

**IESS**

INSTITUTO DE ESTUDOS  
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

# Análise **ESPECIAL**

Reflexões sobre a política de  
**Ressarcimento ao SUS**

# Sumário Executivo

• Esta nota trará reflexões sobre a política de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) e discutirá alguns pontos da “8ª edição do Boletim Informativo – Utilização do Sistema Único de Saúde por Beneficiários de Planos de Saúde e Ressarcimento ao SUS”<sup>2</sup> publicado em novembro de 2019 pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Principais tópicos de discussão:

• **Oportunidades para aperfeiçoamento do processo de notificação:** entre 2001 e 2017, a ANS concordou que 39% dos atendimentos de beneficiários pelo SUS impugnados haviam sido notificados equivocadamente e, portanto, os pleitos dos demandados foram deferidos. Isso representa 1,6 milhão de atendimentos que passaram por processos de avaliação tanto nas operadoras quando no setor público gerando gastos de recursos nos dois setores e que poderiam ter sido evitados, caso houvesse um melhor sistema de notificação que validasse desde o início se o beneficiário que utilizou o SUS estava nas condições do ressarcimento.

• **Existência de centros de excelência com mais de uma porta de entrada e a possibilidade de escolha pelos pacientes:** os procedimentos com maiores valores de cobrança (transplante de rim, por exemplo) estão associados a centros de excelência, que normalmente estão localizados em grandes capitais e centros urbanos. De fato, no período analisado pela ANS, verifica-se que o Estado de São Paulo concentra cerca de 40% das cobranças e é justamente neste Estado que estão os principais centros de excelência em saúde. Dado que os beneficiários de planos de saúde têm o direito de escolher em que estabelecimentos serão tratados, se na rede conveniada ou no sistema de saúde público, a porta de entrada fica à escolha deles.

• **O aumento das notificações e do ressarcimento também estão associados ao início da cobrança de procedimentos ambulatoriais desde 2015:** o aumento das notificações de ressarcimento pela ANS está relacionado a alguns fatos que em nada refletem a qualidade da assistência da saúde suplementar. Um deles foi a ANS começar a cobrar por atendimentos ambulatoriais complexos, antes não notificados, a partir de 2015. Por determinação do TCU, iniciou-se, em 2017, a cobrança desses atendimentos ocorridos entre abril de 2012 e dezembro de 2017. Outra razão está no fato de a ANS ter acelerado a análise das notificações passadas.

• **A saúde suplementar apresenta uma produção assistencial majoritariamente superior ao que é solicitado para ressarcimento:** Entre 2012 e 2017, em média, a cada ano foram realizados 11,5 milhões de internações no SUS e, dessas, cerca de 269 mil internações estavam identificadas para o possível ressarcimento. Ao levar em consideração que na saúde suplementar são realizadas, em média, 7,8 milhões de internações por ano, verifica-se que a quantidade que poderá ser ressarcida ainda é relativamente baixa (cerca de 3,5% das internações da saúde suplementar).

<sup>2</sup> Disponível em: < [http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano\\_de\\_saude\\_e\\_Operadoras/Area\\_da\\_Operadora/Compromissos\\_interacoes\\_ANS/ressarcimento/completo\\_boletim\\_8\\_edicao\\_online\\_alterada.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_da_Operadora/Compromissos_interacoes_ANS/ressarcimento/completo_boletim_8_edicao_online_alterada.pdf) >

## CONTEXTUALIZAÇÃO

O ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) é um instrumento regulatório e está disposto no artigo 32 da Lei nº 9656<sup>2</sup> de 1998. Assim, as operadoras de planos privados de saúde (OPS) realizam o ressarcimento das despesas incorridas no atendimento pelo SUS aos seus beneficiários - desde que esses serviços estejam previstos no contrato do plano de saúde, no rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde (ANS) e nos termos do que foi contratado, como abrangência geográfica e período de carência, por exemplo.

O processo de ressarcimento ocorre em etapas. Em síntese, ao utilizar o sistema público de saúde, o beneficiário é identificado ao se fazer o relacionamento das bases de dados de atendimentos do SUS com os dados dos Beneficiários de planos de saúde (SIB). Posteriormente, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) notifica às OPS sobre os valores que devem ser ressarcidos. Assim, se inicia um processo administrativo para que a operadora possa apresentar sua defesa (impugnar) e, em segunda instância, entrar com recurso. Sendo comprovada a utilização e caso o recurso tenha sido negado (indeferido), a ANS realiza a notificação de cobrança dos valores devidos e a OPS tem a possibilidade de parcelar o pagamento<sup>3</sup>, que será recolhido e repassado ao Fundo Nacional de Saúde.

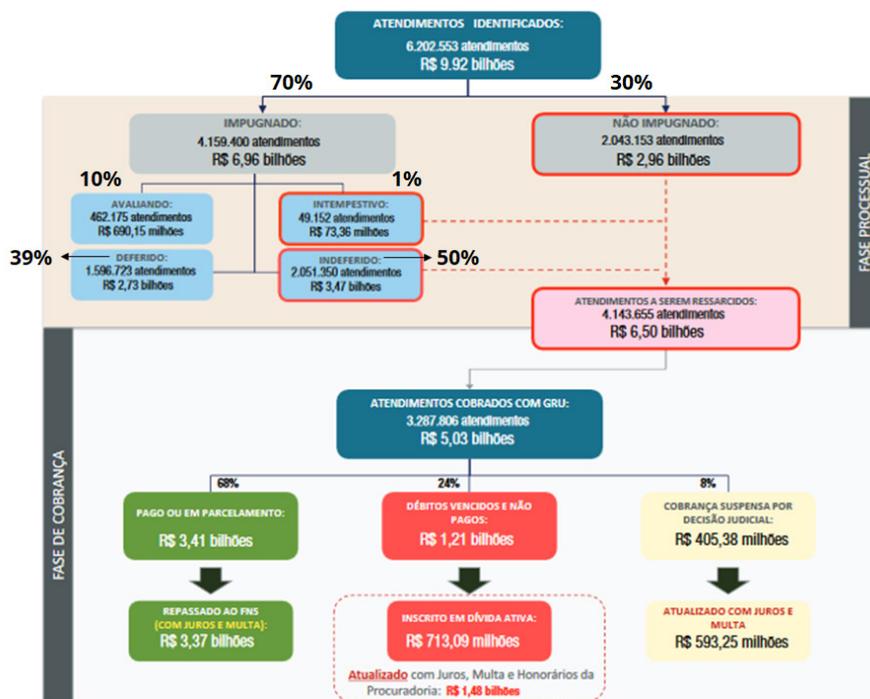
## REFLEXÕES

Em novembro de 2019, a ANS publicou a “8ª edição do Boletim Informativo – Utilização do Sistema Único de Saúde por Beneficiários de Planos de Saúde e Ressarcimento ao SUS”. Nessa publicação, nos chamou a atenção o quadro 1 que demonstra as fases do ressarcimento ao SUS. Nele, é visto que de 2001 a 2017, os 6,2 milhões de procedimentos que foram realizados pelos beneficiários de planos privados de saúde no SUS representaram um gasto assistencial de R\$ 9,92 bilhões. Desse valor total, destaca-se que as OPS questionaram cerca de R\$ 6,96 bilhões (ou 70%) das notificações. Do valor impugnado, R\$ 2,73 bilhões (39%) foram deferidos.

Todo esse processo administrativo e burocrático gera gastos para se identificar e notificar, sendo que no final a ANS pode reconhecer que a notificação foi equivocada. Caso houvesse um sistema de notificação mais eficiente, que validasse desde o início se o beneficiário que utilizou o SUS realizou um procedimento coberto pelo plano e estipulado no rol da ANS, estava dentro da abrangência geográfica contratada e dentro do período de carência, por exemplo, não haveria esses esforços e gastos tanto da ANS quanto das OPS (que mobilizaram seus departamentos jurídico e de TI).

<sup>2</sup> Lei que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. O artigo 32 diz que serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema único de Saúde – SUS.

<sup>3</sup> Isso pode causar a diferença entre o que é cobrado e o que é efetivamente arrecadado no período.



**Quadro 1 – Fases do ressarcimento ao SUS (2001 – 2019\*) com dados percentuais complementados pelo IESS.**

**Fonte:** SCI/ANS e SGR/ANS, 07/2019. (\*) Em 2019, foi considerado o período de janeiro a junho. Quadro original com percentuais completados pelo IESS.

Além disso, há a reflexão de que, entre 2012 e 2017, foram cerca de 4,2 milhões de procedimentos identificados para ressarcimento (com um gasto de R\$ 6,5 bilhões<sup>4</sup>) realizados no SUS e que representam uma parcela mínima de todos os procedimentos realizados na saúde suplementar. Nesse período, os planos de assistência médico-hospitalar registraram 7,1 bilhões de procedimentos assistenciais (com uma despesa assistencial de R\$ 667,4 bilhões)<sup>5</sup>.

Pondera-se também que o aumento das notificações e do ressarcimento ao SUS pela ANS também estão associados a alguns fatos que em nada refletem a qualidade da assistência da saúde suplementar. Um deles foi a ANS começar a solicitar o ressarcimento ao SUS de atendimentos ambulatoriais complexos, antes não notificados, a partir de 2015. Por determinação do Tribunal de Contas da União (TCU), iniciou-se, em 2017, a cobrança desses atendimentos ocorridos entre abril de 2012 e dezembro de 2017.

<sup>4</sup> Fontes: SSCI/ANS/MS - SGR/ANS/MS (10/2019) e SIB/ANS/MS (10/2019).

<sup>5</sup> Dados do Mapa Assistencial da ANS.

Outro ponto que nos chamou a atenção foi a evolução temporal das internações (AIHs) realizadas no SUS e identificadas no ressarcimento entre 2012 e 2017, demonstrada no Gráfico 1.

**Gráfico 1 - Internações (AIHs) realizadas no SUS e Identificadas no Ressarcimento entre 2012 e 2017**



Fonte: SIH/SUS e SGR/ANS, 07/2019

Utilizaram-se os dados do gráfico 1 para elaborar a tabela 1 a seguir. Verifica-se que entre 2012 e 2017, em média, a cada ano foram realizados 11,5 milhões de internações no SUS e, dessas, cerca de 269 mil internações estavam identificadas para o possível ressarcimento. Ao levar em consideração que na saúde suplementar são realizadas, em média, 7,8 milhões de internações por ano<sup>5</sup>, verifica-se que essa quantidade que poderá ser ressarcida ainda é relativamente baixa (cerca de 3,5% das internações da saúde suplementar).

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

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

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

Também nos chamou a atenção a tabela 2 com os procedimentos de internação (AIH) com os maiores valores cobrados (com GRU emitida). Em primeiro lugar está o transplante de rim de um doador falecido, o que nos faz refletir que parte dos beneficiários que utilizam o SUS, o fazem, pois, escolhem os centros de excelência para determinada especialidade. Para exemplificar, no caso do transplante de rim, os beneficiários podem escolher o Hospital do Rim em São Paulo, Centro de Excelência em Transplante Renal, que atende pacientes de convênios, particulares e do SUS.

Além disso, a tabela 2 demonstra que há uma queda na quantidade e valor dos procedimentos entre a competência 2015 e 2017.

**Tabela 2 - Procedimentos de AIH com maiores valores cobrados (com GRU emitida)**

"PROCEDIMENTO PRINCIPAL AIH"	"Competência: 2015 (ABI 58º, 59º, 61º, 63º)"		"Competência: 2016 (ABI 65º, 67º, 69º, 71º)"		"Competência: 2017 (ABI 73º, 74º, 75º, 76º)"		"Total (2015 até 2017)"	
	Quantidade	Valor	Quantidade	Valor	Quantidade	Valor	Quantidade	Valor
TRANSPLANTE DE RIM (ORGAO DE DOADOR FALECIDO)	388	R\$ 23.242.549,55	277	R\$ 17.539.310,10	206	R\$ 13.295.470,36	871	R\$ 54.077.330,01
TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS BACTERIANAS	2.242	R\$ 10.639.401,16	1.840	R\$ 8.737.804,30	1.225	R\$ 5.712.258,23	5.307	R\$ 25.089.463,69
TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS	2.234	R\$ 8.438.163,27	2.416	R\$ 9.674.834,69	1.515	R\$ 5.619.359,44	6.165	R\$ 23.732.357,40
TRATAMENTO DE PNEUMONIAS OU INFLUENZA (GRIPE)	6.147	R\$ 8.945.742,97	4.921	R\$ 7.174.701,76	3.081	R\$ 4.482.097,27	14.149	R\$ 20.602.542,00
PARTO NORMAL	8.536	R\$ 7.223.538,82	6.436	R\$ 5.489.086,13	4.019	R\$ 3.447.358,68	18.991	R\$ 16.159.983,63
TRANSPLANTE DE RIM (ORGAO DE DOADOR VIVO)	139	R\$ 6.483.073,45	112	R\$ 5.295.714,86	69	R\$ 3.361.690,72	320	R\$ 15.140.479,03
PARTO CESARIANO	5.645	R\$ 6.149.763,66	4.275	R\$ 4.634.247,89	2.724	R\$ 3.004.510,92	12.644	R\$ 13.788.522,47
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ONCOLOGIA	487	R\$ 5.031.234,60	503	R\$ 5.129.352,06	325	R\$ 3.105.700,38	1.315	R\$ 13.266.287,04
TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIA PÓS-TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS / CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS	1.666	R\$ 5.389.825,40	1.330	R\$ 4.023.780,74	895	R\$ 2.594.451,19	3.891	R\$ 12.008.057,33
IMPLANTE COCLEAR	78	R\$ 5.202.887,33	56	R\$ 3.827.792,69	35	R\$ 2.195.187,98	169	R\$ 11.225.868,00

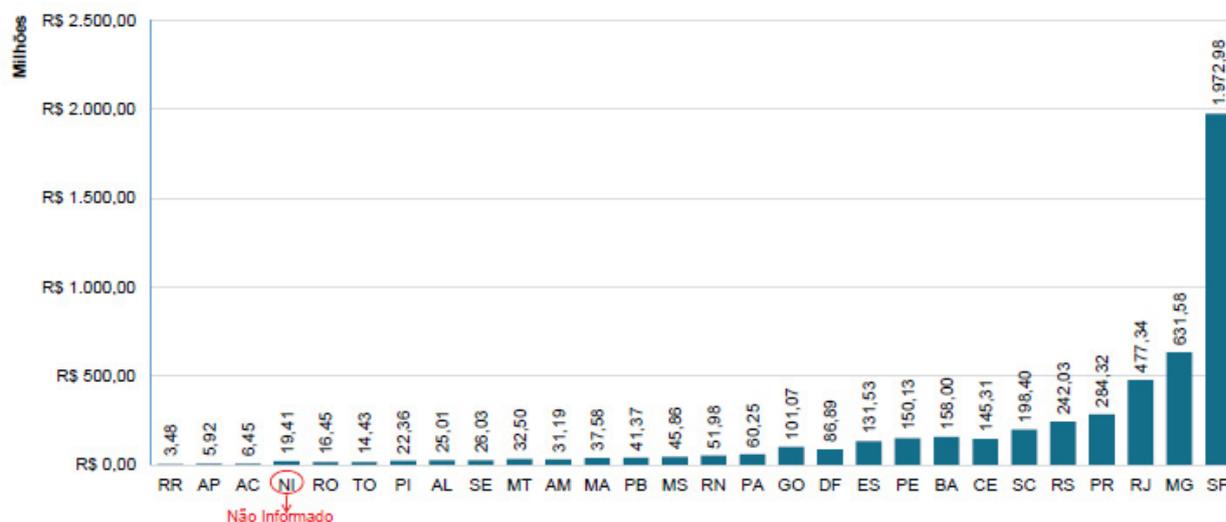
Fontes: SCI/ANS e SGR/ANS, 07/2019.

Nesse quesito, também nos chama a atenção o gráfico 2 de cobranças com GRU por UF. Verifica-se que o Estado de São Paulo concentra cerca de 40% das cobranças e é justamente neste Estado que estão os principais centros de excelência em saúde.

A Constituição diz que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Ela determina a complementariedade da saúde privada, ou seja, os sistemas são suplementares e não substitutivos. Em outros termos, o cidadão que aderiu a um plano de saúde não abdicou do seu direito ao SUS, assim como, não deixou de pagar os tributos que financiam a saúde pública.

Está claro que o beneficiário de plano de saúde tem o direito de escolher ser tratado no sistema privado ou no sistema de saúde pública, como por exemplo, o poder de escolher o centro de excelência que esteja mais próximo a sua residência ou a ocorrência. Em outros momentos, o beneficiário quando vítima de acidentes em vias públicas é levado, inicialmente, a hospitais do SUS, seguindo determinações previstas em legislação vigente<sup>6</sup>.

**Gráfico2 - Cobranças com GRU por UF.**



Fontes: SCI/ANS e SGR/ANS, 07/2019.

<sup>6</sup> Esse é o caso que geralmente decorre da utilização do SUS pelos beneficiários no caso das associadas da FenaSaúde.

***IESS***

***INSTITUTO DE ESTUDOS  
DE SAÚDE SUPLEMENTAR***

Rua Joaquim Floriano 1052 • conj. 42  
CEP 04534 004 • Itaim • São Paulo/SP

(11) 3706.9747

[contato@iess.org.br](mailto:contato@iess.org.br)

[www.iess.org.br](http://www.iess.org.br)