entretanto, existem atores que são pertencentes ao Estado, mas não integram o SUS, segundo Trindade (2005).

O sistema de saúde das Forças Singulares, as operadoras de saúde vinculadas a órgãos públicos, apesar de possuírem origem pública, não integram o sistema único e tampouco fazem parte da iniciativa privada. Este modelo será utilizado como comparativo ao que ocorre no CBMDF, haja visto que o sistema de saúde da corporação está enquadrado também nesta mesma circunstância.

Segundo De Carvalho (2020), os fundos de saúde das Forças Armadas, a despeito de serem geridas no âmbito público, estão inseridos dentro da saúde suplementar haja visto que também atuam como compradores de serviços dentro do sistema suplementar e não integram formalmente a rede SUS. O sistema de saúde do CBMDF também se enquadra neste ponto, em decorrência da sua semelhança com estes fundos. Logo, todos compartilham das mesmas virtudes, mas também das mesmas dificuldades, sobretudo no que concerne à sua sustentabilidade, de acordo com o autor.

De forma análoga, um outro exemplo inserido nessa interseção entre SUS e saúde suplementar é observado nas operadoras de saúde de autogestão, como é o caso, do recém-criado Instituto de Assistência a Saúde dos Servidores do Distrito Federal (INAS). Ele possui as mesmas prerrogativas do fundo de saúde do CBMDF, que é assegurar saúde para um determinado tipo de beneficiário, mas possui

personalidade jurídica própria com a finalidade precípua para operar o plano de saúde dos servidores do Governo do Distrito Federal (GDF).

Desse modo, poderia se supor que deveria seguir as normatizações da ANS. Contudo, ele possui uma legislação de cobertura assistencial própria e não possui obrigatoriedade de subordinação à lei dos planos de saúde, em função da sua personalidade jurídica pública. Este modelo, pela analogia ao que foi apontado neste estudo, também será objeto de análise.

No tocante ao SUS, existe uma distinção entre os fundos de saúde e o sistema único ainda que ambos tenham um financiamento público. Como exemplo, toma-se o fato ocorrido durante a pandemia pelo coronavírus. Em resposta ao questionamento do Tribunal de Contas da União (TCU) para o Ministério da Defesa quanto ao uso da rede de assistência a saúde das Forças Armadas pelo SUS, esse último esclareceu “ao contrário do SUS, o sistema de saúde das Forças Armadas não é universal e tampouco dispensa para o seu custeio as contribuições mensais e as indenizações de seus beneficiários.” (BRASIL, 2021). Assim, a proposta de universalidade, inclusive na sua cobertura é distinta entre SUS e os fundos de saúde militares.

Ademais, segundo Trindade (2005), estes sistemas que não fazem parte do SUS e também não possuem uma regulação subordinada a ANS, são classificados como subsistema da saúde suplementar. Segundo o autor, esta anomalia ocorre em decorrência da previsão legal de quem estaria efetivamente subordinado as regras da ANS conforme preceitua a lei 9.656/98 e com sua redação recentemente alterada pela Lei 14.454/22

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade e, simultaneamente, das disposições da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor), adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições. (BRASIL, 2022)

Segundo a lei, apenas as “pessoas jurídicas de direito privado” estariam subordinadas a essa regra, ou seja, todos os sistemas de saúde de autogestão com patrocínio público não entrariam nesta condição e, conseqüentemente, não lhes seria mandatária a cobertura do rol da ANS (TRINDADE, 2005). A ausência de

obrigatoriedade de seguir a maior norma de cobertura assistencial da saúde suplementar, gera dúvida de qual é o balizador a ser tomado em relação a cobertura que deve ser ofertada neste contexto.

Por este motivo, será objeto do estudo os fundos de saúde militares, tanto pela sua semelhança com o Fundo de Saúde do CBMDF, quanto pela sua classificação de estarem enquadrados no cenário do subsistema de saúde suplementar. De maneira análoga, as operadoras de saúde subordinadas ao rol da ANS, na modalidade de autogestão, também fazem parte desse subsistema, motivo pelo qual uma operadora representante deste grupo, o INAS, será alvo de estudo. Por fim, é imprescindível uma avaliação comparativa do modelo seguido pela ANS, o qual também será abordado.

2.1 Assistência a saúde nas Forças Armadas

O Decreto 92.512/86 estabelece a seguinte redação quanto a assistência a saúde para as Forças Armadas.

Art. 1º. O militar da Marinha, do Exército e da Aeronáutica e seus dependentes tem direito a assistência médico-hospitalar, conforme as condições estabelecidas neste decreto e nas regulamentações específicas das Forças Singulares. (BRASIL, 1986)

Assim, estabelece-se quais são as prerrogativas iniciais da oferta da assistência médica das Forças Singulares, a origem da sua dotação orçamentária e algumas regulamentações sobre o seu funcionamento. Inobstante a sua existência, ela não cita quais são exatamente os procedimentos de saúde que devam ser cobertos pelos respectivos fundos, mas informa no art. 2º como será composto o sistema de saúde.

Art. 2º A assistência médico-hospitalar, a ser prestada ao militar e seus dependentes, será proporcionada através das seguintes organizações de saúde:

I - dos Ministérios Militares;

II - Hospital das Forças Armadas;

III - de Assistência Social dos Ministérios Militares, quando existentes;

IV - do meio civil, especializadas ou não, oficiais ou particulares, mediante convênio ou contrato;

V - do exterior, especializadas ou não. (BRASIL, 1986)

Desse modo, observa-se que a assistência médica e hospitalar pode ser ofertada tanto dentro das instituições militares, quando disponível, mas também em organizações não militares desde que devidamente conveniadas ou contratadas para este fim.

Neste prisma, ao observar a assistência dentro das organizações militares, chama a atenção a existência de outra norma, a GM-MD n° 935 de 2021, a qual criou o Catálogo das Indenizações dos Serviços de Saúde das Forças Armadas (CISSFA). Nesse catálogo, é estabelecido o valor da indenização a ser paga para os procedimentos de saúde realizados dentro das organizações militares das Forças Armadas, com seu custeio baseado em cálculo específico.

Art. 2º O Catálogo de Indenizações dos Serviços de Saúde das Forças Armadas (CISSFA) tem por finalidade normatizar e apresentar o cálculo de indenizações provenientes da prestação de assistência em saúde aos beneficiários das Organizações Militares (OM) e Organizações Militares de Saúde (OMS). (BRASIL, 2021)

O que traz a atenção a esta norma é o seu anexo II. Nele, está contida uma extensa lista, codificada e pormenorizada de procedimentos, exames e tratamentos médicos e odontológicos. Assim, o CISSFA estabelece um valor de indenização para diversos procedimentos em saúde. Como a assistência em saúde é ofertada tanto nas organizações militares, bem como em organizações civis, o que se infere é que todos os procedimentos constantes no CISSFA passam a ter sua cobertura assegurada para os beneficiários dos respectivos fundos de saúde das forças.

De maneira análoga, é possível inferir que os procedimentos listados poderiam também ter sua cobertura assegurada, mesmo quando executados fora das organizações militares, nas clínicas e hospitais conveniados ou credenciados com as Forças Singulares. Independente da finalidade da norma ser para valoração de procedimento, é possível estabelecer uma relação que todo e qualquer procedimento listado no CISSFA seria passível de cobertura.

As normas citadas, comuns ao Exército, Marinha e Aeronáutica, não geram óbices para a existência de normatizações complementares para cada força. Exército, Marinha e Aeronáutica podem utilizar legislações próprias e específicas com o estabelecimento de suas, respectivas, coberturas assistenciais em saúde, bem como

das necessidades de Diretrizes de Utilização (DUTs) para a execução de cada procedimento de saúde. Essas, por sua vez, seriam condições ou pré-requisitos para que uma oferta de saúde tenha sua cobertura assegurada. Assim, cada força será avaliada de forma individual

2.1.1 Sistema de saúde do Exército

A assistência médico-hospitalar no Exército Brasileiro (EB) é composta pelo Sistema de Assistência Médico-Hospitalar aos Militares do Exército, da Ativa, Inativos, Pensionistas e seus dependentes (SAMMED) e o Fundo de Saúde do Exército (FUSEX) conforme Pereira (2021). O primeiro é composto por todas as organizações de saúde próprias do Exército, enquanto o segundo é o órgão responsável pelo atendimento prestado dentro da saúde suplementar, conveniada ou contratada pela força. O FUSEX, criado em 1978, possui uma norma de criação própria e atua, em consonância com o Decreto 92.152/86, com a delimitação de quem são os beneficiários do fundo, bem como orienta as normas do seu funcionamento, sem, entretanto, direcionar para a sua cobertura assistencial específica. (PEREIRA, 2021).

No sítio eletrônico do EB, consta a informação que o FUSEX “possui ampla cobertura de procedimentos” e que “não restringe novas tecnologias desde que necessárias e aprovadas pela Associação Médica Brasileira” (EXÉRCITO BRASILEIRO, 2023a). Ou seja, apesar de citar que é possível um gama de procedimentos de cobertura, existem alguns requisitos para a sua cobertura, o que pode iniciar uma caracterização de quais procedimentos efetivamente são amparados para cobertura.

Por exemplo, no Caderno de Instrução na Especialidade de Ortopedia (EB30-CI-20.001), consta quais são os pré-requisitos médicos necessários para que a auditoria médica daquele órgão autorize o procedimento de implante de prótese total do joelho. Isso equivale a dizer que existe sim cobertura para este procedimento, mas existem DUTs para que a cobertura seja efetivada (EXÉRCITO BRASILEIRO, 2017).

Uma outra forma de atuação do FUSEX é mostrada na figura 1.

Figura 1 – Relação de procedimentos e percentuais de indenizações do FUSEX

TIPO DE DESPESA	INDENIZAÇÕES		OBSERVAÇÕES
	20%	100%	
1. Aplicações radioterápicas e quimioterápicas.			
2. Atendimento neonatal a filho (a) de beneficiária dependente (exceto cônjuge) ou de pensionista (exceto filho com o instituidor da pensão) contribuintes do FuSEx, após a alta da mãe.			Desde que vinculadas ao evento do nascimento ou sejam referentes a procedimentos de urgência ou emergência, até a alta do recém-nascido.
3. Atendimento neonatal a filho (a) de beneficiária dependente (exceto cônjuge) ou de pensionista (exceto filho com o instituidor da pensão) contribuintes do FuSEx, enquanto a mãe estiver internada.			
4. Avaliação psicológica para manutenção do registro e autorização de porte de arma de fogo.			
5. Consultas e demais atos médicos e paramédicos, cobertos pelo FuSEx, que demandem dispêndio.			
6. Custos de hospitalização			
7. Diárias de acompanhantes para pacientes menores de 18 e maiores de 60 anos ou quando houver prescrição médica indicando o acompanhamento.			De acordo com as regras de acomodação hospitalares.
8. Diárias de acompanhantes para pacientes maiores de 18 e menores de 60 anos, sem prescrição médica.			
9. Exames complementares.			Exames de alta complexidade estão sujeitos à autorização prévia.
10. Filmes radiológicos.			
11. Materiais e medicamentos utilizados em atendimento ambulatorial ou em internações hospitalares.			
12. Órteses cirúrgicas e próteses-não odontológicas (membros mecânicos, aparelho auditivo, lente intra-ocular, “stents”, marca-passo, CPAP e outros correlatos, que forem julgados necessários por Comissão de Ética Médica e com a aquiescência do Diretor da OMS ou da Seção FuSEx).			De acordo com as orientações para aquisição de OPME.
13. Órteses não-cirúrgicas e acessórios ortopédicos (bota ortopédica, muleta, cadeira de roda, colete ortopédico e outros correlatos, que forem julgados necessários por Comissão de Ética Médica e com a aquiescência do Diretor da OMS ou da Seção FuSEx).			
14. Procedimentos odontológicos:			
a. Tratamento odontológico em geral, exceto ortodontia, ortopedia funcional dos maxilares, implantodontia e prótese odontológica.			As exceções listadas seguirão o previsto nos itens subsequentes.
b. Tratamento ortodôntico, incluindo manutenções, até a idade de 16 (dezesesseis) anos, inclusive.			
c. Tratamento ortodôntico, incluindo manutenções, acima de 16 (dezesesseis) anos e somente nos seguintes casos: 1) discrepância ósseo-dentária no arco inferior ou superior, igual ou superior a oito milímetros (falta do espaço ou apinhamento dental); 2) sobre mordida (over-bite) exagerada, nos casos em que houver interferência dos dentes anteriores na mucosa do maxilar superior; 3) transpasse horizontal (over jet) no arco superior em relação ao arco inferior, igual ou superior a dez milímetros; 4) mordida cruzada anterior.			
d. Ortopedia funcional dos maxilares			
e. Tratamento de implantodontia, exceto elementos a serem implantados, componentes protéticos e materiais para enxertia			
f. Procedimentos clínicos para preparo protéticos, exceto os componentes de laboratórios protéticos.			
g. Procedimentos e componentes odontológicos em geral realizados em laboratórios ortodônticos ou de próteses odontológicas.			Somente quando realizados em OMS.
15. Tratamento nas áreas de reabilitação, exceto psicoterapia, até o limite de 8 sessões em um período de 30 dias.			
16. Tratamento nas áreas de reabilitação, exceto psicoterapia, além do limite de 8 sessões em um período de 30 dias.			
17. Tratamento na área de psicoterapia, até o limite de 4 sessões em um período de 30 dias.			
18. Tratamento na área de psicoterapia, além do limite de 4 sessões em um período de 30 dias.			
19. Tratamento na área de reabilitação que ultrapasse o limite de 200 sessões para o total do tratamento, dentro de cada área.			

Fonte: Exército Brasileiro, 2019.

Ainda segundo Pereira (2021), o FUSEX pode atuar tanto na cobertura, quanto no financiamento de procedimentos de saúde. A diferença se resume ao valor de indenização que o beneficiário deve pagar para a força após a realização de qualquer procedimento de saúde. Conforme visto na figura, há uma lista de situações, nas quais a indenização pode ser de 20% ou de 100% das despesas. Nos casos em que há financiamento, apesar das despesas serem integralmente custeadas pelo fundo, o valor a que o beneficiário deve restituir, como indenização, é de 100% da despesa. Ou seja, o FUSEX atuaria de forma assemelhada a uma instituição financeira e não como uma operadora de saúde propriamente dita.

Segundo a figura 1, o item 13, como exemplo, assegura o financiamento de órtese, prótese e material especial (OPME) não implantável, como é o caso de custeio de cadeira de rodas. Todavia, para que o financiamento ocorra, é necessário que o pedido seja submetido a dupla avaliação e aprovação setoriais e, mesmo que aprovado o financiamento, o solicitante necessita ressarcir 100% da despesa.

Uma vez mais, pode-se inferir que não há cobertura como seguro de saúde para esta condição, atuando o FUSEX de forma assemelhada a um órgão meramente financiador, mas não tanto como uma operadora de saúde para os seus beneficiários nesta circunstância.

O FUSEX ainda utiliza diversos outros balizadores para estabelecimento de sua cobertura assistencial como protocolos de instruções em algumas especialidades médicas (EXÉRCITO BRASILEIRO, 2017). Foram elaborados cadernos de instruções, como o de Ortopedia, por exemplo, já citado anteriormente, formado por uma câmara técnica de especialistas na área. Estas instruções foram normatizadas como portarias pelo chefe do Departamento do Pessoal do Exército, o que valida a sua atuação.

Os cadernos, disponíveis no sítio eletrônico da Diretoria de Saúde do Exército (EXÉRCITO BRASILEIRO, 2023b), foram produtos de grupos de trabalhos daquela diretoria com a finalidade de balizar as autorizações dos procedimentos para os beneficiários do FUSEX, principalmente no caso dos procedimentos de custo mais elevado, com o objetivo de racionalizar e promover a economia de despesas.

Eles não serão listados neste trabalho, de forma pormenorizada, pelo fato de ser conter uma lista extensa de DUTs para a autorização de diversos procedimentos, mas é importante ressaltar sua importância quanto a existência de diretrizes técnicas de quando um procedimento deve ser autorizado, com a evidência dos pré-requisitos clínicos necessários para que uma determinada intervenção seja executada.

Não obstante, os cadernos não se resumem apenas a questões técnicas, mas também exibem orientações administrativas. Neles, estão contidas quais são as codificações da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS) que devem ser utilizadas em cada procedimento. Elas atuam como balizadores dos pagamentos das despesas e honorários médicos, o que assegura um caráter administrativo para os cadernos, porquanto atuam na racionalização das despesas médicas.

Os cadernos disponíveis compreendem as situações que tradicionalmente preenchem um maior gasto nos orçamentos das operadoras de saúde (IESS, 2020) e são elas: internações hospitalares, procedimentos ortopédicos, procedimentos cardiovasculares, procedimentos neurocirúrgicos, procedimentos oftalmológicos, procedimentos bucomaxilofaciais e tratamentos oncológicos. Assim, observa-se, claramente, uma orientação de cobertura assistencial nos casos dos procedimentos mais onerosos.

Conforme Pereira (2021), além de todas as prerrogativas já anteriormente citadas, o FUSEX não possui regulação com ANS e, conseqüentemente, não está subordinado a “lei dos planos de saúde” e ao seu rol. Embora não exista uma subordinação formal a ANS, existe também nesse sítio eletrônico, um campo chamado “pareceres fora do rol da ANS” (EXÉRCITO BRASILEIRO, 2023c).

Nele, há uma série de orientações, forma bem evidente, sobre a formulação da pareceres para a auditoria médica, favoráveis ou desfavoráveis, quanto a resposta sobre a indenização de diversos procedimentos que não são contemplados no rol da ANS, conforme figura 2.

Figura 2: Pareceres técnicos da Diretoria de Saúde do Exército sobre a assistência médico-hospitalar não constante no Rol da ANS entre os anos de 2018 e 2022

Doc. N°/Ano	Demandas apreciadas	Parecer (forma indenizatória / legislação aplicável)
DIEx 1081/2022	exame de anticorpos antiaquaporina-4 IgG e anticorpos anti-MOG IgG para investigação diagnóstica de doença desmielinizante (neuromielite óptica)	Favorável (cobertura / IR 30-38)
DIEx 972/2022	exame de perfil hormonal master na saliva indicado para investigação de estresse crônico	Desfavorável (AMH não indenizável)
DIEx 743/2022	procedimento – cobertura do fármaco Secuquinumabe (Cosentyx®) para tratamento da espondilite anquilosante	Desfavorável (AMH não indenizável)
DIEx 732/2022	exame painel de autoanticorpos investigativo para dermatomiosite / síndrome antissintetase	Favorável (cobertura / IR 30-38)
DIEx 465/2022	exame de cromograma A indicado para subsidiar tratamento de tumor neuroendócrino	Favorável (cobertura / IR 30-38)
DIEx 373/2022	exame de imunodifusão radial indicado para investigação diagnóstica de paracoccidiodomicose	Favorável (cobertura / IR 30-38)
DIEx 342/2022	procedimento de acupuntura realizado por profissionais não-médicos , conforme Portaria n° 174-DGP, de 22 de novembro de 2012	Desfavorável (AMH não indenizável)
DIEx 3534/2021	procedimento de balão intragástrico indicação decorrente de tratamento clínico refratário, sem indicação de cirurgia bariátrica ou que não deseja realizá-la	Desfavorável (AMH não indenizável)
DIEx 3454/2021	procedimento de rizotomia de ombro por radiofrequência refrigerado	Desfavorável (AMH não indenizável)
DIEx 3443/2021	procedimento de drenagem linfática manual ou mecânica pós cirurgia plástica reparadora	Desfavorável (AMH não indenizável)
DIEx 3436/2021	exame de PCR para Citomegalovirus, Herpes Simples Vírus tipo 1 e 2, e Vírus Epstein Barr	Favorável (cobertura / IR 30-38)
DIEx 3193/2021	procedimento de eletrovaporização a laser para o tratamento da hiperplasia benigna de próstata (HBP)	Desfavorável (AMH não indenizável)
DIEx 3126/2021	procedimento de neurotomia por radiofrequência refrigerada indicado para dor crônica em região lombar e articulação sacrílica	Desfavorável (AMH não indenizável)
DIEx 3075/2021	exame de EndoPredict® para avaliar risco de metástase e indicação para quimioterapia adjuvante	Favorável (cobertura / IR 30-38)
DIEx 2623/2021	procedimento de cirurgia metabólica , cuja indicação não atenda aos critérios estabelecidos pela Resolução CFM n° 2.172/2017	Desfavorável (AMH não indenizável)
DIEx 3057/2021	procedimento – cirurgia de ninfoplastia ou labioplastia quando indicado/homologado por médico especialista militar e julgado por Comissão de Ética Médica (CEM)	Restrito às OMS
DIEx 2848/2021	procedimento de implante refratário com lente intraocular tórica	Desfavorável (AMH não indenizável)
DIEx 2847/2021	procedimento de bloqueio dos ramos de nervos geniculares por radiofrequência para tratar a dor e limitação funcional	Desfavorável (AMH não indenizável)

Fonte: Diretoria de Saúde do Exército, 2022.

Ressalta-se que não seria formalmente necessária uma listagem de procedimentos de saúde, os quais fazem parte do Rol da ANS, com a sua informação de cobertura obrigatória ou não pelo FUSEX, haja vista que este fundo não está subordinado a essa agência. Todavia, conforme preceitua a lei 9.656/88, o rol da ANS é a norma balizadora, precípua, da cobertura assistencial da saúde suplementar.

Dessa forma, é possível inferir que muitos beneficiários do Exército podem ter em mente que o rol da ANS poderia também ser a norma balizadora do FUSEX, em função desse estar inserido no subsistema de saúde suplementar. Assim, a informação de mostrar quais tecnologias foram ou não incorporadas na cobertura assistencial do FUSEX, ainda que redundante, traz mais transparência e clareza em mostrar que há um rol de cobertura própria pelo Exército. Isso ressalta que não existe uma obrigatoriedade de custeio dos procedimentos que são incorporados pela ANS como cobertura dentro do seu rol.

2.1.2 Sistema de Saúde da Marinha (SSM)

A assistência de saúde dos beneficiários da Marinha do Brasil (MB) é ofertada pelo sistema de saúde é composto pelo SSM e pelo Fundo de Saúde da Marinha (FUSMA) conforme estipulado nas legislações que amparam a sua existência: os Decretos 92.512/86 e 11.002/22 (comuns a todas as Forças Armadas), a Portaria CM 330/09, a Medida Provisória 2.215/01 e as Normas para a Assistência Médico-Hospitalar da Marinha – DGPM-401 conforme consta no sítio eletrônico da Diretoria de Saúde da Marinha (MARINHA DO BRASIL, 2023)

Dentro do SSM, existe o subsistema assistencial médico-hospitalar, o qual, em conjunto com o FUSMA é o responsável pela oferta dos serviços assistenciais de saúde, conforme estabelecido na Carta de Serviços ao Usuário 2002 (MARINHA DO BRASIL, 2022).

Segundo Dias (2011), o subsistema promove a oferta de serviços tanto nas suas unidades militares de saúde, quanto em organizações de saúde pertencentes à saúde suplementar, com as quais a Marinha possui convênios ou contratos. Essas organizações atuam quando as demandas de saúde não podem ser ofertadas nas unidades militares da MB. Apesar de usar entidades da saúde, a Marinha menciona no seu sítio eletrônico com base no que cita a carta aos usuários.

O Sistema de Saúde da Marinha (SSM) e o Fundo de Saúde da Marinha (FUSMA) não se enquadram no conceito de planos e seguros privados de saúde. Assim, não estão sujeitos a lei que regulamenta este tipo de assistência (Lei nº 9.656/98). (MARINHA DO BRASIL, 2022)

Assim, já se estabelece claramente que não existe subordinação ao que é preceituado como cobertura mínima pelo rol da ANS, tendo o subsistema de assistência médico-hospitalar um ordenamento distinto de cobertura assistencial.

De forma diversa das informações que puderem ser coletadas do FUSEX, no caso do FUSMA, não existe uma legislação clara, ainda que fragmentada, sobre qual é a efetiva cobertura assistencial do fundo de saúde. O que foi observado é que a norma que mais se aproxima de citar algum tipo de cobertura assistencial foi aquela publicada pela Diretoria de Gestão de Pessoal da Marinha, conhecida como DGPM-401 (MARINHA DO BRASIL, 2012).

No texto da DGPM-401, que é uma norma abrangente, existe a previsão de quem são os beneficiários do sistema de saúde, a estrutura organizacional do sistema, valores de indenização e assuntos correlatos. Todavia, nela também consta situações que podem ser inferidas como orientações de cobertura assistencial, com por exemplo, o que é citado no capítulo sobre o tratamento renal substitutivo

11.3.1 A indicação para o início da terapia de substituição renal ambulatorial será realizada quando o paciente apresentar depuração de creatinina endógena com valores igual ou abaixo de 10 mililitros por minuto. (MARINHA DO BRASIL, 2012)

Há citação, na DGPM-401, sobre algumas ofertas de tratamento de saúde, como tratamentos fonoaudiólogos, fisioterápicos, cirurgias plásticas, tratamentos em regime domiciliar, tratamento para condições psiquiátricas e alguns mais. Apesar de citar essas condições, percebe-se que não há abrangência nas orientações e não está citada toda a possível gama de oferta de procedimentos de saúde, como ocorre no CISSFA. A DGPM-401 assemelha-se mais a uma orientação aos beneficiários do FUSMA de como proceder caso apresente alguns dos infortúnios citados nessa norma.

Segundo Ribeiro (2020), a Marinha possui também uma política assistencial para o seu sistema de saúde, conhecido como Política Assistencial para o Sistema de Saúde da Marinha (PSSM). Ela é um conjunto de diretrizes sobre o modelo assistencial a ser empregado no atendimento aos beneficiários do FUSMA. Contém ainda, os programas de saúde de doenças crônicas ofertados pela MB (MARINHA DO BRASIL, 2022).

- Programa de Imunizações;
- Programa Controle da Hipertensão Arterial;
- Programa de Controle do Diabetes Mellitus;
- Programa de IST/AIDS;
- Programa de Dermatologia - Controle da Hanseníase e Prevenção de Câncer de Pele;

- Programa de Pneumologia Sanitária;
- Programa de Saúde do Idoso;
- Programa de Saúde Mental;
- Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente;
- Programa de Saúde da Mulher;
- Programa de Saúde do Homem;
- Programa de Saúde Bucal;
- Programa de Atenção às Doenças Profissionais;
- Programa de Reabilitação, e
- Programa de Atenção Farmacêutica

Dentro de cada um destes programas, existe uma linha de cuidado para uma gama de doenças, com seus respectivos tratamentos. Aqui novamente, percebe-se que existe uma programação de oferta de serviços. Mesmo sem haver informações claras sobre cobertura assistencial pormenorizada, todas as ações previstas nos programas são de cobertura obrigatória para os beneficiários da Marinha.

Outro aspecto peculiar no sistema de saúde da Marinha é a existência de um programa de fornecimento de medicamentos especiais e, também, um outro programa de fornecimento de OPME, independente desta ser relacionada ao ato cirúrgico, que é uma cobertura distinta daquela observada no FUSEX, por exemplo (MARINHA DO BRASIL, 2023).

Contudo, há peculiaridades nesta norma, a qual menciona que o fornecimento de OPME é obrigatório, porém deve ser prescrito por médico da Marinha e com data de validade de prescrição de até seis meses, desde que não tenham finalidade estética, segundo o DGPM-401 (MARINHA DO BRASIL, 2023).

Apesar da Marinha ofertar serviços de saúde não comumente encontrados em outros fundos, também são encontradas restrições. A carta ao usuário 2022 cita, de forma bem expressiva, quais procedimentos não possuem cobertura assistencial.

Sim. além dos já citados anteriormente, o SSM não se responsabiliza, dentre outros, por despesas decorrentes de:

- a) qualquer procedimento diagnóstico ou terapêutico que não tenha sido previamente autorizado pela OMH/OMFM da Área de Abrangência. Exceção aos casos de urgência comprovada, quando cumpridas todas as instruções estabelecidas na Norma para Assistência Médica-Hospitalar, disponível na internet/intranet, na página desta Diretoria.
- b) exames de saúde para fins que não se enquadram no perfil da AMH prevista na Norma para Assistência Médico-Hospitalar (DGPM-401), disponível na internet/intranet, na página eletrônica desta Diretoria;
- c) procedimentos e serviços realizados em OSE não cobertos pelos Acordos Administrativos celebrados entre a Marinha e os serviços credenciados; e
- d) Nível de hotelaria distinto do ciclo hierárquico especificado e consequentes serviços ou honorários, telefonemas, refeições extras, jornais, aparelhos de televisão e acesso à internet nas internações hospitalares. (MARINHA DO BRASIL, 2022)

Ressalta-se que a Marinha também possui abrangência pela regra do CISSFA, sendo este também utilizado como um balizador de cobertura. Apesar da carta aos usuários traçar, em linhas gerais, qual a expectativa de cuidados que o beneficiário da Marinha faz jus, também há dificuldades em ser ter uma clara informação de qual é a cobertura assistencial efetiva do FUSMA, assim como observado no FUSEX.

2.1.3 Sistema de Saúde de Aeronáutica (SISAU)

A assistência médico-hospitalar da Força Aérea Brasileira (FAB) também é assegurada pelo Decreto 92.152/86, mas também possui seus dispositivos legais próprios. Esses, por sua vez, asseguram a criação dos seus quadros de profissionais de saúde por intermédio dos Decretos 7.147/44, 8.380/45 e 3.872/41.

O SISAU é composto pelas organizações militares da FAB e pelas organizações de saúde privadas que compõem a rede de complementar de assistência médico-hospitalar, as quais estão inseridos dentro da saúde suplementar. Segundo Lessa (2018), elas atuam quando não é possível o atendimento ao beneficiário do Fundo de Saúde da Aeronáutica (FUNSA) nas organizações militares da FAB.

A Aeronáutica possui um Guia do Usuário do FUNSA, o qual foi publicado pela Subdiretoria de Aplicação dos Recursos da Assistência Médico-Hospitalar (SARAM)

(FORÇA AÉREA BRASILEIRA, 2013). Ele também esclarece a distinção do SISAU de um plano de saúde privado, em virtude de não possuir comercialização, de ter uma gestão pública e não possuir contribuições análogas ao que é praticado pelas operadoras subordinadas à ANS. Assim, o guia já esclarece que o FUNSA não possui subordinação alguma à lei dos planos de saúde e, por conseguinte, não tem obrigatoriedade de ofertar a mesma cobertura do rol da ANS.

Neste mesmo guia, também consta as exclusões dos serviços que não são disponibilizados pelo FUNSA.

Não têm cobertura pelo FUNSA:

- a) acomodações acima do padrão previsto;
- b) modalidades médicas de tratamento não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- c) cirurgia plástica estética;
- d) despesas com acompanhantes, com exceção de idosos, crianças e adolescentes;
- e) despesas não relacionadas com o tratamento autorizado;
- f) exames e outros procedimentos que visem à pesquisa científica;
- g) exames ou tratamentos realizados em entidades não autorizadas, sem prévia indicação;
- n) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais;
- o) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos;
- h) inseminação artificial ou quaisquer métodos de reprodução assistida;
- i) óculos (lentes e armações);
- j) revisões médicas (“check-up”);
- l) sessões, entrevistas ou consultas psicoterápicas e psicanalíticas, terapia de grupo e similares;
- m) trabalhos odontológicos com finalidade estética; (FORÇA AÉREA BRASILEIRA, 2013)

No mesmo prisma, o manual de auditoria para uso da rede complementar do SISAU amplia quais são os procedimentos que não possuem cobertura assistencial obrigatória no âmbito do FUNSA (FORÇA AÉREA BRASILEIRA, 2021).

2.9 EXCLUSÕES DE COBERTURA PELO FUNDO DE SAÚDE DA AERONÁUTICA

2.9.1 Não são passíveis de cobertura pelo Fundo de Saúde da Aeronáutica:

- a) acomodações acima do padrão previsto em contrato/termo de credenciamento;
- b) acupuntura, RPG, Pilates, hidroterapia, medicina ortomolecular e outras terapias alternativas (práticas integrativas e complementares);
- c) cirurgia plástica estética, assim como os procedimentos pré-operatórios, os necessários a seu seguimento e/ou os procedimentos considerados parte integrante da cirurgia plástica estética;
- d) cirurgia refrativa, assim como os procedimentos pré-operatórios, os necessários a seu seguimento e/ou os procedimentos considerados parte integrante da cirurgia refrativa;

- e) métodos de reprodução humana assistida, assim como os procedimentos necessários à sua execução, acompanhamento e/ou considerados parte integrante do método de reprodução assistida;
- f) despesas com acompanhantes;
- g) despesas não relacionadas com o tratamento especificamente autorizado pela OC;
- h) quaisquer procedimentos ou tratamentos de complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos pelo FUNSA;
- i) exames admissionais e inspeções de saúde que não sejam de interesse da administração;
- j) exames ou tratamentos realizados em entidades não autorizadas, sem prévia indicação da OC (exceto em casos de comprovada urgência, após análise da OC);
- k) medicamentos de uso ambulatorial, exceto quando previsto em legislação do COMAER;
- l) óculos (lentes e armações) e lentes de contato;
- m) próteses e órteses com finalidade estética;
- n) próteses e órteses cuja colocação não exija a realização de procedimento cirúrgico;
- o) sessões, entrevistas ou consultas psicoterápicas e psicanalíticas, terapia de grupo e similares, quando não enquadrados nos casos previstos no Anexo A deste Manual;
- p) trabalhos odontológicos com finalidade estética;
- q) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais;
- r) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos;
- s) exames e outros procedimentos que visem à pesquisa científica;
- t) tratamentos esclerosantes de varizes;
- u) procedimentos de controle de natalidade (cirúrgicos ou não), exceto quando houver indicação clínica formal (risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos); e,
- v) imunizações contra doenças infecciosas ou alérgicas (vacinas). (FORÇA AÉREA BRASILEIRA, 2021)

Além destas expressas exclusões de cobertura assistencial, há diversos tópicos, neste manual, que citam sobre exclusão de cobertura ou orientações. Por exemplo, nele consta como é a cobertura para as terapias de reabilitação especializadas e multidisciplinares (FORÇA AÉREA BRASILEIRA, 2021).

Nos anexos A, B e C dessa norma, existe uma gama de DUTs que orientam a forma de cobertura dos diversos tipos de tratamento, exames e outros, condicionados à existência de alguns pré-requisitos. De maneira análoga ao que ocorre no FUSEX e no FUSMA, não existe uma norma clara e única que cita qual seria a cobertura assistencial, mas é possível a inferência da cobertura, porquanto existe uma série de procedimentos com DUTs no manual de auditoria.

Percebe-se que o funcionamento do FUNSA se assemelha ao praticado no FUSEX e no FUSMA. Todavia, no que concerne a informação sobre a cobertura

assistencial, a Aeronáutica é a força que detém uma norma com maior clareza, ainda que seja fragmentada em várias normas distintas.

No sítio eletrônico da sua Diretoria de saúde (FORÇA AÉREA BRASILEIRA, 2023), no campo “CADSAU”, todas estas normas estão com amplo acesso para os beneficiários do FUNSA, para os oficiais e praças de saúde, bem como para os gestores do fundo. Ainda que o escopo dos manuais seja a orientação para os profissionais que atuam na Auditoria Médica e também sirva como orientação para as credenciadas do FUNSA, sua ampla divulgação propicia instruções de cobertura assistencial.

Importante lembrar que o FUNSA também está incluído na normatização do CISSFA e no seu rol de procedimentos. Assim, com a existência de suas normas próprias e o catálogo de procedimentos, percebe-se uma melhor informação sobre a cobertura assistencial do SISAU em comparação com os sistemas de saúde do Exército e da Marinha.

2.2 Assistência a saúde nas Forças Auxiliares

A Constituição Federal, no parágrafo 6º do artigo 144, juntamente com a Emenda Constitucional 104/2019, define que as polícias militares e os corpos de bombeiros são forças auxiliares do Exército (BRASIL, 2019).

O artigo 24-E do Decreto-lei 667/69, o qual foi incluído pela Lei 13.954/2019, oferece a seguinte garantia para os militares dos estados e do Distrito Federal:

Art. 24-E. O Sistema de Proteção Social dos Militares dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios deve ser regulado por lei específica do ente federativo, que estabelecerá seu modelo de gestão e poderá prever outros direitos, como saúde e assistência, e sua forma de custeio. (BRASIL, 2019)

Assim, as normas acima citadas, conjuntamente com a lei 7479/86 (BRASIL, 1986), previram a assistência médico hospitalar para os militares do Distrito Federal. Com a sua promulgação, a lei 10.486/02, no artigo 32 do capítulo VIII, regulamenta a oferta da assistência médico-hospitalar para os militares das forças auxiliares do Distrito Federal. Posteriormente, houve a modificação desse artigo pela lei 11.134/05 que passou a ter a seguinte redação:

Art. 32. A assistência médico-hospitalar, médico-domiciliar, odontológica, psicológica e social ao militar e seus dependentes será prestada por intermédio de organizações do serviço de saúde da respectiva Corporação, com recursos consignados em seu orçamento, conforme dispuser em regulamento próprio a ser baixado pelo Governo do Distrito Federal. (BRASIL, 2005)

Dessa forma, foi criado o devido embasamento legal para a oferta assistencial de saúde na Polícia Militar do Distrito Federal (PMDF) e no CBMDF.

2.2.1 Assistência a saúde na PMDF

A assistência médico-hospitalar na PMDF foi regulamentada com a criação do Decreto 31.646/10. Essa norma, juntamente com a lei 10.486/02 e a lei 11.134/05, visam estabelecer quem são os beneficiários do fundo, os aspectos legais e financeiros da assistência de saúde e como é feita a organização do serviço de saúde.

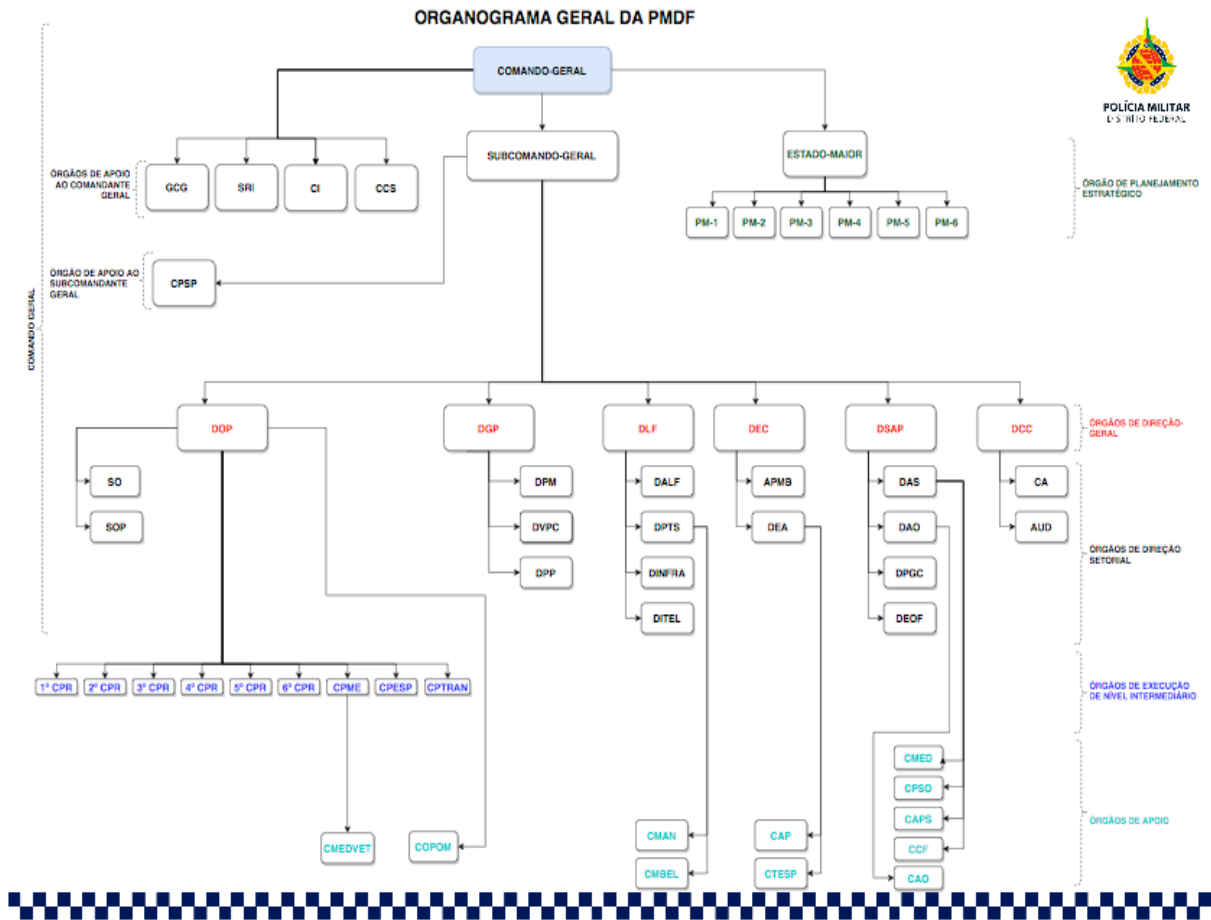
A assistência é ofertada prioritariamente pelas organizações militares de saúde da própria corporação subordinadas ao Departamento de Saúde e Assistência ao Pessoal, sendo elas o Centro Médico da Polícia Militar, o Centro de Perícias de Saúde Ocupacional, o Centro de Assistência Psicológica e Social, o Centro de Capacitação Física e o Centro de Assistência Odontológica conforme estabelecido no organograma daquela corporação e mostrado na figura 3.

Além das organizações de saúde da PMDF, podem fazer parte da estrutura de saúde, as organizações privadas, pertencentes ao sistema suplementar de saúde, conforme consta no Decreto 31.646/10 (DISTRITO FEDERAL, 2010).

Art. 2º A assistência médico-hospitalar, médico-domiciliar, odontológica, psicológica e social a ser prestada ao policial militar, seus dependentes legais e aos pensionistas será proporcionada por meio de organizações de saúde:

- I - da Polícia Militar do Distrito Federal;
- II - de assistência social da Corporação, quando existente;
- III - do meio civil ou militar, especializadas ou não, públicas ou privadas, mediante contrato, convênio ou credenciamento;
- IV - do exterior, especializadas ou não; (DISTRITO FEDERAL, 2010)

Figura 3: Organograma geral da PMDF



Fonte: PMDF, 2023.

Assim, observa-se que a estrutura da oferta da assistência médico-hospitalar é análoga àquela vista nas Forças Armadas.

Consta no artigo 11 do Decreto 31.646/10, uma orientação de como se dará a assistência, com a premissa que o direcionamento para atendimento fora das organizações de saúde da PMDF somente ocorrerá se não for possível a absorção desta demanda dentro das instituições de saúde da própria polícia.

Ainda no Decreto 31.646/10, existe a informação que a oferta dos serviços pode ocorrer por intermédio de programas de assistência médico-domiciliares para doenças crônicas degenerativas (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2010). Assim, já é criada uma expectativa de cobertura assistencial, ainda que bem superficial no seu conceito, para as doenças que estão citadas no artigo 8º dessa norma.

Art. 8º O policial militar, seus dependentes legais e os pensionistas poderão ser incluídos nesse programa, desde que apresentem as seguintes patologias:

I - doenças cérebro – vasculares;
 II - doenças endócrino metabólicas;
 III - doenças neoplásicas;
 IV - impossibilidades de locomoção;
 V - paralisias;
 VI - AIDS;
 VII - outras doenças atestadas por Junta Médica da Corporação. (DISTRITO FEDERAL, 2010)

Além do decreto mencionado, não existe a informação da existência de outras normas, no sítio eletrônico da Diretoria de Saúde da PMDF, que regulamentem o funcionamento do fundo de saúde ou que delimitem uma cobertura assistencial, como de um manual de Auditoria Médica, por exemplo. (POLÍCIA MILITAR DO DISTRITO FEDERAL, 2023).

Entretanto, nesse endereço eletrônico, são divulgados os editais de credenciamento de serviços de saúde da PMDF que estão em vigor, editais 01 a 04/2017. Neles, existe a citação, em itens específicos, sobre a cobertura assistencial que será ofertada, mas com ênfase em orientações para as credenciadas, o que se assemelha a um manual de auditoria de contas médicas. Nas citações abaixo, observa-se dois exemplos.

§ 1º - KIT DE NEURONAVEGAÇÃO – não terá seu uso autorizado por não estar previsto no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar

§ 6.13. A Credenciante se propõe a realizar a cobertura de todo o Rol de Procedimentos da ANS. (POLÍCIA MILITAR DO DISTRITO FEDERAL, 2017)

6.13. Importante ressaltar que a PMDF se propõe a realizar a cobertura de todo o Rol de Procedimentos da ANS. (POLÍCIA MILITAR DO DISTRITO FEDERAL, 2017)

A despeito de não haver uma subordinação formal do sistema de saúde da PMDF à ANS, há uma clara informação, em alguns itens, que a cobertura assistencial da polícia é o que está proposto no rol da ANS. Entretanto, é importante frisar que as citações ocorrem por diversas vezes ao longo do edital e em estão contidas apenas em itens específicos. Dessa forma, pode ser inferido que a cobertura assemelhada ao rol da ANS resume-se tão somente aos itens que possuem estas menções. Assim, não se possui o claramente entendimento que a cobertura da PMDF seja todo o rol da ANS, de maneira universal.

Outro evento que orienta a cobertura assistencial da PMDF são pareceres que, muitas vezes, são direcionados para órgãos específicos, como o TCDF. Em exemplo, cita-se uma orientação quanto a obrigatoriedade de cobertura assistencial de uma OPME não implantável

PROCESSO Nº 14110/2018-e - Consulta formulada pela Polícia Militar do Distrito Federal - PMDF acerca da possibilidade de, nos termos da legislação aplicável e da abrangência do sistema de saúde da Corporação, ser realizada aquisição, por parte do Fundo de Saúde da PMDF, de materiais, tais como, cadeiras de rodas, próteses, processadores de fala, CPAP, BIPAP, entre outros. DECISÃO Nº 5799/2018 - O Tribunal, por unanimidade, de acordo com o voto do Relator, decidiu: I - tomar conhecimento: a) da Informação n.º 183/2018-1ª DIACOMP (e-DOC 97B6064F-e); b) do Parecer n.º 1.030/2018-CF (e-DOC C6523013-e); II - informar à consulente que: a) a partir da legislação de regência, em especial a Lei n.º 10.486/2002, o Decreto n.º 31.646/2010 e a Portaria PMDF n.º 788/2012, não há amparo para aquisições de aparelhos/equipamentos individualizados e personalíssimos a serem utilizados por beneficiários específicos em função de determinada enfermidade, quando forem destinados para utilização fora do regime de internação hospitalar e/ou do atendimento ambulatorial de urgência e emergência; b) os casos que não podem ser atendidos pela Corporação, nos termos do art. 11, parágrafo único, do Decreto n.º 31.646/2010, podem ser direcionados à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, haja vista a existência do Programa de "Órtese e Prótese" que fornece tais materiais gratuitamente a pacientes que não podem adquiri-los. (DISTRITO FEDERAL, 2018)

Assim, observa-se que a PMDF possui uma orientação de cobertura presente nos editais de credenciamento saúde, baseado no que é preceituado no rol da ANS. Contudo, há incertezas se a orientação é aplicável apenas a situações específicas, ou a todo a amplitude do rol como um todo. Ainda que não houvesse essa dúvida, seria necessária uma norma mais específica sobre este tema em função da fragilidade legal desta informação estar contida apenas aos editais de credenciamento, sobretudo pelo fato dos editais possuírem prazo delimitado de vigência.

2.2.2 Assistência à saúde no CBMDF – Fundo de Saúde do CBMDF

A assistência à saúde no CBMDF é assegurada tanto por normas comuns para as forças auxiliares dos estados, como por leis locais, que são compartilhadas com a PMDF (Lei 7.479/86, Lei 10.486/02 e Lei 11.354/05) e pelos decretos específicos que regulamentam a assistência de saúde no CBMDF, Decreto 28.876/06 e Decreto 38.726/17.

Essas normas mostram como se dará a organização da assistência à saúde quanto aos aspectos administrativos, com a normatização de quem são os beneficiários do CBMDF e outras questões análogas. Entretanto, assim como observado no decreto de regulamentação da assistência a saúde da PMDF, há a informação de como se dará a assistência no CBMDF.

Art. 2º A assistência a que se refere o artigo anterior será proporcionada por meio das seguintes organizações de saúde e assistência social:

- I - do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal - CBMDF;
- II - do meio civil ou militar, dentro ou fora do Distrito Federal, especializadas ou não, públicas ou particulares, mediante contrato, convênio ou credenciamento;
- III - do meio civil ou militar, dentro ou fora do Distrito Federal, especializadas ou não, públicas ou particulares, não contratadas, não conveniadas ou não credenciadas;
- IV - do exterior, especializadas ou não. (DISTRITO FEDERAL, 2006)

As OBMs vinculadas à DISAU (Capelania Católica, Capelania Evangélica, CEABM, CECAF, PODON, POMED) formam, conjuntamente com as clínicas e hospitais credenciados ou não com o CBMDF, o arcabouço das organizações que irão fornecer cuidados de saúde para os beneficiários do Fundo de Saúde do CBMDF (FSCBMF). Apesar de haver organizações não pertencentes ao CBMDF neste sistema, a prioridade de assistência será dentro das OBMs de saúde.

Art. 23. O Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal poderá celebrar convênios, contratos ou credenciamentos com entidades públicas, com pessoas jurídicas de direito privado ou com profissionais autônomos, nas seguintes situações especiais:

- I - de urgência ou emergência, quando as organizações de saúde da Corporação não dispuserem desse serviço;
- II - quando as organizações de saúde da Corporação não dispuserem de serviço especializado;
- III - quando esgotados ou insuficientes os recursos técnicos, materiais e humanos, da Corporação;
- IV - quando não dispuser de unidade hospitalar especializada para o atendimento do usuário interdito ou portador de doença que necessite de assistência médica ou de enfermagem prolongada. (DISTRITO FEDERAL, 2006)

No sítio eletrônico da área de saúde do CBMDF, existem algumas informações para os beneficiários do FSCBMDF, incluindo uma Carta de Serviços do Sistema de Saúde do CBMDF (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL,

2023). Nela, está contida a informação dos serviços que são ofertados pelas OBMs de saúde. Como exemplo, cita-se exames que são realizados na POMED.

Exames: Teste Ergométrico, ECG – Eletrocardiograma, Ecocardiograma, Bioimpedância, Tonometria, Refração Ocular, Acuidade visual com ou sem correção, Biomicroscopia, Fundoscopia, Aferição de Medidas Antropométricas, Verificação de Pressão Arterial e Frequência Cardíaca, Colposcopia. (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL, 2023)

Assim, já existe uma expectativa que os exames e procedimentos que constam na carta de serviços compõem uma lista de cobertura assistencial.

De forma semelhante ao que foi observado na PMDF, o edital de credenciamento de serviços de saúde do CBMDF, Edital de Credenciamento 001/2018 – CBMDF, também possui citações sobre cobertura assistencial. Contudo, essas se resumem apenas a duas citações, as quais são bem pontuais.

10.2.8. Serão pagas visitas de nutrólogos, a cada 72 horas, para pacientes com dieta enteral e, diariamente, aos que estiverem em uso de dieta parental. Não haverá cobertura para pacientes com dieta oral exclusiva, exceto se autorizado por médico auditor

[...]

7.2.44.3

- O serviço deverá funcionar de acordo com o que esteja contido nas indicações que preceituam o Rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas diretrizes para a realização de PET-SCAN oncológico; (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL, 2018)

Ou seja, o Edital de Credenciamento 001/2018 não mostra de forma clara qual é a cobertura assistencial ofertada pelo CBMDF, citando apenas duas circunstâncias onde não há cobertura assistencial.

O documento que mais se aproxima da citação de cobertura assistencial no âmbito do Fundo de Saúde, é a recém-publicada Portaria 41/2022, a qual aprovou os critérios e procedimentos para o ressarcimento de despesas decorrentes de assistência à saúde (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL, 2022). Nessa norma, já existe uma ampla informação de quais procedimento não são passíveis de cobertura assistencial a despeito de contemplar as despesas por ressarcimento e não por credenciamento.

Art. 4º. Não serão objetos de ressarcimento os seguintes serviços, materiais ou medicamentos:

- I – o tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- II – os avaliados pela Diretoria de Saúde – DISAU – como estéticos, não reparatórios ou ineficazes para manter ou recuperar a saúde dos usuários, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- III – os exames sucessivos com a mesma natureza de exames anteriores ainda válidos;
- IV – os exames de alta complexidade, sem a apresentação de exames anteriores de menor complexidade que comprovem sua necessidade;
- V – os procedimentos, tratamentos, materiais e serviços não aprovados pela bioética ou não reconhecidos pela respectiva entidade profissional de saúde competente;
- VI – de enfermagem em caráter particular ou cuidador de pessoas;
- VII – as órteses, próteses, materiais especiais e sínteses, não registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- VIII – as órteses, próteses e seus acessórios que não necessitem de cirurgia para implantação ou retirada;
- IX – as despesas extraordinárias não relacionadas diretamente ao tratamento;
- X – as despesas relacionadas a medicamentos, curativos e vacinas;
- XI – as consultas, exames em geral, tratamentos, cirurgias e outros procedimentos para reversão de métodos contraceptivos cirúrgicos;
- XII – as consultas, tratamentos, exames em geral, cirurgias e outros procedimentos para controle de infertilidade e esterilidade e suas consequências;
- XIII – os já ressarcidos por planos ou seguro de saúde;
- XIV – os tratamentos odontológicos, exceto aqueles especificados em Instrução Normativa publicada pela Diretoria de Saúde;
- XV – os atendimentos em caráter de urgência e emergência realizados no âmbito do Distrito Federal, quando o atendimento necessário for compreendido pelo Sistema de Saúde da Corporação. (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRICTO FEDERAL, 2022)

Em analogia ao que foi observado em todas as normatizações das Forças Singulares e da PMDF, o CBMDF também não possui uma norma única sobre a cobertura assistencial oferecida aos seus beneficiários. Essa, somente é possível ser obtida pela inferência baseada em citações esporádicas, presentes em normas distintas, não apenas do que é ofertado para os beneficiários, mas sobretudo dos serviços que não são ofertados. Ou seja, observa-se muito mais uma informação do que não é passível de cobertura do que efetivamente aquilo que é oferecido.

2.2.3 Assistência à saúde dos Servidores do Distrito Federal

Além dos sistemas de saúde das organizações militares, os quais estão no sistema de saúde suplementar, mas não são subordinados ao regramento da ANS, é importante examinar como é o regramento de cobertura assistencial das operadoras de saúde que se enquadram no mesmo contexto das organizações militares. Este

exemplo é observado nas operadoras classificadas como modelo de autogestão, as quais que são patrocinadas pelo poder público. Em outros termos, são Pessoas Jurídicas de Direito Público e, dessa forma, não estão diretamente subordinadas à Lei 9.656/98 (TRINDADE, 2005).

Há diversos exemplos de operadoras que seguem este modelo, como por exemplo a Postal Saúde (vinculada aos Correios), Eletros-Saúde (vinculada à Eletrobrás) e o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (IPASGO) (BALZAN, 2003). Como exemplo de uma autogestão para ser analisada neste estudo, será avaliado o Instituto de Assistência a Saúde dos Servidores do Distrito Federal (INAS).

O INAS, criado pela Lei Distrital 3.831/06 para a operação do plano de saúde dos servidores do Governo do Distrito Federal (GDF), possui sua atuação como operadora de saúde na modalidade de autogestão, com a operação do plano conhecido como “GDF – SAÚDE” (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2006). Não possui organizações de saúde próprias e toda a sua oferta de saúde é promovida por clínicas e hospitais credenciados, o quais são pertencentes à saúde suplementar, conforme estabelece o art. 3º do Decreto Distrital 27.231/06.

Art. 3º. As coberturas constantes no Capítulo IV serão prestadas pela rede credenciada composta por médicos, clínicas especializadas, hospitais e laboratórios localizados no Distrito Federal e no Entorno credenciados pelo INAS. (DISTRITO FEDERAL, 2006)

Este decreto além de regulamentar o GDF-SAÚDE, também estabeleceu as diretrizes administrativas da operação do plano, com a normatização das suas regras de contratação e dos seus beneficiários (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2006). Não obstante, também citou a cobertura assistencial oferecida e os procedimentos que não possuem cobertura assegurada.

Art. 16. O grupo de coberturas é considerado como sendo os eventos médicos e hospitalares reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, órgão que regulamenta a atividade de medicina no Brasil
[...]

Art. 22. Não estão cobertos pelo GDF-SAÚDE-DF os eventos médicos relacionados no Anexo IV. (DISTRITO FEDERAL, 2006)

De maneira clara, abrangente e com uma norma bem específica, o INAS estabeleceu, no anexo IV do decreto, quais os procedimentos não possuem cobertura obrigatória.

ANEXO IV DOS PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS

1. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
2. Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais mesmo que decorrentes de Emergência e Urgência, exames, terapias e consultas médicas realizadas ou prescritas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
3. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e tratamentos cirúrgicos para alterações do corpo;
4. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico ou com a finalidade estética;
5. Enfermagem particular, seja em hospital ou em residência, assistência médica domiciliar, consulta domiciliar, mesmo que as condições do beneficiário exijam cuidados especiais ou extraordinários;
6. Consultas, avaliações, sessões, tratamentos e qualquer outro procedimento de Medicina Ortomolecular, Terapia Ocupacional, Psicologia, exceto psicomotricidade;
7. Aparelhos ortopédicos;
8. Cirurgias plásticas e tratamento clínico ou cirúrgico, com finalidade estética ou social, mesmo que justificados por uma causa médica;
9. Tratamentos de emagrecimento, senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências e quaisquer outros realizados em clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos, clínicas de emagrecimento, SPAs ou similares;
10. Curativos e medicamentos, de qualquer natureza, ministrados ou utilizados fora do regime de Internação hospitalar ou fora do atendimento ambulatorial;
11. Materiais e medicamentos importados;
12. Vacinas e autovacinas;
13. Inseminação artificial e quaisquer outros métodos de tratamento de infertilidade; vasectomia com finalidade de anticoncepção e suas reversões; laqueadura e suas reversões, dispositivos anticonceptivos e provas de paternidade;
14. Internações clínicas ou cirúrgicas, exames e terapias não prescritos ou solicitados pelo Médico Assistente;
15. Check-up, ou seja, solicitação de exames sem que o Beneficiário apresente doença ou sintoma;
16. Aluguel de equipamentos e aparelhos não relacionados com o atendimento médico-hospitalar, durante a Internação Hospitalar, tais como: respirador, cama hospitalar, cadeira de rodas, muletas, andador e qualquer outro com a mesma finalidade;
17. Quaisquer despesas extraordinárias não relacionadas com o atendimento médico hospitalar, durante a Internação Hospitalar tais como: jornais, TV, telefone, frigobar e estacionamento;
18. Quaisquer despesas com acompanhante exceto aquela estabelecida no Capítulo III, item II , alínea "f";
19. Remoção decorrente de procedimentos não cobertos pelo Plano e remoções por via aérea ou marítima;
20. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
21. Tratamentos ou procedimentos odontológicos de qualquer natureza, inclusive os decorrentes de Acidente Pessoal;

22. Procedimentos médico-hospitalares para os quais o beneficiário ainda esteja em período de Carência;
23. Despesas com possíveis candidatos a doadores de órgãos para transplante;
24. Despesas com a internação ou permanência da beneficiária parturiente após sua alta hospitalar;
25. Exames Admissionais, Periódicos e Demissionais; (DISTRITO FEDERAL, 2006)

Da mesma forma, no capítulo IV da norma, há a citação de quais procedimentos ambulatoriais e hospitalares terão cobertura pelo plano do INAS. Apesar de não estar pormenorizado, já existe uma orientação sobre a expectativa de cobertura assistencial, sendo essa tanto ambulatorial quanto hospitalar.

Além da informação sobre a sua regulamentação, no seu endereço eletrônico, o INAS informa sobre a cobertura ampla dos procedimentos em saúde, agora estratificada com um rol pormenorizado.

Não obstante, também revela a existência de DUTs para os procedimentos mais específicos e, especialmente, para aqueles mais onerosos, conforme observado na figura 4 (INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES DO DISTRITO FEDERAL, 2020a).

Figura 4: Exemplo da cobertura assistencial do INAS

CAPÍTULO 3 Procedimentos Cirúrgicos e Invasivos		
Procedimentos (30101000)		
Código	DESCRIÇÃO	DUT
30101018	Abrasão cirúrgica (por sessão)	
30101026	Alopecia parcial - exérese e sutura	
30101034	Alopecia parcial - rotação de retalho	
30101042	Alopecia parcial - rotação múltipla de retalhos	
30101050	Apêndice pré-auricular - ressecção	
30101069	Autonomização de retalho - por estágio	
30101077	Biópsia de pele, tumores superficiais, tecido celular subcutâneo, linfonodo superficial, etc	
30101085	Biópsia de unha	
30101093	Calosidade e/ou mal perfurante - desbastamento (por lesão)	
30101107	Cauterização química (por grupo de até 5 lesões)	
30101115	Cirurgia da hidrosadenite (por região)	
30101140	Correção cirúrgica de linfedema (por estágio)	
30101158	Correção cirúrgica de sequelas de alopecia traumática com microenxertos pilosos (por região)	
30101166	Correção de deformidades nos membros com utilização de implantes	
30101174	Correção de deformidades por exérese de tumores, cicatrizes ou ferimentos com o emprego de expansores em retalhos musculares ou miocutâneos (por estágio)	
30101182	Correção de deformidades por exérese de tumores, cicatrizes ou ferimentos, com o emprego de expansores de tecido, em retalhos cutâneos (por estágio)	
30101190	Correção de lipodistrofia braquial ou crural	DUT
30101204	Criocirurgia (nitrogênio líquido) de neoplasias cutâneas	
30101212	Curativo de queimaduras - por unidade topográfica (UT) ambulatorial	
30101220	Curativo de queimaduras - por unidade topográfica (UT) hospitalar	
30101239	Curativo especial sob anestesia - por unidade topográfica (UT)	
30101247	Curetagem e eletrocoagulação de CA de pele (por lesão)	
30101255	Curetagem simples de lesões de pele (por grupo de até 5 lesões)	

Fonte: INAS, 2023.

Como observado, na figura há uma descrição pormenorizada de cada procedimento que possui cobertura assistencial, mas aqueles que exigem uma avaliação pormenorizada, tem uma observação de “DUT” na sua frente, o que significa que há exigências de critérios técnicos específicos para a sua cobertura.

Como um exemplo, toma-se a correção de lipodistrofia braquial ou crural. Esta correção habitualmente é necessária após procedimento cirúrgico para correção da obesidade, o qual pode gerar um problema de disposição anormal da gordura do corpo, em decorrência da excessiva perda de peso. Nesse caso, é possível checar quais são as condições em que este procedimento tem previsão de cobertura assistencial, conforme o Anexo III do Regulamento GDF – Saúde – Adesão (INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES DO DISTRITO FEDERAL, 2020b)

30101190 – Lipodistrofia braquial ou crural
 2. Cobertura para pacientes que apresentem importante excesso de pele que prejudique as atividades da vida diária decorrente de grande perda ponderal (em consequência de tratamento clínico para obesidade mórbida ou após cirurgia de redução de estômago) e apresentem uma ou mais das seguintes complicações: candidíase de repetição, infecções bacterianas devido às escoriações pelo atrito, odor fétido, hérnias etc.
 (INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES DO DISTRITO FEDERAL, 2020)

Pelo observado, a estrutura assistencial do INAS é divergente daquela presentes nas forças militares, por não possuir uma estrutura própria com clínicas, hospitais, laboratórios ou outros para a oferta da cobertura assistencial prevista. Assim, isso caracteriza que o INAS atua verdadeiramente como uma operadora de autogestão, com toda a sua gama de procedimentos sendo ofertada mediante seus próprios conveniados e contratados da saúde suplementar.

Por outro lado, percebe-se que, é o órgão que possui uma legislação de cobertura assistencial mais específica, direcionada e clara, com semelhança ao que será visto a seguir, que é cobertura ofertada pela ANS.

2.3 Assistência à saúde pelo Rol da ANS

A prática da assistência à saúde por ente privado está prevista no Brasil na no artigo 199, presente na seção II da Constituição Federal.

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

Esta prerrogativa propiciou a existência de um mercado privado de saúde, mas sem haver uma regulamentação específica. Naquele momento, o único balizador existente era a Lei 8.078/90, também intitulado Código de Defesa do Consumidor (CDC), o qual assegura as regras de proteção de consumo no país (BRASIL, 1990). Posteriormente, foi publicada norma específica, a Lei 9.656/98, a qual normatizou a oferta da saúde suplementar (LOPES, 2011). Em complementação, a Lei 14.454/22

foi promulgada, com ordenamento de quais entidades de saúde estariam subordinadas a esta regra.

Art. 2º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade e, simultaneamente, das disposições da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor), adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: (BRASIL, 2022)

À vista disso, é observado que apenas as personalidades imbuídas de “Direito Privado”, estariam subordinadas a esta lei, motivo pelo qual os fundos das Forças Singulares, Forças Auxiliares e as operadoras de autogestão vinculadas a órgãos públicos não estariam sujeitas a este regramento conforme Ballardim (2018). Assim, toda e qualquer operadora, com exceção das operadoras de autogestão públicas, são submissas a esta norma.

Com a criação da ANS, por intermédio da Lei 9.961/00, iniciou-se uma regulação do poder público sobre o mercado de saúde suplementar, com atribuições, regras e obediências a alguns princípios outrora ainda não respeitados (LOPES, 2011).

A partir de então, a ANS normatizou o “plano referência” para as operadoras de saúde, que é a cobertura de assistência médica ambulatorial e hospitalar, incluindo cuidados de Obstetrícia, conforme estabelecido no artigo 10 da lei 9.656/98 e alterado pela Medida Provisória 2.177-44/01 (BRASIL, 1998; BRASIL, 2001).

Todavia, neste mesmo dispositivo, também são citadas as condições de exclusão da cobertura assistencial obrigatória.

Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III - inseminação artificial;

- IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12;
- VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, observado o disposto no § 1º deste artigo
- VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico
- VIII - procedimentos odontológicos, salvo o conjunto de serviços voltados à prevenção e manutenção básica da saúde dentária, assim compreendidos a pesquisa, o tratamento e a remoção de focos de infecção dentária, profilaxia de cárie dentária, cirurgia e traumatologia bucomaxilar;
- IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente. (BRASIL, 1998; BRASIL, 2001)

Observa-se que os procedimentos e tratamentos que tem exclusão de cobertura obrigatória são comuns a outras normas já mostradas aqui previamente, como as normas do FUSEX, FUNSA, PMDF, CBMDF e INAS. Pela semelhança das normas, é possível inferir que, ainda que os fundos de saúde citados não tenham subordinação direta com a ANS, a norma de exclusão da agência foi utilizada como uma referência.

Após a criação da ANS, foi estabelecido que os contratos de saúde celebrados antes da criação da lei dos planos de saúde não possuem a obrigação de obedecer às regras do rol, mas são facultados para a se adaptarem às novas regras (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2005). A cobertura assistencial para os contratos antigos deve obedecer ao que está regulamentado no próprio contrato. Entretanto, se for optado pela adaptação, estes necessitam obedecer às regras do rol vigente, conforme estipulado pela ANS (2005).

A despeito do que é estabelecido como “plano-referência”, citado anteriormente, que é de oferecimento obrigatório por toda operadora de saúde vinculada à ANS, é possível que as operadoras também ofertem apenas segmentações da cobertura. Neste cenário, a obrigatoriedade de cobertura passa a não ser mais aquela contemplada no plano-referencia, mas é definida de acordo com a segmentação escolhida (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2005).

Segundo a ANS (2005), as possibilidades de modalidade de segmentação podem ser:

- Plano ambulatorial (aquele com oferta apenas de atendimentos e tratamentos ambulatoriais);
- Plano hospitalar sem Obstetrícia (apenas cobertura hospitalar, mas sem oferta de cuidados obstétricos);
- Plano hospitalar com Obstetrícia (mesma oferta do anterior com cuidados obstétricos);
- Plano odontológico (oferta de cuidados com dentistas) e
- Plano-referência, o qual engloba todos os anteriores com exceção do plano odontológico.

A figura abaixo ilustra quais são as obrigatoriedades de cobertura de acordo com o tipo de plano escolhido no ato da adesão ao contrato com a operadora de saúde.

Figura 5: Cobertura assistencial obrigatória de acordo com o tipo de segmentação

Segmento	Cobertura					
	Consultas	Exames	Tratamentos e outros procedimentos ambulatoriais	Internações	Partos	Tratamentos odontológicos
Ambulatorial	✓	✓	✓			
Hospitalar sem obstetrícia				✓		
Hospitalar com obstetrícia				✓	✓	
Odontológico						✓
Referência	✓	✓	✓	✓	✓	

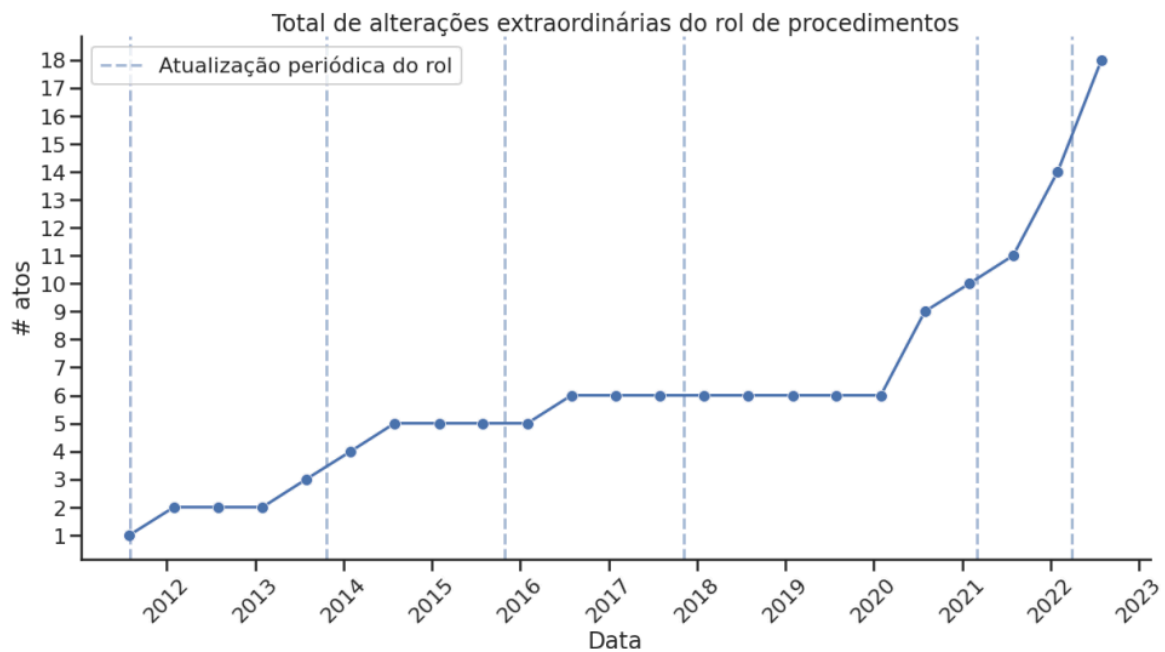
Fonte: ANS, 2005.

O paragrafo 4º da Lei 9.656/98, atualizado pela Lei 14.454/22, inclui a especificidade da cobertura assistencial da saúde suplementar, sendo que esta lista de procedimentos será periodicamente atualizada e publicada pela ANS (BRASIL, 1998; BRASIL, 2022). Historicamente, o rol era atualizado a cada dois anos mediante consulta pública de diversos atores como profissionais de saúde, pacientes, sociedades médicas, conselhos profissionais, entre outros (NUNES, 2022).

Recentemente, a Lei 14.307/22 modificou este prazo de dois anos para cento e oitenta dias (BRASIL, 2022).

Além das atualizações do rol, o processo de incorporação de novas tecnologias pode ocorrer por intermédio de discussões em sessões extraordinárias, o que gera publicações de atos extraordinários de incorporação de coberturas obrigatórias ao rol. Essas, podem ocorrer entre os períodos da sua revisão formal (NUNES et al, 2022). A figura abaixo ilustra como estes atos normativos tem crescido nos últimos anos, além das atualizações periódicas previstas.

Figura 6: Número de atos normativos que alteraram o rol da ANS além das suas atualizações periódicas



Conforme consta no sítio eletrônico da ANS (2023), o rol em vigor foi normatizado pela Resolução Normativa nº 465/2021, juntamente com seus anexos. A figura 7, ilustra um exemplo de como o rol é publicado.

Figura 7: Exemplo de publicação do Rol atualizado com a segmentação do plano e DUTs

Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)



PROCEDIMENTO	RN (alteração)	VIGÊNCIA	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	DUT	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO
SESSÃO COM PSICÓLOGO	541/2022	01/08/2022		AMB			REF			CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES	PROCEDIMENTOS GERAIS	PROCEDIMENTOS GERAIS
CONSULTA/AValiação COM FONOAUDIÓLOGO	541/2022	01/08/2022		AMB			REF			CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES	PROCEDIMENTOS GERAIS	PROCEDIMENTOS GERAIS
SESSÃO COM FONOAUDIÓLOGO	541/2022	01/08/2022		AMB			REF			CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES	PROCEDIMENTOS GERAIS	PROCEDIMENTOS GERAIS
CONSULTA COM NUTRICIONISTA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)				AMB			REF		103	CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES	PROCEDIMENTOS GERAIS	PROCEDIMENTOS GERAIS
CONSULTA/AValiação COM TERAPEUTA OCUPACIONAL	541/2022	01/08/2022		AMB			REF			CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES	PROCEDIMENTOS GERAIS	PROCEDIMENTOS GERAIS
SESSÃO COM TERAPEUTA OCUPACIONAL	541/2022	01/08/2022		AMB			REF			CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES	PROCEDIMENTOS GERAIS	PROCEDIMENTOS GERAIS
TRANSPORTE EXTRA-HOSPITALAR DE PACIENTES GRAVES COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO, DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR DE ORIGEM PARA OUTRO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE					HCO	HSO	REF			CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES	PROCEDIMENTOS GERAIS	PROCEDIMENTOS GERAIS
VISITA HOSPITALAR					HCO	HSO	REF			CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES	PROCEDIMENTOS GERAIS	PROCEDIMENTOS GERAIS
ACOMPANHAMENTO CLÍNICO AMBULATORIAL PÓS-TRANSPLANTE DE CÓRNEA					HCO	HSO	REF			AVALIAÇÕES/ACOMPANHAMENTOS	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES
ACOMPANHAMENTO CLÍNICO AMBULATORIAL PÓS-TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA					HCO	HSO	REF			AVALIAÇÕES/ACOMPANHAMENTOS	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES
ACOMPANHAMENTO CLÍNICO AMBULATORIAL PÓS-TRANSPLANTE HEPÁTICO	548/2022	03/10/2022			HCO	HSO	REF			AVALIAÇÕES/ACOMPANHAMENTOS	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES
ACOMPANHAMENTO CLÍNICO AMBULATORIAL PÓS-TRANSPLANTE RENAL					HCO	HSO	REF			AVALIAÇÕES/ACOMPANHAMENTOS	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES
ACOMPANHAMENTO CLÍNICO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO NO PERÍODO DE INTERNAÇÃO DO RECEPTOR E DO DOADOR	548/2022	03/10/2022			HCO	HSO	REF	PAC		AVALIAÇÕES/ACOMPANHAMENTOS	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES
ACOMPANHAMENTO CLÍNICO DE TRANSPLANTE RENAL NO PERÍODO DE INTERNAÇÃO DO RECEPTOR E DO DOADOR					HCO	HSO	REF	PAC		AVALIAÇÕES/ACOMPANHAMENTOS	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES
AValiação CLÍNICA DIÁRIA ENTERAL E/OU PARENTERAL					HCO	HSO	REF			AVALIAÇÕES/ACOMPANHAMENTOS	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES
AValiação CLÍNICA E ELETRÔNICA DE PACIENTE PORTADOR DE DISPOSITIVO CARDÍACO ELETRÔNICO IMPLANTÁVEL (MARCA-PASSO, ESTIMULADOR MULTISSITIORESSINCRONIZADOR, DESFIBRILADOR OU MONITOR DE EVENTOS)				AMB	HCO	HSO	REF			AVALIAÇÕES/ACOMPANHAMENTOS	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES
CARDIOVERSÃO ELÉTRICA COM ELETROCARDIOGRAMA				AMB	HCO	HSO	REF			AVALIAÇÕES/ACOMPANHAMENTOS	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES
CONTROLE DE BIOLÍMINE DENTAL (PLACA BACTERIANA)			OO							AVALIAÇÕES/ACOMPANHAMENTOS	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES
FORNECIMENTO DE EQUIPAMENTOS COLETORES E ADJUVANTES PARA COLOSTOMIA, ILEOSTOMIA E UROSTOMIA, Sonda VESICAL DE DEMORA E COLETORES DE URINA (COM PROTOCOLO DE UTILIZAÇÃO - PROUT)				AMB	HCO	HSO	REF			AVALIAÇÕES/ACOMPANHAMENTOS	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES

Legenda:
OO: Seg. Odontológica
AMB: Seg. Ambulatorial

HCO: Seg. Hospitalar Com Obstetrícia
HSO: Seg. Hospitalar Sem Obstetrícia
REF: Plano Referência

PAC: Procedimento de Alta Complexidade
DUT: Diretriz de Utilização
2

Fonte: ANS, 2021.

Por tudo que foi exposto, percebe-se que a mais completa e pormenorizada cobertura assistencial da saúde suplementar é aquela contida na ANS. Além de ser a única que possui previsibilidade legal de atualização, de forma distinta daquela que ocorre com os fundos e as autogestões já discutidos aqui neste trabalho. A despeito da vantagem de sempre procurar a manutenção de uma cobertura balizada com os avanços que a Medicina pode trazer, é importante ressaltar o custo destas atualizações e o custo que a cobertura assistencial obrigatória pode trazer.

2.4 Cobertura obrigatória e seus impactos na saúde suplementar nas operadoras de autogestão

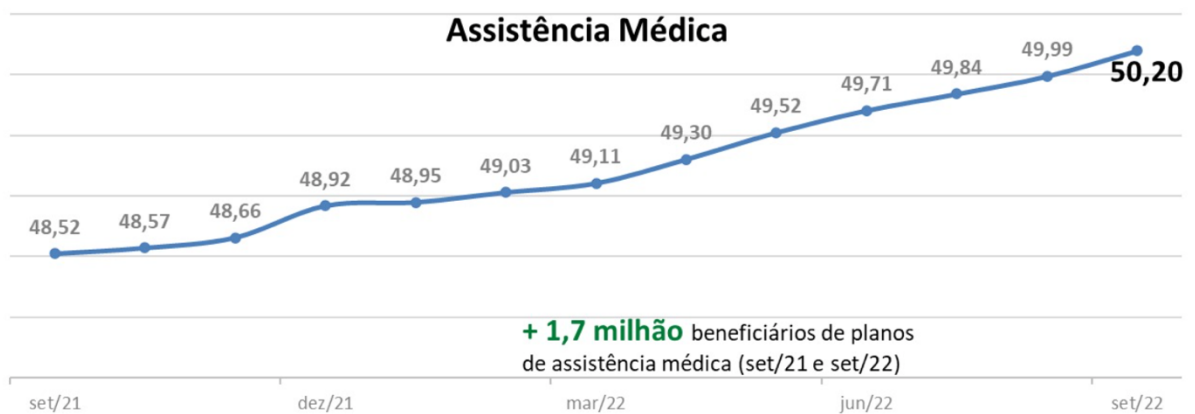
O impacto do custo da cobertura obrigatória precisa ser considerado haja visto que as garantias assistenciais para todos os beneficiários de uma operadora de saúde não estão isentas de possibilidade de insegurança financeira segundo Rocha et al (2022).

A despeito desta insegurança ocorrer em todas as modalidades de operadoras de saúde, terá como foco a discussão apenas as operadoras de saúde de autogestão,

pois ainda que sejam subordinadas à ANS, elas guardam semelhanças com o Fundo de Saúde do CBMDF.

De acordo com a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FENASAÚDE), houve um crescente aumento do número de beneficiários da saúde suplementar (figura 8). Em torno de 8% dos 50,2 milhões de beneficiários, ou seja, aproximadamente 4 milhões de pessoas, estão vinculadas a operadoras de autogestão (FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2023).

Figura 8: Evolução do número de beneficiários de assistência médica (em milhões)

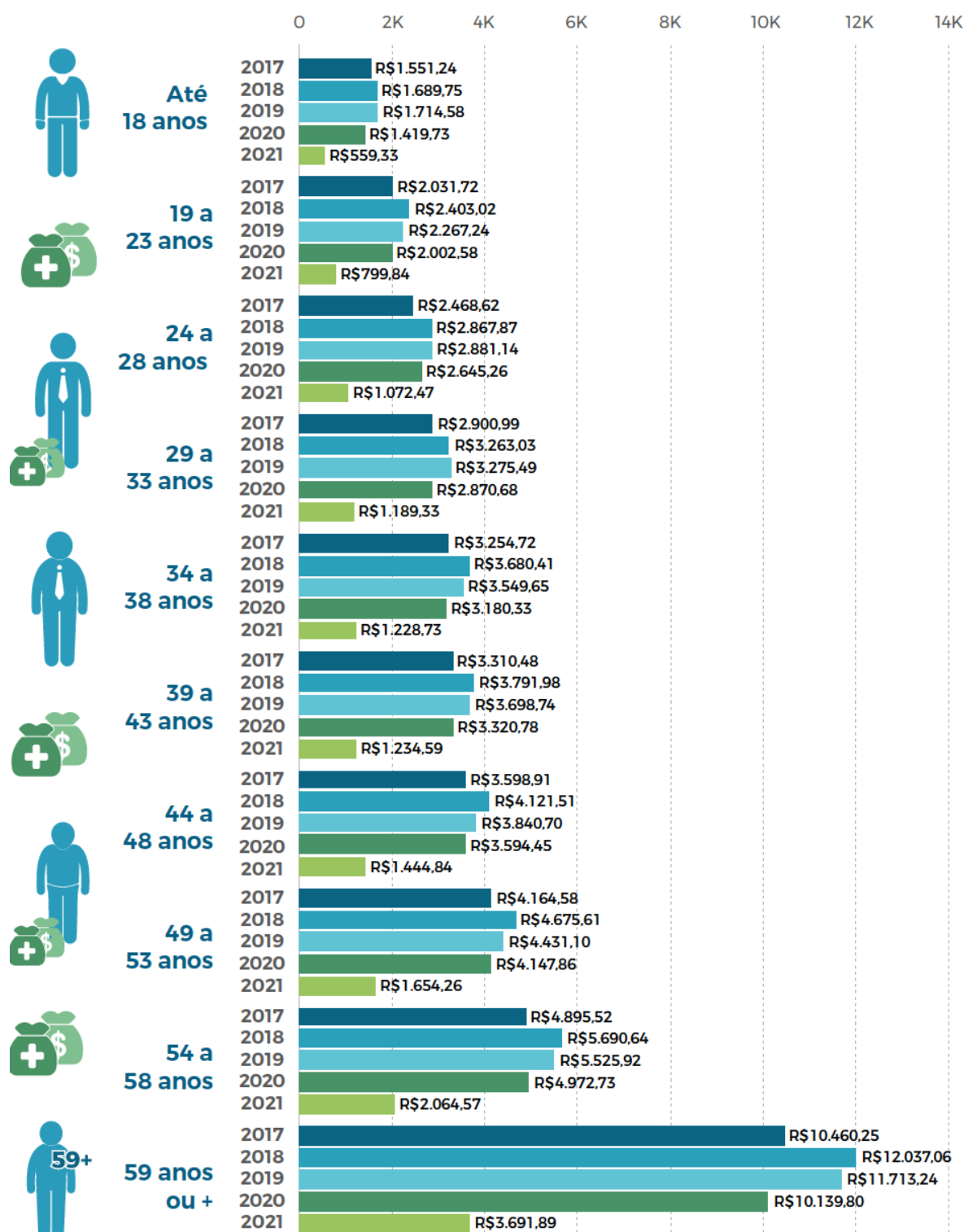


Fonte: FENASAÚDE, 2023.

Além do aumento de beneficiários, a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS), que é a entidade representante do segmento de autogestão no Brasil, divulgou a distribuição do gasto anual por beneficiário de acordo com a faixa etária na sua Pesquisa Nacional Saúde UNIDAS 2022, segundo as informações da ANS, o que pode ser observado na figura 9 (UNIDAS, 2022)

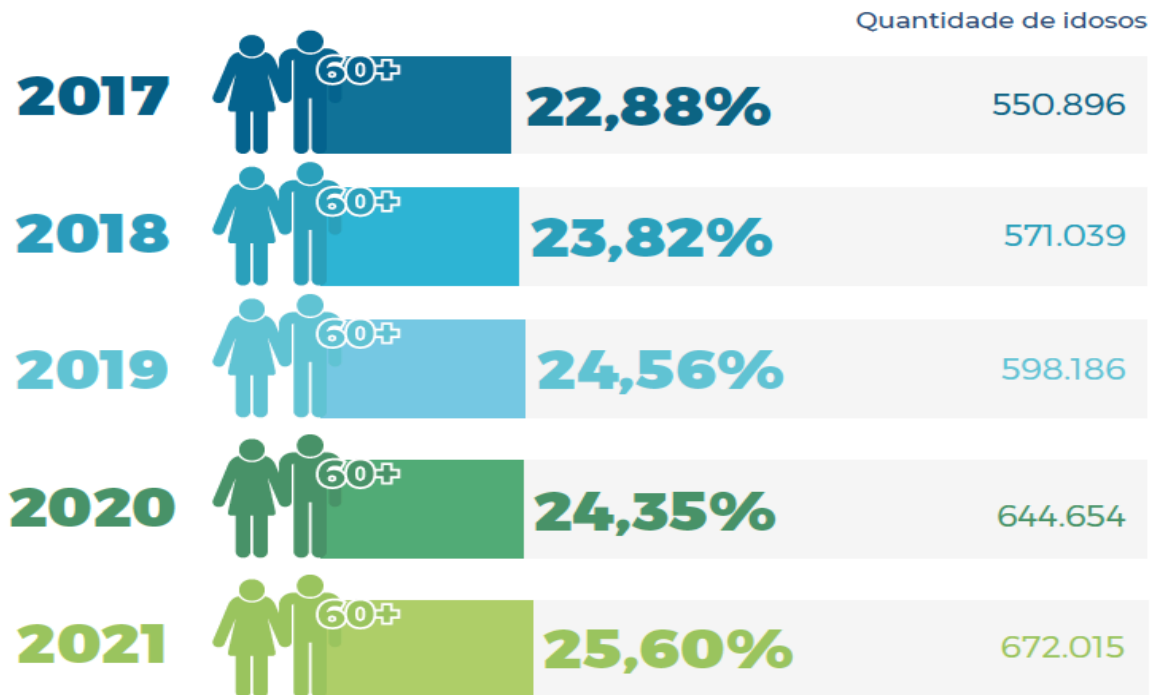
Não obstante, nesta mesma pesquisa, pode ser percebido um envelhecimento dos beneficiários nos últimos anos, sendo que um quarto dos indivíduos já se encontram acima de 60 anos, conforme observado na figura 10.

Figura 9: Despesa assistencial anual, per capita em (reais), de acordo com a média da faixa etária conforme compilado da ANS



Fonte: UNIDAS, 2022.

Figura 10: Proporção de idosos dentre todos os beneficiários ao longo dos anos nas operadoras de autogestão

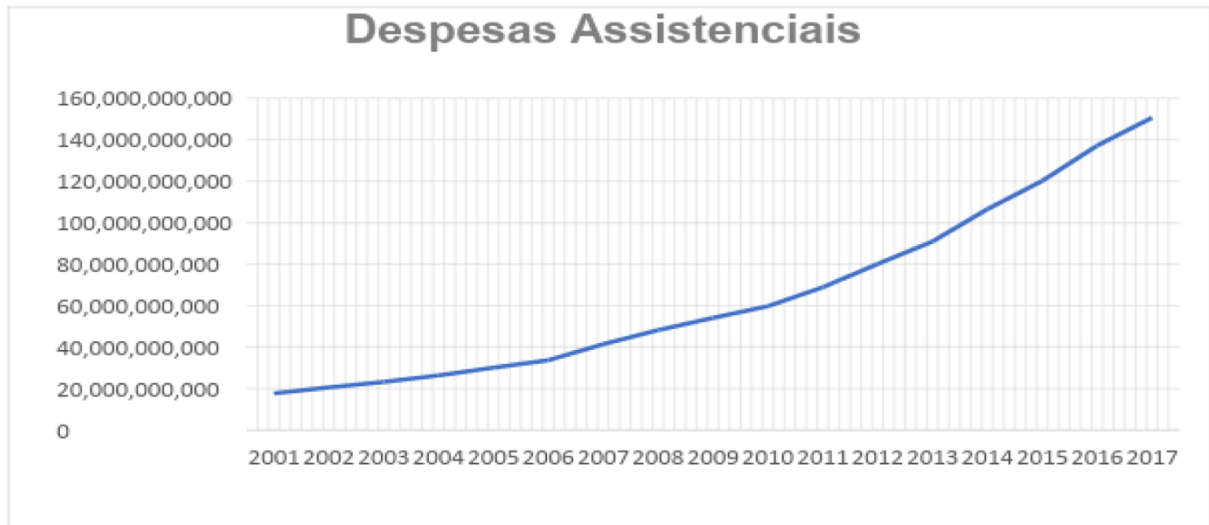


Fonte: UNIDAS, 2022.

Em correspondência com a figura 9, observa-se que beneficiários mais velhos possuem despesas assistenciais maiores que os mais jovens. Não obstante, percebe-se ainda que houve aumento progressivo dos gastos entre 2017 e 2019, com uma regressão dos gastos nos anos de 2020 e 2021, possivelmente em decorrência da pandemia, a qual reduziu os gastos dos procedimentos eletivos e ambulatoriais. A tendência de aumento de despesas per capita, aliado ao envelhecimento progressivo dos beneficiários resulta no aumento das despesas totais da operadora de saúde, fato este constatado por Oliveira (2019) e mostrado na figura 11.

Outrossim, a Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB) do IESS, a qual traz as informações das despesas assistenciais dos planos-referência das operadoras de saúde suplementar, mostrou os gastos de saúde entre os meses de dezembro de 2020 e dezembro de 2021, com divulgação desse dado na sua edição do mês de maio de 2022 (IESS, 2022a). Enquanto o número de beneficiários apresentou um crescimento de 3%, as despesas assistenciais cresceram 21%, passando de 166 bilhões no final de 2020 para 206 bilhões de reais no término do ano de 2021.

Figura 11: Despesas assistenciais na Saúde Suplementar entre 2001 e 2017

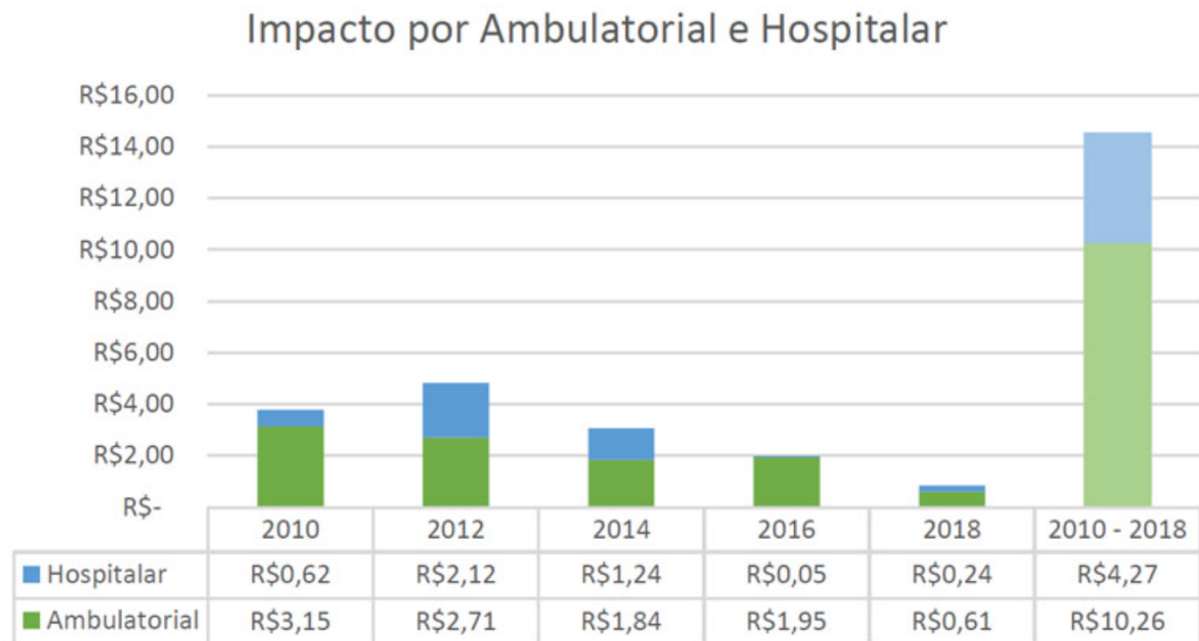


Fonte: OLIVEIRA, 2019.

O envelhecimento da população não é apenas o único fator envolvido no aumento dos custos das operadoras, segundo Trindade (2005). Além da idade mais avançada dos beneficiários, tanto o avanço tecnológico da Medicina, com incorporação de novos tratamentos e exames, quanto a ampliação da oferta de serviços, em decorrência da obrigatoriedade da ampliação de cobertura pelas atualizações do rol da ANS, bem como a inflação médica figuram como fatores responsáveis pelo aumento dos custos.

Neste contexto, com o surgimento de novas tecnologias na Medicina e sua gradual incorporação ao rol da ANS, Rieira (2022) mostrou uma média do impacto financeiro que cada atualização do rol da ANS trouxe por beneficiário, tanto na segmentação ambulatorial, quanto na segmentação hospitalar conforme mostrado na figura 12.

Figura 12: Impacto econômico-financeiro nos custos assistenciais de cada atualização do rol da ANS por beneficiário.

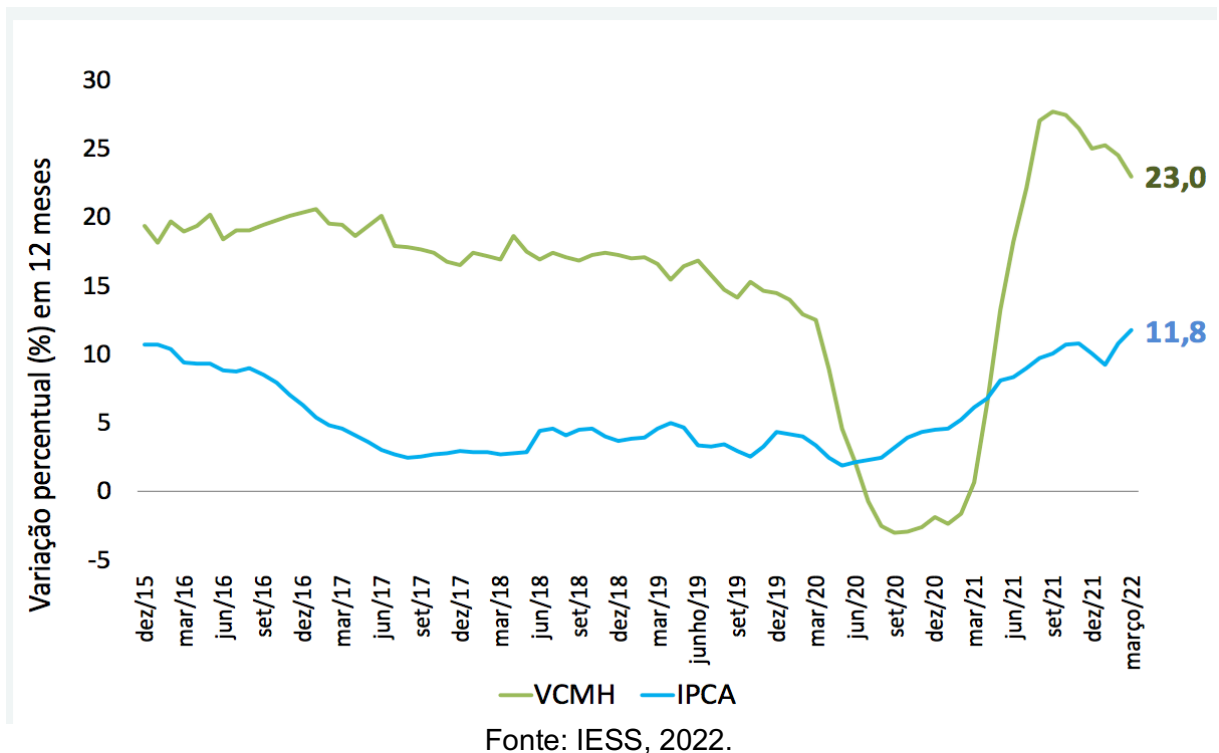


Fonte: RIEIRA, 2022.

O que se observa é que desde o ano de 2010, o impacto financeiro da incorporação das atualizações de novos procedimentos ambulatoriais é maior do que o impacto dos procedimentos hospitalares. Este fenômeno decorre da maior parte das tecnologias incorporadas estarem no contexto de procedimentos eletivos, ou seja, quanto não há urgência ou emergência de tratamento, que é característico do atendimento ambulatorial. Importante ainda ressaltar que o aumento dos gastos da figura anterior se remete tão somente a estimativa de custos das novas incorporações. Não estão contidos os aumentos de valores em função da inflação médica no período.

A inflação no mercado de saúde é medida pela variação do custo médico hospitalar (VCMH), a qual é medida pelo IESS. Segundo este instituto, a variação compreendida entre os meses de março de 2021 e março de 2022 foi de 23%, enquanto que o IPCA foi de 11,8% neste mesmo período (IESS, 2022b). Este aumento vai ao encontro com o que é observado historicamente na comparação entre VCMH e IPCA, sendo a inflação médica, tradicionalmente, sempre maior que a inflação medida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), conforme mostra a figura 13. Exceção a esta regra ocorreu apenas durante o período da pandemia.

Figura 13: Série histórica da variação do VCMH e IPCA em 12 meses



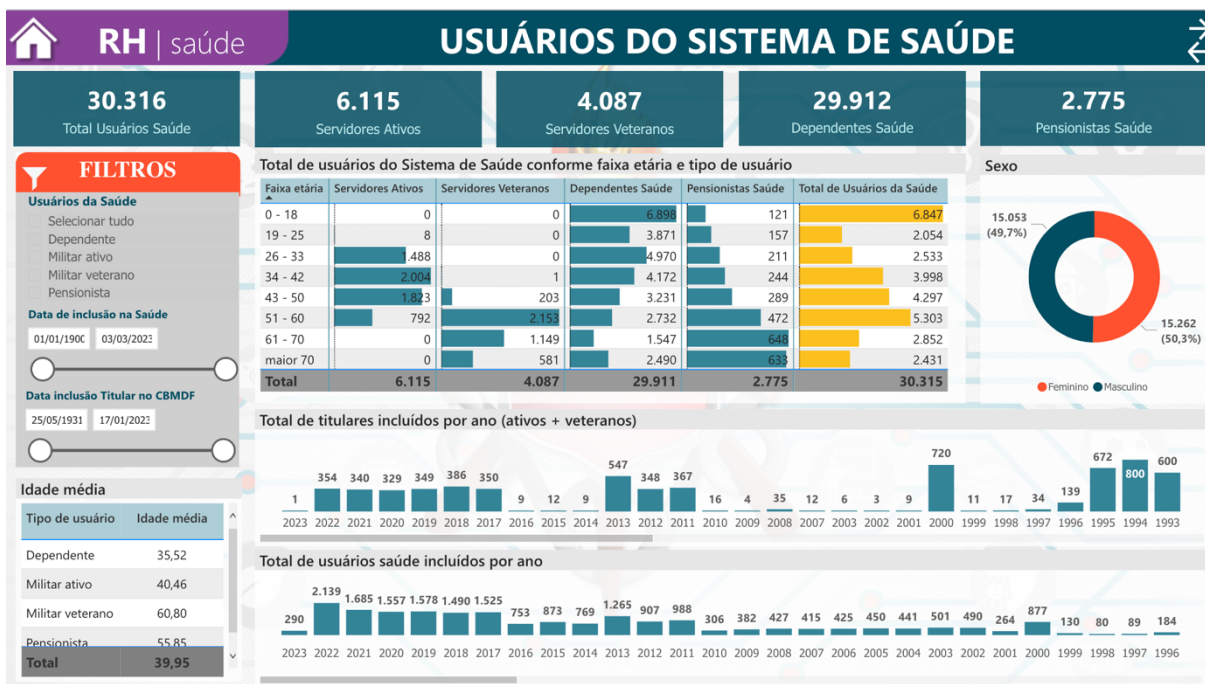
Estes desafios financeiros promovidos pelo aumento das despesas de saúde são enfrentados não apenas pelas operadoras de saúde subordinadas ao rol da ANS, mas pelo mercado da saúde suplementar como um todo. Assim, o Fundo de Saúde do CBMDF também não está alheio ao enfrentamento dessas dificuldades como será abordado a seguir.

2.5 Cobertura obrigatória e seus impactos na Fundo de Saúde do CBMDF

Conforme já dito anteriormente, não existe uma norma específica que especifique qual a cobertura assistencial do FSCBMDF, mas uma compilação de portarias, leis, decretos e editais de credenciamento que citam pontualmente as exclusões de cobertura. Com isso, é possível observar o surgimento de desapontamentos e litígios entre beneficiários e a DISAU. Assim, será traçado um panorama comparativo entre a assistência de saúde do CBMDF com o modelo das autogestões.

A figura 14 ilustra como é o perfil atual dos beneficiários do sistema de saúde do CBMDF.

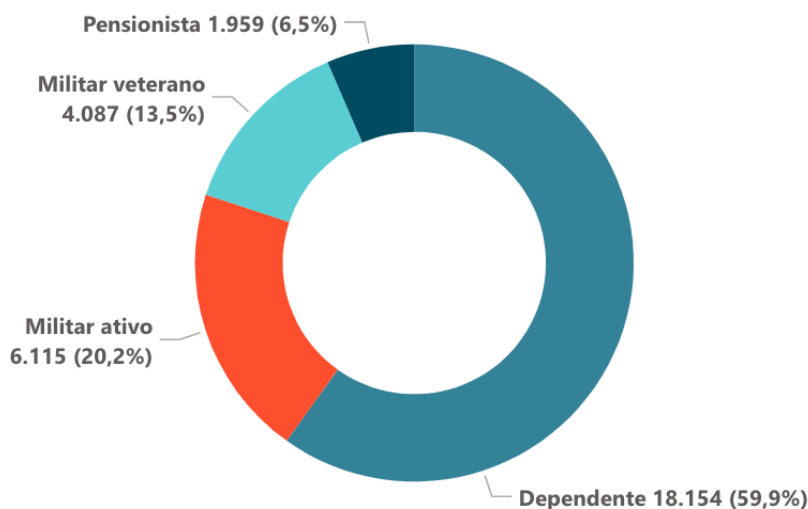
Figura 14: Perfil dos beneficiários do sistema de saúde do CBMDF em 2023



Fonte: DIGEP, 2023.

O número total de beneficiários do FSCBMDF é de pouco mais de 30 mil pessoas, sendo a maior parte (59,9%) dependentes, ou seja, filhos, cônjuges e outros. 20% dos beneficiários são compostos por militares da ativa, sendo 13,5% militares na inatividade (reserva remunerada ou reforma) e 6,5% de pensionistas, conforme observado na figura 15.

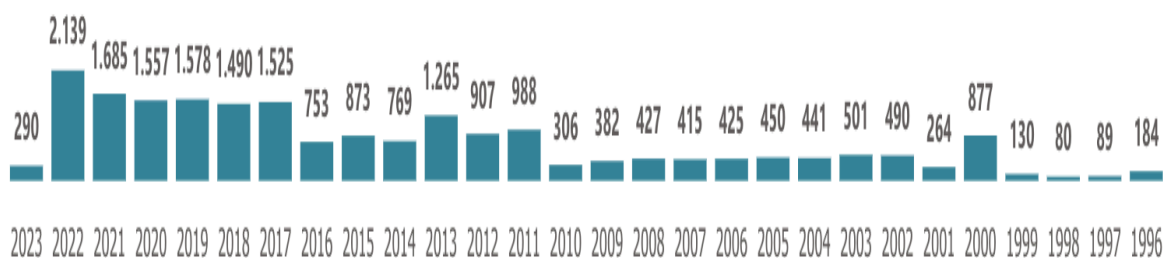
Figura 15: Distribuição dos tipos beneficiários da assistência a saúde do CBMDF



Fonte: DIGEP, 2023.

Nos últimos anos, tem ocorrido uma crescente inclusão de militares nas fileiras do CBMDF, com conseqüente aumento de dependentes no Fundo de Saúde, o que tem promovido um aumento do número de beneficiários como mostra a figura 16.

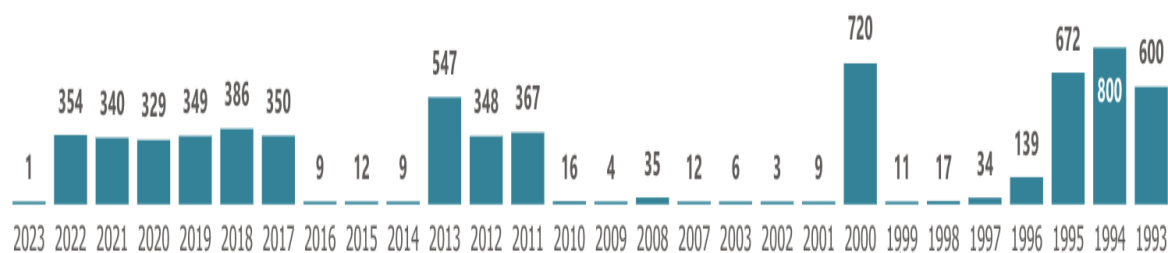
Figura 16 - Número de novas inclusões de beneficiários no Fundo de Saúde do CBMDF



Fonte: DIGEP, 2023.

A figura 17 ilustra apenas o número de inclusão de novos titulares, ou seja, militares da ativa que adentraram a corporação ou pensionistas.

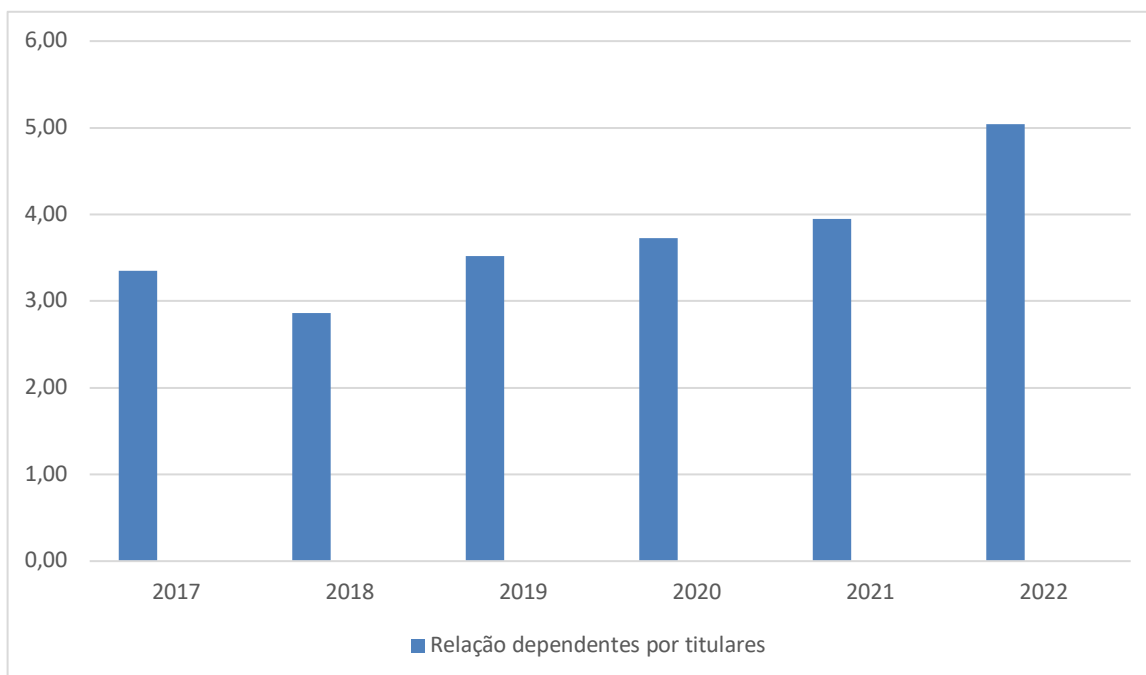
Figura 17: Número de novas inclusões de titulares no Fundo de Saúde do CBMDF



Fonte: DIGEP, 2023.

Ao se estabelecer uma relação simples entre o número de dependentes e o número de titulares que foram incluídos nos últimos anos, observa-se um crescente aumento do número de dependentes por titular, com um crescimento exponencial desta relação nos últimos anos, conforme evidenciado na figura 18.

Figura 18: Relação entre número de dependentes e número de titulares incluídos no fundo de saúde



Fonte: O autor.

Harmonioso com o que foi previamente mostrado na figura 9, o gasto com saúde possui uma correlação direta com a idade dos beneficiários, sendo que quanto mais idoso, maior a despesa. No CBMDF, a idade média varia por tipo de usuário, sendo 35 anos para os dependentes, 40 anos para os militares da ativa, 60 anos para os veteranos e 55 anos para os pensionistas. Não obstante, é fundamental também uma análise da distribuição de cada tipo de beneficiário por idade, dado este que é demonstrado na figura 19.

Figura 19: Total de usuários do sistema de saúde conforme faixa etária e tipo de usuário

Faixa etária	Servidores Ativos	Servidores Veteranos	Dependentes Saúde	Pensionistas Saúde	Total de Usuários da Saúde
0 - 18	0	0	6.898	121	6.847
19 - 25	8	0	3.871	157	2.054
26 - 33	1.488	0	4.970	211	2.533
34 - 42	2.004	1	4.172	244	3.998
43 - 50	1.823	203	3.231	289	4.297
51 - 60	792	2.153	2.732	472	5.303
61 - 70	0	1.149	1.547	648	2.852
maior 70	0	581	2.490	633	2.431
Total	6.115	4.087	29.911	2.775	30.315

Fonte: DIGEP, 2023.

A maioria dos beneficiários encontra-se na faixa de até 18 anos de idade, mas existe um expressivo montante de indivíduos entre 50 e 60 anos, que é a segunda faixa etária mais comum, onde existe um acréscimo de despesas com saúde. Apesar disso, ao se comparar o percentual de beneficiários acima de 60 anos com o que é observado nas operadoras de autogestão (figura 10), percebe-se o percentual no CBMDF é bem menor, isto é 17%.

Entretanto, existe um grupo grande de beneficiários entre 34 e 60 anos, que corresponde a 44,8% do total de usuários, que possuem uma elevada taxa de sinistralidade, conforme observado na figura 20.

Figura 20: Guias emitidas pelo sistema Saudeweb 2 para atendimento em clínicas e hospitais credenciados de acordo com a faixa etária do beneficiário no ano de 2022

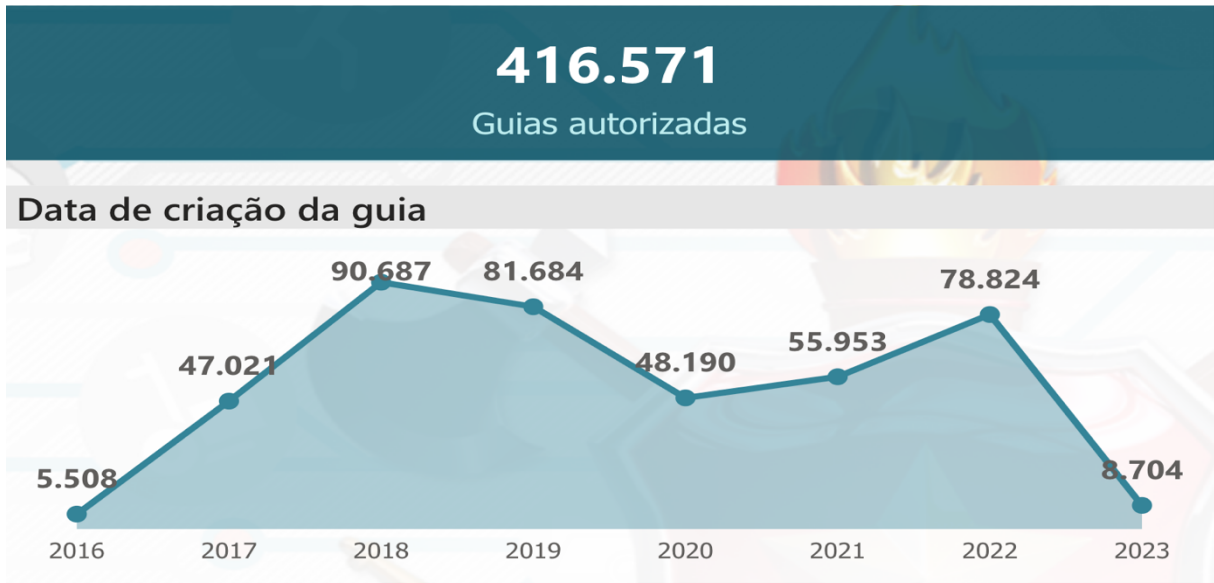
Faixa etária	Guias autorizadas
0 - 18	4.344
19 - 25	3.616
26 - 33	8.180
34 - 42	12.003
43 - 50	15.192
51 - 60	18.480
61 - 70	8.700
maior 70	8.309
Total	78.824

Fonte: DIGEP, 2023.

Como observado, a despeito dessa faixa etária representar um pouco menos da metade de usuários, ela foi responsável pela emissão de 58% das quase 79 mil guias geradas no ano de 2022.

Outro fator a ser considerado é o comportamento histórico da quantidade de emissão de guias para as organizações de saúde credenciadas com o CBMDF, conforme ilustrado na figura 21.

Figura 21 Número de guias de procedimentos de saúde gerados até Janeiro de 2023



Fonte: DIGEP, 2023.

O que se observa é um aumento do número de guias para atendimento na rede credenciada, com a ocorrência de uma desaceleração nos anos de 2020 e 2021, provavelmente em decorrência do surgimento e do agravamento da pandemia de COVID-19 no Brasil neste período. Ressalta-se que este fato também foi observado nos gastos da saúde suplementar já mostrados na figura 9. Entretanto, com arrefecimento da COVID-19 em 2022, o número de guias geradas voltou a crescer no ano passado e possui uma tendência a romper a barreira de 100.000 guias geradas caso seja mantida esta média de 8700 guias geradas por mês ao longo de 2023.

Dentre as possíveis razões para o aumento da quantidade de atendimentos na rede credenciada, podem ser destacadas a inclusão de novos beneficiários, bem como a crise econômica, que promoveu que muitas pessoas deixassem de ser beneficiários de outros planos de assistência privada à saúde (CELLA, 2019). Ou seja, os beneficiários da assistência à saúde do CBMDF que também tinham outras operadoras deixaram de utilizar os seus planos privados e passaram a utilizar exclusivamente o FSCBMDF.

Todos os dados mostrados com o perfil dos usuários do sistema de saúde, o crescimento do número de beneficiários e as despesas estão intrinsecamente ligados ao tipo de cobertura assistencial ofertada pelo Fundo de Saúde do CBMDF. Em função de ausência de uma norma abrangente, todo e qualquer procedimento médico pode ser entendido como passível de cobertura desde que não esteja nos critérios de

exclusão já estabelecidos pelo CBMDF na Portaria 41/2022, já mencionada previamente (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL, 2022a).

Ademais, com o aumento gradual de beneficiários, alinhado com o princípio da Publicidade da Administração Pública, é fundamental a informação de qual é efetiva cobertura assistencial que o CBMDF fornece. O aumento do número de beneficiários, com despesas de saúde cada vez mais elevadas, aliada a necessidade de uma necessidade de avaliação criteriosa das solicitações oriundas da rede credenciada são fatores que podem gerar litígios em função do princípio da reserva do possível. A presença da norma de cobertura assistencial poderia promover redução dos litígios, que ocorrem tanto na Saúde Suplementar como um todo, e também no CBMDF.

2.6 A Judicialização na Saúde Suplementar e no CBMDF

A intervenção do poder judiciário na saúde suplementar tem sido cada vez mais comum e tem atingido proporções nunca outrora observadas. Segundo Teixeira (2022), em 2011 havia cerca de 240.890 ações judiciais em saúde. Este número saltou para 300.000 em 2015 e, no ano de 2022, já havia cerca de duas milhões de ações sobre este tema em tramitação nos tribunais do país.

Habitualmente, as demandas judiciais na saúde suplementar são precedidas por reclamações formais dos beneficiários nos canais administrativos disponíveis para que se evite a ação judicial ou, até mesmo, são pré-requisito para que ocorra a demanda judicial (TORRES, 2021). Conforme avaliado por Carvalho (2018), que analisou os canais de mediação de conflitos entre operadoras de saúde e beneficiários, o principal motivo de reclamação dos beneficiários junto ao canal da ANS foi referente a cobertura assistencial, correspondendo a 68,6% do total de reclamações. Apesar de 90% destas reclamações serem solucionadas no âmbito administrativo, segundo o autor, o motivo das reclamações levadas aos tribunais não diverge do que é observado nos canais administrativos de mediação de conflitos.

Com o advento do rol da ANS, conjuntamente com as regras do Código de Defesa do Consumidor (CDC), aliado a adesão voluntária de pessoas a planos privados de assistência à saúde dos indivíduos, iniciou-se o entendimento pelos juristas da existência de uma relação de consumo entre beneficiários e operadoras,

conforme Torres (2021). Ou seja, há regras de consumo balizados por um código e, em contrapartida, existe uma outra norma com obrigações mínimas contidas no rol da ANS, a qual não leva em consideração muitas obrigatoriedades consumeristas presentes no CDC. Esse conflito de normas torna este cenário muito propício para a geração de litígios entre beneficiários e operadoras.

Uma informação a ser considerada é que a maior parte das decisões dos litígios judiciais são favoráveis ao autor da ação, isto é o beneficiário, conforme observado por Martinez (2022). Entretanto, na análise do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) sobre as ações envolvendo saúde, a maior parte das decisões, há antecipação de tutela, sem a solicitação de informações adicionais, utilizando com embasamento para a decisão tão somente o relato do advogado da parte autora e o relatório do médico com o pedido indeferido previamente (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2015).

Segundo Melo e Dantas (2018), a tutela de urgência é um instrumento, previsto no Código de Processo Civil, utilizado quando alguns requisitos da demanda são preenchidos.

As tutelas de urgência, previstas no Código de Processo Civil de 2015 nos artigos 300 a 310, têm o condão de antecipar os efeitos do provimento jurisdicional, desde que comprovados os requisitos legais, quais sejam: probabilidade do direito (*fumus boni iuris*), dano de difícil reparação ou risco ao resultado útil do processo (*periculum in mora*), desde que não haja perigo da irreversibilidade dos efeitos da decisão, requisito impeditivo, em tese, para a concessão das tutelas de urgência. (MELO e DANTAS, 2018)

Ainda segundos os autores, os pedidos de concessão das tutelas antecipadas, habitualmente, ocorrem quando o objeto da ação é o fornecimento de medicação ou tratamento. Nesse momento do processo, ainda não foi possível o estabelecimento do contraditório, nem tampouco checar a real eficácia do tratamento pleiteado pelos meios de assessoramento técnico dos magistrados (MELO e DANTAS, 2018). Teixeira (2022) analisou as ações judiciais contra uma operadora de saúde por 7 anos e observou que, em 100% das ações, havia pedido de concessão de antecipação de tutela. Do universo de 6.090 pedidos, em apenas 7 casos, a antecipação não foi concedida.

O que é observado, então, é um somatório de decisões judiciais com concessão do pedido para a parte autora, levando em consideração tão somente uma solicitação previamente indeferida pela operadora de saúde. Nem mesmo as negativas administrativas prévias são utilizadas, pelos magistrados, para questionamento técnico durante o processo. Estas são utilizadas tão somente para justificar a motivação do acionamento da Justiça.

Esse grande número de ações judiciais possui um impacto direto na saúde financeira das operadoras. Uma vez que elas impõem novas obrigações às operadoras, esses custos não estavam previamente calculados quando da elaboração das despesas previstas para os seus beneficiários (MARTINEZ, 2018). Dessa maneira, é necessária a realocação de recursos para a promoção do reequilíbrio financeiro e uma constante análise dos riscos de alguma judicialização ocorrer. Estes gastos inesperados são repassados para os próprios beneficiários das operadoras.

Neste prisma, observa-se um exemplo de dano financeiro estudado por Melo e Dantas (2018). A judicialização para uso do medicamento Spinraza®, a qual é utilizada para o tratamento de uma doença conhecida como Atrofia Medular Espinhal. A medicação possui um custo aproximado de R\$ 3 milhões no primeiro ano de tratamento, além de metade deste valor para os anos subsequentes, durante um período de tempo indefinido, porquanto o seu uso deve ser contínuo.

Conforme os autores, uma operadora de saúde teve um pedido judicial para fornecimento desta medicação, mas sem o devido deferimento do pleito para a parte autora da demanda judicial. O fato curioso a ser observado é que o resultado financeiro desta operadora no mesmo ano deste pedido foi de R\$ 5.069.329,10. Ou seja, se houvesse o fornecimento desta medicação, apenas um beneficiário faria uso de uma grande parte dos recursos para o sustento financeiro do plano, o que poderia gerar insolvência do plano de saúde.

Em consonância com o que já foi dito, as normas que subsidiam as ações judiciais são a Lei 9.656/88, junto com as atualizações do rol, e o Código de Defesa do Consumidor, porquanto é observado uma típica relação de consumo entre beneficiários e operadora de saúde, conforme Torres (2021). Ainda segundo o autor, o rol da ANS atua como balizador do que deve ser a cobertura assistencial da saúde

suplementar, ainda que reste dúvida se ela funciona como um exemplo de cobertura (rol exemplificativo) ou se efetivamente contempla apenas o que deve ser coberto (rol taxativo). Esta discussão será mais aprofundada nos resultados deste estudo.

Em contraponto, o Fundo de Saúde do CBMDF não está subordinado a nenhuma das normas utilizadas comumente nas ações judiciais que envolvem as operadoras de saúde subordinadas a ANS, cabendo ser utilizadas suas normatizações próprias nos litígios que possam ocorrer.

Neste contexto, o CBMDF enfrenta os mesmos óbices. Segundo informações oriundas da SEAUD, existem demandas judiciais referentes a negativas de cobertura de procedimentos médicos, os quais serão abordados nos resultados deste trabalho. Diversos processos utilizam um embasamento jurídico não aplicável ao CBMDF, como o rol da ANS e o próprio CDC. Isso advém da ausência de uma norma definidora que possa servir como orientação para os litígios que ocorrem junto ao fundo de saúde.

Assim, em decorrência da ausência da norma da cobertura assistencial e da não subordinação do FSCBMDF ao rol da ANS, existe o surgimento de falsas expectativas de cobertura de procedimentos de saúde, os quais, por exemplo, podem ser de cobertura prevista pela ANS, mas não pelo CBMDF. A presença de normatização específica sobre este tema poderia reduzir a constante comparação das obrigações do fornecimento de cobertura do fundo com o rol da ANS, fato este evidenciado nas ações judiciais contra o CBMDF.

Não obstante, a norma também atua como mediadora de conflitos administrativos, pois haveria clareza do que efetivamente os beneficiários do FSCBMDF podem esperar como cobertura assistencial.

Finalmente, ainda que a norma não impeça novos processos de judicialização, o embasamento correto para sua fundamentação, indubitavelmente, pode auxiliar nas decisões mais apropriadas por parte dos magistrados. Assim, as decisões judiciais poderiam considerar, com maior frequência, os aspectos técnicos dos pleitos e não apenas as decisões carentes de contraditório, que são as antecipações de tutela, embasados por legislações não aplicáveis ao CBMDF.

3 METODOLOGIA

Esta pesquisa é classificada, quanto à sua natureza, como aplicada, pois produz conhecimento para a aplicabilidade prática, objetivando a solução de problemas determinados. Quanto a seu objetivo, é enquadrada como exploratória (será analisado o problema mais profundamente por intermédio de uma análise documental disponível até o momento sobre o tema). Quanto aos procedimentos técnicos é uma pesquisa bibliográfica, pois serão avaliados normas e conhecimento já previamente estudados. É uma pesquisa explicativa por ao método de abordagem, é classificada como dedutiva pois partirá de normas legais de dentro e de fora do CBMDF para endereçamento de suas conclusões em uma determinada área de atuação DISAU. Finalmente, quanto à sua natureza, será essencialmente qualitativa (GIL, 2010).

Os procedimentos realizados constaram da análise documental da legislação que regulamenta a assistência à saúde do CBMDF, das Forças Armadas, da PMDF e do INAS na busca para checar se havia uma norma que definisse como é delimitada e oferta de assistência de saúde por estes órgãos. Não obstante, foi analisado o que a ANS estabelece como cobertura obrigatória para as operadoras que estão sob sua subordinação, por intermédio do seu rol e atualizações. As diferenças e semelhanças foram analisadas, com vistas a estabelecer uma comparação das diversas coberturas ofertadas.

A busca das normas foi feita mediante as informações encontradas nos sítios eletrônicos das diretorias de saúde das Forças Singulares, das Forças Auxiliares do Distrito Federal e do INAS. Além disso, a mesma busca foi realizada nos sítios eletrônicos de todos estes órgãos ou em outros sítios que pudessem ser remetidos no decorrer desta procura. Qualquer informação que remetesse às legislações dos respectivos órgãos foi consultada.

Após avaliação inicial, foram compiladas todas as normas que definiram as bases legais dos respectivos fundos de saúde, bem como aquelas que informassem sobre o tipo de assistência ofertada, cobertura assistencial, manuais de Auditoria Médica ou informações análogas. De forma adicional, toda a legislação que fosse informada nas entrevistas realizadas com os gestores dos fundos de saúde, conforme descrição mais adiante, também foi objeto de análise.

Ademais, houve busca também nos portais do Google Acadêmico e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), com a procura realizada com a combinação dos termos “saúde suplementar” e “cobertura assistencial” ou “saúde suplementar” e “forças armadas”. Também foram realizadas buscas com os termos “autogestão na saúde”, “judicialização de saúde”.

Na ferramenta de busca do Repositório Institucional da Escola Superior de Guerra (ESG), organização que fomenta o desenvolvimento de trabalhos acadêmicos sobre as forças militares e os dispõe no seu repositório institucional, foram objetos de busca os termos “cobertura assistencial”, “judicialização”, “gestão na saúde”. Todos os tipos de estudo foram permitidos para análise. Entretanto, apenas aqueles que traziam no seu escopo informações sobre cobertura assistencial, gestão da saúde ou judicialização foram examinados para a elaboração do trabalho. Inobstante, caso o estudo não contivesse as informações supracitadas, mas remetesse a estudo que possuísse esta finalidade, esse último poderia ser selecionado para avaliação.

Foram pesquisados dados na plataforma *PowerBI* do CBMDF que contivessem informações sobre o número e perfil dos beneficiários do Fundo de Saúde do CBMDF, dados sobre números de guias emitidas e informações sobre os valores gastos com credenciadas com o FSCBMDF.

Além disso, as informações sobre os gastos de saúde também foram obtidas na Seção de Acompanhamento Orçamentário e Financeiro da Saúde (SAOFI) da DISAU.

Na SEAUD, foram pesquisados na plataforma SEI, todos os processos administrativos que foram remetidos para aquela seção para análise, elaboração de recurso ou cumprimento de sentença judicial dos últimos 5 anos. Para isso, foram pesquisados os termos “ajuizamento”, “tutela” e “judicialização” na ferramenta de buscas de todos os processos SEI que tramitaram no ambiente da SEAUD desde 1º de janeiro de 2018 até 28 de fevereiro de 2023.

Finalmente, foram também realizadas entrevistas com gestores dos fundos de saúde do CBMDF, PMDF, Marinha, Exército, Aeronáutica e INAS por intermédio de questionário com perguntas específicas sobre legislação aplicada a cada organização, dados financeiros, litígios judiciais e dados da gestão de custos. Além disso, foi questionada a existência de alguma relação das instituições com a ANS, as dificuldades enfrentadas na gestão dos respectivos fundos de saúde, bem como as possíveis lacunas que fossem condições geradoras de problemas administrativos e

financeiros. Os questionários aplicados nas entrevistas estão contidos nos apêndices A, B, C, D, E, F e G.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, serão informados os resultados encontrados com a pesquisa em cada sitio eletrônico de cada instituição, bem como sua análise, em consonância com as informações contidas nas descrições das entrevistas com os gestores de cada organização.

Após pesquisa nos sítios eletrônicos das diretorias de saúde das Forças Armadas, PMDF, CBMDF, foram identificadas diversas legislações sobre os pilares que sustentam a origem dos respectivos fundos de saúde, com algumas citações sobre a cobertura assistencial. Além disso, em alguns locais, foi identificada carta ou assemelhado aos beneficiários sobre diversos temas administrativos, com alguns trechos com citação sobre a rol de cobertura dos procedimentos de saúde.

Contudo, apenas em uma instituição foi encontrada uma norma mais clara de informação sobre o catálogo de serviços de saúde ofertados. Nas demais organizações não foi identificado nenhuma norma finalística com informações diretas sobre a cobertura assistencial ofertada. Adiante, serão mostrados, de forma mais específica, os achados de cada uma das organizações estudadas, bem como serão reportadas as entrevistas com seus respectivos gestores.

4.1 Cobertura assistencial no Exército - FUSEX

No sítio eletrônico do FUSEX; há uma cartilha inicial de informação para os beneficiários com informações gerais, dentre eles os benefícios do fundo (EXÉRCITO BRASILEIRO, 2023a).

inexistência de carência;
 não possui limite de prazo para internações hospitalares;
 não possui limite de prazo para internações em UTI;
 possui ampla cobertura de procedimentos;
 não restringe novas tecnologias, desde que necessárias e aprovadas pela Associação Médica Brasileira;
 proporciona atendimento odontológico;
 fornece órteses, próteses não odontológicas e artigos correlatos;
 fornece, em muitos casos, medicamentos de alto custo;
 tem baixo valor de contribuição, em comparação com os planos de saúde, principalmente para os militares de menores graus hierárquicos;
 possibilita atendimento no exterior, em casos excepcionais;
 proporciona evacuação terrestre e aeromédica; e,

não onera o usuário com aumentos das contribuições decorrentes das mudanças de faixa etária. (MELO e DANTAS, 2018)

Dessa informação, extrai-se que há algumas breves informações sobre a ausência de limitação de diárias de internações hospitalares, a ausência de restrição de cobertura de novas tecnologias, mas desde que sejam aprovadas pela Associação Médica Brasileira (AMB) e a possibilidade de fornecimento de órteses e próteses, bem como medicamentos de alto custo. O que se observa é um conceito de cobertura, mas sem uma clareza de como isso ocorre, bem como uma carência de orientação de como esta cobertura será ofertada.

Como exemplo, ao mencionar que não há restrição de novas tecnologias, resta a dúvida se todos os procedimentos citados pela AMB são alvo de cobertura pelo FUSEX, ou se isso se restringe apenas ao que for considerado uma nova tecnologia. A AMB publica anualmente uma listagem de procedimentos médicos, conhecida como Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), a qual tem por finalidade maior o estabelecimento hierarquizado e remuneratório dos procedimentos médicos para haver uma uniformidade dentre os prestadores inseridos na saúde suplementar, conforme estabelece a AMB (2022).

Não obstante, ao citar que existe uma ampla cobertura assistencial, pode-se afirmar que o conceito é vago, pois toda e qualquer cobertura assistencial costuma ser ampla, uma vez que se fala numa gama de procedimentos em saúde. A dúvida que paira é a forma de como é ofertada esta ampla cobertura e qual a norma que a rege.

Importante lembrar que, conforme mencionado previamente, todas as Forças Singulares possuem um balizamento remuneratório, similar ao que a CBHPM estabelece, pelo CISSFA. Assim, a inferência da existência de uma cobertura ampla poderia ser extraída do CISSFA, com uma menção que este seria uma das normas balizadoras da cobertura assistencial.

No sítio eletrônico da Diretoria de Saúde do Exército, há um campo chamado “documentação”, o qual remete para diversos documentos, dentre eles o Manual de Auditoria Médica do Exército Brasileiro (EXÉRCITO BRASILEIRO, 2023b). Esse, por sua vez, orienta como executar a realização da Auditoria Médica das contas de saúde

do FUSEX, hospitalares ou não, e também possui um anexo sobre algumas DUTs para realização de exames eletivos em regime de ambulatório. Como, por exemplo, o exame Tilt Test possui orientação que deve ser liberado em conformidade com o que preceitua a Resolução Normativa nº 338 da ANS. Ou seja, existe cobertura para este exame, mas devem ser observados alguns critérios para sua efetiva cobertura.

Ademais, no mesmo sitio eletrônico supracitado, como já mencionado previamente, existe um campo específico sobre pareceres “fora rol ANS” (EXÉRCITO BRASILEIRO, 2023b). Nele, há informações sobre procedimentos de saúde e exames que não estão contemplados no rol da ANS, mas que o FUSEX se posiciona quanto a sua possibilidade de cobertura. Consta a informação se existe parecer favorável ou não para a cobertura destes procedimentos e, na eventualidade do posicionamento ser favorável, como se procede para a oferta do procedimento, bem como a legislação aplicável em cada caso específico.

Ainda com menção ao endereço eletrônico da Diretoria de Saúde do Exército, existe uma outra aba intitulada “protocolos”. Nessa, constam protocolos de tratamento para algumas especialidades, dentre elas Ortopedia, Neurocirurgia e Oncologia, como exemplo. Os protocolos específicos visam orientar como proceder a liberação de procedimentos mais complexos dessas especialidades. Assim, o que se extrai da normatização contida no sitio eletrônico do EB é que as normas de esclarecimento e orientação são destinadas primordialmente para equipe de Auditoria Médica e não, especificamente, para os beneficiários do FUSEX.

Como auxílio na avaliação do entendimento da cobertura assistencial, foi aplicado questionário sobre a forma de funcionamento do FUSEX, bem como as informações sobre a sua cobertura assistencial, relação com a ANS e possíveis litígios judiciais. O questionário consta no anexo A e foi encaminhado por correio eletrônico, bem como sua devolutiva de seu pelo mesmo meio.

4.1.1 Entrevista realizada com responsável pela Auditoria chefe do FUSEX, Hospital Militar de Área de Brasília (HMAB)

Questões desenvolvidas na entrevista:

Pergunta: Trabalha nesta função há quanto tempo?

Resposta: Total = 28 meses, sendo 18 meses na 1ª passagem e agora 10 meses.

Pergunta: Quais são as normas que criaram o serviço de saúde do EB?

Resposta: Não houve resposta para essa pergunta.

Pergunta: Quais as normas que regulamentam a atuação do serviço de saúde do EB?

Resposta: Norma Técnica Sobre Auditoria Médica no Âmbito do Exército Brasileiro, Norma Técnica Sobre Atenção Domiciliar no Exército Brasileiro, Manual de Auditoria Médica do Exército Brasileiro.

Pergunta: Existe algum tipo de vínculo entre o Exército e a Agência Nacional de Saúde Suplementar? Se sim, poderia informar qual?

Resposta: Não existe vínculo com a ANS.

Pergunta: O EB utiliza o rol da ANS para definir sua cobertura obrigatória de assistência à saúde?

Resposta: Sim, como parâmetro norteador, porém podemos autorizar procedimento extra rol.

Pergunta: Caso não use o rol da ANS, existe alguma normatização sobre qual a cobertura assistencial de saúde ofertada pelo EB?

Resposta: Além do rol, normatizações e protocolos disponibilizados pela nossa Diretoria de Saúde – DSAU.

Pergunta: Há algum manual de auditoria em saúde que cite algum tipo de serviço, tratamento ou exame que não teria cobertura pelo EB? Se sim, poderia citar qual ou quais são os manuais?

Resposta: Sim. Em anexo. Nota Técnica nº 001/2020 - Recomendações para Autorização da Assistência Robótica no Procedimento de Prostatectomia Radical Laparoscópica.

Pergunta: Os procedimentos, tratamentos e exames que não estão contidos no rol da ANS, mas que possuem indicação técnica, costumam ser liberados?

Resposta: Sim, após consulta favorável das normas técnicas da DSAU.

Pergunta: Há situações em que algum procedimento, tratamento ou exame esteja previsto no rol da ANS, mas não tenha previsão na cobertura assistencial do EB?

Resposta: Desconheço no momento.

Pergunta: Houve algum ou mais casos de judicialização no EB em que houve questionamento sobre alguma negativa de cobertura? Caso sim, qual foi o balizador que o judiciário utilizou (alguma norma interna de cobertura assistencial ou o rol da ANS?)

Resposta: Não me recordo.

Pergunta: Você possui dados de quantas judicializações ocorreram junto a Diretoria de Saúde do EB no ano de 2022

Resposta: Não.

Pergunta: De uma maneira geral, os gastos de saúde com os beneficiários do FUSEX sofreram alguma modificação nos últimos 3 anos?

Resposta: Sim.

Pergunta: Se sim, você tem dados de qual foi o percentual de variação destes gastos?

Resposta: Em torno de 15% de acréscimo, por ano.

Pergunta: Se houve aumento, quais foram as razões para o aumento dos gastos?

Resposta: Objetivo (maior quantidade de beneficiários, represamento pós COVID, inflação médica, novas tecnologias) Subjetivo: envelhecimento dos beneficiários.

Pergunta: Como tem sido a avaliação da saúde financeira do EB frente aos gastos com saúde?

Resposta: Maior rigor nas autorizações e verificação de atendimento também pelo SUS (exemplo: medicações de alto custo).

Pergunta: Quais ações o EB tem adotado em função dos gastos em saúde com os seus beneficiários?

Resposta: Investimento em infraestrutura/equipamentos, contratação de pessoal, capacitação e prevenção.

Com aquilo que foi observado nas normatizações do FUSEX quanto a sua cobertura, aliado com as respostas do questionário, observa-se que o rol da ANS se torna um parâmetro norteador para a cobertura assistencial ainda que não haja formalidade da sua subordinação pelo EB. Em função da sua complexidade, da existência de uma massiva compreensão sobre o seu funcionamento e da amplitude de serviços que estão contidos nele, o rol da ANS acaba funcionando como um norteador da cobertura mínima pelo FUSEX. Todavia, o EB aplica ao rol da ANS algumas orientações próprias, além de haver e algumas diretrizes específicas, a fim de que a cobertura desses procedimentos se adeque à realidade do Exército.

O EB possui manuais de auditoria em saúde próprios, além de normas e protocolos particulares, elaborados pela sua Diretoria de Saúde, os quais, normatizam muitas das coberturas já existentes no rol da ANS, em situações específicas, além de ofertar alguns procedimentos que não estão obrigatoriamente contidos na cobertura assistencial da ANS.

Nesse prisma, existem diversos pareceres sobre demandas que não estão contidas naquela cobertura e que também não fazem parte da orientação de cobertura do FUSEX, conforme observado nos pareceres “fora do rol”. Como exemplo, cita-se a Nota Técnica nº 001/2020, que assegura as orientações para cobertura do procedimento de remoção cirúrgica da próstata pela técnica robótica, citada na entrevista com o gestor do FUSEX. Esse procedimento não possui cobertura assegurada pelo rol da ANS, mas possui uma diretriz de cobertura pelo Exército.

Apesar de haver cobertura tanto de procedimentos contidos no rol, como nele não contidos, esse caminho gera aumento das despesas de saúde. Indubitavelmente, o aumento de procedimentos contidos do rol de serviços gera aumento de gastos. Por

esse enfoque, há uma preocupação com o crescente aumento de gastos, que, conforme relatado na entrevista, giram em torno de 15% todo ano, o que supera consideravelmente o índice de inflação oficial do país, o IPCA.

Segundo o IBGE, o índice acumulado do IPCA entre os meses de março de 2022 e fevereiro de 2023 foi de 5,60% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2023). Isso mostra uma aceleração de gastos 3 vezes maior que o inflação média brasileira e vai ao encontro com aquilo que foi visto previamente, ou seja, que a inflação médica, medida pelo índice VMCH, tem sido historicamente superior ao IPCA (figura 13).

Não apenas a inflação, mas o crescente aumento de beneficiários, o envelhecimento da população, aliado ao surgimento de novas tecnologias em saúde, também figuram como responsáveis pelo aumento das despesas do FUSEX, segundo menciona o entrevistado. Ações de controle como um maior rigor nas autorizações de procedimento, investimento em ações preventivas de saúde, melhora da infraestrutura na saúde, com aquisição de equipamentos e com a capacitação de pessoal são estratégias que tem sido adotadas para arrefecer a pressão dos crescentes gastos.

Há de se ressaltar a citação do chefe do FUSEX quanto a possibilidade de atendimento de parte desta demanda pelo SUS, sobretudo quando se trata de fornecimento de medicações de alto custo. Esta preocupação se torna ainda mais legítima quanto se observa que estas medicações, sobretudo aqueles inseridos nos tratamentos oncológicos, são responsáveis por um enorme percentual de gastos das operadoras na saúde suplementar, conforme Vieira (2020).

A despeito do aumento de beneficiários, de uma cobertura ampla, não foram informados casos de judicialização da saúde entre os beneficiários do FUSEX em Brasília, conforme informado na entrevista. Tal fenômeno pode ser decorrente do desconhecimento das demandas judiciais junto ao FUSEX, por talvez estas demandas não tramitem pela seção do entrevistado.

Além disso, como é um fundo de cobertura em todo o Brasil, é possível que a maior parte das judicializações de saúde se concentrem numa região do país em detrimento a outras. Como exemplo, como há um número maior de militares do EB nos estados mais populosas do país, como o Rio de Janeiro e São Paulo, é possível

que as demandas judiciais sejam mais frequentes nestas regiões em comparação com o Distrito Federal.

Por fim, como justificativa ao desconhecimento dos casos de judicialização pelo entrevistado, é possível que elas não ocorram devido a normatização do FUSEX. Ainda que de maneira segmentada, a norma auxilia no devido embasamento dos atos de liberação de procedimentos, exames e tratamentos junto ao FUSEX. Conseqüentemente, existe menos subjetividade e menos divergências de expectativa de cobertura assistencial, que é uma das causas de litígio entre o fundo de saúde e os beneficiários.

Em resumo, observa-se que o EB possui normas reguladoras diversas, fragmentadas, mas que auxiliam os gestores do seu sistema de saúde na tomada de decisão quanto a cobertura assistencial. A falta de uma norma única, abrangente e específica dificulta o acesso da informação de toda a cobertura assistencial ofertada pelo FUSEX.

Este problema atinge, sobretudo, os beneficiários, que precisam avaliar distintas normas com termos técnicos, as quais são endereçadas, muitas vezes, para os gestores da saúde. Entretanto, o fato de ser um fundo nacional, com um grande volume de demanda, auxilia na elaboração das normas que, muitas vezes, são concebidas de forma mais abrangente e detalhada, o que reduz as possíveis lacunas existentes.

4.2 Cobertura assistencial na Marinha - FUSMA

Ao avaliar o sítio eletrônico da Diretoria de Saúde da Marinha, observa-se que existe, logo no início, uma carta de serviços ao usuário, a qual contém informações sobre o SSM e as legislações que regulam a sua existência. De forma bem explícita, a Marinha informa ao seu beneficiário que não existe uma subordinação formal à lei 9.656/98, logo que não existe a mesma expectativa de cobertura assistencial amparada pelo rol da ANS.

Nesta mesma carta, há uma série de informações sobre programas próprios da Marinha de assistência, como um programa de fornecimento de medicamentos quando prescritos por profissionais pertencentes ao SSM. Como não há a

obrigatoriedade de fornecimento das medicações prescritas, o programa assemelha-se mais a uma política de acesso a medicações do que de uma cobertura obrigatória propriamente dita. Além deste, há um outro programa de fornecimento de medicações de alto custo, que não estejam disponibilizados no programa anteriormente citado.

Nesse outro, é necessária uma avaliação que caracterize hipossuficiência financeira do beneficiário para aquisição da medicação por meios próprios, o que também o assemelha a um programa de acessibilidade, não havendo uma obrigatoriedade de cobertura para todos.

Ademais, ainda na mesma carta, consta a informação sobre a possibilidade de cobertura de OPMEs, desde que haja concordância técnica da indicação após a apreciação do pedido pelo SSM. Entretanto, essa cobertura ocorre apenas pela modalidade de credenciamento e não por reembolso. Ou seja, a própria Marinha fornece a OPME, não sendo possível o beneficiário adquirir o insumo prescrito por meios próprios e solicitar o seu ressarcimento após.

Além das informações sobre estas coberturas, consta a informação sobre a possibilidade de assistência de cuidados ou internação domiciliar para os beneficiários, mas desde que eles apresentem dificuldades em comparecer para receberem assistência ambulatorial.

A despeito da Marinha ofertar este serviço, a exemplo de outras operadoras, esta modalidade de assistência não é de cobertura obrigatória dentro do rol da ANS para as operadoras a ela subordinadas. De acordo com Parecer Técnico 05/2021, a Agência ressalta “cumpre assinalar que a Lei 9.656/1998 não inclui a Atenção Domiciliar entre as coberturas obrigatórias.” (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2021). Neste ínterim, a Marinha assegura algumas possibilidades de cobertura além daquelas contidas no rol da Saúde Suplementar.

Na carta, por fim, há uma orientação sobre os procedimentos não cobertos pelo SSM. Em especial, é reforçado para os beneficiários do FUSMA que os exames contemplados como excludentes na norma DGPM 401, a qual abrange a assistência médico-hospitalar da Marinha, não são alvo de cobertura pelo catálogo de procedimentos de saúde da MB.

A norma para assistência médico-hospitalar da Marinha, DGPM 401, acima citada, estabelece a organização do SSM, os órgãos internos que fazem parte do sistema de saúde, a regulamentação de abrangência de beneficiários, bem como a origem dos recursos do FUSMA. Numa parte da norma, há informação sobre exclusão de coberturas, sobretudo quando se tratar de procedimentos estéticos ou procedimentos não reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina.

Essa norma também cita situações de tratamento mais específicas, como os atendimentos em Odontologia, Fonoaudiologia, Nefrologia (em especial os tratamentos nas modalidades de diálise), Fisioterapia, Cirurgia Plástica, Psiquiatria e Geriatria. Além destas especificadas, há situações contempladas como tratamentos para dependência química e os programas de assistência à saúde, já informados previamente na carta aos usuários da Marinha.

Apesar da norma citar algumas condições de cobertura, verifica-se que não há um regulamento que contenha um conjunto de diretrizes pormenorizadas, ou listagem de exames, de procedimentos ou de tratamentos. Há tão somente citações pontuais sobre como se dará algumas coberturas em situações particulares. Não foi encontrado um rol de procedimentos em serviços de saúde assemelhado ao que é visto no CISSFA, por exemplo.

Malgrado saber que este catálogo é contemplado também para a Marinha, também não existe uma citação sobre ele na carta aos usuários e nem no DGPM 401 com a finalidade de subsidiar uma lista de cobertura de procedimentos. A citação ao CISSFA nas normas da Marinha, resume-se a sua função de nortear os valores de indenização dos procedimentos de saúde.

Outra norma presente no sítio eletrônico da Diretoria de Saúde da Marinha remete para as inspeções de saúde, a DGPM 406. Essa, por sua vez, refere-se exclusivamente a regulamentação das inspeções de saúde da MB, tendo uma vertente voltada para regulamentação pericial e de Saúde Ocupacional, não fazendo menção sobre a cobertura do FUSMA.

Além das normas citadas, não foi encontrada nenhuma outra informação sobre a cobertura assistencial no sítio eletrônico da Marinha ou no sítio da sua Diretoria de

Saúde. Entretanto, na entrevista com o gestor da MB, foi informado sobre a existência do Manual de Auditoria à Assistência de Saúde, conhecido como DSM-2002.

Este manual, assim como os demais manuais de auditoria, possui a finalidade de orientar a equipe de auditores de saúde em como proceder a liberação de exames. Todavia, a despeito da orientação ser direcionada para os gestores, é possível observar que consta uma série de orientações sobre como proceder a liberação de uma gama de procedimentos ambulatoriais, sobretudo de exames. Assim, é possível inferir que os procedimentos listados no manual fazem parte da oferta da cobertura assistencial do FUSMA, incluindo possíveis diretrizes de liberação.

Como exemplo, cita-se a realização do exame de mamografia. O DSM-2002 tem a seguinte redação para este exame:

2.2.2.7 – MAMOGRAFIA

PRÉ-REQUISITOS:

Solicitado por Mastologista, Oncologista, Ginecologista.

INDICAÇÕES:

- Achado anormal em mamografia anterior;
- Anualmente em Mulheres com idade igual ou superior a 40 anos;
- Anualmente em Mulheres com idade igual ou superior a 35 anos, com fator de risco;
- Anualmente em Mulheres em Tratamento de Reposição Hormonal; e
- Na avaliação de nódulos, alterações da pele das mamas, alterações no fluxo papilar e linfonodo axilar suspeito e outras alterações no exame físico das mamas. (MARINHA DO BRASIL, 2011)

Percebe-se que não apenas existe a citação que o exame é ofertado, mas também constam as possíveis indicações do exame. Ou seja, o manual pode ser entendido não apenas como orientação dos exames que são ofertados, mas em quais circunstâncias eles ter cobertura obrigatória, tomando uma forma assemelhada de DUT. A dúvida que permanece, neste caso, é se houver uma situação na qual o exame de mamografia seja solicitado, mas que não esteja nas indicações citadas no manual. Nesta circunstância, resta incerteza se efetivamente o exame teria sua oferta assegurada pela Marinha ou não.

Além da orientação de como realizar a liberação dos exames ambulatoriais, o manual possui outras instruções de como deve ser realizado o credenciamento de hospitais junto ao FUSMA, recomendações de como realizar auditorias concorrentes em hospitais e também apresenta o fluxograma para liberações administrativas de

alguns procedimentos de saúde. Ou seja, a única parte que se remete a possível inferência de cobertura assistencial se limita aos exames ambulatoriais.

O questionário para a entrevista com o gestor do FUSMA foi encaminhado por correio eletrônico e foi respondido por várias seções da Diretoria de Saúde da Marinha, no que tange a competência de cada seção.

4.2.1 Entrevista realizada com a Diretoria de Saúde da Marinha

Questões desenvolvidas na entrevista:

Pergunta: Quais são as normas que criaram o serviço de saúde da Marinha?

Resposta: O Decreto Presidencial no 92.512/1986, que estabelece normas, condições de atendimento e indenizações para a assistência médico-hospitalar ao militar e seus dependentes, e dá outras providências.

Pergunta: Quais as normas que regulamentam a atuação do serviço de saúde da Marinha?

Resposta: O Sistema de Saúde da Marinha (SSM) é um sistema de prestação de assistência à saúde regido por legislação específica (Decreto Presidencial no 92.512/1986, Portaria MB/MD no 36/2022 e Normas para a Assistência Médico-Hospitalar da Marinha – DGPM-401). Estas legislações definem as condições de atendimento, os direitos e as obrigações dos beneficiários/usuários desta assistência.

Pergunta: Existe algum tipo de vínculo entre a Marinha e a Agência Nacional de Saúde Suplementar? Se sim, poderia informar qual?

Resposta: Não. O Sistema de Saúde da Marinha (SSM) e o Fundo de Saúde da Marinha (FUSMA) não se enquadram no conceito de planos e seguros privados de saúde. Assim, não estão sujeitos a lei que regulamenta este tipo de assistência (Lei no 9.656/98).

Pergunta: A Marinha utiliza o rol da ANS para definir sua cobertura obrigatória de assistência à saúde?

Resposta: Não.

Pergunta: Caso não use o rol da ANS, existe alguma normatização sobre qual a cobertura assistencial de saúde ofertada pela Marinha?

Resposta: Sim. Seguem as seguintes publicações: Normas para Assistência Médico-Hospitalar (DGPM-401) e o Manual de Auditoria à Assistência de Saúde (DSM-2002).

Pergunta: Há algum manual de auditoria em saúde que cite algum tipo de serviço, tratamento ou exame que não teria cobertura pela Marinha? Se sim, poderia citar qual ou quais são os manuais?

Resposta: Sim. Importante citar duas publicações: “Normas para Assistência Médico-Hospitalar (DGPM-401)” e o “Manual de Auditoria à Assistência de Saúde – DSM-2002”. A publicação “Normas para Assistência Médico-Hospitalar (DGPM-401)”, disponibilizada na página da DSM, tem como propósito estabelecer procedimentos, condições de atendimento e indenizações para assistência médico-hospitalar aos militares e seus dependentes, assim como, o mecanismo para o tratamento e controle de diversas patologias no âmbito da MB. No que concerne aos serviços prestados por Organizações de Saúde Extra-Marinha (OSE) credenciadas, a publicação antedita apresenta o capítulo 7, que versa sobre os “Acordos Administrativos”. Destaca-se o subitem 7.4 .1 do referido capítulo, que cita as seguintes situações sem cobertura para atendimento em OSE:

a) modalidades de tratamento médico não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), tais como: tratamentos ortomoleculares, cromoterapia, aromoterapia, shiatsu e estéticos (iontoforese, hidrolipoclasia, intradermoterapia, carboxiterapia, etc.);

b) cirurgia plástica estética;

c) despesas não relacionadas com tratamento previamente autorizado;

d) exames, medicamentos e outros procedimentos que visem à pesquisa científica ou tratamentos não reconhecidos legalmente em território nacional;

e) exames ou tratamentos realizados em entidades não autorizadas, sem prévia indicação pelo SSM;

- f) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais;
- g) tratamentos de reprodução assistida;
- h) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos; e
- i) acomodações acima do padrão previsto.

A publicação “Manual de Auditoria à Assistência de Saúde - DSM-2002” tem como propósito padronizar as ações nas OMH e OMFM quanto à autorização de procedimentos médicos e internações hospitalares realizados em OSE, bem como orientar a auditoria de contas hospitalares e verificar a qualidade dos serviços prestados em OSE.

Pergunta: Os procedimentos, tratamentos e exames que não estão contidos no rol da ANS, mas que possuem indicação técnica, costumam ser liberados?

Resposta: De acordo com a resposta do item 3, O Sistema de Saúde da Marinha (SSM) e o Fundo de Saúde da Marinha (FUSMA) não estão sujeitos a lei que regulamenta este tipo de assistência (Lei 9.656/98).

Pergunta: Há situações em que algum procedimento, tratamento ou exame esteja previsto no rol da ANS, mas não tenha previsão na cobertura assistencial da Marinha?

Resposta: De acordo com a resposta do item 3, O Sistema de Saúde da Marinha (SSM) e o Fundo de Saúde da Marinha (FUSMA) não estão sujeitos a lei que regulamenta este tipo de assistência (Lei 9.656/98).

Pergunta: Houve algum ou mais casos de judicialização na Marinha em que houve questionamento sobre alguma negativa de cobertura? Caso sim, qual foi o balizador que o judiciário utilizou (alguma norma interna de cobertura assistencial ou o rol da ANS?)

Resposta: Sim. Nesses casos, o Poder Judiciário utilizou como referência a Lei nº 6.880/1980 (Estatuto dos Militares), as normas internas da MB, sobretudo as que versam sobre assistência médico-hospitalar e, por fim, as demais legislações pertinentes à controvérsia judicial.

Pergunta: Você possui dados de quantas judicializações ocorreram junto a Diretoria de Saúde da Marinha no ano de 2022?

Resposta: No ano de 2022 houve cerca de 40 judicializações em que a Assessoria Jurídica desta Diretoria Especializada atuou prestando informações ou tomando algum tipo de providência para com outras organizações militares.

Pergunta: De uma maneira geral, os gastos de saúde com os beneficiários do FUSMA sofreram alguma modificação nos últimos 3 anos?

Resposta: Sim. Foi observado que no ano de 2020, com o advento da pandemia da COVID-19, houve a priorização do tratamento da doença provocada pelo SARS-CoV-2, além da postergação dos procedimentos eletivos, fatores que contribuíram para a diminuição dos custos. Contudo, em 2021, observou-se a manutenção do estado de pandemia e retomada dos procedimentos eletivos, cenário que impulsionou os custos para a prestação da AMH aos usuários da Família Naval. No ano de 2022, foi constatada variação negativa dos custos do SSM, apresentando tendência a estabilidade dos custos.

Pergunta: Se sim, você tem dados de qual foi o percentual de variação destes gastos?

Resposta: A variação do percentual de gastos do SSM em relação ao ano prévio foi de -10,06% em 2020, +16,57% em 2021 e -2,16% em 2022.

Pergunta: Se houve aumento, quais foram as razões para o aumento dos gastos?

Resposta: As principais causas para o aumento dos custos encontram-se listadas abaixo:

- Envelhecimento populacional, ressaltando que a MB possui percentual de população idosa maior que a média nacional, com cerca de 24,5% de usuários com idade acima de 60 anos, enquanto a média nacional, de acordo com o IBGE, totaliza 14,7%;
- Inflação dos insumos médicos, especialmente Medicamentos e Órteses Próteses e Materiais Especiais (OPME). Destaca-se que a pandemia da Covid-

19 trouxe o aumento abrupto do custo de diferentes insumos para a prestação da Assistência Médico-Hospitalar (AMH).

- Pressão de preços das Organizações de Saúde Extra-Marinha Credenciadas, principalmente devido a formação de monopólios da saúde;
- Aumento de doenças crônicas; e
- Devido a situação econômica, observou-se o abandono dos planos de saúde, bem como e maior procura pelos serviços do SSM.

Pergunta: Como tem sido a avaliação da saúde financeira da Marinha frente aos gastos com saúde?

Resposta: Os recursos para o financiamento do SSM, até o momento, têm atendido as demandas para a manutenção da saúde financeira frente aos gastos. Destaca-se que as fontes obrigatórias de recursos para o financiamento do SSM são citadas a seguir:

- Fator de Custos de Atendimento Médico-Hospitalar, que consiste no valor estipulado por militar das Forças Armadas da ativa ou da inatividade e por dependente dos militares, fixado pelo Ministro-Chefe do Estado-Maior das Forças Armadas, que servirá de base para o cálculo de dotação orçamentária destinada à assistência médico-hospitalar (Fonte: Decreto nº 1.133, de 03 de maio de 1994) http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/dec%201.133-1994?OpenDocument
- Fundo de Saúde da Marinha (FUSMA) - é regulado por legislação específica, sendo a principal a Portaria MB/MD nº 36/2022, assinada pelo Comandante da Marinha. É uma contribuição social (art. 149 da Constituição Federal), tida como um tributo, obrigatório, direcionado a sustentar a Assistência Médico-hospitalar (AMH) com base no princípio da solidariedade, em prol da coletividade e não se traduz em uma contraprestação pela contratação de um plano de saúde individual.

- Indenização Médico-Hospitalar (IMH) - A Indenização Médico-Hospitalar (IMH) é o valor obrigatoriamente devido pelo usuário, em decorrência da utilização do Sistema de Saúde da Marinha (SSM). É a coparticipação pelo uso da Assistência Médico-Hospitalar e está prevista no Decreto Presidencial nº 92.512/86 e na Norma para a Assistência Médico-Hospitalar na Marinha (DGPM-401).
- Serviço de Distribuição de Medicamentos (SEDIME)
- Despesas Discricionárias a saber: Destaques de Crédito, Emendas Parlamentares, entre outras.

Pergunta: Quais ações a Marinha tem adotado em função dos gastos em saúde com os seus beneficiários?

Resposta: As principais medidas adotadas para racionalização dos recursos encontram-se listadas abaixo:

- Criação do Serviço de Medicina Integral (SMI) – O SMI oferece à Família Naval atendimentos sem a necessidade de marcação prévia, com uma equipe de médicos prontos para resolver a maior parte dos casos de saúde e, se for necessário, dar o encaminhamento aos serviços especializados. O SMI é a porta de entrada do Sistema de Saúde da Marinha, acompanhando os usuários de maneira integral e individualizada;
- Criação do Núcleo de Atendimento ao Idoso na Marinha (NAIM) - O NAIM é um serviço destinado à assistência integral à pessoa idosa frágil ou em risco de fragilização. É composto por equipe multiprofissional, capacitada para o atendimento do usuário maior de 60 anos com diversos tipos de problemas de saúde, como doença de Alzheimer e outras demências, dificuldades de locomoção entre outros. O acompanhamento realizado pelo NAIM diminui o risco de internações dos idosos e potencial risco de piora dos agravos peculiares apresentados pela população acima de 60 anos;

- Programas de Saúde da Marinha (PSM) - tem como objetivo a manutenção da saúde e da qualidade de vida, além de oferecer as condições e instrumentos para uma ação integrada e multidisciplinar a serviço da saúde. Para enfrentar os desafios referentes ao gerenciamento cada vez mais complexo de um Sistema de Saúde que oferece cobertura total aos seus usuários, como é o SSM, a Diretoria de Saúde da Marinha (DSM), Órgão Normatizador das ações em saúde, concebeu como estratégia assistencial a implantação dos Programas de Saúde da Marinha (PSM), a partir do ano de 2000;
- Acompanhamento dos Custos com Organizações de Saúde Extra-Marinha (OSE) credenciadas e fortalecimento da Auditoria em Saúde – O Departamento de Auditoria em Saúde (DSM-60) foi criado em 2014, por intermédio da Portaria nº 95/2014, da Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha (DGPM). O DSM-60 tem a função de planejar, padronizar, coordenar, supervisionar e avaliar as atividades técnicas e gerenciais afetas à auditoria da Assistência Médico-Hospitalar (AMH) e da Assistência Odontológica prestadas pelas Organizações de Saúde Extra-MB (OSE), aos acordos administrativos celebrados e ao monitoramento das despesas envolvidas, com base nas leis e normas, bem como nos pareceres dos Órgãos Técnicos de Execução (OTE) do Sistema de Saúde da Marinha (SSM); e
- PROSAÚDE – A Marinha vai construir, ampliar e revitalizar Policlínicas e Hospitais Navais para aumentar a oferta de serviços em saúde e oferecer mais qualidade de vida à Família Naval. Com o PROSAÚDE, os usuários do Sistema de Saúde da Marinha terão redução no tempo de espera, mais conforto nos atendimentos e aumento da capacidade de atendimento pela rede própria. As principais metas do PROSAÚDE são as seguintes:
 - Modernização do Hospital Naval de Brasília (HNBra);
 - Construção do novo Hospital Naval de Natal (HNNa);
 - Elevação da Policlínica Naval de Niterói (PNN) em Hospital Naval de Niterói (HNN);

- Construção da Policlínica Naval Nossa Senhora da Penha (PNNSP);
- Ampliação da Policlínica Naval de São Pedro da Aldeia (PNSPA); e
- Ampliação da Policlínica Naval de Rio Grande (PNRG).

Com a entrevista, houve a informação que a MB possui um Manual de Auditoria de Serviços de Saúde, conhecido como DSM-2002. Foi solicitado o envio ou informação para o gestor da Marinha da referida norma pelo fato dela não constar no sítio eletrônico da Diretoria de Saúde, tampouco ser disponibilizado em outros sítios eletrônicos, nem mesmo no sítio de busca conhecido “MDLegis”, o qual é uma plataforma de pesquisa sobre legislações do Ministério da Defesa.

Quanto a normatizações de cobertura assistencial, ficou claro que não há vínculo algum com a ANS, nem mesmo com o uso de normas correlatas. Pelo observado, as solicitações de procedimentos de saúde são analisadas com o fulcro técnico e, do ponto de vista administrativo, exclusivamente baseado nos preceitos do DGPM-401.

Distinto do que foi informado pelo gestor do EB, por exemplo, os casos de judicialização de saúde na Marinha são mais frequentes. Como informado, foram cerca de 40 litígios judiciais no ano de 2022, mas o Poder Judiciário tem utilizado como base, nestas tratativas, as legislações próprias aplicadas ao SSM e não a lei geral dos planos de saúde. Entretanto, percebe-se que a maior parte dos litígios se referem ao reconhecimento de beneficiários pelo FUSMA, e não demandas referentes à cobertura assistencial.

No quesito econômico, não houve déficit orçamentário das verbas destinadas ao custeio das despesas médicas. O fato da Marinha possuir fontes distintas para custear o SSM pode ser um fator de auxílio no equilíbrio financeiro das despesas em saúde. Não obstante, a pandemia de COVID-19 inicialmente propiciou uma desaceleração inicial dos gastos, também observado na Saúde Suplementar como um todo (vide figura 13). Este fato auxiliou o controle das despesas, porém no ano de 2021, ano subsequente ao início da pandemia, houve uma retomada do aumento das despesas, tornando-se estável no ano seguinte.

A despeito dos gastos estarem em equilíbrio, há diversos esforços necessários a serem realizados em função dos desafios encontrados no FUSMA. Conforme entrevista, cerca de um quarto dos beneficiários da Marinha já passaram da 6ª década de vida, faixa etária onde os gastos em saúde se tornam mais frequentes e são mais onerosos. Em comparação com o CBMDF, este público representa cerca de 18%. Não obstante, os mesmos desafios inerentes a saúde suplementar também são encontrados na Marinha, como o crescente aumento de gastos em decorrência da inflação médica, uma maior prevalência de doenças crônicas e um maior índice de sinistralidade do FUSMA.

De forma a enfrentar os desafios citados no parágrafo anterior, foi criado um sistema de Medicina Integral, no qual os beneficiários são avaliados, inicialmente, por médicos da Marinha, os quais ofertam os cuidados necessários de forma individual e encaminham para cuidados adicionais caso haja necessidade. Em decorrência de ter um quarto de pacientes com idade acima de 60 anos, há um programa específico para beneficiários nesta faixa etária, com especial atenção para aqueles mais fragilizados.

Além disso, tem sido investido no cuidado de beneficiários portadores de doenças crônicas, como hipertensão arterial e diabetes, por exemplo. Conforme já previamente mostrado, a MB possui programas de saúde específicos para estas doenças. O melhor controle destas condições de saúde resulta em menores complicações futuras, o que propicia uma menor incidência de agravos e, por conseguinte, de despesas.

Por fim, assim como observado no EB, o fortalecimento das ações da Auditoria Médica é uma ação também adotada pela Marinha para propiciar uma otimização do uso dos recursos da saúde.

Assim, os desafios do FUSMA são semelhantes aqueles observados no Exército, com uma distinção de não haver nenhum tipo de norma que remeta ao rol da ANS, ainda que informalmente. Além disso, há uma grande internalização da assistência para que seja promovida uma redução de custos.

Todavia, apesar dessa vantagem, a norma da Marinha não deixa claro toda a cobertura que o FUSMA oferece, o que pode ensejar falsas expectativas de cobertura

para os seus beneficiários. Com exceção das exclusões de cobertura e as pontuais informações sobre a cobertura dos exames ambulatoriais no manual de auditoria, o restante da norma possui lacunas na especificação do rol de procedimentos de saúde ofertados pelo SSM.

4.3 Cobertura assistencial na Aeronáutica - FUNSA

No sítio eletrônico da Diretoria de Saúde da FAB, há uma série de informações para os beneficiários do FUNSA, com regras de cuidados gerais da saúde, informativos sobre prevenção, cuidados para a saúde de forma geral. Além disso, há ensinamentos sobre como fazer solicitações periciais e diretrizes de como realizar demandas referente à Saúde Ocupacional. Conquanto a maior parte das informações ter este enfoque, há um campo específico sobre algumas normas do SISAU.

No campo “CADSAU 2022” deste sítio eletrônico, há conteúdo com algumas normas de utilização do FUNSA. Em sua maioria, elas contemplam as bases legais de criação do sistema de saúde, regulamentações sobre a abrangência dos beneficiários e orientações sobre a origem da dotação orçamentária do SISAU.

Apesar disso, há uma ordem técnica que orienta como são ofertados os medicamentos orais para tratamento de neoplasias. Todavia, nessa norma, consta apenas os fluxos de atendimento de como ocorre a dispensação dos remédios, sem adentrar sobre uma cobertura assistencial específica.

A norma que mais se assemelha e remete a cobertura assistencial é o Manual do Comando da Aeronáutica (MCA) 160-5, o qual é um manual de auditoria para o uso de rede de saúde complementar da FAB. Nesse, estão contidas orientações para os gestores do FUNSA de conceitos básicos de Auditoria Médica, de como realizar os procedimentos em Auditoria, bem como alguns regramentos para a rede de saúde credenciada com o FUNSA.

Ademais, como orientação para os gestores, há uma expressa informação dos procedimentos que não possuem cobertura, conforme já informado previamente na revisão bibliográfica, mas ressaltado novamente.

2.9 EXCLUSÕES DE COBERTURA PELO FUNDO DE SAÚDE DA AERONÁUTICA

2.9.1 Não são passíveis de cobertura pelo Fundo de Saúde da Aeronáutica:

- a) acomodações acima do padrão previsto em contrato/termo de credenciamento;
- b) acupuntura, RPG, Pilates, hidroterapia, medicina ortomolecular e outras terapias alternativas (práticas integrativas e complementares);
- c) cirurgia plástica estética, assim como os procedimentos pré-operatórios, os necessários a seu seguimento e/ou os procedimentos considerados parte integrante da cirurgia plástica estética;
- d) cirurgia refrativa, assim como os procedimentos pré-operatórios, os necessários a seu seguimento e/ou os procedimentos considerados parte integrante da cirurgia refrativa;
- e) métodos de reprodução humana assistida, assim como os procedimentos necessários à sua execução, acompanhamento e/ou considerados parte integrante do método de reprodução assistida;
- f) despesas com acompanhantes;
- g) despesas não relacionadas com o tratamento especificamente autorizado pela OC;
- h) quaisquer procedimentos ou tratamentos de complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos pelo FUNSA;
- i) exames admissionais e inspeções de saúde que não sejam de interesse da administração;
- j) exames ou tratamentos realizados em entidades não autorizadas, sem prévia indicação da OC (exceto em casos de comprovada urgência, após análise da OC);
- k) medicamentos de uso ambulatorial, exceto quando previsto em legislação do COMAER;
- l) óculos (lentes e armações) e lentes de contato;
- m) próteses e órteses com finalidade estética;
- n) próteses e órteses cuja colocação não exija a realização de procedimento cirúrgico;
- o) sessões, entrevistas ou consultas psicoterápicas e psicoanalíticas, terapia de grupo e similares, quando não enquadrados nos casos previstos no Anexo A deste Manual;
- p) trabalhos odontológicos com finalidade estética;
- q) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais;
- r) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos;
- s) exames e outros procedimentos que visem à pesquisa científica;
- t) tratamentos esclerosantes de varizes;
- u) procedimentos de controle de natalidade (cirúrgicos ou não), exceto quando houver indicação clínica formal (risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos); e,
- v) imunizações contra doenças infecciosas ou alérgicas (vacinas). (FORÇA AÉREA BRASILEIRA, 2021)

De forma clara e objetiva, estão listados os procedimentos que não são contemplados no custeio pelo FUNSA. Ao se observar as situações excludentes de cobertura, percebe-se uma clara semelhança com os procedimentos que também não são objetos de cobertura pelo FUSEX, conforme já relatado previamente. Além disso, como também já foi mostrado, há uma grande semelhança com os procedimentos que possuem exclusão de cobertura pela Lei 9.656/98, mas com alguns itens adicionais

ou especificação de alguns itens que não possuem a mesma especificação na referida lei.

Como exemplo, cita-se a exclusão de cobertura de “cirurgia plástica estética” e “órteses e próteses com finalidade estética” e “trabalhos odontológicos com finalidade estética”, conforme consta no MCA 160-5. Em comparação com a lei dos planos de saúde, a citação é de procedimentos com finalidade estética nesta última, o que mostra que a norma da FAB é mais restritiva. Entretanto, há um ponto distinto do que foi visto na cobertura do FUSEX e do FUSMA, quando a norma da FAB cita que não há cobertura para “quaisquer procedimentos ou tratamentos de complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos pelo FUNSA”.

A diferença da norma e sua controvérsia recai nesse item, pois conforme a Resolução Normativa da ANS 465/2021, há a seguinte normatização:

Art. 11. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos cobertos ou não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2021)

Conforme notado, a ANS possui cobertura obrigatória de complicações de procedimentos, mesmo que estes não possuam cobertura obrigatória e não tenham sido inicialmente custeados pelas operadoras de saúde. Situação essa, que é contemplada de forma distinta no rol da Aeronáutica, que exclui a cobertura obrigatória de complicações de procedimentos que não tenham sido aprovados inicialmente pelo FUNSA.

Neste mesmo diapasão, cita-se que a norma da FAB exclui os procedimentos oftalmológicos de cirurgias refrativas da sua cobertura assistencial, ao passo que a ANS possui uma previsibilidade de cobertura para estes mesmos procedimentos desde que sejam obedecidas algumas diretrizes de utilização.

Ainda no manual da FAB, em seus anexos, há uma grande lista de procedimentos de saúde, mas todos com DUTs para a sua devida cobertura. A lista contém exames complementares (laboratoriais e de imagem), procedimentos

cirúrgicos variados, tratamentos com equipes multiprofissionais (Fonoaudiologia, Fisioterapia), sendo que todos estes possuem pré-requisitos para a sua cobertura.

O que chama atenção é a semelhança com o rol da ANS, o qual possui exatamente o mesmo repertório de procedimentos, com as mesmas Diretrizes de Utilização. Conclui-se, então, que a FAB adotou a mesma norma adotada pela ANS em relação a estes procedimentos, mas apenas a inseriu numa publicação própria.

Existe ainda um outro anexo no MCA 160-5, o anexo B, com as orientações de cobertura de exames genéticos. De forma análoga ao que foi mostrado anteriormente, todos os exames apresentam regras para que sejam custeados pela FAB, constando orientações idênticas àquelas observadas no rol da ANS. Ou seja, a despeito de não haver subordinação formal do FUNSA às regras da agência, a ANS ainda atua como uma fonte de orientação para a cobertura de procedimentos de saúde pela Aeronáutica.

De forma a complementar todo o exposto sobre o SISAU, reporta-se a entrevista realizada com um dos gestores de saúde da FAB. O questionário, contido no anexo C, foi enviado por correio eletrônico e foi respondido pelo mesmo canal.

4.3.1 Entrevista realizada com responsável pela Auditoria Médica e pelo Credenciamento em Saúde do Hospital de Força Aérea de Brasília (HFAB)

Questões desenvolvidas na entrevista:

Pergunta: Trabalha nesta função há quanto tempo?

Resposta: No HFAB, há 1 ano. Faço auditoria na FAB desde 2015. Já ocupei cargo de chefia de auditoria e acumulei cargo de credenciamento e faturamento também.

Pergunta: Quais são as normas que criaram o serviço de saúde da FAB?

Resposta: Decreto 92.512 (comum as forças armadas) que deu origem a NSCA 160-5 e 160-7 da FAB

Pergunta: Quais as normas que regulamentam a atuação do serviço de saúde da FAB?

Resposta: São várias. Quanto a fundo de saúde NSCA 160-5 e 160-7. Inspeção de Saúde 160-6. Existem outras que regulamentam estratificação de complexidade das organizações de saúde, outras que regulamentam serviços de atendimento e diversas ordens técnicas.

Pergunta: Existe algum tipo de vínculo entre a Aeronáutica e a Agência Nacional de Saúde Suplementar? Se sim, poderia informar qual?

Resposta: Não. Entretanto utilizamos as regras da ANS no nosso manual de auditoria.

Pergunta: A Aeronáutica utiliza o rol da ANS para definir sua cobertura obrigatória de assistência à saúde?

Resposta: Sim.

Pergunta: Caso não use o rol da ANS, existe alguma normatização sobre qual a cobertura assistencial de saúde ofertada pela FAB?

Resposta: Apesar de utilizar o rol da ANS, temos o nosso próprio manual de auditoria. A MCA 160-5.

Pergunta: Há algum manual de auditoria em saúde que cite algum tipo de serviço, tratamento ou exame que não teria cobertura pela FAB? Se sim, poderia citar qual ou quais são os manuais?

Resposta: Existem os procedimentos que não cobrimos, está especificado na MCA 160-5 e na NSCA 160-5. Apesar do manual existir, enviamos procedimentos de alto custo não contemplados para a diretoria de saúde que delibera sobre o assunto e envia seu posicionamento.

Pergunta: Os procedimentos, tratamentos e exames que não estão contidos no rol da ANS, mas que possuem indicação técnica, costumam ser liberados?

Resposta: Após aprovação da Diretoria de Saúde da Aeronáutica.

Pergunta: Há situações em que algum procedimento, tratamento ou exame esteja previsto no rol da ANS, mas não tenha previsão na cobertura assistencial da FAB?

Resposta: Sim. Caso das cirurgias esterilizantes. Não há cobertura.

Pergunta: Houve algum ou mais casos de judicialização na FAB em que houve questionamento sobre alguma negativa de cobertura? Caso sim, qual foi o balizador que o judiciário utilizou? (alguma norma interna de cobertura assistencial ou o rol da ANS?)

Resposta: No nosso caso, a judicialização ocorre geralmente com *HOME CARE*. Militares não costumam entrar com ações na justiça. Geralmente é o pensionista que aciona a justiça. As respostas costumam variar, mas de certo modo, se os quesitos elaborados comprovarem que não há necessidade de *HOME CARE* e que o problema é social, costumamos ganhar.

Pergunta: Você possui dados de quantas judicializações ocorreram junto a Diretoria de Saúde da FAB no ano de 2022?

Resposta: Não.

Pergunta: De uma maneira geral, os gastos de saúde com os beneficiários do FUNSA sofreram alguma modificação nos últimos 3 anos?

Resposta: Sim. o aumento das indicações de imunomoduladores na Oncologia fez com que os gastos com Oncologia aumentassem muito. Após a pandemia o valor dos insumos também aumentou.

Pergunta: Se sim, você tem dados de qual foi o percentual de variação destes gastos?

Resposta: Não.

Pergunta: Se houve aumento, quais foram as razões para o aumento dos gastos?

Resposta: Vide pergunta acima.

Pergunta: Como tem sido a avaliação da saúde financeira da Marinha frente aos gastos com saúde?

Resposta: A diretoria não adequou os valores a nova realidade. Apesar de conseguirmos crédito no final do ano, a previsão não é realista

Pergunta: Quais ações a FAB tem adotado em função dos gastos em saúde com os seus beneficiários?

Resposta: Tentando internalizar ao máximo os procedimentos de alto custo.

De maneira idêntica ao que foi observado no Exército, a FAB também utiliza o rol da ANS como norteador de cobertura assistencial a despeito de não haver vinculação com àquela Agência. Como já observado, existe uma clara semelhança do que está contido na lei dos planos de saúde com o que é praticado nas normas da Aeronáutica.

Entretanto, a existência da norma na FAB faculta distinções da lista de procedimentos da ANS, de forma que nem todas as circunstâncias de obrigatoriedade de cobertura pela lei dos planos de saúde também são de cobertura obrigatória pelo FUNSA. Além dos exemplos anteriormente citados que estão contidos no rol da ANS como cobertura obrigatória, mas não o são na FAB, como o caso das cirurgias refrativas, também foi citado do exemplo das cirurgias esterilizadoras (laqueadura e vasectomia) como divergência de cobertura para os beneficiários de operadoras subordinadas a ANS e a cobertura da FAB.

Além disso, na entrevista foi possível observar que algumas situações, ainda que não contempladas como cobertura, podem ser objeto de análise pela Diretoria de Saúde da Aeronáutica (DIRSA). A despeito de não ser de conhecimento sobre as situações concretas em que isso ocorre, bem como se esse fato ocorre em com frequência, existe uma possibilidade de análise de um pedido por um colegiado, ainda que se trate de procedimentos claramente incluídos nos excludentes de cobertura.

A despeito da existência de normas que citam sobre procedimentos não cobertos, ainda há circunstâncias de litígios judiciais, pelo que foi informado na entrevista. Na FAB, as judicializações são mais observadas nos casos de internações domiciliares, em virtude de discordâncias técnicas das indicações desta modalidade de tratamento.

De maneira mais pormenorizada, pela informação reportada pelo gestor da FAB, tais fatos acontecem pela confusão por parte dos beneficiários entre o que é demanda de saúde e demandas social. Como exemplo, não resta dúvida que indivíduos mais debilitados podem necessitar de auxílio para fazer suas refeições, mas isso não é uma função precípua de profissional de saúde, mas sim de um cuidador. Isso mostra que existe uma confusão sobre os cuidados que necessitam ser promovidos por *HOME CARE* com aqueles que devem ser oferecidos pelo cuidador de uma pessoa debilitada.

Por fim, pelo observado na entrevista, também existe uma preocupação, que é inerente a todos os gestores dos fundos de saúde, sobre o aumento de custos. Na FAB, existe uma especial preocupação relacionada com os gastos em medicamentos de alto custo, em especial, as medicações oncológicas.

Para transpor esta dificuldade, a FAB tem priorizado a realização de tratamentos oncológicos e outros de alto custo nos próprios órgãos de saúde da Força. Esta estratégia reduz custos, pois os procedimentos realizados dentro das organizações de saúde da Aeronáutica apresentam um custo menor quando comparados com a rede credenciada.

Concisamente, o que foi observado na análise das normas da FAB é também uma partilha de normas, sem um entendimento mais abrangente direcionado para o beneficiário sobre a cobertura assistencial praticada pelo FUNSA. Entretanto, o Manual de Auditoria da FAB é abrangente na informação para a Auditoria em Saúde sobre os procedimentos que não possuem cobertura obrigatória, bem como as diretrizes de utilização dos exames e procedimentos especificados no manual.

Além disso, é importante lembrar que a FAB possui um gama de órgãos de saúde que auxiliam nos cuidados dos seus beneficiários. Este ponto, aliado ainda aos procedimentos que estão contemplados no CISSFA, são fatores que auxiliam na melhor informação para os beneficiários da FAB sobre a sua cobertura assistencial. Conseqüentemente, há redução dos conflitos envolvendo a expectativa de assistência de saúde, o que pode promover uma redução de demandas judiciais.

4.4 Cobertura assistencial na PMDF

A Polícia Militar possui um sítio eletrônico, assim como observado nas Forças Singulares, também com informações sobre saúde para os seus beneficiários. No endereço eletrônico do Departamento de Saúde e Assistência ao Pessoal, há diversas informações sobre a forma de acesso aos serviços de saúde da PMDF. Consta também a relação de estabelecimentos de saúde credenciados que ofertam exames de Análises Clínicas e Imaginologia, assim como os hospitais credenciados para atendimento de urgência e emergência e para procedimentos cirúrgicos.

Todavia, distinto do que já foi observado nos sítios eletrônicos de outras diretorias de saúde, não há uma informação clara para os beneficiários concernente aos procedimentos de saúde que são ofertados, ou uma carta de orientações sobre a cobertura assistencial, como observado na Marinha e no Exército. A inferência de cobertura ocorre pelas informações de quais especialidades e quais clínicas são credenciadas junto ao Fundo de Saúde da PM.

Logo, se há um credenciamento vigente com uma clínica, em específico, infere-se que exista algum tipo de cobertura assistencial para as especialidades contempladas no seu endereço eletrônico. Como exemplo, as especialidades médicas de Alergologia, Imunologia, Cirurgia Geral, Cardiologia, dentre outras, constam como oferta de assistência entre os estabelecimentos de saúde credenciados com a PMDF.

Além das informações obtidas no endereço eletrônico do Departamento de Saúde e Assistência ao Pessoal, outros dados referentes à PMDF puderam ser extraídos por intermédio de pesquisas sobre a legislação de saúde da PMDF no sítio eletrônico do Google, bem como pelo fato de muitas legislações serem compartilhadas com o CBMDF. Além desta fonte, a entrevista com o gestor de saúde também auxiliou na informação das normas que são aplicadas à Polícia Militar.

A PMDF possui portarias próprias de instrução sobre o seu sistema de saúde, as quais foram obtidas pelo contato com o chefe da Subseção de Acompanhamento e Liquidação de Contas Médicas da Polícia. Não obstante, no sítio eletrônico da PMDF, há uma compilação de todas as Portarias publicadas pela corporação, sendo possível uma pesquisa para checar quais possuem alguma referência ao seu sistema de saúde.

Neste contexto, foram encontradas cinco portarias que tinham algum tipo de informação sobre a regulamentação do Fundo de Saúde da PM. Após análise, foi contemplado que apenas duas delas fazem menção, de forma clara, sobre algum tipo de cobertura assistencial, as Portarias 336/01 e 788/12 (POLÍCIA MILITAR DO DISTRITO FEDERAL, 2001; POLÍCIA MILITAR DO DISTRITO FEDERAL, 2013).

A Portaria 788/12 possui um adendo, conferido pela Portaria 846/2013, mas que possui apenas um cunho administrativo quanto ao procedimento de ressarcimento de despesas, sem mudar o escopo da cobertura assistencial, motivo pelo qual o adendo não será pormenorizado neste estudo.

A Portaria 336/01 tem por finalidade normatizar algumas ações do Fundo de Saúde da PM e utilizou um catálogo de indenizações próprio com diversos procedimentos de saúde nele contidos como um balizador para o cálculo das indenizações. Nele, consta uma extensa lista de procedimentos médicos e odontológicos de naturezas diversas, como exames complementares, consultas ambulatoriais, exames de imagem, procedimentos cirúrgicos, entre outros.

Cada um dos itens possui uma referência de valoração, aliado a uma regra de como se dará o cálculo para o valor da indenização. Percebe-se uma clara semelhança com o CISSFA, o qual possui a mesma finalidade nas Forças Armadas, e já foi previamente discutido.

De maneira análoga ao CISSFA, a despeito do objetivo desta portaria não ser a informação da cobertura assistencial, mas sim o ensinamento do cálculo da indenização, esta listagem extensa de procedimentos pode ser também interpretada como uma forma de expectativa de cobertura, haja vista que os procedimentos lá contidos também são passíveis de ressarcimento e de reembolso. Se assim não fosse, não haveria motivo de ter uma lista tão completa e com valores individuais de indenização.

A mesma crítica aplicada ao CISSFA também pode ser aplicada ao catálogo da PM, pois não existem diretrizes específicas de cobertura, restando apenas um entendimento subjetivo que todos os procedimentos listados são passíveis de cobertura assistencial. Há de ressaltar, que de forma distinta do CISSFA, que possui

atualizações periódicas, não houve nenhuma atualização do catálogo da PMDF desde a sua publicação, o qual já possui 20 anos de existência.

Provavelmente, um dos grandes motivos que justifiquem a ausência de atualizações, tenha sido o advento, da Lei 10.486/02. Publicada do ano de 2002, a lei normatizou e fixou as alíquotas de indenização dos titulares e dependentes dos fundos de saúde da PM, com um cálculo único e não separado por procedimento. Com isso, houve uma grande mudança de entendimento dos valores de reembolso praticados, que era o escopo principal da Portaria 336/01.

Nesta mesma linha de pensamento, a PMDF posteriormente publicou seus editais de credenciamento de serviços de saúde, os quais serão discutidos mais adiante. Eles possuem tabelas de referência, as quais são utilizados para cálculo dos pagamentos pelos serviços realizados pelas credenciadas. Esse evento, aliado as alíquotas já estabelecidas pela Lei 10.486/22, praticamente tornou sem efeito os valores de indenização normatizados pelo catálogo de indenização da PMDF.

Inobstante, não foi encontrada nenhuma referência que a Portaria 336/01 tenha sido revogada ou modificada, restando assim uma expectativa que os procedimentos nela listados ainda vigoram dentro do rol de serviços de saúde ofertados pela PM e, conseqüentemente, são passíveis de cobertura assistencial.

A Portaria 788/12, por sua vez, tem por finalidade regulamentar o pagamento das despesas da assistência de saúde pelos beneficiários da Polícia, mas com uma instrução administrativa de como se dará estes pagamentos, sobretudo aqueles que serão pagos na modalidade de ressarcimento. O parágrafo único da portaria lista quais são as condições que não serão objeto de ressarcimento, conforme visto abaixo.

Parágrafo único. Não serão objeto de ressarcimento ou dispensa de licitação por urgências os seguintes tratamentos, atendimentos ou procedimentos:

- I - prótese odontológica de qualquer tipo;
- II - implantodontia com fins estéticos;
- III - mais de 3 (três) procedimentos de monitoragem fetal, exceto quando justificadas pelo médico assistente;
- IV - cirurgias plásticas estéticas, exceto se houver comprometimento funcional ou morfológico;
- V - cirurgias não-aprovadas pela ética médica;
- VI - diárias de acompanhantes para pacientes, exceto os casos de previsão legal (Estatuto da Criança e do Adolescente e Estatuto do Idoso) e quando justificadas pelo médico assistente;
- VII - óculos e artigos correlatos;
- VIII - despesas extraordinárias não relacionadas ao tratamento;

IX - despesas relacionadas à órteses e próteses, medicamentos, curativos e vacinas ministrados ou utilizados fora do regime de internação hospitalar ou, ainda, que tenham sido usados fora do atendimento ambulatorial de urgência ou emergência;

X - tratamentos ou procedimentos não reconhecidos pela entidade de registro profissional competente; e

XI - atendimentos realizados por organizações de saúde ou profissionais de saúde autônomos conveniados, contratados ou credenciados pela Corporação, com contratos vigentes na especialidade. (POLÍCIA MILITAR DO DISTRITO FEDERAL, 2012)

Observa-se que, de maneira análoga ao já que foi observado nas exclusões de coberturas das Forças Singulares, existe uma similaridade dos procedimentos contidos nos critérios de exclusão de cobertura pelo fundo da PM. Os procedimentos que sejam estéticos, aqueles que não tenham o devido respaldo científico pelas sociedades e associações médicas, bem como as OPMEs não atreladas ao ato cirúrgico estão nesta listagem.

De maneira semelhante, as despesas que não são de cobertura obrigatória no rol da ANS, como as despesas de diárias hospitalares de acompanhantes, também não possuem cobertura pelo fundo de saúde da PMDF. Assim como o propósito da portaria anteriormente citada não era informar a cobertura assistencial, a finalidade da Portaria 788/12 não se resume a detalhar o catálogo de serviços de saúde ofertados. Contudo, como existe uma citação bem clara e objetiva de exclusão de cobertura, é fundamental sua referência neste estudo.

Além das portarias, nos seus editais de credenciamento de saúde vigentes, a Polícia Militar citou sobre a cobertura assistencial que é praticada em alguns momentos. A PMDF possui 4 editais de credenciamento vigentes, alguns encerrados para novos credenciamentos por motivos financeiros, mas as entidades de saúde que já estão credenciados nesses seguem sendo regulados pelos respectivos editais.

Desse modo, os editais vigentes contemplam o credenciamento para prestação de serviços nas demandas abaixo listadas.

- Consulta ambulatorial em Psiquiatria para adultos
- Prestação de serviços em Psicoterapia;

- Assistência em regime de internação em saúde mental e hospital dia para pacientes adolescentes e adultos;
- Empresas prestadoras de serviço na modalidade *HOME CARE*;
- Prestação de serviços médico-hospitalares em geral
- Prestação de serviços de exames de imagem e Análises Clínicas.

Em concordância com a publicação dos editais, é inferido que os objetos de contratação ensejam situações nas quais existe cobertura assistencial para os beneficiários da PM. Os objetos de contratação dos editais serão discutidos a seguir.

No edital de credenciamento de assistência ambulatorial em Psiquiatria, há chamamento exclusivo para prestação de serviço de consultas ambulatoriais nessa especialidade, o que já delimita que este procedimento possui cobertura assistencial. Entretanto, não consta nenhuma citação adicional sobre regras de como se dará esta oferta de serviço.

Quanto ao edital de prestação de serviços em Psicoterapia, esse possui uma abrangência maior de serviços requisitados, conforme observado nas atividades requeridas para assistência.

- 1- Avaliação Psicológica (incluindo a avaliação psicológica para concessão de registro e/ou porte de arma de fogo);
- 2 - Avaliação Psicomotora em todas as faixas etárias;
- 3 - Avaliação Psicológica em todas as faixas etárias;
- 4 - Orientação Vocacional;
- 5 - Planejamento Psicopedagógico;
- 6 - Orientação Psicopedagógica;
- 7 - Psicoterapia individual em crianças, adolescentes ou adultos;
- 8 - Psicoterapia em casal;
- 9 - Psicoterapia familiar;
- 10 - Psicoterapia em grupo em crianças, adolescentes ou adultos; (POLÍCIA MILITAR DO DISTRITO FEDERAL, 2016)

Assim como o edital da Psiquiatria, não há nenhuma informação pormenorizada da maneira como são os critérios para a oferta de cobertura dos procedimentos listados, bem como não consta se há alguma diretriz específica para o seu fornecimento.

O credenciamento de empresas de *HOME CARE* possui diversas informações sobre os valores pagos pelos procedimentos realizados nesta modalidade de assistência. Contudo, mas não cita quais são as circunstâncias em que os beneficiários farão jus a esta modalidade de tratamento.

A única identificação que remeta à cobertura assistencial menciona a passagens pontuais sobre limitações de cobertura, como por exemplo, a limitação de dois atendimentos de suporte fisioterápico por dia e a não oferta de consultas de nutrólogos e fonoaudiólogos no regime de *HOME CARE*. Não foi encontrada nenhuma DUT no edital que norteasse quais são as condições necessárias para que seja ofertada essa modalidade de assistência.

No próximo edital avaliado, que se refere à contratação de clínicas e hospitais especializados para internação devido a doenças da saúde mental, não há nenhuma menção específica sobre como ocorre e qual é a cobertura para os beneficiários neste contexto. O edital dita as regras para a contratação e quais são os recursos mínimos das empresas para pleitear o credenciamento, sem uma instrução formal de qual é o rol assistencial para os beneficiários com esta demanda de saúde.

O edital de credenciamento para a contratação de hospitais é o que possui uma maior informação sobre os dados de cobertura assistencial. O item 14.34 desta convocação informa “Importante ressaltar que a PMDF se propõe a realizar a cobertura de todo o Rol de Procedimentos da ANS”. Aqui de forma mais clara, observa-se que a cobertura para os casos de internação obedece ao que a ANS preconiza como cobertura.

Entretanto, resta a dúvida se as DUTs dos procedimentos hospitalares, contidas no rol da ANS, também fazem parte da orientação de oferta de serviços ou se há diretrizes próprias para a cobertura de procedimentos mais onerosos, por exemplo. Não obstante, como a informação está contida no edital de credenciamento de hospitais, não há clareza se esta cobertura do rol é aplicável para toda a oferta de saúde ou se apenas o atendimento hospitalar.

Outro fator de dubiedade é se esta informação de cobertura se limita apenas para os casos de internação ou se também é aplicável para a situações em que os beneficiários são atendidos nos hospitais, mas de forma ambulatorial. Como exemplo,

cita-se o atendimento em consultas ambulatoriais, a realização de procedimentos hospitalares que não requeiram internação ou a realização de exames de imagem.

Além desta menção de cobertura, há outra informação sobre cobertura assistencial, a qual já foi descrita no item 5 da Portaria 788/12, que é ausência de custeio de alimentação de acompanhantes de beneficiários que estejam internados. Esta cobertura é ofertada pela PMDF apenas para os casos em que os pacientes internados ou sejam beneficiários idosos, ou menores de idade. Além do abordado, não foi encontrada, no edital, nenhuma outra referência adicional a respeito de restrições de cobertura de procedimentos.

Por último, o edital de contratação de serviços de imagem e Análises Clínicas apresenta a seguinte redação no item 14.23 “Importante ressaltar que a Credenciante se propõe a realizar a cobertura de todo o Rol de Procedimentos da ANS”. Assim como observado no edital de credenciamento de hospitais, a PM também segue a orientação do rol para cobertura de exames de imagem e exames laboratoriais.

Entretanto, apesar dessa informação, neste caso também não existem outras orientações que constam no rol da ANS, como DUTs para realização de exames mais onerosos, como o exame de imagem conhecido como tomografia de emissão de pósitrons (PET), por exemplo. Em função do custo de um PET corresponder, em média, ao custo de 4 ou 5 tomografias convencionais, a ANS estabeleceu condições nas quais as operadoras devam custear o exame.

A dúvida que surge no momento em que a Polícia estabelece que segue o rol da ANS, é se estas diretrizes, por exemplo, também devem ser seguidas. Desse modo, não existe uma informação clara se existe alguma circunstância na qual os exames de imagem ou os exames laboratoriais, sobretudo os de maior valor, terão sua cobertura assegurada, ou se basta ser solicitado por algum profissional de saúde para ser custeado.

De maneira semelhante, não há clareza se a referência à cobertura do rol da ANS pela PMDF está restrita ao objeto de contratação do edital, ou se isso é extensível para todo o rol de cobertura do fundo de saúde da Polícia.

Ainda com referência ao edital de contratação de serviços de imagem e Análises Clínicas, o objeto de credenciamento não é amplo e irrestrito, mas condicionado a alguns códigos. Como existe a informação dos exames que serão objeto de contrato, o que se infere é que os exames contidos nos códigos TUSS relacionados na norma, também possuem cobertura assegurada.

No entanto, existe uma dicotomia de entendimento em decorrência da menção prévia que a PMDF se dispõe a assegurar a cobertura do rol da ANS. Ou seja, como o edital informa especificamente quais são os códigos dos exames que são objeto desse contrato, resta a dúvida se exames que forem solicitados nos estabelecimentos de saúde credenciados, mas que não estejam dentro dos códigos listados, mas que estão contidos na listagem de procedimento da ANS, se estes efetivamente fazem parte da cobertura assistencial.

Outra grande crítica aplicável ao edital é a forma da descrição do objeto de contratação constar num formato codificado. Esta terminologia é familiar apenas para prestadores de saúde no âmbito da saúde suplementar, mas não é de conhecimento da maioria dos beneficiários, conforme visto a seguir.

2.2. As Clínicas Especializadas ou Laboratórios, poderão se credenciar para realizar os exames em 09 (nove) blocos distintos, para prestarem atendimento em:

- Bloco 1 - Radiografias em geral;
 - Radiografias: 4.08.01.00-4, 4.08.02.00-0, 4.08.03.00-7, 4.08.04.00-3, 4.08.05.00-0, 4.08.06.00-6, 4.08.07.00-2, 4.08.08.00-9, 4.08.09.00-5
 - Ultrassonografia Diagnóstica, exceto os seguintes códigos 4.09.01.44-0, 4.09.01.62-9, 4.09.01.05-0, 4.09.01.06-8, 4.09.01.07-6, 4.09.01.69-6, 4.09.01.08-4, 4.09.01.71-8, 4.09.01.70-0, 4.09.01.09-2, 4.09.01.10-6, 4.09.01.01-7, 4.09.01.02-5, 4.09.0137-7, 4.09.01.52-1, 4.09.01.53-0,
 - Ultrassonografia intervencionista - 4.09.02.00-5;
 - Ultrassonografia - 4.09.00.00-2, neste caso específico, as clínicas ou hospitais podem se credenciar por especialidade- (4.09.02.08-0 e 4.09.02.07-2- cardiologia); (4.09.02.13-7- neurocirurgia); (4.09.02.02-1, 4.09.02.01-3- ginecologiaobstetrícia); (4.09.02.03-0, 4.09.02.04-8 - urologia); (4.09.02.12-9 - cirurgia geral e aparelho digestivo); (4.09.02.05-6 em todas as especialidades cirúrgicas) Obs . respeitar observações de 4.09.02.99-4 e 4.09.99.00-9
 - Densitometria óssea em geral;.
 - Mamografias em geral;
- Bloco 2 - Tomografia computadorizada em geral - 4.010.01.00-1, exceto 4.10.01.23-0;
- Bloco 3 - Ressonância nuclear magnética em geral - 4.11.01.00-6 e 4.11.00.00-0, excetos os seguintes códigos; 4.11.01.13-8; 4.11.01.14-6; 4.11.01.15-4; 4.11.01.63-4; 4.11.01.64-2; 4.11.01.37-5; 4.11.01.04-9; 4.11.01.05- 7; 4.11.01.19-7; 4.11.01.06-5.
- Bloco 4 - Cintilografia em geral;
 - Pet Scan. (POLÍCIA MILITAR DO DISTRITO FEDERAL, 2017)

A crítica recai em decorrência do edital de credenciamento estabelecer a cobertura assistencial, informação esta que se espera que seja direcionada para todos os que estão envolvidos no Fundo de Saúde da PMDF. Logo, imagina-se que a forma de linguagem seja compreensível tanto para os profissionais que possuem interesse na adesão ao edital, bem como para os gestores da PMDF, mas também para os beneficiários, que são os que farão efetivamente uso dos serviços contidos no edital.

Para auxiliar no entendimento das normas da PMDF, foi realizada entrevista, por intermédio de questionário, com um dos gestores do fundo de saúde daquela corporação.

4.4.1 Entrevista com o Chefe da Subseção de Acompanhamento e Liquidação de Contas Médicas da PMDF

Questões desenvolvidas na entrevista:

Pergunta: Trabalha nesta função há quanto tempo?

Resposta: Há 7 anos.

Pergunta: Quais são as normas que criaram o serviço de saúde da PMDF?

Resposta: Lei nº 7.289, de 18 de dezembro de 1984, art. 50, inciso IV, letra "e". Lei nº 10486 de 04 de julho de 2002, art. 32 a 34. Decreto Distrital nº 31.646, de 06 de maio de 2010.

Pergunta: Quais as normas que regulamentam a atuação do serviço de saúde da PMDF?

Resposta: Lei nº 7.289, de 18 de dezembro de 1984, art. 50, inciso IV, letra "e". Lei nº 10486 de 04 de julho de 2002, art. 32 a 34. Decreto Distrital nº 31.646, de 06 de maio de 2010. Portaria PMDF 371 e 788. Editais de Credenciamento

Pergunta: Existe algum tipo de vínculo entre a PMDF e a Agencia Nacional de Saúde Suplementar? Se sim, poderia informar qual?

Resposta: Não existe, no entanto, para facilitar para regulação e prestação de serviços, nos editais de credenciamento usamos o rol da ANS e os protocolos quando benéficos para PMDF.

Pergunta: A PMDF utiliza o rol da ANS para definir sua cobertura obrigatória de assistência a saúde?

Resposta: Apenas para fins de delimitação do objeto dos Editais de Credenciamento e pela regulação. Tratamentos não constante no ROL são autorizados caso a caso.

Pergunta: Caso não use o rol da ANS, existe alguma normatização sobre qual a cobertura assistencial de saúde ofertada pela PMDF?

Resposta: Não temos nenhuma normatização quanto ao ROL de cobertura da PMDF.

Pergunta: Há algum manual de auditoria em saúde que cite algum tipo de serviço, tratamento ou exame que não teria cobertura pela PMDF? Se sim, poderia citar qual ou quais são os manuais?

Resposta: Os protocolos e regras para realização de exames e tratamentos são estabelecidos nos editais de credenciamento.

Pergunta: Os procedimentos, tratamentos e exames que não estão contidos no rol da ANS, mas que possuem indicação técnica, costumam ser liberados?

Resposta: Às vezes, sempre precedido de uma análise técnica.

Pergunta: Há situações em que algum procedimento, tratamento ou exame esteja previsto no rol da ANS, mas não tenha previsão na cobertura assistencial da PMDF?

Resposta: Não.

Pergunta: Houve algum ou mais casos de judicialização na PMDF em que houve questionamento sobre alguma negativa de cobertura? Caso sim, qual foi o balizador que o judiciário utilizou (alguma norma interna de cobertura assistencial ou o rol da ANS?)

Resposta: Houve casos de negativa, pois não constava no rol da ANS e a decisão judicial se balizou no fato de que a legislação se refere a assistência à saúde sem qualquer restrição (integral).

Pergunta: Você possui dados de quantas judicializações ocorreram junto a Diretoria de Saúde da PMDF no ano de 2022?

Resposta: Não tenho a quantidade exata, mas foi cerca de 150 judicializações.

Pergunta: De uma maneira geral, os gastos de saúde com os beneficiários da PMDF sofreram alguma modificação nos últimos 3 anos?

Resposta: Sim, houve um aumento, mas temos observado o gasto mais eficiente.

Pergunta: Se sim, você tem dados de qual foi o percentual de variação destes gastos?

Resposta: Em média de 10% ao ano.

Pergunta: Se houve aumento, quais foram as razões para o aumento dos gastos?

Resposta: Maior procura pelos beneficiários, aumento do valor de planos de saúde, o que levou os usuários a buscar assistência na PMDF. Pandemia do COVID-19.

Pergunta: Como tem sido a avaliação da saúde financeira da PMDF frente aos gastos com saúde?

Resposta: Tem sido adotada medidas para que os gastos realizados estejam dentro do orçamento, bem como, tem-se adotado medidas com vistas a suplementação orçamentária anualmente.

Pergunta: Quais ações a PMDF tem adotado em função dos gastos em saúde com os seus beneficiários?

Resposta: Maior controle através de uma regulação mais efetiva, auditoria e estabelecimento de protocolos com vistas a reduzir os custos excessivos. Revisão dos editais de credenciamento com atualização das regras de assistência ao que é praticado no mercado. Negociações com prestadores através de pacotes e adoção de deflatores nas tabelas referenciais.

De acordo com a entrevista, constata-se que não existe uma norma própria que estabeleça qual é o rol de cobertura assistencial do fundo de saúde da PMDF. O que se utiliza como balizador também é o rol da ANS, conforme observado nos fundos de saúde das Forças Singulares, mas de uma forma irrestrita no modelo da PM. Isto é, há apenas a citação do rol, sem normatizações próprias como existe na FAB, por exemplo.

No caso da FAB, apesar da norma ser idêntica à norma da ANS, houve uma publicação com uma lista de procedimentos. De forma distinta, no modelo assistencial da Polícia, apenas a norma do rol da ANS foi citada. Isso talvez pode ser uma das justificativas para o achado de um maior número de litígios judiciais na PMDF em comparação com as Forças Armadas.

Desse modo, o entendimento dos beneficiários da PM, bem como do próprio Poder Judiciário pode ser que o Fundo de Saúde da PMDF deve assegurar todo e qualquer procedimento contido no rol da ANS, assemelhando as obrigações da PM com as mesmas obrigações contratuais das operadoras de saúde vinculadas à ANS.

Não obstante, o rol da ANS subsidia a elaboração dos editais de credenciamento da PM, mas sem haver uma citação em normas mais abrangentes ou nas portarias que regulamentem o fundo de saúde da PMDF. A citação da norma apenas nos editais gera dúvida sobre sua abrangência, como visto anteriormente.

Outrossim, em decorrência da necessidade de observância às regras dos órgãos de controle das contas e gastos públicos, como o Tribunal de Contas do Distrito Federal, por exemplo, os editais possuem um prazo de validade limitado, o que pode gerar insegurança se a regra de cobertura balizada pelo rol da ANS permanecerá sendo válida com a extinção do prazo de vigência do edital de credenciamento.

Assim como o que é praticado na Aeronáutica e no Exército, a Polícia Militar também pode ofertar procedimentos que não tenham cobertura assegurada dentro do rol da ANS, porém é necessário que exista um parecer técnico da corporação favorável ao pleito demandado.

No tocante aos gastos com saúde, estes também tem aumentado nos últimos anos. O aumento da demanda assistencial, fruto tanto do aumento do número de

beneficiários, como de um maior índice de sinistralidade (ocasionado pelo maior uso do sistema de saúde por beneficiários que possuíam vínculo com outras operadoras, mas que perderam o vínculo) é responsável pelo aumento dos gastos. Além disso, a demanda reprimida de procedimentos ambulatoriais ocorrida nos anos de 2020 e 2021, em função da pandemia pela COVID-19, também promoveu aumento da demanda por saúde e, conseqüentemente, as despesas.

Como forma de controle das despesas em saúde, a PMDF tem realizado ações semelhantes às que a demais operadoras da saúde suplementar tem utilizado, como fortalecimento dos serviços de Auditoria Médica, renegociação de contratos e aumento da dotação orçamentária para custeio da saúde.

Por tudo o que foi avaliado, percebe-se que não há uma cobertura assistencial clara para os beneficiários da assistência de saúde da Polícia Militar. Há breves citações sobre exclusões de cobertura, relatos de aplicabilidade do mesmo regimento da ANS nos editais de credenciamento, mas cuja finalidade deveria ser o estabelecimento de relação contratual entre credenciadas de saúde e a corporação e não normatizar a cobertura assistencial.

Ainda nesse contexto, não há uma divulgação ampla e clara desta informação pela PMDF para os seus beneficiários. Não obstante, há regimentos que utilizam códigos, o que pode ser objeto de questionamento por não ter a devida transparência, sobretudo para aqueles que não estão habituados a lidar com esta terminologia. Assim, o grande número de litígios encontrados podem ter sua origem tanto nas lacunas existentes nas normas da PMDF, bem como na sua pouca divulgação para os beneficiários.

4.5 Cobertura assistencial no INAS

De forma distinta das forças militares, o INAS possui, na sua função precípua, fornecer proteção social aos servidores do GDF. Enquanto nos órgãos militares há diretorias ou Departamento com a finalidade de promover e prover a saúde para seus beneficiários, o INAS tem a função de operar um sistema de saúde para uma gama de servidores. Em função da sua natureza, já é percebido que o Instituto do GDF

possui normas bem mais definidas e direcionadas sobre a oferta de saúde para os seus beneficiários.

Importante fato a ser lembrado é que não há vinculação do INAS à Lei 9.656/98 a despeito de ser um instituto que opera dentro da saúde suplementar. Isso decorre em função do instituto ser uma entidade pública dotada de Direito Público, mas não privado, que é a abrangência de subordinação pela lei dos planos de saúde. Desse modo, não está enquadrada dentro das regras da ANS e, conseqüentemente, não possui obrigatoriedade de cumprir o seu rol.

No sítio eletrônico do INAS, é possível encontrar a cartilha do GDF-Saúde com informações sobre a cobertura do plano e qual a modalidade de gestão. Ele é classificado como um plano de autogestão, com cobertura ambulatorial e hospitalar com Obstetrícia, mas com uma abrangência exclusivamente distrital

Apesar de não constar na cartilha um rol pormenorizado, ao se pesquisar na ferramenta de buscas no sítio eletrônico pelo termo “cobertura”, foram evidenciados dois documentos contendo a listagem das coberturas assistenciais do INAS. O primeiro documento possui uma extensa e completa lista de procedimentos médicos, contendo exames, procedimentos cirúrgicos, dentre outros, enquanto o segundo se limita e informar as DUTs dos procedimentos.

Ao se observar mais atentamente o rol, foi observado que para cada procedimento, há um código do lado esquerdo conforme ilustrado na figura 4. Esta codificação, apesar de não estar informado no início da figura, é oriunda originalmente da tabela TUSS. Algo interessante a ser notado é que apesar da não obrigatoriedade de cumprir o rol da ANS, os fundos de saúde e o INAS, que fazem parte deste subsistema da Saúde Suplementar, utilizam uma terminologia criada pela ANS (a codificação TUSS) para realizarem a definição da cobertura assistencial, bem como a valoração dos procedimentos de saúde junto as suas clinicas e hospitais credenciados.

Isso quer dizer que mesmo o INAS possuindo um rol próprio, as regras da agência têm alguma influência na sua operação. Na figura 4, também é observado que, do lado direito da descrição do procedimento, existe um campo para informar se

há uma DUT de orientação de cobertura daquele item. Quando consta a palavra DUT, é necessário observar regras adicionais para que aquele procedimento seja ofertado.

O detalhamento das diretrizes é o conteúdo do segundo documento encontrado na pesquisa do sítio eletrônico do INAS. Nele, constam as regras pormenorizadas de como ocorre a oferta dos procedimentos listados que possuam algum tipo de pré-requisitos para sua cobertura. Como exemplo, mostra-se as regras que devem ser cumpridas para que haja a cobertura assistencial de um teste molecular conhecido como BRAF.

40314286 – BRAF – EGFR – N-RAS – ALK

1. Cobertura para o diagnóstico de elegibilidade de pacientes com indicação de uso de medicação em que a bula determine a análise de presença/mutação dos genes para o início do tratamento. (INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES DO DISTRITO FEDERAL, 2020)
INAS

Neste caso, não basta apenas o beneficiário ter sido acometido por um determinado tipo de tumor, sua cobertura somente é assegurada nos casos em que o indivíduo tenha um tumor, mas que seja fundamental a determinação se existe mutação do BRAF no tumor para o seu tratamento.

Outro exemplo análogo é visto nos requisitos para a cobertura da dosagem sanguínea de vitamina E. Conforme estabelece a DUT do INAS, este exame possui a seguinte indicação: “cobertura para pacientes sintomáticos que apresentem quadro clínico de ataxia cerebelar” (INAS, 2020). Isso quer dizer que somente os beneficiários que sejam acometidos pela doença citada, desde que apresentem sintomas, possuem a garantia de cobertura da dosagem sanguínea de vitamina E.

Ao se fazer uma comparação da DUT do primeiro exemplo, que é o teste do BRAF, com a DUT desse mesmo exame no rol da ANS, vemos a seguinte redação para a saúde suplementar em geral.

9. BRAF

1. Cobertura obrigatória para o diagnóstico de elegibilidade de pacientes com indicação de uso de medicação em que a bula determine a análise de presença/mutação dos genes para o início do tratamento. (AGENCIA NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR, 2021)

O que se observa é uma semelhança entre as duas diretrizes. Ou seja, a despeito do INAS ter a prerrogativa de possuir regras próprias, muitas delas são extraídas daquelas já praticadas pela ANS.

Entretanto, há situações em que são evidenciadas a discricionariedade do INAS de possuir um regramento próprio, em decorrência da presença de divergências entre as DUTs do instituto e aquelas do rol da ANS. Como exemplo, checka-se o procedimento de mamotomia, que é a realização de uma biópsia da mama com o auxílio de um método de imagem guiar a sua realização. O método que serve para guiar a biópsia, por sua vez, pode ser mamografia, ecografia ou ressonância.

40808289 – 40808297 – 40808300 – Mamotomia

1. Cobertura quando preenchidos TODOS os seguintes critérios:

- a) estudo histopatológico de lesões não palpáveis;
 - b) nódulos mamários menores que 2 cm;
 - c) nódulos mamários nas categorias 4 e 5 de BI-RADS
- [...]

7. BIÓPSIA PERCUTÂNEA À VÁCUO GUIADA POR RAIOS X, ULTRASSONOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (MAMOTOMIA)

1. Cobertura obrigatória para avaliação de lesões/alterações com categoria BI-RADS 4 ou 5, quando preenchido pelo menos um dos critérios abaixo:

- a. Lesões/alterações não palpáveis, de qualquer tamanho;
- b. Lesões/alterações palpáveis de até 1,5 cm; (INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES DO DISTRITO FEDERAL, 2020)

Percebe-se que, sem dar a atenção devida aos detalhes dos requisitos técnicos, as premissas para que seja assegurada a cobertura do procedimento são distintas entre as normas. No caso do INAS, por exemplo, o exame é coberto desde que a lesão da mama não seja identificada no exame clínico. Em contrapartida, pela ANS, é possível sua cobertura não apenas nas situações em que a lesão seja identificada no exame clínico, mas também nos casos em que não é identificada. Contudo, neste último caso, a cobertura somente é assegurada se a lesão tiver um tamanho inferior a 1,5cm.

Nestes casos, foi possível observar de forma evidente que não basta o procedimento estar listado no rol como item da cobertura. Caso exista alguma DUT associado ao procedimento, requisitos adicionais devem ser considerados para que haja sua oferta pelo INAS.

De forma análoga aos requisitos de cobertura, os procedimentos que não possuem cobertura também estão listados no regulamento do GDF-Saúde.

Art. 1º Estão excluídos da cobertura do plano GDF-SAÚDE-DF os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Regulamento ou nas tabelas de referência do INAS, bem como os provenientes dos seguintes casos:

1. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
2. Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais mesmo que decorrentes de Emergência e Urgência, exames, terapias e consultas médicas realizadas ou prescritas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
3. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e tratamentos cirúrgicos para fins estéticos;
 - 3.1. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que:
 - a) emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
 - b) é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO; ou
 - c) não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label).
4. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico ou com a finalidade estética;
 - 4.1. Fornecimentos de órteses, próteses, produto, tecnologia ou medicamento importados não nacionalizados;
5. Enfermagem particular, seja em hospital ou em residência, assistência médica domiciliar, consulta domiciliar, mesmo que as condições do beneficiário exijam cuidados especiais ou extraordinários;
6. Consultas, avaliações, sessões, tratamentos e qualquer outro procedimento de Medicina Ortomolecular, Terapia Ocupacional;
7. Aparelhos ortopédicos;
8. Cirurgias plásticas e tratamento clínico ou cirúrgico com finalidade estética, cosmética ou social, mesmo que justificados por uma causa médica;
9. Tratamentos de emagrecimento, senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências e quaisquer outros realizados em clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos, clínicas de emagrecimento, SPAs, ou similares;
10. Curativos e medicamentos, de qualquer natureza, ministrados ou utilizados fora do regime de Internação hospitalar ou fora do atendimento ambulatorial;
11. Materiais e medicamentos importados não nacionalizados;
12. Vacinas e autovacinas;
13. Inseminação artificial e quaisquer outros métodos de tratamento de infertilidade; reversão de vasectomia ou laqueadura e provas de paternidade;
14. Internações clínicas ou cirúrgicas, exames e terapias não prescritos ou solicitados pelo Médico Assistente;
15. Avaliação clínica e laboratorial sem finalidade de diagnóstico ou tratamento (check-up);
16. Aluguel de equipamentos e aparelhos não relacionados com o atendimento médico-hospitalar, incluindo, mas não se limitando a: respirador, cama hospitalar, cadeira de rodas, muletas, andador, fraldas e qualquer outro com a mesma finalidade para uso domiciliar;
17. Quaisquer despesas extraordinárias não incluídas na diária hospitalar, realizadas pelo paciente ou seu acompanhante, incluindo, mas não se limitando a: jornais e revistas, TV, ligações telefônicas, frigobar, artigos de higiene, alimentação não prescrita no tratamento, lavagem de roupas, aluguel de aparelhos de som e imagem, estacionamento e outras despesas de caráter pessoal ou particular;

18. Quaisquer despesas com acompanhante exceto aquela estabelecida no art. 25, VI;
19. Remoção decorrente de procedimentos não cobertos pelo Plano e remoções por via aérea ou marítima;
20. Tratamentos ou procedimentos odontológicos de qualquer natureza, inclusive os decorrentes de Acidente Pessoal, bem como cirurgias bucomaxilofaciais;
21. Procedimentos médico-hospitalares para os quais o beneficiário ainda esteja em período de Carência;
22. Despesas com possíveis candidatos a doadores de órgãos para transplante;
23. Despesas com a internação ou permanência da beneficiária parturiente após sua alta hospitalar;
24. Exames Admissionais, Periódicos e Demissionais;
25. Permanência hospitalar após alta médica;
26. Tratamento realizado fora do Distrito Federal;
27. Cirurgia e tratamentos específicos para mudança de sexo e suas complicações;
28. Procedimentos solicitados pelo departamento Nacional de Trânsito para emissão de Carteira Nacional de Habilitação;
29. Cirurgia refrativa de correção visual, exceto nos casos previstos nos normativos do Regulamento;
30. Terapias alternativas, tais como: apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais;
31. Todo e quaisquer procedimentos não discriminados neste Regulamento ou nas tabelas de referência do INAS, na data do evento. (INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES DO DISTRITO FEDERAL, 2020)

Os itens que não possuem cobertura obrigatória obedecem ao que já é observado na Lei 9.656/98, mas a lista de exclusão contém itens adicionais com os comparados àquela lei ou possui uma informação de exclusão de cobertura de maneira mais detalhada.

Como exemplo, na lei dos planos de saúde existe a citação de exclusão de cobertura para as OPMEs não ligados ao ato cirúrgico. Não apenas esse tipo de item está presente nas exclusões do INAS, mas também existe o detalhamento que ainda que a OPME seja ligada a ato cirúrgico, ela não lhe é facultada a cobertura se possuir finalidade estética ou se for importada.

Além desse, os tratamentos com finalidade estética, os tratamentos solicitados por profissional identificado por especialidade não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina, os exames com finalidade trabalhista e os aparelhos médicos, ainda que tenham a devida indicação médica, também não são alvo de cobertura pelo INAS.

Apesar de ter a melhor e mais abrangente cobertura assistencial notada nos modelos vistos até aqui neste trabalho, existe uma divergência importante entre o rol da ANS e o rol do INAS. Não ha previsibilidade de atualização desta oferta de serviços nas normatizações do GDF-Saúde, enquanto o rol da ANS possui atualizações a cada seis meses pela legislação vigente.

A ausência de atualizações periódicas, por mais que estas possam gerar mais despesas, pode ser fator de questionamento junto aos beneficiários haja vista a velocidade do desenvolvimento das novas tecnologias em saúde. Provavelmente, o maior exemplo desse fato seja a pandemia de COVID-19.

Até antes da pandemia, não havia nenhum teste específico para detecção do vírus SARS-CoV-2, que é o causador da COVID. Logo, não havia cobertura para este teste antes do ano de 2020, o qual passou a ter cobertura obrigatória, com diretriz de utilização, após a atualização do rol da ANS naquele mesmo ano.

Outrossim, nota-se que as atualizações periódicas da listagem de procedimentos de cobertura obrigatória deve ser algo a ser considerado, principalmente em decorrência da velocidade de avanço do conhecimento médico, sobretudo nas especialidades médicas onde há constante inovação de tratamentos, como é o caso da Oncologia e da Cardiologia, por exemplo.

Concernente a entrevista com o gestor do INAS, foi identificada e contatada uma gestora do instituto, a qual prontamente se prontificou em auxiliar na resposta do questionário enviado. Entretanto, apesar do envio do questionário ter ocorrido no início do mês de março de 2023 e apesar de terem sido enviadas, em diversas ocasiões distintas, lembranças e solicitações sobre as respostas aos questionamentos, não foi obtida nenhuma devolutiva do questionário, tampouco das mensagens encaminhadas posteriormente.

Não obstante, foi identificado o correio eletrônico de outro gestor do INAS e também foi solicitado se seria possível a resposta ao questionário. De maneira análoga, não foi obtida resposta. Assim, apesar do esforço deste pesquisador, não foi possível a obtenção da entrevista com o gestor do GDF-Saúde.

A informação de como tem sido a percepção dos gestores do INAS sobre a cobertura assistencial seria de grande valia para este estudo, sobretudo a informação a respeito dos litígios judiciais. Mesmo num cenário de um rol amplo, sabe-se que as judicializações podem ocorrer e as respostas ao questionário seriam fundamentais nesta análise.

Assim, mesmo sem a informação oriunda do gestor, foi realizada busca no sítio eletrônico do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios, dos processos judiciais disponíveis para consulta pública de 1ª e 2ª instâncias, que envolvessem o INAS como uma das partes do processo

Foram encontrados 109 processos em tramitação na 1ª instância e outros 48 processos na 2ª instância no ano de 2022. Como os processos não possuem todos os dados disponíveis para consulta, em função de conter informações que podem ser enquadradas na Lei Geral de Proteção de Dados, não é possível averiguar o teor de todas as demandas. Contudo, dentre aquelas consultadas, a maior parte dos litígios ocorreram por questões administrativas, como o beneficiário estar em período de carência, por exemplo, ou por negativas de coberturas assistenciais.

Em comparação com as outras instituições estudadas, o maior número de litígios foi observado, de forma surpreendente no INAS, o qual detém o rol de procedimento mais abrangente e mais amplamente divulgado dentre todos aqueles analisados. Ressalta-se que estes não ocorreram exclusivamente por questões ligadas à cobertura assistencial, mas é importante ser averiguada as normas que balizaram as decisões judiciais e estudado os motivos específicos de surgimento destes entraves entre operadora e beneficiários.

Outro motivo do maior número de ações judiciais ter sido observado no INAS pode refletir sobre a cultura do beneficiário. Enquanto os militares das forças têm a garantia de saúde dentro da mesma organização que trabalham, o INAS representa apenas o órgão que fornece assistência a saúde para outras entidades públicas. Ou seja, não existe uma relação semelhante entre beneficiários e fundo análoga ao que é observado nos fundos militares.

Outro fator que pode justificar este maior número de demandas judiciais é a quantidade de beneficiários vinculado ao INAS. Segundo o instituto, em março de

2023, havia 76.557 beneficiários ativos, o que corresponde a um pouco mais que o dobro de beneficiários do CBMDF, por exemplo.

Em suma, o que foi observado no INAS é bem distinto daquilo que foi mostrado nos modelos de cobertura assistencial das forças militares. Pelo fato de ser um órgão com a função principal de gerir um plano de saúde, o INAS não possui estrutura própria de atendimento, situação esta que diverge das Forças Armadas e das Forças Auxiliares.

Com isso, toda a oferta de procedimentos do GDF-Saúde ocorre em função da contratação de estabelecimentos pertencentes à saúde suplementar. Provavelmente, este é o elemento que propicia com que o INAS tenha a mais clara cobertura assistencial vista entre todos os modelos das organizações mostradas neste estudo. Apesar disso, foi a operadora que mais apresentou litígios identificados, o que se deve, provavelmente, as suas características próprias de atuação.

4.6 Cobertura assistencial no CBMDF

A Diretoria de Saúde do CBMDF também possui uma página eletrônica com informações destinadas para os beneficiários do Fundo de Saúde. Nele, estão contidas diversas informações sobre questões administrativas de como agendar exames, consultas, avaliações periciais, alguns dados do impacto da COVID-19 nos militares da corporação e notícias sobre palestras e ações da DISAU dentro do CBMDF. Existe ainda uma carta de serviços com informações de contatos telefônicos dos mais diversos setores da DISAU.

Ainda na carta de serviços, existem breves informações sobre a oferta de serviços das OBMs vinculadas à Diretoria de Saúde. Como exemplo, há informações sobre os tipos de exames que são realizados no Laboratório de Análises Clínicas da POMED (exames bioquímicos, marcadores tumorais, hormônios, Imunologia, Parasitologia, urina, Hematologia, Microbiologia), o que já assegura, ainda que de forma superficial, uma cobertura assistencial para os exames laboratoriais na carta assinalados.

A POMED ainda informa a existência da oferta de outros serviços como consultas médicas, consultas com nutricionistas, disponibilidade de centro cirúrgico, exames de imagem, exames endoscópicos (colonoscopia e endoscopia digestiva

alta), administração de medicamentos, realização de curativos, aferição de sinais vitais, tratamentos fisioterápicos e de reabilitação.

Numa outra parte da carta, os serviços ofertados são mais bem especificados e pode ser averiguado quais são eles. Como exemplo, existe a informação, pela Subseção de Radiologia, que há oferta de 135 tipos distintos de exames, distribuídos entre radiografias, ultrassonografias, tomografias, densitometria e procedimentos articulares guiados por ultrassonografia.

De forma mais específica que as informações contidas no laboratório, a Subseção de Radiologia exhibe uma informação de oferta de serviços mais detalhada, que enseja uma cobertura de assistência pelo serviço de saúde do CBMDF.

A carta ainda contempla as informações PODON, a qual fornece atendimento em diversas especialidades odontológicas: Clínica Geral, Odontopediatria, Ortodontia, Periodontia, Endodontia, Cirurgia Bucomaxilofacial e o serviço de Odontologia Itinerante, móvel.

Ou seja, a oferta das especialidades odontológicas também já é mais bem descrita e também consta os procedimentos ofertados em cada especialidade. Além disso, há informações sobre um serviço de ressarcimento de próteses e de exames radiológicos. Assim, infere-se que existe uma cobertura odontológica em todas as especialidades mencionadas.

Existe ainda, na carta, informações sobre a oferta de serviços do CEABM, os quais são os atendimentos de Psicologia, Psiquiatria e Serviço Social, este último também oferecido pelo Capelania católica e evangélica. Não obstante, ainda consta informações sobre o CECAF, o qual detém uma Subseção de Reabilitação Física e outra de Fisiologia do Exercício apesar de não constar especificamente quais serviços são ofertados por essas subseções.

Importante ressaltar que os procedimentos informados na carta se limitam aqueles que são ofertados pelas organizações militares do CBMDF e não aqueles que são ofertados na rede credenciada. Neste diapasão, não há nenhum dado adicional informado no sítio eletrônico da DISAU sobre a cobertura fornecida fora das suas OBMs.

A busca pelas normas que pudessem mencionar sobre a cobertura assistencial de todo o serviço de assistência de saúde da corporação não evidenciou nenhuma normatização que tratasse desse tema especificamente. O que foi encontrado é semelhante ao que já foi mostrado nas forças militares em geral. Ou seja, pequenas

referências em algumas legislações, cuja finalidade, muitas vezes, é distinta de informar sobre a cobertura assistencial.

Na Portaria 41/22 do CBMDF, que versa sobre o ressarcimento de despesas médicas, existe uma lista de procedimentos com exclusão de cobertura assistencial.

Art. 4º. Não serão objetos de ressarcimento os seguintes serviços, materiais ou medicamentos:

- I – o tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- II – os avaliados pela Diretoria de Saúde – DISAU – como estéticos, não reparatórios ou ineficazes para manter ou recuperar a saúde dos usuários, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- III – os exames sucessivos com a mesma natureza de exames anteriores ainda válidos;
- IV – os exames de alta complexidade, sem a apresentação de exames anteriores de menor complexidade que comprovem sua necessidade;
- V – os procedimentos, tratamentos, materiais e serviços não aprovados pela bioética ou não reconhecidos pela respectiva entidade profissional de saúde competente;
- VI – de enfermagem em caráter particular ou cuidador de pessoas;
- VII – as órteses, próteses, materiais especiais e sínteses, não registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- VIII – as órteses, próteses e seus acessórios que não necessitem de cirurgia para implantação ou retirada;
- IX – as despesas extraordinárias não relacionadas diretamente ao tratamento;
- X – as despesas relacionadas a medicamentos, curativos e vacinas;
- XI – as consultas, exames em geral, tratamentos, cirurgias e outros procedimentos para reversão de métodos contraceptivos cirúrgicos;
- XII – as consultas, tratamentos, exames em geral, cirurgias e outros procedimentos para controle de infertilidade e esterilidade e suas consequências;
- XIII – os já ressarcidos por planos ou seguro de saúde;
- XIV – os tratamentos odontológicos, exceto aqueles especificados em Instrução Normativa publicada pela Diretoria de Saúde;
- XV – os atendimentos em caráter de urgência e emergência realizados no âmbito do Distrito Federal, quando o atendimento necessário for compreendido pelo Sistema de Saúde da Corporação. (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL, 2022)

Os itens não cobertos são muito semelhantes àqueles que foram observados nas outras listas de exclusão de cobertura dos fundos de saúde mostrados neste estudo, como é o caso dos procedimentos estéticos, os procedimentos que não apresentem o devido respaldo técnico-científico e o fornecimento de materiais importados, por exemplo.

Algo a ser ressaltado é que esta Portaria trata de procedimentos para ressarcimento, logo há uma clara e expressa regra de proibição de ressarcimento pelo CBMDF de despesas já custeadas ou ressarcidas por outra operadora ou seguradora de saúde referente a um mesmo procedimento. Isso mostra que a cobertura assistencial pode ser dinâmica a depender da circunstância que ocorra.

Importante observar ainda que esta regra é aplicável aos procedimentos de ressarcimento. A aplicação das exclusões de cobertura, contidas nessa norma, para os casos em que a oferta de serviços ocorra pela modalidade de credenciamento direto pode ser objeto de indagação.

Além desta referência, o edital de credenciamento do CBMDF para contratação de serviços de saúde também auxilia no que pode ser entendido como possível cobertura assistencial para os beneficiários do fundo de saúde.

O Edital de Credenciamento nº 001/2018 – CBMDF traz quais são os objetos do contrato com uma lista de demandas para prestação de serviços de saúde contidas no anexo I do edital.

O credenciamento a ser realizado pelo CBMDF compreende:

- 4.1. Estabelecimentos do tipo Hospital Geral, para oferta de procedimentos médicos, odontológicos, clínicos ou cirúrgicos, em caráter eletivo e/ou de emergência/urgência;
- 4.2. Estabelecimentos do tipo Hospital Especializado, para oferta de procedimentos médicos ou odontológicos, clínicos ou cirúrgicos, em caráter eletivo e/ou de emergência/urgência;
- 4.3. Associações, cooperativas ou entidades assemelhadas, com personalidade jurídica própria, que ofertem, por meio de seus associados, serviços na área de saúde;
- 4.4. Empresas especializadas em diagnósticos odontológicos por imagem, fotos e modelos;
- 4.5. Empresas especializadas em patologia bucal para análise anatomopatológica e histopatológica;
- 4.6. Laboratórios especializados na confecção de prótese dentária e aparatos ortodônticos;
- 4.7. Empresas especializadas em serviços de psicologia e psiquiatria;
- 4.8. Empresas especializadas no tratamento de usuários de substâncias psicoativas, por meio da prestação integrada e sequencial dos serviços de internação, hospital dia, hospital meio-dia e acompanhamento ambulatorial, em caráter eletivo, de urgência ou emergência;
- 4.9. Empresas especializadas no tratamento de pessoas com transtornos psiquiátricos, por meio da prestação integrada e sequencial dos serviços de internação, hospital dia, hospital meio-dia e acompanhamento ambulatorial, em caráter eletivo, de urgência ou emergência;
- 4.10. Empresas especializadas no tratamento de pessoas com transtornos psiquiátricos, por meio de serviços ambulatoriais;
- 4.11. Empresas especializadas em serviços de fisioterapia;
- 4.12. Empresas especializadas na prestação de assistência médico-domiciliar, em regime de internação (Home Care);
- 4.13. Empresas especializadas em procedimentos diagnósticos e terapêuticos, na área de análises clínicas, anatomia patológica e citopatologia;
- 4.14. Empresas especializadas em serviços de fonoaudiologia;
- 4.15. Empresas especializadas em medicina hiperbárica que ofertem procedimentos terapêuticos de oxigenoterapia hiperbárica, em nível ambulatorial, em regime de urgência ou tratamento de emergência;
- 4.16. Empresas especializadas na realização de cirurgias torácicas;
- 4.17. Empresas especializadas na realização de cirurgias em cabeça e pescoço;
- 4.18. Empresas especializadas em Hematologia e Hemoterapia ou banco de sangue;

- 4.19. Empresas especializadas em radiologia, que realizem procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos por imagem, invasivos ou não;
- 4.20. Empresas especializadas em procedimentos diagnósticos voltados à oncologia, que ofereçam ainda, a infusão de medicamentos antineoplásicos e de suporte;
- 4.21. Empresas especializadas em radioterapia;
- 4.22. Empresas especializadas em procedimentos diagnósticos ou terapêuticos na área de medicina nuclear;
- 4.23. Empresas especializadas em angiologia;
- 4.24. Empresas especializadas em alergologia;
- 4.25. Empresas especializadas em cardiologia;
- 4.26. Empresas especializadas em coloproctologia;
- 4.27. Empresas especializadas em dermatologia;
- 4.28. Empresas especializadas em endocrinologia e metabologia;
- 4.29. Empresas especializadas em endoscopia;
- 4.30. Empresas especializadas em gastroenterologia;
- 4.31. Empresas especializadas em genética médica;
- 4.32. Empresas especializadas em geriatria;
- 4.33. Empresas especializadas em ginecologia e obstetrícia;
- 4.34. Empresas especializadas em mastologia;
- 4.35. Empresas especializadas em neurologia;
- 4.36. Empresas especializadas em oftalmologia;
- 4.37. Empresas especializadas em procedimentos diagnósticos ou terapêuticos na área de otorrinolaringologia;
- 4.38. Empresas especializadas em pediatria;
- 4.39. Empresas especializadas em pneumologia;
- 4.40. Empresas especializadas em reumatologia;
- 4.41. Empresas especializadas em urologia;
- 4.42. Empresas especializadas na prestação de serviços de assistência de alta complexidade em procedimentos da cardiologia intervencionista;
- 4.43. Empresas especializadas em nefrologia;
- 4.44. Empresas especializadas em radiologia, capazes de realizar exames de tomografia de emissão de pósitrons (PET), para atendimento de casos eletivos;
- 4.45. Empresas especializadas em odontologia hospitalar e atendimento odontológico em Unidade de Terapia Intensiva;
- 4.46. Empresas especializadas em serviços de terapia ocupacional;
- 4.47. Empresas especializadas em serviços de hepatologia;
- 4.48. Empresas especializadas em serviços de nutrição;
- 4.49. Empresas especializadas no serviço de transporte/remoção de pacientes, por meio de ambulâncias;
- 4.50. Empresas especializadas em serviços de ortopedia;
- 4.51. Empresas especializadas em serviços de clínica médica. (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL, 2018)

O edital contempla a contratação de clínicas, hospitais, cooperativas médicas, associações e assemelhados em diversas áreas da saúde. O que se extrai desta informação é que as os serviços credenciados e ofertados pelas empresas compõem a cobertura assistencial do CBMDF.

A grande arrepsia existente é o não detalhamento dos serviços no edital, mas é inferido que todo e qualquer serviço contratado pelo CBMDF já faria automaticamente parte da cobertura assistencial. No edital, existe um item que cita que a lista de serviços seria aquela ofertada pela CBHPM com suas atualizações.

10.2.1. A escolha do CBMDF será a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM – atualizada. A cada edição da CBHPM novos procedimentos são incorporados e outros extintos, atendendo à necessária dinâmica da prática médica e permitindo ao CBMDF atualizar o rol de serviços, garantindo aos usuários a cobertura e acesso a novas práticas. (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL, 2018)

Desse modo, é estabelecida uma relação que os itens contidos na CBHPM efetivamente seriam a delimitação da cobertura assistencial. Eles seriam renovados em conformidade com as atualizações da classificação pela Associação Médica Brasileira.

Uma outra citação sobre ao rol de oferta de serviços do Fundo de Saúde recai na cobertura do exame PET, que conforme já exemplificado anteriormente, é um exame de imagem utilizado com maior frequência nos casos em que os pacientes possuam doenças oncológicas.

O serviço deverá funcionar de acordo com o que esteja contido nas indicações que preceituam o Rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas diretrizes para a realização de PET-SCAN oncológico. (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL, 2018)

Nessa alusão, o exame de PET terá cobertura obrigatória em conformidade com as DUTs estabelecida pela ANS para a sua realização. Outro ponto do edital que também possui citações sobre a cobertura assistencial se refere às emergências odontológicas (figura 22). Nesse caso, o edital também faz citação da ANS como fonte, a qual delimita cobertura assistencial dentária em hospitais apenas se forem enquadradas como situações de emergências odontológicas.

Figura 22: Procedimentos odontológicos de urgência que são cobertos pelo CBMDF

Nº	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO
1	Curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial	Consiste na aplicação de hemostático e/ou sutura na cavidade bucal.
2	Curativo em caso de odontalgia aguda /pulpectomia/necrose	Consiste na abertura de câmara pulpar e remoção da polpa, obturação endodôntica ou núcleo existente.
3	Imobilização dentária temporária	Procedimento que visa a imobilização de elementos dentais que apresentam alto grau de mobilidade, provocado por trauma.
4	Recimentação de trabalho protético	Consiste na recolocação de trabalho protético.
5	Tratamento de alveolite	Consiste na limpeza do alvéolo dentário.
6	Colagem de fragmentos	Consiste na recolocação de partes de dente que sofreu fratura, através da utilização de material dentário adesivo.
7	Incisão e drenagem de abscesso extra oral	Consiste em incisão na face e posterior drenagem do abscesso.
8	Incisão e drenagem de abscesso intraoral	Consiste em incisão dentro da cavidade oral e posterior drenagem do abscesso.
9	Reimplante de dente avulsionado	Consiste na recolocação do dente no alvéolo dentário e consequente imobilização.

Fonte: CBMDF, 2018.

Apesar de haver alusões no edital sobre a rol de procedimentos do CBMDF, elas são pontuais e ocorrem apenas nestes três momentos mencionados, sem haver nenhuma outra informação mais abrangente sobre a lista de oferta de serviços além daquilo que foi descrito.

Independente das menções puntiformes em alusão à cobertura assistencial estarem contidas no edital, conforme também mencionado no caso da PMDF, existe uma fragilidade desta norma. Caso haja a substituição ou extinção do edital vigente, todas as prerrogativas de cobertura lá descritas são passíveis de extinção, o que gera instabilidade no entendimento do que efetivamente é a oferta de rol de procedimentos de saúde do CBMDF.

Pelo observado, percebe-se que a norma do CBMDF carece de detalhamento de informações para os serviços ofertados pela rede de saúde credenciada. De maneira distinta, os procedimentos oferecidos pelas OBMs de saúde CBMDF são mais detalhados na carta de serviços ao beneficiário. A ausência de clareza de informação, conforme já mencionado, pode propiciar o entendimento que todo e qualquer serviço ofertado por uma entidade de saúde credenciada com o CBMDF poderia ser passível de cobertura.

Como uma forma de melhor entendimento das normas que regem a assistência a saúde da corporação e sua aplicabilidade prática, foi realizada entrevista com um dos gestores do Fundo de Saúde do CBMDF.

4.6.1 Entrevista com o Chefe da Seção de Auditoria em Serviços de Saúde do CBMDF.

Questões desenvolvidas na entrevista:

Pergunta: Trabalha nesta função há quanto tempo?

Resposta: Há 1 ano.

Pergunta: Quais são as normas que criaram o serviço de saúde do CBMDF?

Resposta: As normas são regidas pelas Leis 10.486/02 e 11.354/05 e também pelos Decretos 28.876/06 e 38.726/17, estes mais específicos sobre a assistência de saúde.

Pergunta: Quais as normas que regulamentam a atuação do serviço de saúde do CBMDF?

Resposta: Conforme informado, as leis e decretos acima citados. A Auditoria tem a obrigação de seguir o que é informado também no Edital de Credenciamento 001/18 e a Portaria de Ressarcimento 41/22.

Pergunta: Existe algum tipo de vínculo entre o CBMDF e a Agência Nacional de Saúde Suplementar? Se sim, poderia informar qual?

Resposta: Não, atua como balizador de decisões.

Pergunta: O CBMDF utiliza o rol da ANS para definir sua cobertura obrigatória de assistência a saúde?

Resposta: Não de forma explícita, mas as recomendações da ANS são seguidas em muitos processos de liberação de procedimentos.

Pergunta: Caso não use o rol da ANS, existe alguma normatização sobre qual a cobertura assistencial de saúde ofertada pela CBMDF?

Resposta: Acredito que não dispomos, pois, a saúde é fornecida devido as normas que regulamentaram o CBMDF.

Pergunta: Há algum manual de auditoria em saúde que cite algum tipo de serviço, tratamento ou exame que não teria cobertura pela PMDF? Se sim, poderia citar qual ou quais são os manuais?

Resposta: Não tem.

Pergunta: Os procedimentos, tratamentos e exames que não estão contidos no rol da ANS, mas que possuem indicação técnica, costumam ser liberados?

Resposta: Sim, trata-se de uma auditoria técnica, sem viés econômico.

Pergunta: Há situações em que algum procedimento, tratamento ou exame esteja previsto no rol da ANS, mas não tenha previsão na cobertura assistencial do CBMDF?

Resposta: Não tenho conhecimento, pois não existe previsão assistencial regulamentar no bombeiro.

Pergunta: Houve algum ou mais casos de judicialização no CBMDF em que houve questionamento sobre alguma negativa de cobertura? Caso sim, qual foi o balizador que o judiciário utilizou (alguma norma interna de cobertura assistencial ou o rol da ANS?)

Resposta: Sim, norma interna (por ex., portaria de ressarcimento), balizamento pelo rol.

Pergunta: Você possui dados de quantas judicializações ocorreram junto a Diretoria de Saúde do CBMDF no ano de 2022?

Resposta: Creio que foram quatro ou cinco judicializações no ano passado.

Pergunta: De uma maneira geral, os gastos de saúde com os beneficiários do CBMDF sofreram alguma modificação nos últimos 3 anos?

Resposta: Sim, acréscimo. Aumento de vidas sobre tutela, inflação médica, etc.

Pergunta: Se sim, você tem dados de qual foi o percentual de variação destes gastos?

Resposta: Não.

Pergunta: Se houve aumento, quais foram as razões para o aumento dos gastos?

Resposta: Alguns foram citados, inflação médica, aumento de vidas, aumento da complexidade da medicina (novos medicações, novos OPMES, novas técnicas de tratamento, com custos mais elevados).

Pergunta: Como tem sido a avaliação da saúde financeira do CBMDF frente aos gastos com saúde?

Resposta: Sem uma auditoria fortalecida, de difícil sobrevivência.

Pergunta: Quais ações o CBMDF tem adotado em função dos gastos em saúde com os seus beneficiários?

Resposta: Fortalecimento da Auditoria, criação de pacotes para reduzir gastos com procedimentos, discussão sobre as normas de inclusão de beneficiários no Fundo de Saúde, discussão dos procedimentos que não são necessários com as credenciadas.

Conforme observado na entrevista e de forma muito semelhante aos outros fundos, o FSCBMDF utiliza o rol da ANS como uma orientação para a sua cobertura assistencial, mesmo não tendo vinculação formal com ele. Um dos fatores pode ser a semelhança com o que foi observado na PMDF, a qual também possui uma fragilidade imensa de normas neste cenário e se vincula a uma normatização mais conhecida, que é o rol da ANS.

Outro fator preocupante na legislação do CBMDF se refere à normatização de cobertura, uma vez que está contida apenas no edital de credenciamento dos estabelecimentos de saúde. De forma mais evidente, esta informação acaba não sendo direcionada para os beneficiários, mas sim para as clínicas que são credenciadas com o CBMDF e que, muitas vezes, não se atém para os detalhes do contrato e do edital.

Ressalta-se, uma vez mais, que os editais possuem uma previsibilidade limitada de vigência, ou seja, seus regramentos possuem uma data de vigor limitada, o que ocorre, inclusive, com as normas de cobertura neles contidas. De forma distinta, se a normatização ocorresse por portarias, como exemplo, não haveria esse temor, porquanto possuem um prazo de validade indeterminado.

A inserção das informações de cobertura nos editais de credenciamento enseja uma expectativa de cobertura fortuita, haja visto que um novo edital pode conferir a mesma interpretação do edital anterior, mas pode mudar completamente o seu entendimento ou, outras vezes, simplesmente nem possuir menção alguma sobre a oferta de serviços.

Desse modo, não é difícil perceber que isso gera insegurança para todos os envolvidos na prestação da assistência: beneficiários, entidades de saúde credenciadas e gestores do fundo.

De maneira também idêntica ao que já foi apresentado sobre os outros fundos e o INAS, o CBMDF tem percebido um aumento das suas despesas com saúde. Pela entrevista, o gestor atribui este fato tanto ao crescente aumento do número de beneficiários do Fundo de Saúde do CBMDF, quanto à inflação médica e também ao crescente aumento de novas tecnologias na Medicina, as quais são mais onerosas.

Apesar desta informação, não existe uma clareza de qual foi o percentual exato de aumento de gastos nos últimos anos. Para frear ou reduzir este crescimento de despesas, o CBMDF tem apostado no fortalecimento da Auditoria Médica e na discussão sobre a normatização da cobertura assistencial, segundo o relato do chefe da SEAUD.

4.6.2 Judicializações no Fundo de Saúde do CBMDF

É de suma relevância ainda apontar que o CBMDF não está isento das demandas judiciais. Essas tem ocorrido de forma eventual, mas são produto do fortalecimento das ações da Auditoria Médica na avaliação técnica dos pedidos de procedimentos para o Fundo de Saúde, alinhado com uma vultosa expectativa, por parte dos beneficiários, que todo e qualquer procedimento de saúde solicitado terá sua cobertura assegurada.

A impossibilidade de atendimento de alguns pleitos, quer seja por não ter a correta indicação técnica, quer seja por não obedecer aos critérios legais para sua cobertura, como por exemplo, solicitações médicas com prazo expirado, ou quer seja pelo fato da Portaria de Ressarcimento vetar uma determinada cobertura assistencial é o início da fagulha para início dos processos de litígios judiciais.

Da maneira idêntica a todo processo judicial, os litígios de saúde decorrem pelo entendimento do beneficiário do cerceamento de um direito que possui. Todavia, as

normas que regulam estes direitos são frágeis ou inexistentes, conforme visto, restando limitada ao que preceitua a carta de serviços aos usuários, ao edital de credenciamento e à Portaria de Ressarcimento de procedimentos de saúde.

Não obstante, os beneficiários e seus representantes legais frequentemente balizam a coação dos seus direitos pelas prerrogativas ofertadas pelo rol da ANS. Contudo, o rol não deveria ser posto como padrão de referência pelo judiciário como norma precípua da cobertura assistencial do CBMDF, mas este fato provavelmente advém da carência de outros regramentos próprios, os quais deveriam ser o referencial para a expectativa de direito dos beneficiários, bem como para as ações judiciais.

De forma específica, as demandas judiciais contra o Fundo de Saúde também foram alvo de estudo por este pesquisador. Para tanto, sua pesquisa ocorreu na procura dos processos administrativos eletrônicos que tramitaram na DISAU conforme especificado a seguir.

Toda e qualquer informação concernente as judicializações da saúde tramitam em processos administrativos dentro da plataforma SEI da Diretoria de Saúde. A diretoria, por sua vez, sempre remete estes processos para a SEAUD quer seja para o cumprimento de uma decisão judicial, caso exista, ou para subsidiar a defesa do GDF na demanda judicial.

Portanto, foram pesquisados os processos administrativos, oriundos de demandas judiciais, que tramitaram no ambiente SEI da SEAUD entre os dias 1º de janeiro de 2018 e 28 de fevereiro de 2023, em conformidade com a metodologia previamente informada.

Foram encontrados diversos processos contendo estes temas, mas após análise pormenorizada dos processos identificados, com a seleção apenas dos que versavam sobre demandas judiciais contra o Fundo de Saúde, bem como com exclusão dos processos repetidos, foram encontradas treze demandas judiciais emanadas de beneficiários contra o CBMDF, mas uma foi excluída da análise, pois a demanda original era de 2017.

A tabela 1 ilustra o perfil das demandas contra o CBMDF, sendo, em sua plena maioria, litígios decorrentes de cobertura assistencial. O que se observou em todos os processos é que havia uma expectativa de cobertura assistencial pelo beneficiário, a qual não foi contemplada em decorrência de discordância técnica dos pedidos dos médicos solicitantes pela equipe da Auditoria Médica.

Dentre os trezes processos avaliados, apenas um não fazia referência à cobertura assistencial, o que mostra que este é o grande tema das judicializações no CBMDF. Nesse único processo, o ocorrido se deu pela não observância do beneficiário dos procedimentos necessários para o ressarcimento de despesas médicas, o que culminou com a negativa de seu pedido administrativo de ressarcimento. A negativa não foi fruto de discordância técnica do pedido, mas pelo não cumprimento correto do rito processual de ressarcimento.

Tabela 1: Judicializações de saúde contra o CBMDF entre os anos de 2018 e 2023

Ano	Número do processo SEI	Demanda requerida	Refere-se a cobertura assistencial?	Houve concessão de antecipação de tutela?
2023	00010633/2023-56	Fornecimento de OPME	Sim	Não
2022	00041987/2022-61	Fornecimento de medicação	Sim	Sim
2022	00018244/2022-98	Procedimento cirúrgico	Sim	Sim
2021	00049174/2021-39	Procedimento cirúrgico e exames oftalmológicos	Não	Sim
2021	00219119/2021-26	Exame complementar	Sim	Sim
2021	00025678/2021-63	Internação domiciliar	Sim	Sim
2021	00002297/2021-14	Procedimento cirúrgico	Não	Sim
2021	00005671/2021-25	Fornecimento de medicação	Sim	Sim
2020	00054327/2020-92	Internação domiciliar	Sim	Sim
2019	00000604/2019-08	Fornecimento de OPME	Sim	Não
2018	00011125/2018-28	Tratamento hospitalar	Sim	Sim
2018	00036657/2018-78	Tratamento hospitalar	Sim	Sim

Fonte: O autor.

Além da maior demanda ser oriunda de cobertura assistencial, foi observado também que, em apenas dois casos, não houve a concessão de antecipação de tutela pelo magistrado. Ou seja, em apenas dois casos, não foi obrigatória o cumprimento da decisão judicial em desfavor do CBMDF de forma imediata.

Isso equivale a dizer que, em mais de 80% dos casos em que houve litígio judicial entre beneficiários e o Fundo de Saúde decorrente de cobertura assistencial,

houve deferimento favorável do pleito para a parte autora com pedido de cumprimento imediato da sentença, sem haver a possibilidade de apresentar ampla defesa e contraditório antes do cumprimento da decisão judicial.

O entendimento da tutela antecipada pelo Poder Judiciário é pautado pelo risco que uma possível demora da tramitação do processo possa gerar ou agravar danos para o beneficiário nos casos que envolvem saúde. Ainda que a ampla defesa e contraditório seja facultada ao CBMDF ao longo do processo, os processos judiciais são demorados e muitas vezes quando se chega a esta fase de instrução, o objeto de discussão já ocorreu, visto que o beneficiário já teve seu pleito atendido pela tutela antecipada.

Ademais, nos processos em desfavor do CBMDF que chegaram em fases mais avançadas de tramitação, não foi observado mudança de entendimento dos magistrados daquele que já tinha sido proferido na tutela antecipada.

Finalmente, ressalta-se que antes de concessão da tutela antecipada, não houve nenhum caso em que foram solicitadas informações adicionais pelo magistrado sobre os motivos que ensejaram a negativa do pedido pela DISAU. Esses fatos são colocados nos processos judiciais apenas pelos representantes das partes autoras, os quais, nem sempre, revelam todos os elementos efetivamente presentes no caso.

Outrossim, o único elemento posto para a instrução técnica do magistrado é o pedido do médico assistente, sem nenhum outro embasamento científico que subsidie o pedido. Assim, as decisões da concessão de tutela antecipada dos casos que envolveram o CBMDF se assemelham aqueles observados comumente na saúde suplementar em geral.

Ou seja, as decisões são, em sua maioria, para cumprimento imediato, sem haver a devida ponderação de todos os fatos que motivaram as negativas administrativas iniciais dos pleitos.

A inspeção dos processos também evidenciou que os representantes legais dos beneficiários frequentemente comparam o Fundo de Saúde às operadoras da saúde suplementar. Em função da existência da contribuição obrigatória para o fundo por todos os militares e pensionistas, em alguns pedidos foram equiparadas estas contribuições às mensalidades praticadas pelas operadoras de saúde. Essa comparação vislumbrou, em muitos pedidos, que no CBMDF também existe a mesma relação consumerista presente entre beneficiários e operadoras privadas de plano de saúde.

Isso serviu como base, nos pedidos judiciais, para se estabelecer que os regramentos do CDC também seriam aplicáveis para a relação entre beneficiários e CBMDF. Apesar dos pleitos ensejarem esta relação, não foi observada, em nenhuma decisão judicial, subsídio para esse argumento.

De forma clara, existe incoerência neste enredo, pois a contribuição para o Fundo de Saúde foi instituída no Estatuto dos Militares do CBMDF, conforme já abordado previamente, sendo a sua contribuição obrigatória e não facultativa, o que já desfaz uma relação análoga ao que está contido no CDC.

Além disso, é prática comum nos pedidos de antecipação de tutela, a comparação do Fundo de Saúde do CBMDF com o SUS pelo fato de ambos terem origem pública. Entretanto, conforme já descrito, SUS e CBMDF estão em esferas distintas do sistema de saúde brasileiro, sendo o serviço de saúde do CBMDF parte do sistema suplementar de saúde, ainda que sua origem seja pública.

Um exemplo desta comparação equivocada ocorreu numa petição judicial para concessão de medicação oncológica, cujo pedido original administrativo foi indeferido pela DISAU.

Ademais, no caso concreto, o tratamento apontado é meio essencial e único para a permanência de sua vida e salvaguarda, prolongando sua condição de saúde. Corre RISCO DE MORTE, sendo de crucial saliência que à ré cumpra com o seu dever de alcançar referido MEDICAMENTO QUIMIOTERÁPICO, nos exatos termos do que dispõe os artigos 6º e 196, da Carta Federal e na consonância do que foi prescrito pela médica que assiste a Autora. (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL, 2021)

Não há dúvida que a carta magna brasileira assegura o direito à saúde para todos os cidadãos. Todavia, esta garantia é ofertada pelo SUS e não por fundos de saúde específicos, como é o caso do CBMDF, dos quais fazem parte apenas os indivíduos determinados por lei. Desse modo, o direito a saúde para os beneficiários do Fundo de Saúde não é extensível a todos os brasileiros apesar do fundo ter origem pública.

Outro fator de confusão nos casos de demanda judicial advém da comparação que a oferta de serviços de saúde do Fundo de saúde deve ser aquela que está contida no rol da ANS. Comparações com o que é preceituado pela Lei 9.656/98 são frequentes nas demandas judiciais, provavelmente pelo fato do Fundo de Saúde CBMDF estar inserido dentro do sistema de Saúde Suplementar.

De forma pesarosa, não é de conhecimento de todos os profissionais do Direito que o subsistema de saúde suplementar, principalmente composto pelos fundos de saúde públicos e operadoras de autogestão, não possui subordinação aos regramentos da ANS.

Não obstante, apesar de alguns pedidos não citar a lei dos planos de saúde, os demandantes utilizam, muitas vezes, argumentos que a prerrogativa de assistência à saúde dos bombeiros e dependentes ocorra de forma integral e irrestrita, sem limitações ou regras específicas. Ou seja, prevalece o entendimento que todo e qualquer pedido de assistência a saúde deve ser cumprido em função do apanágio de ser direito dos beneficiários do Fundo de Saúde uma cobertura universal, sem restrições.

Decerto, uma das lacunas para os entendimentos equivocados é a ausência da norma que dite claramente as listagens de procedimentos que são ofertados pelo CBMDF. Essa ausência, dentro do mundo jurídico, acaba sendo preenchida de alguma maneira.

Isso ocorre pela comparação com o entendimento que muitos possuem que o SUS possui uma cobertura universal e, em função do CBMDF também ser órgão público, este também deveria obedecer ao mesmo entendimento. Ressalta-se que, numa eventual hipótese do fundo possuir oferta de serviços assemelhadas àquela ofertada pelo SUS, esta também não é universal, pois há procedimentos que o próprio SUS também não possui cobertura.

Como exemplo, cita-se as ações da CONITEC, que é o órgão de assessoramento do SUS para incorporação de novas tecnologias. Conforme ata de uma das reuniões da comissão, diversos pedidos de inserção de medicamentos para SUS não foram acatados, como é o caso do pedido de incorporação da medicação inotersena para uma doença neurológica conhecida como polineuropatia amiloidótica (CONITEC, 2023).

Nesta consulta, a CONITEC emitiu parecer desfavorável à incorporação do medicamento, o que mostra o falso entendimento que as pessoas possuem que a cobertura assistencial do SUS é universal para toda e qualquer terapia. Não restam dúvidas que a palavra universalidade existe dentro do Sistema Único de Saúde, mas como princípio de assistência e não como adjetivo da sua cobertura assistencial.

No cenário do CBMDF, conforme ilustrado pelas judicializações e pelas normas analisadas, percebe-se que existe um grande lapso de informação para os

beneficiários sobre a cobertura assistencial. Ela está contemplada apenas de forma superficial tanto na carta de serviços do sistema de saúde do CBMDF, bem como nos critérios de exclusão na Portaria de Ressarcimento e também em alguns breves trechos no edital de credenciamento, com citações sempre muito pontuais.

Contudo, de forma bem clara, não existe uma norma específica que contemple qual é a cobertura ofertada para os beneficiários do Fundo de Saúde do CBMDF. Como forma de melhor entendimento tanto da cobertura assistencial do CBMDF e dos órgãos comparados neste estudo, a tabela 2 contempla um resumo do que foi encontrado como cobertura em cada para os beneficiários dos fundos militares e do INAS.

Tabela 2: Coberturas assistenciais dos Fundos das Forças Armadas, das Forças Auxiliares do DF e do INAS

Órgão	Há existência de norma específica sobre cobertura assistencial	Quais normas possuem citação sobre a cobertura assistencial?	Há influência da rol da ANS nas decisões de cobertura assistencial?	Existe cobertura de procedimentos fora do rol da ANS?	Há exclusão de algum procedimento que está contido no rol da ANS?
FUSEX	Não	Catálogo CISSFA; Manual de Auditoria; pareceres da Diretoria de Saúde	Sim	Sim	Não
FUSMA	Não	Catálogo CISSFA; Manual de Auditoria; pareceres da Diretoria de Saúde	Sim	Sim	Não
FUNSA	Não	Catálogo CISSFA; Manual de Auditoria; pareceres da Diretoria de Saúde	Sim	Sim	Sim
Fundo de Saúde da PMDF	Não	Portaria de normatização do Fundo de Saúde; Portaria de ressarcimento	Sim	Sim	Sim
Fundo	Não	Edital de Credenciamento; Carta aos	Sim	Sim	Não

Continua...

Continuação

de Saúde do CBMDF		beneficiários, Portaria de ressarcimento, Edital de Credenciamento			
INAS	Sim	Manual de cobertura assistencial; Manual de Diretrizes de Utilização	Sim	Não	Sim

Fonte: O autor.

4.7 Cobertura assistencial na Saúde Suplementar

A mais conhecida norma de cobertura assistencial é o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS. A mais recente normatização foi concebida em 2021, após nova atualização, com a publicação da Resolução Normativa 465/21. Tradicionalmente, a atualização do rol ocorria a cada dois anos, mas resolução recente do colegiado da ANS passou a atualizar o rol a cada 06 meses.

Com essa modificação, de forma distinta do que era praticado, que era a publicação de uma nova Resolução Normativa a cada dois anos, o que ocorre atualmente é publicação de adendos ou pequenos apêndices para a resolução vigente.

Como uma forma de entendimento, conforme consta no sítio eletrônico da ANS, a resolução de 2021 já passou por trinta modificações desde a sua criação. Ou seja, num período de dois anos, esta resolução já foi objeto de diversas atualizações, o que mostra a dinamicidade da norma para adequação às demandas advindas do avanço das tecnologias em saúde.

Em virtude da grande extensão do rol de procedimentos da ANS, não é o escopo deste trabalho mostrar de forma pormenorizada toda a lista de procedimentos, mas informar como ela é praticada pelas operadoras de saúde.

Conforme já mencionado previamente, a ANS permite que as operadoras possuam oferta de diversos produtos no mercado além do plano referência, que é aquele que possui cobertura assistencial médico-hospitalar com Obstetrícia, apenas sem a obrigatoriedade de ofertar assistência odontológica. Além desse, é permitido a oferta apenas de planos com cobertura hospitalar, o qual pode contemplar ou não

assistência obstétrica, além da oferta de planos apenas odontológicos ou apenas ambulatoriais, conforme já mostrado na figura 5.

Cada modalidade de plano, possui um rol de cobertura mínima, como observado, por exemplo, na cobertura do plano odontológico.

Art. 22. O Plano Odontológico compreende a cobertura de todos os procedimentos listados no Anexo I desta Resolução Normativa para a segmentação odontológica.

§ 1º Os procedimentos bucomaxilofaciais que necessitem de internação hospitalar não estão cobertos pelos planos odontológicos, porém têm cobertura obrigatória no plano de segmentação hospitalar e plano-referência.

§ 2º Nas situações em que, por imperativo clínico, o atendimento odontológico necessite de suporte hospitalar para a sua realização, apenas os materiais odontológicos e honorários referentes aos procedimentos listados no Anexo I para a segmentação odontológica deverão ser cobertos pelos planos odontológicos.

§ 3º É obrigatória a cobertura dos atendimentos caracterizados como urgência e emergência, conforme normas específicas vigentes sobre o tema. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2021)

Ou seja, de acordo com a segmentação contratada, a operadora de saúde tem obrigações distintas a serem asseguradas. Apesar desta exemplificação, o que será abordado será referente às obrigatoriedades do plano-referência, o qual é a escolha de contratação da maioria dos beneficiários da saúde suplementar quando buscam uma operadora de saúde, e se assemelha ao tipo de oferta de serviço é praticada pelo CBMDF e pelos fundos que foram abordados neste estudo.

A atualização do rol possui um rito próprio para ocorrer e pode ser desencadeado por diversos atores como proponentes externos, dentre eles beneficiários, sociedades e associações médicas, pela própria ANS e pela CONITEC, desde que já exista uma incorporação de uma determinada tecnologia no SUS, mas que ainda não esteja inserida na cobertura da Saúde Suplementar.

Apesar das atualizações ocorrerem formalmente a cada seis meses, é importante mencionar que pode haver proposições de incorporação de novas tecnologias a qualquer tempo, não sendo obrigatório aguardar a atualização para que uma nova tecnologia seja absorvida.

Contudo, não é qualquer proposição que é acatada. Na sua análise, são necessários alguns pré-requisitos, conforme estabelece a ANS na sua Resolução Normativa nº 555/2022 (BRASIL, 2022b).

O rito processual de atualização do Rol observa as seguintes diretrizes:
I - a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, de modo a contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país;

- II - as ações de promoção à saúde e de prevenção de doenças;
- III - o alinhamento com as políticas nacionais de saúde;
- IV - a utilização dos princípios da avaliação de tecnologias em saúde – ATS;
- V - a observância aos princípios da saúde baseada em evidências – SBE;
- VI - a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do setor;
- VII - a transparência dos atos administrativos;
- VIII - a observância aos aspectos éticos da atenção à saúde; e
- IX - a participação social efetiva. (BRASIL, 2022b)

Conforme mostrado, apenas a intenção do proponente de incorporação de novo procedimento não é suficiente, mas é necessário que vários atores do sistema de saúde também percebam tal proposição como fundamental dentro do contexto da Saúde Suplementar. Fato a ser salientado, é a relação do alinhamento da proposição com as políticas de saúde do país e a observância quanto ao equilíbrio econômico das operadoras de saúde.

Importante mencionar estes fatores, pois as operadoras de saúde subordinadas à ANS possuem prerrogativas financeiras distintas daquelas que são observadas nos fundos de saúde e nas operadoras públicas de autogestão. As operadoras vinculadas à ANS podem estabelecer os valores de arrecadação financeira em observância a alguns regramentos da Agência, bem como lhes é facultado o reajuste das contribuições dos beneficiários de acordo com o que é preceituado pelo agente regulador.

De forma distinta, no setor público, esses valores são estabelecidos por leis específicas e apenas sofrem modificações em conformidade com a atualização destas normas, algo que não é comumente visto, ou de acordo com a atualização remuneratória dos beneficiários uma vez que muitas contribuições possuem alíquotas atreladas a remuneração percebida pelos beneficiários.

Esse último fato é mais comum de ocorrer, em contraponto com a atualização da legislação, não apenas por possíveis aumentos salariais que os servidores públicos civis ou militares possam receber, mas também pelas promoções e ascensões profissionais que ocorrem ao longo da sua carreira pública.

Apesar desta possibilidade, os valores de reajuste das contribuições não acompanham a inflação médica conforme mostrado na díspare diferença de percentuais do VMCH e do IPCA, ilustrado na figura 13.

Exemplo a ser dado quanto a questão do equilíbrio financeiro e a preocupação de alinhamento com as políticas públicas de saúde, ocorreu com a recente incorporação pela CONITEC da medicação onasemnogeno abeparvoveque ao SUS.

Esta medicação, utilizada no tratamento de uma doença neurológica conhecida como Atrofia Medular Espinhal, que é uma doença rara que afeta primordialmente crianças desde o seu nascimento, é conhecida como a mais cara do mundo. O valor desse tratamento está em torno de 1,7 milhão de dólares para cada indivíduo, o que equivale a cerca de 9 milhões de reais, conforme mostrado por IVAMA-BRUMEEL (2022).

Fato notório é que a incorporação dessa mesma medicação para o SUS ocorreu pelo valor de 5,7 milhões de reais, valor este 36% menor que o valor para a Saúde Suplementar. Não obstante, o valor deste custo dividido por todos os beneficiários do SUS, os cerca de 220 milhões de brasileiros, é muito menor que o valor deste custo dividido apenas para os beneficiários da Saúde Suplementar, cerca de 50 milhões de pessoas.

Ainda nesse exemplo, se o mesmo tratamento fosse incorporado como custeio obrigatório para as autogestões e fundos de saúde públicos, esta despesa proporcionaria um desequilíbrio financeiro irreparável. No caso do CBMDF, caso houvesse um simples beneficiário com a demanda de uso do onasemnogeno abeparvoveque em 2022, somente esta despesa já representaria 7% de todo o orçamento despendido para o custeio de saúde de todos os beneficiários do CBMDF ao longo do ano de 2022.

Assim, a despeito da preconização da ANS que todas as incorporações de novas tecnologias devem considerar o equilíbrio financeiro do setor, este fato possui variabilidade entre operadoras, sobretudo para aquelas que fazem parte deste sistema, mas possuem financiamento público. Nessas, a adição de novas tecnologias pode gerar um impacto financeiro maior em comparação com as demais operadoras.

Como efeito comparativo de despesas assistenciais, foi realizado uma avaliação do valor gasto anual por beneficiário do CBMDF. Este valor foi comparado com o valor gasto nas operadoras de autogestão e nas operadoras subordinadas a ANS e será mostrado a seguir.

No ano de 2022, conforme dados obtidos pela Seção de Acompanhamento de Contratos Continuados da Saúde (SACOT), seção da DISAU responsável pela fiscalização e controle dos pagamentos das credenciadas em saúde com o CBMDF, combinado com o que foi extraído do (SIAFI), houve um gasto de cerca de 104 milhões de reais com o pagamento de credenciadas no ano de 2022.

Além desse valor, houve a necessidade de pagamento adicional no montante de 32 milhões de reais, incluindo em restos a pagar para o ano de 2023, mas de serviços executados em 2022. Ou seja, o gasto total com as organizações de saúde credenciadas com o CBMDF foi aproximadamente 136 milhões de reais no ano passado.

Ao se dividir o valor gasto em 2022, com o total de beneficiários do fundo de saúde, obtém-se que o gasto médio per capita foi de R\$ 4.486. Em comparação com o que foi divulgado na NAB 69 do IESS, o valor médio per capita na totalidade das operadoras de saúde foi de R\$ 4.262 (PREVIVA, 2023) e de R\$ 4.739, quando se considera apenas o universo das operadoras de autogestão (UNIDAS, 2022).

Apenas como comparação, por não ser o escopo deste trabalho, este gasto no SUS é de R\$ 3.380,00 (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2022). Entretanto, o gasto do CBMDF per capita não representa todos as despesas com beneficiários, haja vista que não há dados sobre os gastos totais dentro da OBMs de saúde. Ou seja, os dados informados representam apenas o que foi gasto com a rede credenciada, que representa a maior parte dos gastos em saúde.

Além da preocupação com os gastos oriundos da grande amplitude de procedimentos contidos no rol da ANS e das suas constantes atualizações, ainda existem questões legais trazidas pela Lei 9.656 que são objeto de questionamentos.

Conforme estabelecido pela lei dos planos de saúde, o rol é a cobertura mínima obrigatória para a oferta de serviços pelas operadoras de saúde vinculadas a ANS. Todavia, existe indagação se o rol é meramente um exemplo do que deveria ser a cobertura assistencial (rol exemplificativo) ou se realmente lista apenas o que deveria ser coberto de forma mínima (rol taxativo).

A grande monta de ações judiciais de saúde compara constantemente a relação entre beneficiários e operadoras de saúde com o que é estabelecido pelo CDC em decorrência da redação do art. 35G da lei 9.656/98.

Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei as disposições da Lei no 8.078, de 1990. (BRASIL, 1998)

De acordo com o CDC, estabelecido pela lei 8.078/90, o inciso IV do art. 51 possui a seguinte redação:

Art. 51. São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que:

IV - estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade; (BRASIL, 1990)

Em conformidade com o entendimento da aplicabilidade do CDC à lei dos planos de saúde, o rol da ANS se enquadraria numa condição de desvantagem haja vista que o consumidor da saúde suplementar não teria condições de contra argumentar uma norma extremamente técnica.

Não obstante, também aviltaria a boa-fé do consumidor, que ao almejar dispor de assistência à saúde de forma integral, não teria toda a oferta de serviços de saúde disponível em função da necessidade de observar as regras do rol.

Assim como, não haveria equidade entre as partes, porquanto o consumidor é hipossuficiente no acesso aos serviços e, exatamente por este motivo, teria recorrido a uma operadora ou seguradora de para ter acesso a serviços de saúde, os quais não teria se tivesse este custeio sozinho.

Esta celeuma perdurou por alguns anos no país até o surgimento da Súmula nº 608 do Superior Tribunal de Justiça. A partir dela, foi dado entendimento sobre a efetiva aplicabilidade do CDC aos contratos de plano de saúde, com exceção daqueles incluídos na modalidade de autogestão por não terem as mesmas características consumeristas contratuais presentes nos demais contratos.

Com isso, a côrte superior pacificou que o rol era meramente exemplificativo. Por conseguinte, a Lei 14.454/22, sancionada pela Presidência da República, normatizou como deve ser ofertada a cobertura de eventos em saúde que não estão contemplados no rol da ANS (BRASIL; 2022a).

Conforme estabelecido, os procedimentos não constantes na lista da Agência devem ser cobertos seguindo os preceitos abaixo.

§ 13. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que:

I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou

II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais." (NR). (BRASIL, 2022b)

Com a promulgação da lei, gera-se uma discussão sobre os casos que não possuem previsibilidade de cobertura no rol, pois sua normatização é passível de muitas questões interpretativas. Como exemplo, não ficou claro qual seria efetivamente o critério para comprovação de eficácia.

Toma-se, como exemplo, o que foi observado durante a pandemia da COVID-19, durante a qual houve questionamento sobre a efetividade de uma série de medicações que possuíam finalidade para outras condições clínicas já estabelecidas na Medicina, mas que foram utilizadas para portadores da COVID.

Nesta celeuma, foram apresentados estudos que ora comprovaram alguma eficácia contra o vírus e ora não mostravam qualquer eficácia contra a doença. Utilizando o mesmo princípio do que cita a Lei 14.454/22, as medicações que tiveram sua eficácia questionada por algumas evidências científicas, mas que também tiveram sua efetividade assegurada por outras, poderiam ter sua oferta assegurada pelas operadoras de saúde em conformidade com o que preceitua a lei. Assim como em toda área do conhecimento humano, os estudos científicos com uma mesma finalidade podem trazer resultados dispares entre si.

Em virtude da lei apenas citar que “exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas”, mas sem definir qual seria o nível de evidência científica, qualquer comprovação já seria suficiente. Assim, ainda restam diversos questionamentos do que seria o entendido como comprovação de eficácia de um tratamento ou exame, por exemplo.

Outra dúvida que recai sobre a lei está contida no inciso II, pois apesar de haver citação da CONITEC e de toda a sua forma de agir, existe a possibilidade de substituição do parecer da comissão por “órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional”, segundo a norma. A subjetividade, uma vez mais, existe, pois não há claros critérios para ser definido o que é “renome internacional”.

Este entendimento, talvez, poderia ser aplicado ao órgão regulador americano *Food na Drug Administration*, que é equivalente à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) no Brasil. Entretanto, a mesma qualidade de ter “renome internacional” pode não ser aplicada à *Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica*, que é a agência reguladora da Argentina.

A divergência de pensamento seria ainda mais clara no cenário em que um mesmo tratamento ou exame possua recomendação favorável por uma agência e não

por outra, haja vista que os critérios de recomendação podem ser distintos em diferentes países.

Ou seja, um tratamento recomendado pela agência argentina, mas não pela agência americana, seria objeto de grande discussão. De acordo com a lei, se a primeira efetivamente for entendida como órgão de renome internacional, suas recomendações poderiam ser aplicadas ao Brasil.

Pelo que foi abordado pelas regras da ANS, apesar de serem abrangentes e claras, ainda resta muita discussão sobre a sua interpretação em decorrência das centenas de milhares de judicializações de saúde sobre seu entendimento e aplicabilidade. Ressalta-se ainda que a maioria dos litígios judiciais são decorrentes de questões sobre a cobertura assistencial e a maior parte das decisões judiciais são favoráveis aos consumidores, conforme mostrado pela pesquisa do CNJ (2015).

No entanto, quanto ao rol, é necessário um esforço constante de atualização da listagem dos seus procedimentos em função da velocidade de avanço do conhecimento de saúde.

A pressão da sociedade para a constante incorporação de novas tecnologias ao SUS e à saúde suplementar, num cenário de recursos financeiros limitados, também deve ser equacionada. Assim, apesar de bastante robusto e completo, a rol da ANS possui diversos desafios na sua aplicabilidade e interpretação conforme mostrado.

4.8 Recomendações de possíveis regramentos para o CBMDF

Conforme visto, a normatização de cobertura assistencial do CBMDF é desprovida de todos os elementos necessários para o seu correto entendimento. Ou seja, não existe uma norma clara direcionada para os beneficiários sobre qual é a cobertura assegurada pelo Fundo de Saúde.

O rol do CBMDF é interpretativo, baseado em diversas outras normas que fazem citações isoladas sobre a cobertura, não é explícito em mostrar quais os critérios para a oferta dos procedimentos, principalmente aqueles de alto custo. Isso gera insegurança para beneficiários, gestores e para a própria saúde financeira do fundo. Assim, serão abordadas as possíveis soluções que poderiam ser adotadas para a redução da lacuna na legislação.

O início da solução envolve a criação de uma portaria com esta finalidade específica. A regulamentação da cobertura assistencial é um ato administrativo ordinário com a finalidade de disciplinar o funcionamento da administração da assistência a saúde do CBMDF, bem como de estabelecer normas de execução de serviço. Esta regulamentação recai no conceito de Portaria, a qual é prerrogativa discricionária do próprio comando do CBMDF, sem a necessidade de envolvimento de atores públicos externos à corporação.

Assim, poderia ser criada comissão com componentes do Alto Comando do CBMDF, gestores da saúde e Assessoria Jurídica, com base nos dados disponíveis da administração do FSCBMDF, com vistas à elaboração de proposta de portaria a ser analisada e chancelada pelo Comando Geral. Uma vez já sabida a tramitação administrativa para sua regulamentação, as possíveis proposições serão abordadas nos próximos parágrafos.

Uma possibilidade de normatização seria a adoção do rol da ANS como o norteador da cobertura. A portaria poderia remeter apenas que a cobertura seria idêntica àquela praticada pelo rol com suas atualizações, sem a necessidade de subordinação do Fundo de Saúde do CBMDF a todo o regramento da Lei 9.656/98.

A vantagem desta propositura é a obtenção da clareza e abrangência do rol, bem como as suas atualizações periódicas, sem o risco de haver uma defasagem da norma para a cobertura das novas tecnologias de saúde que surgem constantemente.

Outra solução, ainda com base o rol da ANS, seria a norma publicada com a repetição de toda a lista dos procedimentos do no rol, com uma publicação pormenorizada que especificasse item por item.

Como exemplo, cita-se o que a FAB realizou para informação a respeito das DUTs que envolvem exames de alto custo com a publicação da sua norma desta maneira. A vantagem desse modelo é mostrar que efetivamente existe separação das normas da ANS e do CBMDF ainda que as coberturas de procedimentos sejam idênticas na sua essência.

Por outro lado, a estratégia de adoção do rol como balizador não apresenta apenas vantagens. O grande infortúnio da adoção do rol é a confusão que pode advir de beneficiários, advogados e magistrados, nos casos de litígios judiciais, que todos os regramentos da ANS também seriam aplicáveis ao CBMDF.

Não obstante, a atualização do rol pode gerar a necessidade de cobertura de procedimentos onerosos, os quais que podem gerar insegurança financeira para o orçamento da saúde da corporação, conforme já demonstrado.

Outro problema seria a necessidade de avaliar de forma imediata, a cada incorporação de nova tecnologia ao rol, se a nova tecnologia adotada é disponibilizada pelos estabelecimentos de saúde credenciados com o CBMDF.

As dificuldades já enfrentadas na DISAU da escassez de recursos humanos, aliado às demandas burocráticas da necessidade de atualização da oferta de serviços das credenciadas, bem como da imprescindível discussão dos valores de remuneração de cada procedimento novo incorporado, pode gerar uma demora entre o momento em que nova tecnologia já deva ter sua oferta assegurada em função atualização do rol e o efetivo momento em que será disponibilizada.

Mais uma resposta para normatização do rol do CBMDF seria a adoção do mesmo modelo de cobertura adotado pelo INAS. Como também não é subordinado à ANS, o instituto necessitou elaborar uma norma abrangente para sua oferta assistencial e o CBMDF poderia adotar a mesma cobertura.

A vantagem seria a adoção de um modelo já debatido de oferta assistencial, bem abrangente e claro e com o distanciamento do regramento da ANS. Outro possível benefício seria o alinhamento com outro órgão do GDF, o qual possui a função precípua de fornecimento de assistência social e de saúde para os servidores, logo, com uma competência já direcionada para esta temática.

A preocupação dessa estratégia recai sobre a necessidade de uma análise constante sobre a defasagem da cobertura assistencial, porquanto não existe previsibilidade de atualização periódica de cobertura assistencial do INAS na sua legislação.

Outro infortúnio pode envolver questões políticas sobre a independência da gestão da saúde das Forças Auxiliares por parte do GDF, como já tem ocorrido na PMDF. A gestão do montante do valor destinado para esta o sistema de saúde do CBMDF é ato discricionário da DISAU. Todavia, caso uma norma do INAS fosse utilizada como referencial, poderia haver discussões se também todo o regramento do INAS também não seria aplicável ao Fundo de Saúde.

Isso poderia também ensejar ilações se a administração do orçamento também não deveria ser discricionária do INAS. Em suma, de forma análoga ao que pode

ocorrer com a adoção do rol da ANS como referencial, a adoção do catálogo de assistência do INAS também pode ser gerar algumas incertezas.

Novo caminho que pode ser adotado para a definição de cobertura assistencial seria a adoção da tabela CISSFA como referencial, mas com um enfoque distinto. Nas Forças Armadas, conforme já especificado, ele funciona como uma orientação para indenizações de despesas, mas como é amplo, também poderia atuar como possibilidade de cobertura assistencial.

Os anexos do CISSFA poderiam ser utilizados como o referencial pormenorizado da lista de procedimentos, exames e tratamentos ofertados, uma vez que também podem ser interpretados como fonte de cobertura assistencial para os fundos de saúde das Forças Singulares. Em função de ser normatizado para forças militares, sua adoção pelo CBMDF poderia ser mais fácil dada a semelhança do FSCBMDf com os fundos de saúde da Forças Armadas.

Uma outra vantagem do CISSFA é sua atualização constante, apesar de inexistir norma que tenha esta previsibilidade. Como exemplo, durante a execução deste trabalho, foi publicada nova atualização do catálogo em 2023, sendo que a última publicação ocorreu em 2021 (BRASIL; 2023c).

A desvantagem desta alternativa seria que a finalidade da norma seria modificada para a qual foi criada, haja vista que sua função precípua é nortear o valor da indenização dos procedimentos de saúde, mas não a cobertura assistencial. Outro fato a ser observado é a avaliação detalhada se as atualizações do CISSFA contemplam a incorporação das novas tecnologias e procedimentos médicos.

Por fim, como o CISSFA não possui a finalidade de ser uma norma de cobertura, não possui DUTs para os procedimentos, sobretudo os mais onerosos. Logo, a adoção do catálogo das Forças Armadas como critério de cobertura deveria vir acompanhado de um detalhamento das diretrizes de utilização.

Possível solução para a gênese de um rol de procedimentos seria o delineamento de um Manual de Auditoria de Serviços de Saúde, como já foi adotado pelo Exército e Aeronáutica. Os manuais dessas duas forças poderiam funcionar como um balizador para a construção um manual próprio do CBMDF e, neste constar os procedimentos que são de cobertura para o Fundo de Saúde.

O maior benefício ocorreria no alinhamento do que é ofertado com o que efetivamente deve ser observado na auditoria das contas de saúde, de forma a não haver dissociação de uma norma sobre o que é ofertado e o seu custeio. Esta

vantagem decorre do fato dos manuais serem direcionados para os auditores em saúde, os quais já poderiam checar se um determinado procedimento executado num hospital, por exemplo, efetivamente possui cobertura assegurada

Por outro lado, esta mesma vantagem também pode ser uma desvantagem, porquanto os manuais de auditoria costumam ter uma linguagem mais técnica. Como são direcionados para profissionais de saúde, seu delineamento pode gerar dificuldade de compreensão para os beneficiários. Esta dificuldade de compreensão pode gerar interpretações díspares e, por conseguinte, litígios.

Novo aspecto a ser considerado é a necessidade de atualização periódica dos manuais em função dos avanços das tecnologias médicas. A renovação do rol de procedimentos não é tão simples, haja vista que o detalhamento de informações nos manuais é ainda maior que o detalhamento das coberturas assistenciais, o que pode gerar dificuldades de atualizações constantes.

Finalmente, uma outra medida para a normatização do rol de procedimentos de saúde do CBMDF poderia ser a adoção de uma mistura de todas estas normas. Como todas possuem virtudes e fragilidades, entende-se que elas são complementares entre si e não excludentes.

Como possibilidade, a extração da lista do CISSFA, aliado a diretrizes de utilização publicadas pela ANS, conjuntamente com a adoção de coberturas específicas do INAS, poderia ser o balizador da elaboração da norma do CBMDF. Outros modelos de cobertura presentes em outras operadoras de autogestão também poderiam servir como orientação para o catálogo de procedimentos ofertados pelo FSCBMDF.

Com esta estratégia, a periodicidade de atualização, por exemplo, também poderia ser definida embasada nas atualizações previstas no rol da ANS ou a cada nova publicação do CISSFA. Em suma, a adoção dos melhores aspectos de cada norma poderia auxiliar na construção da norma da corporação. Os pontos positivos e negativos da adoção de cada norma estão sumarizados na tabela 3.

Tabela 3: Tabela com pontos positivos e negativos da adoção dos alguns dos possíveis modelos de cobertura assistencial para o Fundo de Saúde do CBMDF

Modelo assistencial	Vantagens	Desvantagens
Rol da ANS	<p>Norma mais abrangente da Saúde Suplementar;</p> <p>Atualizações periódicas;</p> <p>Existência de diretrizes de utilização específicas para procedimentos de alto custo.</p>	<p>Necessidade de constante avaliação dos procedimentos ofertados pela credenciadas com as atualizações;</p> <p>Risco de atrasos desde a atualização do rol até a efetiva oferta do procedimento pelo CBMDF;</p> <p>Risco de insegurança financeira com a incorporação automática de novas tecnologias.</p>
Rol do INAS	<p>Listagem completa a abrangente;</p> <p>Distanciamento do regramento da ANS;</p> <p>Manutenção de modelo de cobertura assistencial já existente no GDF.</p>	<p>Risco de discussão do modelo de gestão atual da saúde do CBMDF;</p> <p>Ausência de previsibilidade de atualizações.</p>
Catálogo CISSFA	<p>Modelo já utilizado na Forças Armadas;</p> <p>Semelhança de gestão de saúde entre fundos de saúde das Forças Armadas e Fundo de Saúde do CBMDF;</p> <p>Atualizações periódicas pelo Ministério da Defesa</p>	<p>Finalidade original da norma não é orientar cobertura assistencial;</p> <p>Ausência de diretrizes para cobertura dos procedimentos de alto custo;</p>
Criação de Manual de Auditoria próprio	<p>Modelo já utilizado na FAB e Exército;</p> <p>Instituição e monitoramento das regras da cobertura assistencial diretamente com as ações de Auditoria da SEAUD.</p>	<p>Dificuldade de clareza das informações de cobertura para beneficiários e pessoas sem o devido conhecimento técnico;</p> <p>Maior dificuldade de atualizações periódicas.</p>
Mescla de normas	<p>Escolha do melhor e mais aplicável regramento de norma com a realidade do CBMDF;</p> <p>Possibilidade de discussão com os gestores dos diversos fundos sobre pontos de melhoria das suas respectivas normas.</p>	<p>Necessidade da formação de um grupo de trabalho com um número maior de pessoas para discussão dos melhores pontos de cada normativa;</p> <p>Necessidade de discussão sobre o melhor modelo de atualização da cobertura a ser adotado.</p>

Fonte: O autor.

4.9 Alcance dos objetivos

Após toda a abordagem contida neste estudo, será avaliado como os objetivos do estudo foram alcançados. Assim, cada objetivo específico será repassado resumidamente.

Foi mostrada a cobertura assistencial nos modelos de assistência que se assemelham ao CBMDF, que são os fundos das Forças Singulares, por intermédio das legislações que remetessem às suas respectivas coberturas como editais de credenciamento, manuais de auditoria, cartilhas aos beneficiários. Percebeu-se que todas adotam um modelo insuficiente de descrição da cobertura assistencial ofertada.

O modelo assistencial do INAS foi descrito com a avaliação das normas que regem o rol de procedimentos ofertados pelo instituto. Como se trata de um modelo de autogestão pública, possui a semelhanças com o FSCBMDF em ter uma prerrogativa de normatização da cobertura assistencial própria, distinto do que é determinado pelo rol da ANS.

Foi mostrado também o modelo de cobertura assistencial regido pela ANS, com as leis que regem quem são as entidades que efetivamente devem estar subordinadas ao rol, bem como a sua dinamicidade, atualizações e interpretações, sobretudo, no que concerne se o rol se resume a um modelo exemplificativo, ou se é, efetivamente, terminativo.

O modelo assistencial do CBMDF foi salientado, com suas forças, que é a descrição pormenorizadas dos procedimentos que são realizados nas OBMs subordinadas à DISAU, mas também com suas fraquezas, que é a pobre ou quase ausente descrição dos procedimentos que são cobertos para serem realizados na rede de saúde credenciada. Os problemas ocasionados pela falta da norma também foram evidenciados ao longo deste estudo.

Percebeu-se que a legislação de cobertura assistencial do CBMDF possui características análogas àquelas estudadas nas outras instituições. Com exceção do INAS, todos possuem legislações semelhantes no tocante aos beneficiários do fundo e as questões administrativas de como ocorre a organização dos sistemas de saúde.

Em relação ao rol de procedimentos de cada força militar, em nenhuma delas existe uma norma finalística para esta especificação. Todas são fragmentadas, algumas com informações mais pormenorizadas, outras com grandes lacunas sobre

o que é ofertado. A semelhança existente entre elas, neste quesito, resume-se aos critérios de exclusão de cobertura, os quais são muito parecidos entre as forças.

O INAS é a exceção a esta regra, pois possui uma legislação mais pormenorizada e específica sobre o que os beneficiários do GDF-Saúde podem almejar como cobertura assistencial.

Quanto ao objetivo de avaliar os gastos em saúde, este foi atingido quando se mostrou os dados da saúde suplementar que revelam que os gastos são crescentes. As entrevistas realizadas mostraram a preocupação de todos os gestores com a crescente demanda de saúde, a elevada taxa da inflação médica e a necessidade de cobertura de, cada vez mais, procedimentos de custos elevados, em função do avanço tecnológico da saúde.

Com os desafios que foram mostrados e a ausência de uma norma abrangente no CBMDF, foi mostrado que é possível a elaboração de uma norma própria para especificar o rol de procedimentos do FSCBMDF. Vários modelos podem ser adotados, inclusive uma mistura de todos eles, com a adequação para a realidade financeira e administrativa do Fundo de Saúde do CBMDF:

Desse modo, percebe-se que todos os objetivos específicos foram alcançados ao longo do estudo, o que leva ao entendimento que foi possível chegar ao que se pretendia também no objetivo geral deste trabalho monográfico.

Assim, foi analisada a aplicabilidade das normatizações de cobertura de assistência à saúde de outras organizações, de acordo com as normas existentes no CBMDF. A avaliação realizada pode auxiliar no delineamento de uma efetiva cobertura assistencial para o sistema de saúde, o que pode reduzir os litígios e propiciar um melhor equilíbrio entre a cobertura e as despesas em saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo vislumbrou discutir o regramento da cobertura assistencial do Fundo de Saúde do CBMDF, bem como avaliar seus possíveis gargalos e lacunas. Foi realizado ainda avaliação comparativa do regramento da cobertura do CBMDF com as regras existentes em fundos assemelhados, bem como em modelos de autogestão que não possuem subordinação formal aos ditames da ANS, além de comparação com a cobertura assistencial preceituada pela lei dos planos de saúde.

Percebeu-se que a informação de cobertura de procedimentos é mais robusta para aqueles que são realizados dentro das OBMs da DISAU, principalmente no âmbito da PODON, POMED e CEABM, mas é praticamente quimérica quando se trata dos procedimentos realizados na rede credenciada.

Este fato não é exclusivo do CBMDF, mas inerentes aos fundos de saúde de todas as forças militares. FUSEX, FUNSA, FUSMA e o fundo de saúde da PMDF também possuem a mesma característica de lacunas de informação de cobertura como o que foi encontrado no CBMDF. A única exceção a essa realidade é encontrada no INAS, provavelmente por ser o escopo da sua existência a prestação de oferta de saúde para os servidores do GDF.

As brechas oriundas da ausência ou da dubiedade da normatização são responsáveis pelos litígios, administrativos e judiciais, que ocorrem entre os beneficiários e o CBMDF, sendo a divergência de entendimento da cobertura assistencial o maior motivo de ações judiciais que envolvem do Fundo de Saúde.

Não obstante, a omissão da norma em definir a cobertura pode gerar um falso entendimento que o FSCBMDF possui uma cobertura universal. Ou seja, a ausência da norma específica pode promover com que beneficiários suponham que todo e qualquer procedimento de saúde tenha obrigatoriedade de cobertura pelo fundo.

Esta suposição é impossível de ser alcançada por diversos motivos, sendo os motivos financeiros os que mais provocam restrições para o acesso a determinados tratamentos. As crescentes incorporações de novas tecnologias em saúde têm gerado dispêndios acintosos e contínuos em toda o sistema de saúde, não apenas na saúde suplementar, mas também no SUS.

A saúde suplementar tem enfrentado constantes desafios no tocante a sua sobrevivência financeira. O aumento gradual de custos tem ocorrido tanto pelo aumento do número de beneficiários do sistema, fato este também presente no Fundo de Saúde do CBMDF, quanto pelo aumento dos custos em saúde em decorrência da inflação médica, bem como pela necessidade de incorporação de novas tecnologias cada vez mais caras. Além disso, o fenômeno das judicializações, que praticamente obrigam a oferta de procedimentos com antecipação de tutela, sem uma previsibilidade prévia destes gastos, gera ainda mais despesas para um sistema já economicamente pressionado.

Diversos desafios são lançados para o equilíbrio financeiro do sistema, sendo a atuação das Auditorias Médicas fundamentais para que ocorra austeridade nos gastos. Entretanto, para que a SEAUD funcione plenamente é necessário o estabelecimento e seguimento de uma norma do CBMDF para que não existam indagações quanto a sua atuação, bem como as normas que estão sendo utilizadas.

Não há norma que seja perfeita e nem um modelo cabal a ser seguido, porquanto o modelo adotado pelos fundos de saúde estudados e pelo INAS praticamente obedecem aos mesmos preceitos da ANS, mas com algumas particularidades baseadas na realidade de cada fundo.

Exemplo disso que, enquanto nenhum fundo de saúde cobre OPMEs não ligadas ao ato cirúrgico, o FUSMA possui resolução para custeio de óculos para seus beneficiários. Outro exemplo remete ao caso do FUSEX que, mesmo não possuindo vinculação com a ANS, preocupou-se em orientar os gestores do fundo com a emissão de pareceres referente a solicitações de procedimentos de saúde que não estão contemplados no rol da ANS.

Em função de toda esta complexidade, cabe exclusivamente ao CBMDF avaliar e adotar as medidas mais pertinentes para o tipo de cuidado assistencial que deseja ofertar para os seus beneficiários. Num contexto onde o aumento das despesas médicas e a demanda por assistência cresce progressivamente, mas a disponibilidade de recursos é cada vez mais limitada, essa discussão é de suma relevância. Como a definição de cobertura pode ser definida por regramento próprio, não há complexidade jurídica da tomada de decisão, porquanto é ato exclusivo do Comando do CBMDF.

Com isso, retoma-se a pergunta problema deste trabalho que questionou “como a implementação de norma definidora da cobertura assistencial na saúde do CBMDF pode contribuir com a legalidade das ações da SEAUD, auxiliar a sustentabilidade financeira do Fundo de Saúde e promover a redução de litígios?”

A norma, de forma indubitável, auxilia e assegura o devido respaldo para ações da Seção de Auditoria em Serviços de Saúde e, conseqüentemente, para as ações da própria DISAU, o que confere a devida legalidade esperada das ações das instituições públicas no Brasil.

Com uma legislação específica, pode-se ainda definir os procedimentos que serão cobertos com base na realidade financeira do CBMDF, sem o risco do fundo ser surpreendido com a necessidade de financiamento de procedimentos que extrapolem o orçamento destinado a saúde.

Assim, a oferta de saúde a ser fornecida fica transparente entre os principais atores do sistema de saúde: gestores do fundo, beneficiários e credenciadas com o CBMDF, o que pode reduzir a interferência do Poder Judiciário nesta relação.

Por fim, sugere-se que este trabalho possa ensejar futuras análises pelo Alto Comando no tocante a realização de novos estudos para avaliar qual a melhor forma de cobertura. Não se almejava o esgotamento deste assunto com o presente estudo, mas os fatos apontados revelam os danos à Corporação causados pela ausência da norma específica.

Apesar de não ser o objetivo do presente estudo, algumas possíveis alternativas de normatização foram citadas. Estudos futuros podem avaliar, de forma pormenorizada, os benefícios e riscos de cada uma das possíveis alternativas apontadas ou, quiçá, encontrar outra possível alternativa para o problema. De forma incontestável, não é mais possível não se abster da presente discussão. A célebre frase “saúde não tem preço” segue sendo uma verdade, mas é cada vez mais importante lembrar que ela tem custo.

5.1 Recomendações

Este tópico visa pontuar os problemas assinalados ao longo deste estudo e sugerir algumas ações para serem avaliadas pelo CBMDF.

- Rever as normas que versam sobre cobertura assistencial existente (carta aos beneficiários, Portaria de Ressarcimento, Editais de Credenciamento de saúde) para subsidiar tecnicamente a criação de uma norma única sobre o rol de procedimentos em saúde do FSCBMDF;
- Discutir com a Diretoria de Saúde e o Alto Comando do CBMDF as informações contidas neste trabalho e suas sugestões;
- Avaliar com a Diretoria de Saúde e o Alto Comando a necessidade de criação de tarefas para subsidiar a criação da norma finalística da cobertura assistencial, como por exemplo uma comissão para este fim, ou se será necessário a elaboração de novos estudos;
- Averiguar junto à Assessoria Jurídica do CBMDF a melhor forma de publicação do rol de cobertura assistencial;
- Debater com os gestores da FSCBMDF e o Comando Geral qual seria a melhor norma a ser seguida para assegurar a sustentabilidade a longo prazo do fundo;
- Elaborar a norma finalística da cobertura assistencial, dando-lhe a devida publicidade para que beneficiários, militares lotados na DISAU, clínicas e hospitais credenciados com o Fundo de Saúde tomem ciência do seu conteúdo;
- Discutir com os auditores da SEAUD, a elaboração de um manual de Auditoria em Saúde pormenorizado, a fim de dar transparência para as entidades de saúde credenciadas com o CBMDF, o que é efetivamente alvo de cobertura assistencial;
- Monitorar, por profissional do Direito, os processos judiciais contra o CBMDF que envolvam saúde, a fim de analisar os motivos que

ensejaram o litígio, subsidiando as ações necessárias da DISAU ao longo dos processos, com orientações de possíveis maneiras de evitar, de forma administrativa, seu surgimento;

- Inserir nos cursos rotineiros do CBMDF (cursos de formação, habilitação, aperfeiçoamento, altos estudos de oficiais e praças e no Curso Preparatório de Oficiais) palestra ou matérias curriculares sobre as normas do Fundo de Saúde, com o objetivo de mostrar a necessidade do seu uso de forma racional, visando a redução de lacunas de informação e litígios futuros.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Cobertura Assistencial**. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2022/09/lei-determina-cobertura-de-tratamentos-que-nao-estao-no-rol-da-ans>. Acesso em 20 fev. 2023.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Cobertura assistencial: Série Planos de Saúde - Conheça seus Direitos**. 2005. Rio de Janeiro, RJ, 2005.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Lei determina cobertura de tratamentos que não estão no rol da ANS**. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/atualizacao-do-rol-de-procedimentos/cobertura-assistencial>. Acesso em 1 mar. 2023.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **O que é o Rol de Procedimentos e Evento em Saúde**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/o-que-o-seu-plano-de-saude-deve-cobrir-1/o-que-e-o-rol-de-procedimentos-e-evento-em-saude>. Acesso em 20 fev. 2023.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Parecer Técnico nº 05/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021 – Cobertura: Atenção Domiciliar (HOME CARE, assistência domiciliar, internação domiciliar, assistência farmacêutica domiciliar)**. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/transparencia-institucional/pareceres-tecnicos-da-ans/2020/parecer_tecnico_no_05_2021_atencao_domiciliar_-_home_care.pdf. Acesso em 16 mar. 2023.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Nota de Esclarecimento Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM)**. 2022. Disponível em: <https://amb.org.br/noticias/nota-de-esclarecimento-classificacao-brasileira-hierarquizada-de-procedimentos-medicos-cbhp/>. Acesso em 11 mar. 2023.

BALLARDIM, Augusto Reis. **Breves linhas sobre planos públicos de assistência à saúde**. Revista da Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, n. 20, p. 190–207, 2018.

BALZAN, Márcio Vinicius. **Entidades de Direito Público que operam planos de saúde**. Fórum de Debates sobre a Saúde Suplementar ANS 2003, São Paulo, SP, 2003.

BRASIL. Ministério da Defesa. Portaria GM-MD nº 935, de 24 de fevereiro de 2021. Aprova o Catálogo de Indenizações dos Serviços de Saúde das Forças Armadas (CISSFA). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 7, 17 mar. 2021. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm >. Acesso em: 10 jan. 2023

BRASIL. Ministério da Defesa. Portaria CM nº 330 de 25/09/2009. Aprova o Regulamento para o Fundo de Saúde da Marinha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 187, 25 set. 2009. Disponível em: < https://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-330-2009_216084.html>. Acesso em: 10 jan. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução Normativa - RN nº 465, de 24 de fevereiro de 2021. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no artigo 35 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga a Resolução Normativa - RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, a Resolução Normativa - RN n.º 453, de 12 de março de 2020, a Resolução Normativa - RN n.º 457, de 28 de maio de 2020 e a RN n.º 460, de 13 de agosto de 2020. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 115, 02 mar. 2021. Disponível em: < <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-normativa-rn-n-465-de-24-de-fevereiro-de-2021-306209339>>. Acesso em: 16 mar. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução Normativa - RN nº 555, de 14 de dezembro de 2022. Dispõe sobre o rito processual de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, altera a Resolução Normativa nº 259, de 17 de junho de 2011 e a Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021 e revoga a Resolução Normativa nº 470, de 9 de julho de 2021 e a Resolução Normativa nº 474, de 25 de novembro de 2021. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 148, 16 dez. 2022. Disponível em: < <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-normativa-ans-rn-n-555-de-14-de-dezembro-de-2022-451166391>>. Acesso em: 23 mar. 2023

BRASIL. Presidência da República. **Constituição Federal artigo 144**. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 28 fev. 2023

BRASIL. Presidência da República. **Constituição Federal artigos 196 a 200**. Disponível em: <<https://constituicao.stf.jus.br/dispositivo/cf-88-parte-1-titulo-8-capitulo-2-secao-2-artigo-196>>. Acesso em: 19 fev. 2023

BRASIL. Presidência da República. Decreto 3.872, de 2 de dezembro de 1941. Cria no Corpo de Oficiais da Aeronáutica (C.O.AER), o Quadro de Saúde da Aeronáutica (Q.S.AER). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 23479, 19 dez. 1941. Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-3872-2-dezembro-1941-505832-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 10 jan. 2023

BRASIL. Presidência da República. Decreto 7.147, de 12 de dezembro de 1944. Altera a organização do Serviço de Saúde da Aeronáutica e estabelece o efetivo do Quadro de Saúde da Aeronáutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 20905, 14 dez. 1944. Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-7147-12-dezembro-1944-453689-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 10 jan. 2023

BRASIL. Presidência da República. Decreto 8.380, de 17 de dezembro de 1945. Cria o Quadro de Farmacêuticos de Aeronáutica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 19013, 22 dez. 1945. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-8380-17-dezembro-1945-458255-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 10 jan. 2023

BRASIL. Presidência da República. Decreto 92.512, de 2 de abril de 1986. Estabelece normas, condições de atendimento e indenizações para a assistência médico-hospitalar ao militar e seus dependentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 4758, 3 abr. 1986. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-92512-2-abril-1986-442475-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 10 jan. 2023

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 11.002, de 17 de março de 2022. Regulamenta a Lei nº 13.954, de 16 de dezembro de 2019, e a Medida Provisória nº 2215-10, de 31 de agosto de 2001, para dispor sobre a remuneração dos militares na ativa, os proventos na inatividade e as pensões militares. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 6, 18 mar. 2022. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2022/decreto-11002-17-marco-2022-792404-norma-pe.html>>. Acesso em: 7 abr. 2023

BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional 104 de 4 de dezembro de 2019. Altera o inciso XIV do caput do art. 21, o § 4º do art. 32 e o art. 144 da Constituição Federal, para criar as polícias penais federal, estaduais e distrital. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 2, 05 dez- 2019. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/emenda-constitucional-n-104-231560468>>. Acesso em: 19 fev. 2023

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 7.479, de 2 de junho de 1986. Aprova o Estatuto dos Bombeiros-Militares do Corpo de Bombeiros do Distrito Federal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 8057, 4 jun. 1986. Disponível em: <<https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=7479&ano=1986&ato=9adMzZ61UMBpWT636>>. Acesso em: 5 fev. 2023

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 1, 12 set. 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm>. Acesso em: 28 fev. 2023

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 1, 4 jul. 1998. Disponível em: <http://planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm>. Acesso em: 10 jan. 2023

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 5, 29 jan. 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9961.htm>. Acesso em: 10 jan. 2023

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.486, de 4 de julho de 2002. Dispõe sobre a remuneração dos militares do Distrito Federal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Ed. extra, seção 1, p. 1, 4 jul. 2002. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10486.htm >. Acesso em: 10 jan. 2023

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 11.134, de 15 de julho de 2005. Institui a Vantagem Pecuniária Especial – VPE, devida aos militares da Polícia Militar do Distrito Federal e do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal; altera a distribuição de Quadros, Postos e Graduações dessas Corporações; dispõe sobre a remuneração das Carreiras de Delegado de Polícia do Distrito Federal e de Polícia Civil do Distrito Federal; altera as Leis nºs 7.289, de 18 de dezembro de 1984, 7.479, de 2 de junho de 1986, 10.486, de 4 de julho de 2002, 8.255, de 20 de novembro de 1991, e 9.264, de 7 de fevereiro de 1996, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 1, 15 jul. 2005. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11134.htm >. Acesso em: 10 jan. 2023

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 1, 19 abr. 2011. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm >. Acesso em: 19 fev. 2023

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.954, de 16 de dezembro de 2019. Altera a Lei nº 6.880, de 9 de dezembro de 1980 (Estatuto dos Militares), a Lei nº 3.765, de 4 de maio de 1960, a Lei nº 4.375, de 17 de agosto de 1964 (Lei do Serviço Militar), a Lei nº 5.821, de 10 de novembro de 1972, a Lei nº 12.705, de 8 de agosto de 2012, e o Decreto-Lei nº 667, de 2 de julho de 1969, para reestruturar a carreira militar e dispor sobre o Sistema de Proteção Social dos Militares; revoga dispositivos e anexos da Medida Provisória nº 2.215-10, de 31 de agosto de 2001, e da Lei nº 11.784, de 22 de setembro de 2008; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 2, 17 dez. 2019. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13954.htm#art25 >. Acesso em: 28 fev. 2023

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 14.307, de 3 de março de 2022. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre o processo de atualização das coberturas no âmbito da saúde suplementar. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 1, 04 mar. 2022. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14307.htm >. Acesso em: 01 mar. 2023

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 9, 22 set.

2022. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14454.htm#art2>. Acesso em: 23 fev. 2023

BRASIL. Presidência da República. Medida Provisória nº 2.177, de 24 de agosto de 2001. Altera a Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 38, 27 ago. 2001. Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/medpro/2001/medidaprovisoria-2177-44-24-agosto-2001-390803-norma-pe.html> >. Acesso em: 10 jan. 2023

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Processo 008.992/2021-5**. p. 1, 15 mar. 2021. Disponível em: < https://portal.tcu.gov.br/data/files/C5/E0/5D/64/DB54871072725D77E18818A8/MC%20FAs%20BZ%20idSisdoc_22571451v10-28%20-%20Despacho-MIN-BZ-2021-3-17.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2023

CARVALHO, Rafaela Magalhães Nogueira. Papel institucional dos canais de reclamação para a resolução extrajudicial de conflitos sobre planos de saúde: uma análise comparada. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 8, n. 3, p. 1-28, dez. 2018

CELLA, José Luiz Jesus. AGUIAR, André Andrade de. **Efeitos da crise econômica de 2014 – 2016 sobre o mercado brasileiro da saúde suplementar**. 2019. Tese (Mestrado em Economia) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2019

COMISSAO NACIONAL DE INCORPORACAO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAUDE. **Pautas e Atas 2023**. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/reunioes-da-conitec/pautas-e-atas>. Acesso em: 23 mar. 2023

CONSELHO NACIONAL DE JUSTICA. **Judicialização da saúde no Brasil - Dados e experiências**. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015

CONSELHO NACIONAL DE JUSTICA. **Como o CNS quer vencer o desfinanciamento do SUS**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/2569-como-o-cns-quer-vencer-o-desfinanciamento-do-sus#:~:text=Segundo%20dados%20da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial,melhor%20a%20responsabilidade%20por%20eles>. Acesso em: 3 mar. 2023

CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO. **Portal da Transparência**. Disponível em: <https://portaldatransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2023>. Acesso em: 21 fev. 2023.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL. **Carta de Serviços do Sistema da Saúde CBMDF – Janeiro/2023**. Disponível em: https://saude.cbm.df.gov.br/wp-content/uploads/2023/01/CBMDF_DISAU_Carta-de-Servico-Revisada_1_compressed-1.pdf. Acesso em: 02 fev. 2023

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL. **Edital de credenciamento 001/2018 - CBMDF**. Disponível em: <https://www.cbm.df.gov.br/credenciamento-em-saude/>. Acesso em: 02 fev. 2023

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL. Gabinete do Comandante Geral. **Memorando Nº 327/2021 - CBMDF/GABCG**. Brasília: CBMDF, 26 jan. 2021. Processo eletrônico SEI: 00020-00002297/2021-14.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL. Gabinete do Comandante Geral. **Memorando Nº 6046/2022 - CBMDF/GABCG**. Brasília: CBMDF, 12 set. 2022. Processo eletrônico SEI: 00020-00041988/2022-14.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL. Gabinete do Comandante Geral. **Memorando Nº 2875/2022 - CBMDF/GABCG**. Brasília: CBMDF, 11 mai. 2022. Processo eletrônico SEI: 00020-00018244/2022-98.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL. Gabinete do Comandante Geral. **Memorando Nº 6595/2022 - CBMDF/GABCG**. Brasília: CBMDF, 04 out. 2022. Processo eletrônico SEI: 00020-00041987/2022-61.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL. Manual para Normalização de Trabalhos Acadêmicos. **Boletim Geral nº 131**, Brasília, DF, 15 jul. 2020.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL. Portaria Nº 41, de 31 de outubro de 2022. Aprova os critérios e procedimentos para o ressarcimento de despesas decorrentes de assistência à saúde no âmbito do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. **Boletim Geral nº 203**, Brasília, DF, 1 nov. 2022.

DE CARVALHO, Roosevelt Louback de. **Forças Armadas brasileiras e o modelo de remuneração na assistência em saúde baseado em valor**. 2020. Monografia (Curso Superior) – Escola de Guerra Naval, Rio de Janeiro, 2020.

DIAS, Sanderson Hermeto. **Assistência Médico-hospitalar na Marinha. Aspectos legais de execução indireta dos serviços de saúde**. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Altos Estudos de Política e Estratégia) – Escola Superior de Guerra, Rio de Janeiro, 2011.

DISTRITO FEDERAL. Governo do Distrito Federal. Decreto nº 26.876, de 5 de junho de 2006. Regulamenta dispositivo da Lei que especifica, sobre a assistência médico-hospitalar, médico-domiciliar, odontológica, psicológica e social ao militar do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, seus dependentes legais e pensionistas. **Diário Oficial da Distrito Federal**, Brasília, DF, Seção 1, p. 1, 5 jun. 2006. Disponível em: <http://www.tc.df.gov.br/SINJ/BaixarArquivoNorma.aspx?id_norma=53017>. Acesso em: 10 jan. 2023.

DISTRITO FEDERAL. Governo do Distrito Federal. Decreto nº 27.231, de 11 de setembro de 2006. Aprova o Regulamento do Plano de Assistência Suplementar à Saúde do Distrito Federal, GDF SAÚDE-DF. **Diário Oficial da Distrito Federal**, Brasília, DF, Seção 1, p. 1, 12 set. 2006. Disponível em:

<http://www.tc.df.gov.br/SINJ/BaixarArquivoNorma.aspx?id_norma=53017>. Acesso em: 22 jan. 2023.

DISTRITO FEDERAL. Governo do Distrito Federal. Decreto nº 31.646, de 6 de maio de 2010. Regulamenta o artigo 32, da Lei nº 10.486, de 04 de julho de 2002, que trata da assistência médico-hospitalar, médico-domiciliar, odontológica, psicológica e social ao policial militar do Distrito Federal, seus dependentes legais e aos pensionistas. **Diário Oficial da Distrito Federal**, Brasília, DF, Seção 1, p. 2, 7 mai. 2010. Disponível em: <https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/62970/Decreto_31646_06_05_2010.html>. Acesso em: 22 jan. 2023.

DISTRITO FEDERAL. Governo do Distrito Federal. Decreto nº 38.726, de 20 de dezembro de 2017. Altera os incisos I e III, do art. 8º, do Decreto nº 26.876, de 2 de junho de 2006, que regulamenta dispositivo da Lei que especifica, sobre a assistência médico-hospitalar, médico domiciliar, odontológica, psicológica e social ao militar do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, seus dependentes legais e pensionistas. **Diário Oficial da Distrito Federal**, Brasília, DF, Seção 1, p. 7, 20 dez. 2017. Disponível em: <https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/2424782e8b37400db199e1ecec3d5a27/exec_dec_38726_2017.html#art1>. Acesso em: 28 fev. 2023.

DISTRITO FEDERAL. Governo do Distrito Federal. Lei nº 3.831, de 14 de março de 2006. Cria o Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Distrito Federal – INAS, e dá outras providências. **Diário Oficial da Distrito Federal**, Brasília, DF, Seção 1, p. 2, 16 mar. 2006. Disponível em: <<https://dflegis.df.gov.br/ato.php?tipo=ficha&p=lei-3831-de-14-de-mar%C3%A7o-de-2006>>. Acesso em: 10 jan. 2023.

DISTRITO FEDERAL. Governo do Distrito Federal. Processo 14.110/2018-e. Consulta formulada pela Polícia Militar do Distrito Federal - PMDF acerca da possibilidade de, nos termos da legislação aplicável e da abrangência do sistema de saúde da Corporação, ser realizada aquisição, por parte do Fundo de Saúde da PMDF, de materiais, tais como, cadeiras de rodas, próteses, processadores de fala, CPAP, BIPAP, entre outros. **Diário Oficial da Distrito Federal**, Brasília, DF, Seção 1, p. 20, 11 dez. 2018. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/221453650/dodf-integra-11-12-2018-pg-20>>. Acesso em: 10 jan. 2023.

EXÉRCITO BRASILEIRO. **Fundo de Saúde do Exército - FUSEX**. Disponível em: <https://www.eb.mil.br/web/interno/fusex>. Acesso em: 10 jan.2023

EXÉRCITO BRASILEIRO. **Diretoria de Saúde – a saúde da nossa força**. Disponível em: <http://www.dsau.eb.mil.br/index.php/protocolos>. Acesso em: 10 jan.2023

EXÉRCITO BRASILEIRO. **Orientações aos usuários: Fundo de Saúde do Exército USEX. 38º Batalhão de Infantaria 3 – Batalhão Tibúrcio**. 2019. Disponível em: https://baprbauru.eb.mil.br/images/arquivos/cartilha_fusex_baprbauru.pdf. Acesso em: 25 fev. 2023

EXÉRCITO BRASILEIRO. Portaria 146, de 28 de junho de 2017. Aprova o Caderno de Instrução de Ortopedia (EB30-CI-20.001), 1ª Edição, 2017, e dá outra Providência.

Boletim do Exército, Brasília, DF, 7 jul. 2017. Disponível em: <[FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Estatísticas > Beneficiários**. Disponível em: <https://fenasaude.org.br/estatisticas/beneficiarios.html>. Acesso em 1 mar, 2023.](http://www.sgex.eb.mil.br/sg8/004_documentos_instrucao/01_cadernos_de_instrucao(ci)/port_n_146_dgp_28jun2017.html#:~:text=Aprova%20o%20Caderno%20de%20instru%C3%A7%C3%A3o,de%20compet%C3%Aancia%20conferida%20pelo%20art.>. Acesso em: 10 jan. 2023</p></div><div data-bbox=)

FORÇA AÉREA BRASILEIRA. **Diretoria de Saúde da Aeronáutica Comando-geral do pessoal**. Disponível em: <https://www2.fab.mil.br/dirsa/>. Acesso em: 10 jan. 2023.

FORÇA AÉREA BRASILEIRA. **MCA 160-5: Manual de auditoria para o uso da rede complementar do sistema de saúde da Aeronáutica**. 2021. Disponível em: <https://www2.fab.mil.br/dirsa/phocadownload/cadsau2022/MCA%20160-5.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2023.

FORÇA AÉREA BRASILEIRA. **NSCA 160-5: Normas para a prestação da assistência médico-hospitalar no Sistema de Saúde da Aeronautica**. 2020. Disponível em: <https://www2.fab.mil.br/dirsa/phocadownload/cadsau2022/NSCA-160-5.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2023.

FORÇA AÉREA BRASILEIRA. **SARAM – Guia do usuário**. 2013. Disponível em: <https://www2.fab.mil.br/hfag/images/PDF/Guia-do-Usuario-SARAM-2013.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2023.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo. Tabelas - Fevereiro 2023** Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/precos-e-custos/9256-indice-nacional-de-precos-ao-consumidor-amplo.html?=&t=resultados>. Acesso em: 15 mar. 2023

INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES DO DISTRITO FEDERAL. **ANEXO II – COBERTURA – Regulamento GDF Saúde**. 2020. Disponível em: <https://inas.df.gov.br/cobertura-gdf-saude/>. Acesso em: 10 fev. 2023.

INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES DO DISTRITO FEDERAL. **ANEXO III – DUT – Regulamento GDF Saúde – Adesão**. 2020. Disponível em: <https://inas.df.gov.br/anexo-iii-dut-regulamento-gdf-saude-adesao/>. Acesso em: 10 fev. 2023.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Análise especial do mapa assistencial da saúde suplementar no Brasil entre 2015 e 2020**. São Paulo: IESS, 2020

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Despesas assistenciais de planos médico-hospitalares Maio 2022.** Disponível em: <https://www.iess.org.br/biblioteca/periodico/analise-especial-da-nab/despesas-assistenciais-de-planos-medico-hospitalares>. Acesso em: 2 mar. 2023.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **O que é VCMH/IESS?** Disponível em: <https://www.iess.org.br/node/1186>. Acesso em: 21 fev. 2023.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Gastos com internações aumentam em 70% na saúde suplementar. 2020.** Disponível em: <https://www.iess.org.br/publicacao/blog/gastos-com-internacoes-aumentam-em-70-na-saude-suplementar#:~:text=Gastos%20com%20interna%C3%A7%C3%B5es%20aumentam%20em%2070%25%20na%20sa%C3%BAde%20suplementar,-Novembro%202020&text=Mesmo%20representando%20menos%20de%201,Brasil%20entre%202014%20e%202019%E2%80%9D..> Acesso em: 22 fev. 2023.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **VCMH/IESS Variação de Custos Médico-hospitalares. Edição: abril de 2022. Data-base: setembro de 2021.** Disponível em: https://www.iess.org.br/sites/default/files/2022-05/vcmh-abr-2022_0.pdf. Acesso em: 21 fev. 2023.

IVAMA-BRUMMELL, Adriana Mitsue et al. Ultraexpensive gene therapies, industry interests and the right to health: the case of onasemnogene abeparvovec in Brazil. **BMJ Global Health** 2022; vol. 7, p. 8637, mar. 2022.

LESSA, Claudio Colares. **Gestão em saúde: Restruturação do curso de auditoria de saúde no Comando da Aeronáutica.** 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Altos Estudos de Política e Estratégia) – Escola Superior de Guerra, Rio de Janeiro, 2018.

LOPES, Camila Novaes. **Sistema de Saúde Suplementar (Algumas Considerações).** Série Aperfeiçoamento de Magistrados 6: Judicializacao na saúde parte I: Saúde Suplementar no Direito Brasileiro: Curso de Direito em Saúde Suplementar. 2011. Rio de Janeiro, RJ, 2011

MARINHA DO BRASIL. **CARTA DE SERVIÇOS AO USUÁRIO 2022.** Disponível em: https://www.marinha.mil.br/dsm/sites/www.marinha.mil.br.dsm/files/CARTA_DE%20SERVICOS_AO_USUARIO_29_03.pdf. Acesso em: 24 fev. 2023.

MARINHA DO BRASIL. **DGPM 401 – Normas para a assistência médico-hospitalar. Diretoria Geral do pessoal da Marinha 2012.** Disponível em: https://www.marinha.mil.br/sites/www.marinha.mil.br.dsm/files/DGPM-401_0.pdf. Acesso em: 10 jan. 2023.

MARINHA DO BRASIL. **DGPM Publicações.** Disponível em: <https://www.marinha.mil.br/dsm/dgpm-publicacoes>. Acesso em: 10 jan. 2023.

MARINHA DO BRASIL. **DSM-2002 – Manual da Auditoria de Assistência à Saúde 2011.** Disponível em: <https://www.marinha.mil.br/dsm/dgpm-publicacoes>. Acesso em: 10 abr. 2023.

MARQUES, Antônio Jorge de Souza et al. Encontro Internacional Direito a Saúde, Cobertura Universal e Integralidade Possível, Belo Horizonte, 2016.

MARTINEZ, Lilia Estay. **Do Impacto Regulatório da Judicialização da Saúde Suplementar**. 1º Prêmio ANS: Concurso de Monografia sobre Saúde Suplementar. 2018. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/4071>. Acesso em 2 fev. 2023

MELO, Álisson José Maia. DANTAS, Nathalia Aparecida Sousa. A sustentabilidade econômico-financeira das operadoras de planos de saúde diante da concessão indiscriminada de tutelas de urgência no Brasil. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 8, n. 3, p. 409-433, dez. 2018

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O que significa ter saúde**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quer-me-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude>. Acesso em: 02 fev. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes do SUS**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/diretrizes/>. Acesso em: 02 fev. 2023.

NUNES, Jose Luiz et al. **Saúde Suplementar: Qual a frequência de atualização do rol de procedimentos da ANS?** 2022. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/canal_atendimento/comunicacao-e-imprensa/ans-na-midia/artigo-sobre-atualizacao-do-rol-de-procedimentos-da-ans-e-destaque-no-jota/RoldaANS_qualafrequnciadeatualizaodalistadeprocementos_.pdf. Acesso em: 1 mar. 2023.

OLIVEIRA, Járliison Santana Grimaldi. **Autogestão em saúde: uma análise de indicadores econômico-financeiros entre 2010 a 2017**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Graduação em Ciências Contábeis) – UniCEUB, Brasília, 2019.

PEREIRA, Daniel José de Carvalho. **Aspectos de Gestão e Financiamento do Sistema de Saúde do Exército Brasileiro: Comparativo ao SUS e a Saúde Suplementar**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Programa de Pós-Graduação em Aplicações Complementares às Ciências Militares) – Escola de Saúde do Exército, Rio de Janeiro, 2021.

POLÍCIA MILITAR DO DISTRITO FEDERAL. **Credenciamento de empresas - Área da saúde**. Disponível em: <http://www.pmdf.df.gov.br/index.php/credenciamento-de-empresas-da-area-de-saude>. Acesso em: 22 jan. 2023.

POLÍCIA MILITAR DO DISTRITO FEDERAL. **Edital de credenciamento 01/2016 processo 054.001.424/2016**. Disponível em: http://www.pmdf.df.gov.br/images/Institucional/Transparencia/DSAP_Edital_credenciamento_01_2016_versao_final.pdf. Acesso em: 22 jan. 2023

POLÍCIA MILITAR DO DISTRITO FEDERAL. **Edital de credenciamento 01/2017 processo 054.001.577/2016**. Disponível em: http://www.pmdf.df.gov.br/images/Saude/EDITAL_01_2017__URGENCIA_E_EMERGENCIA.pdf. Acesso em: 22 jan. 2023.

POLÍCIA MILITAR DO DISTRITO FEDERAL. **Edital de credenciamento 02/2017 processo 054.002.313/2016.** Disponível em: http://www.pmdf.df.gov.br/images/PDF/2017/saude/EDITAL_0_2__2017__RADIOTERAPIA__QUIMIOTERAPIA.pdf Acesso em: 22 jan. 2023.

POLÍCIA MILITAR DO DISTRITO FEDERAL. Portaria PMDF N° 336, de 28 de dezembro de 2001. Aprova as Normas Reguladoras do Fundo de Saúde da Polícia Militar do Distrito Federal. **Boletim Geral nº 05**, Brasília, DF, 7 jan. 2002.

POLÍCIA MILITAR DO DISTRITO FEDERAL. Portaria PMDF N° 788, de 06 de julho de 2012. Regulamenta o pagamento de despesas decorrentes de assistência médico-hospitalar, médico-domiciliar, odontológica, psicológica e social no âmbito da PMDF, nos casos que especifica e dá outras providências. **Boletim Geral nº 130**, Brasília, DF, 11 jul. 2012.

PREVIVA. **Custo Saúde – Gasto médio por usuário cresce nos planos de saúde.** Disponível em: <http://www.previva.com.br/custo-saude-gasto-medio-por-usuario-cresce-nos-planos-de-saude/#:~:text=Contudo%2C%20o%20n%C3%BAmero%20voltou%20a,%24%201.483%20para%20R%24%204.262.> Acesso em: 3 mar. 2023.

RIBEIRO, Denise da Conceição. **Os programas de saúde e o Sistema de Saúde da Marinha (SSM). Análise e perspectivas: avaliando a obesidade, doença da sociedade moderna, entre os militares pertencentes à tripulação da Base Naval do Rio de Janeiro: análise e perspectivas.** 2020. Tese de Conclusão de Curso (Curso de Política e Estratégia Marítimas) – Escola de Guerra Naval, Rio de Janeiro, 2020.

RIEIRA, Vitor. Longo, Joao. **Atualização periódica do Rol de Procedimentos da ANS: Impacto histórico econômico-financeiro nos custos assistenciais.** 2022. Disponível em: <https://br.milliman.com/pt-br/insight/atualizacao-periodica-do-rol-de-procedimentos-da-ans#:~:text=Em%20suma%2C%20no%20acumulado%20das,de%20R%24%204%20C27.> Acesso em 28 fev. 2023

ROCHA, Carlos Henrique; SILVA, Gladston Luiz da; BRITTO, Paulo Augusto Penezzuto de. **Avaliação da condição econômico-financeira de operadoras brasileiras de planos de saúde: uma nota sobre finanças e regulação.** REVISTA AMBIENTE CONTÁBIL - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, v. 14, n. 1, 2022

TEIXEIRA, Luís Edmundo Noronha et al. A judicialização na saúde suplementar: uma avaliação das ações judiciais contra uma operadora de planos de saúde, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2010-2017. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 134, p. 777-789, set. 2022

TORRES, Bruna Miranda. **Os Reflexos da Judicializacao da Saúde Suplementar no Brasil na Atividade das Operadora de Planos de Saúde.** 2021. Monografia

(Título de Bacharel em Direito) – Pontifca Universidade Católica de Campinas, São Paulo, 2021.

TRINDADE, Douglas da Silva. **Autogestão em saúde suplementar: um modelo estratégico de assistência à saúde privada em organizações militares**. Anais do Simpósio de Pesquisa Operacional e Logística da Marinha. Rio de Janeiro, 2005.

UNIAO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE. **Pesquisa Nacional Saúde UNIDAS. 2022**. Disponível em: <https://unidas.org.br/pesquisa-unidas>. Acesso em 1 mar. 2023.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Direto à saúde no Brasil: seus contornos, judicialização e a necessidade de macrojustiça**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília, 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário para entrevista com gestor do FUSEX

- 1) Poderia informar seu nome, formação acadêmica e cargo ocupado atualmente no EB?
- 2) Trabalha nesta função há quanto tempo?
- 3) Quais são as normas que criaram o serviço de saúde do EB?
- 4) Quais as normas que regulamentam a atuação do serviço de saúde do EB?
- 5) Existe algum tipo de vínculo entre o Exército e a Agência Nacional de Saúde Suplementar? Se sim, poderia informar qual?
- 6) O Exército utiliza o rol da ANS para definir sua cobertura obrigatória de assistência à saúde?
- 7) Caso não use o rol da ANS, existe alguma normatização sobre qual a cobertura assistencial de saúde ofertada pelo EB?
- 8) Há algum manual de auditoria em saúde que cite algum tipo de serviço, tratamento ou exame que não teria cobertura pelo EB? Se sim, poderia citar qual ou quais são os manuais?
- 9) Os procedimentos, tratamentos e exames que não estão contidos no rol da ANS, mas que possuem indicação técnica, costumam ser liberados?
- 10) Há situações em que algum procedimento, tratamento ou exame esteja previsto no rol da ANS, mas não tenha previsão na cobertura assistencial do EB?
- 11) Houve algum ou mais casos de judicialização no EB em que houve questionamento sobre alguma negativa de cobertura? Caso sim, qual foi o balizador que o judiciário utilizou (alguma norma interna de cobertura assistencial ou o rol da ANS?)
- 12) Você possui dados de quantas judicializações ocorreram junto a Diretoria de Saúde do EB no ano de 2022
- 13) De uma maneira geral, os gastos de saúde com os beneficiários do FUSEX sofreram alguma modificação nos últimos 3 anos?
- 14) Se sim, você tem dados de qual foi o percentual de variação destes gastos?
- 15) Se houve aumento, quais foram as razões para o aumento dos gastos?
- 16) Como tem sido a avaliação da saúde financeira do EB frente aos gastos com saúde?
- 17) Quais ações o EB tem adotado em função dos gastos em saúde com os seus beneficiários?

APÊNDICE B – Formulário para entrevista com gestor do FUSMA

- 1) Poderia informar seu nome, formação acadêmica e cargo ocupado atualmente no EB?
- 2) Trabalha nesta função há quanto tempo?
- 3) Quais são as normas que criaram o serviço de saúde da MB?
- 4) Quais as normas que regulamentam a atuação do serviço de saúde da MB?
- 5) Existe algum tipo de vínculo entre a Marinha e a Agencia Nacional de Saúde Suplementar? Se sim, poderia informar qual?
- 6) A Marinha utiliza o rol da ANS para definir sua cobertura obrigatória de assistência a saúde?
- 7) Caso não use o rol da ANS, existe alguma normatização sobre qual a cobertura assistencial de saúde ofertada pela MB?
- 8) Há algum manual de auditoria em saúde que cite algum tipo de serviço, tratamento ou exame que não teria cobertura pela MB? Se sim, poderia citar qual ou quais são os manuais?
- 9) Os procedimentos, tratamentos e exames que não estão contidos no rol da ANS, mas que possuem indicação técnica, costumam ser liberados?
- 10) Há situações em que algum procedimento, tratamento ou exame esteja previsto no rol da ANS, mas não tenha previsão na cobertura assistencial da MB?
- 11) Houve algum ou mais casos de judicialização na MB em que houve questionamento sobre alguma negativa de cobertura? Caso sim, qual foi o balizador que o judiciário utilizou (alguma norma interna de cobertura assistencial ou o rol da ANS?)
- 12) Você possui dados de quantas judicializações ocorreram junto a Diretoria de Saúde da MB no ano de 2022?
- 13) De uma maneira geral, os gastos de saúde com os beneficiários do FUSMA sofreram alguma modificação nos últimos 3 anos?
- 14) Se sim, você tem dados de qual foi o percentual de variação destes gastos?
- 15) Se houve aumento, quais foram as razões para o aumento dos gastos?
- 16) Como tem sido a avaliação da saúde financeira da MB frente aos gastos com saúde?
- 17) Quais ações a MB tem adotado em função dos gastos em saúde com os seus beneficiários?

APÊNDICE C – Formulário para entrevista com gestor do FUNSA

- 1) Poderia informar seu nome, formação acadêmica e cargo ocupado atualmente na FAB?
- 2) Trabalha nesta função há quanto tempo?
- 3) Quais são as normas que criaram o serviço de saúde da FAB?
- 4) Quais as normas que regulamentam a atuação do serviço de saúde do FAB?
- 5) Existe algum tipo de vínculo entre a Aeronáutica e a Agência Nacional de Saúde Suplementar? Se sim, poderia informar qual?
- 6) A Aeronáutica utiliza o rol da ANS para definir sua cobertura obrigatória de assistência à saúde?
- 7) Caso não use o rol da ANS, existe alguma normatização sobre qual a cobertura assistencial de saúde ofertada pela FAB?
- 8) Há algum manual de auditoria em saúde que cite algum tipo de serviço, tratamento ou exame que não teria cobertura pela FAB? Se sim, poderia citar qual ou quais são os manuais?
- 9) Os procedimentos, tratamentos e exames que não estão contidos no rol da ANS, mas que possuem indicação técnica, costumam ser liberados?
- 10) Há situações em que algum procedimento, tratamento ou exame esteja previsto no rol da ANS, mas não tenha previsão na cobertura assistencial da FAB?
- 11) Houve algum ou mais casos de judicialização na FAB em que houve questionamento sobre alguma negativa de cobertura? Caso sim, qual foi o balizador que o judiciário utilizou (alguma norma interna de cobertura assistencial ou o rol da ANS?)
- 12) Você possui dados de quantas judicializações ocorreram junto a Diretoria de Saúde da FAB no ano de 2022
- 13) De uma maneira geral, os gastos de saúde com os beneficiários do FUNSA sofreram alguma modificação nos últimos 3 anos?
- 14) Se sim, você tem dados de qual foi o percentual de variação destes gastos?
- 15) Se houve aumento, quais foram as razões para o aumento dos gastos?
- 16) Como tem sido a avaliação da saúde financeira da FAB frente aos gastos com saúde?
- 17) Quais ações a FAB tem adotado em função dos gastos em saúde com os seus beneficiários?

APÊNDICE D – Formulário para entrevista com gestor da PMDF

- 1) Poderia informar seu nome, formação acadêmica e cargo ocupado atualmente na PMDF?
- 2) Trabalha nesta função há quanto tempo?
- 3) Quais são as normas que criaram o serviço de saúde da PMDF?
- 4) Quais as normas que regulamentam a atuação do serviço de saúde da PMDF?
- 5) Existe algum tipo de vínculo entre a PMDF e a Agência Nacional de Saúde Suplementar? Se sim, poderia informar qual?
- 6) A PMDF utiliza o rol da ANS para definir sua cobertura obrigatória de assistência a saúde?
- 7) Caso não use o rol da ANS, existe alguma normatização sobre qual a cobertura assistencial de saúde ofertada pela PMDF?
- 8) Há algum manual de auditoria em saúde que cite algum tipo de serviço, tratamento ou exame que não teria cobertura pela PMDF? Se sim, poderia citar qual ou quais são os manuais?
- 9) Os procedimentos, tratamentos e exames que não estão contidos no rol da ANS, mas que possuem indicação técnica, costumam ser liberados?
- 10) Há situações em que algum procedimento, tratamento ou exame esteja previsto no rol da ANS, mas não tenha previsão na cobertura assistencial da PMDF?
- 11) Houve algum ou mais casos de judicialização na PMDF em que houve questionamento sobre alguma negativa de cobertura? Caso sim, qual foi o balizador que o judiciário utilizou (alguma norma interna de cobertura assistencial ou o rol da ANS?)
- 12) Você possui dados de quantas judicializações ocorreram junto a Diretoria de Saúde da PMDF no ano de 2022?
- 13) De uma maneira geral, os gastos de saúde com os beneficiários da PMDF sofreram alguma modificação nos últimos 3 anos?
- 14) Se sim, você tem dados de qual foi o percentual de variação destes gastos?
- 15) Se houve aumento, quais foram as razões para o aumento dos gastos?
- 16) Como tem sido a avaliação da saúde financeira da PMDF frente aos gastos com saúde?
- 17) Quais ações a PMDF tem adotado em função dos gastos em saúde com os seus beneficiários?

APÊNDICE E – Formulário para entrevista com gestor do INAS

- 1) Poderia informar seu nome, formação acadêmica e cargo ocupado atualmente no INAS?
- 2) Trabalha nesta função há quanto tempo?
- 3) Quais são as normas que criaram o serviço de saúde ofertado pelo INAS?
- 4) Quais as normas que regulamentam a atuação em de saúde do INAS?
- 5) Existe algum tipo de vínculo entre o INAS e a Agencia Nacional de Saúde Suplementar? Se sim, poderia informar qual?
- 6) O INAS utiliza o rol da ANS para definir sua cobertura obrigatória de assistência a saúde?
- 7) Caso não use o rol da ANS, existe alguma normatização sobre qual a cobertura assistencial de saúde ofertada pelo INAS de forma substitutiva ou complementar?
- 8) Há algum manual de auditoria em saúde que cite algum tipo de serviço, tratamento ou exame que não teria cobertura pela INAS? Se sim, poderia citar qual ou quais são os manuais?
- 9) Os procedimentos, tratamentos e exames que não estão contidos no rol da ANS, mas que possuem indicação técnica, costumam ser liberados?
- 10) Há situações em que algum procedimento, tratamento ou exame esteja previsto no rol da ANS, mas não tenha previsão na cobertura assistencial do INAS?
- 11) Houve algum ou mais casos de judicialização no INAS em que houve questionamento sobre alguma negativa de cobertura? Caso sim, qual foi o balizador que o judiciário utilizou (alguma norma interna de cobertura assistencial ou o rol da ANS?)
- 12) Você possui dados de quantas judicializações ocorreram junto ao INAS no ano de 2022?
- 13) De uma maneira geral, os gastos de saúde com os beneficiários da INAS sofreram alguma modificação nos últimos 3 anos?
- 14) Se sim, você tem dados de qual foi o percentual de variação destes gastos?
- 15) Se houve aumento, quais foram as razões para o aumento dos gastos?
- 16) Como tem sido a avaliação da saúde financeira do INAS frente aos gastos com saúde?
- 17) Quais ações o INAS tem adotado em função dos gastos em saúde com os seus beneficiários?

APÊNDICE F – Formulário para entrevista com gestor do CBMDF

- 1) Poderia informar seu nome, formação acadêmica e cargo ocupado atualmente no CBMDF?
- 2) Trabalha nesta função há quanto tempo?
- 3) Quais são as normas que criaram o serviço de saúde do CBMDF?
- 4) Quais as normas que regulamentam a atuação do serviço de saúde do CBMDF?
- 5) Existe algum tipo de vínculo entre o CBMDF e a Agência Nacional de Saúde Suplementar? Se sim, poderia informar qual?
- 6) O CBMDF utiliza o rol da ANS para definir sua cobertura obrigatória de assistência à saúde?
- 7) Caso não use o rol da ANS, existe alguma normatização sobre qual a cobertura assistencial de saúde ofertada pelo CBMDF?
- 8) Há algum manual de auditoria em saúde que cite algum tipo de serviço, tratamento ou exame que não teria cobertura pelo CBMDF? Se sim, poderia citar qual ou quais são os manuais?
- 9) Os procedimentos, tratamentos e exames que não estão contidos no rol da ANS, mas que possuem indicação técnica, costumam ser liberados?
- 10) Há situações em que algum procedimento, tratamento ou exame esteja previsto no rol da ANS, mas não tenha previsão na cobertura assistencial do CBMDF?
- 11) Houve algum ou mais casos de judicialização no CBMDF em que houve questionamento sobre alguma negativa de cobertura? Caso sim, qual foi o balizador que o judiciário utilizou (alguma norma interna de cobertura assistencial ou o rol da ANS?)
- 12) Você possui dados de quantas judicializações ocorreram junto a Diretoria de Saúde do CBMDF no ano de 2022
- 13) De uma maneira geral, os gastos de saúde com os beneficiários do fundo de saúde sofreram alguma modificação nos últimos 3 anos?
- 14) Se sim, você tem dados de qual foi o percentual de variação destes gastos?
- 15) Se houve aumento, quais foram as razões para o aumento dos gastos?
- 16) Como tem sido a avaliação da saúde financeira do CBMDF frente aos gastos com saúde?
- 17) Quais ações o CBMDF tem adotado em função dos gastos em saúde com os seus beneficiários?