

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Laires Cristina Amorim

**USO DA REDE PÚBLICA DE HEMODIÁLISE PELO BENEFICIÁRIO DE PLANO
PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: 2012 a 2019**

Belo Horizonte
2022

Laires Cristina Amorim

**USO DA REDE PÚBLICA DE HEMODIÁLISE PELO BENEFICIÁRIO DE PLANO
PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: 2012 a 2019**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dra. Ilka Afonso Reis

Coorientadora: Profa. Dra. Mariângela Leal Cherchiglia

Belo Horizonte
2022

Amorim, Laires Cristina.

AM524u Uso da rede pública de hemodiálise pelo beneficiário de plano privado de assistência à saúde [manuscrito]: 2012 a 2019. / Laires Cristina Amorim. - - Belo Horizonte: 2022.

202f.: il.

Orientador (a): Ilka Afonso Reis.

Coorientador (a): Mariângela Leal Cherchiglia.

Área de concentração: Saúde Pública.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Saúde Suplementar. 3. Compensação e Reparação. 4. Diálise Renal. 5. Brasil. 6. Dissertação Acadêmica. I. Reis, Ilka Afonso. II. Cherchiglia, Mariângela Leal. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WJ 378



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

FOLHA DE APROVAÇÃO

"Uso da rede pública de hemodiálise pelo beneficiário de plano privado de assistência à saúde: 2012 a 2019."

LAIRES CRISTINA AMORIM

Dissertação de mestrado defendida e aprovada, no dia **13 de maio de 2022**, pela Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais constituída pelos seguintes professores:

Assinatura dos membros da banca examinadora:

Prof(a). Ilka Afonso Reis (UFMG)- Orientadora

Prof(a). Mariangela Leal Cherchiglia- Coorientadora (UFMG)

Prof(a). Eli Iola Gurgel Andrade (UFMG) -

Prof(a). Fausto Pereira dos Santos (FIOCRUZ MINAS)

Belo Horizonte, 13 de maio de 2022.



Documento assinado eletronicamente por **Ilka Afonso Reis, Professora do Magistério Superior**, em 16/05/2022, às 14:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fausto Pereira dos Santos, Usuário Externo**, em 16/05/2022, às 14:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Eli Iola Gurgel Andrade, Professora do Magistério Superior**, em 17/05/2022, às 15:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mariangela Leal Cherchiglia, Professora do Magistério Superior**, em 24/05/2022, às 14:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site
https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?

24/05/2022 14:39

SEI/UFMG - 1454538 - Folha de Aprovação



[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](#), informando o código verificador **1454538** e o código CRC **DB40627F**.

Referência: Processo nº 23072.228063/2022-02

SEI nº 1454538

Universidade Federal de Minas Gerais

Reitora

Sandra Regina Goulart Almeida

Vice-reitor

Alessandro Fernandes Moreira

Pró-Reitor da Pós-Graduação

Juliana Miranda Silva

Pró-Reitor de Pesquisa

Fernando Marcos dos Reis

Faculdade de Medicina

Diretor

Humberto José Alves

Chefe de Departamento de Medicina Preventiva e Social

Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Coordenadora

Alaneir de Fátima Santos

Sub-Coordenadora

Lidyane do Valle Camelo

Dedico este trabalho à toda pessoa que, como eu, acredita no estudo como instrumento impulsionador de sonhos e transformador de sua vida.

AGRADECIMENTOS

À Dra. Ilka Afonso Reis agradeço a orientação do trabalho, por auxiliar, dar suporte técnico e estar presente no desenvolvimento com a sua total dedicação e ensinamentos que contribuíram para meu crescimento acadêmico. Também a ela agradeço o amparo sempre oportuno diante das aflições decorrentes dessa caminhada.

Agradeço à Dra. Mariângela Leal Cherchiglia pela coorientação à pesquisa, sempre tão técnica e diretiva, mas ao mesmo tempo leve, acolhedora e humana.

Agradeço também a todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e aos colegas de turma pelos muitos trabalhos, aprendizados e desenvolvimento de atividades. Juntos foi possível desenvolver um grande crescimento pessoal e profissional mútuos, mesmo durante o momento único de distanciamento social em decorrência da Pandemia de Covid-19.

Ao Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais agradeço a oportunidade de fazer parte, aprendendo e compartilhando conhecimentos e experiências.

Sou grata aos professores que compuseram a banca avaliadora, Dra. Eli Iola Gurgel Andrade, Dr. Fausto Pereira dos Santos, Dra. Edna Afonso Reis e Dr. Ricardo Tavares, que dispuseram seu tempo e expertise para contribuírem com esta pesquisa.

Na ANS, agradeço à chefia do Núcleo-MG, à Gerência de Integração e Ressarcimento ao SUS e à equipe da Coordenadoria de Carreira e Desenvolvimento pela oportunidade e pelo apoio para que eu pudesse me dedicar aos estudos e à pesquisa. Agradeço ainda aos demais colegas da ANS, especialmente ao Cristiano dos Reis Moura, por auxiliar na disponibilização do banco de dados, e ao Roberto Luiz Pinel Dias e à Juliana Machado, pelos diálogos e compartilhamentos ao longo do processo de pesquisa.

Gostaria de lembrar os amigos e as amigas que foram indescritíveis à convivência e ao compartilhamento das alegrias e angústias vivenciadas ao longo desses meses de estudo.

Agradeço aos meus familiares, especialmente ao meu marido Ronaldo Dias e à minha mãe Marina Amorim, pela confiança e apoio incondicionais para que eu seguisse firme até aqui. Além de tornarem mais leve e suportarem a carga imposta pelas minhas ausências durante a dedicação ao estudo, agora vibram com essa vitória.

“ [...] o SUS não vai acabar [...] porque este SUS que está aí ainda é muito orgânico a esses interesses [privados]: além de vender medicamentos, equipamentos, atender as empreiteiras [...] o SUS funciona como uma espécie de resseguro para as empresas de planos de saúde, ou seja, quando o risco sobe isso vai para o público. Então, não é interessante, em princípio, para eles mesmos [o setor privado de saúde] que o SUS acabe. Agora, temos que estar atentos que estamos construindo até mesmo com um discurso [...] confundindo o setor público, o serviço público e o sistema público de saúde por saúde pública. Não são coisas iguais, mas, quando a gente está fazendo essa confusão, o que nós estamos na realidade é criando um SUS pobre para os mais miseráveis, um SUS que tenha que ser confinado apenas a enfrentar epidemias e a controlar determinadas ações, que são também importantes para esse setor privado, como as ações de prevenção de doenças e de risco e como mais ações de promoção da saúde. Quanto mais prevenção e quanto mais promoção o SUS fizer, melhor para os negócios dos planos de saúde. [...] Mas, por que ainda continuo na luta? Porque a história tem contradições, tem conflitos como as nossas vidas pessoais também, e que é sobre as contradições e os conflitos que ela anda, às vezes para trás, mas depois anda para frente.”

(Jairnilson Paim. Uma leitura sobre os 30 anos do SUS, 2018)

AMORIM, Laires Cristina. **Uso da rede pública de hemodiálise pelo beneficiário de plano privado de assistência à saúde: 2012 a 2019**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, p.202. 2022.

RESUMO

Introdução: No sistema de saúde brasileiro, beneficiários de planos privados de assistência à saúde utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS), mesmo para procedimentos cobertos por seus contratos assistenciais. Quando prevista em contrato, essa assistência deve ser ressarcida pelas operadoras de saúde, sendo a hemodiálise o procedimento ambulatorial mais frequente e que mobiliza maior volume financeiro desse ressarcimento. **Objetivo:** Investigar a associação entre as trajetórias dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019, e as características de seus contratos, a modalidade das operadoras e a região da assistência prestada a eles. **Método:** Uma base centrada no indivíduo foi construída a partir dos dados sobre ressarcimento ao SUS fornecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Informações sobre os beneficiários existentes no Brasil foram consultadas junto ao Tabnet da ANS. No caso das características dos contratos e a modalidade das operadoras dos beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS, as frequências brutas foram padronizadas por idade e sexo, utilizando-se o método de ajuste direto. Foram utilizadas distribuições de frequências para resumir os dados. Para comparar frequências, foi utilizada a razão entre elas. **Resultados:** Um total de 31.941 beneficiários realizou hemodiálise no SUS dentro do período estudado. Cerca de 35% dos beneficiários realizaram hemodiálise fora de seu município de residência e mais de 20% dos beneficiários utilizaram o SUS por 25 meses ou mais. A frequência de entrada de beneficiários no banco para ressarcimento ao SUS apresentou tendência de queda dentro do período estudado, assumindo menor valor em 2015 (2,13 mil). Porém, a assistência de hemodiálise crônica prestada pelo SUS a pelo menos 70,22% dos beneficiários deveria ter sido garantida pelas operadoras. Se comparados aos demais beneficiários existentes no Brasil, os beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS estavam vinculados mais frequentemente a contratos antigos (razão=2,41), coletivos por adesão (razão=1,76), individuais/familiares (razão=1,36), com segmentação ambulatorial (razão=4,66), abrangência municipal (razão=3,88) e/ou a operadoras da modalidade filantropia (razão=7,32). Um total de 90,81% dos beneficiários teve trajetória contínua e, dentre esses, aqueles vinculados a contratos antigos, sem a previsão de franquias, de cobertura estadual e/ou a operadoras da modalidade autogestão, se comparados aos demais beneficiários de mesma trajetória, foram mais frequentes no tempo de utilização do SUS de 25 meses ou mais. Independentemente do tipo de trajetória, beneficiários assistidos na região Sul foram mais frequentes no tempo de utilização do SUS até 3 meses e aqueles vinculados a contratos do tipo individual/familiar, foram mais frequentes no tempo de utilização do SUS de 25 meses ou mais, quando comparados aos beneficiários de outras regiões do país e com outros tipos de contratação. **Conclusão:** A cobrança para ressarcimento ao SUS pode ter sido uma importante ferramenta no sentido de induzir as operadoras de saúde a assumirem pelo menos parte da responsabilidade ofertada em contrato junto a seus beneficiários que realizaram hemodiálise no setor público naquele período. Por outro lado, o Índice de Valoração do Ressarcimento ao SUS pode ter perdido, ao longo do tempo e em certa medida, sua importância e capacidade de correção econômica sobre uma tabela pública gradativamente defasada. Assim, a obrigação para ressarcimento ao SUS, por vezes, talvez tenha um custo/benefício equilibrado e até vantajoso, sendo insuficiente para desestimular a utilização da rede do SUS como complementar à rede das operadoras de saúde. A região da assistência, algumas características dos contratos de planos privados de assistência à saúde e a modalidade das operadoras podem

ter significado restrições adicionais de acesso dos beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS às redes de saúde credenciadas em seus planos, ao ponto de terem influenciado suas trajetórias na rede pública, seja em relação ao número de períodos/pausas (trajetória contínua ou descontínua) e/ou do tempo total de utilização do SUS. Porém, mesmo com características mais restritivas em relação ao acesso à hemodiálise, planos privados de assistência à saúde podem estar sendo suficientes para que seus beneficiários realizem procedimentos mais simples e baratos, oferecendo-lhes certa vantagem em relação aos demais usuários do SUS e acentuando desigualdades de acesso dentro do sistema de saúde brasileiro. Desse modo, a expansão de planos privados de assistência à saúde acessíveis, com mensalidades mais baixas e coberturas restritas, pode não ser uma boa justificativa para desafogar a rede pública e muito menos para equilibrar a relação público-privada em sua parte mais onerosa porque, quando o beneficiário precisar de um procedimento mais caro, ele pode acabar sendo induzido a utilizar o SUS.

Palavras-chave

Sistema Único de Saúde. Saúde Suplementar. Ressarcimento. Brasil.

AMORIM, Laires Cristina. **Use of the public hemodialysis network by the beneficiary of a private health plan: 2012 to 2019.** Dissertation (Master of Public Health). Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 202s. 2022.

ABSTRACT

Introduction: In the Brazilian health system, beneficiaries of private health care plans use the Unified Health System (SUS), even for procedures covered by their care contracts. When provided for in the contract, this assistance must be reimbursed by the health operators, with hemodialysis being the most frequent outpatient procedure that mobilizes the greatest financial volume of this reimbursement. **Objective:** To investigate the association between the trajectories of beneficiaries of private health care plans who underwent hemodialysis in the SUS, between 2012 and 2019, and the characteristics of their contracts, the type of operators and the region of assistance provided to them. **Method:** An individual-centered database was constructed from data on reimbursement to the SUS provided by the National Supplementary Health Agency (ANS). Information on existing beneficiaries in Brazil was consulted with the ANS Tabnet. In the case of the characteristics of the contracts and the modality of the operators of the beneficiaries who underwent hemodialysis in the SUS, the raw frequencies were standardized by age and sex, using the direct adjustment method. Frequency distributions were used to summarize the data. To compare frequencies, the ratio between them was used. **Results:** A total of 31,941 beneficiaries underwent hemodialysis at SUS within the period studied. About 35% of the beneficiaries underwent hemodialysis outside their municipality of residence and more than 20% of the beneficiaries used the SUS for 25 months or more. The frequency of beneficiaries entering the bank for reimbursement to the SUS showed a downward trend within the period studied, assuming a lower value in 2015 (2.13 thousand). However, the chronic hemodialysis care provided by the SUS to at least 70.22% of beneficiaries should have been guaranteed by the operators. If compared to the other existing beneficiaries in Brazil, the beneficiaries who underwent hemodialysis in the SUS were more often linked to old contracts (ratio=2.41), collective adhesion (ratio=1.76), individual/family (ratio=1, 36), with outpatient segmentation (ratio=4.66), municipal coverage (ratio=3.88) and/or philanthropic operators (ratio=7.32). A total of 90.81% of the beneficiaries had a continuous trajectory and, among these, those linked to old contracts, without the provision of franchise, state coverage and/or self-management operators, compared to other beneficiaries of the same trajectory, were more frequent in the time of SUS use of 25 months or more. Regardless of the type of trajectory, beneficiaries assisted in the South region were more frequent in the time of use of the SUS up to 3 months and those linked to individual/family contracts were more frequent in the time of use of the SUS of 25 months or more, when compared to beneficiaries in other regions of the country and with other types of contracting. **Conclusion:** The charge for reimbursement to the SUS may have been an important tool in inducing health operators to assume at least part of the responsibility offered in the contract with their beneficiaries who underwent hemodialysis in the public sector in that period. On the other hand, the SUS Reimbursement Valuation Index may have lost, over time and to a certain extent, its importance and capacity for economic correction on a gradually outdated public table. Thus, the obligation to reimburse the SUS, sometimes, may have a balanced and even advantageous cost/benefit, being insufficient to discourage the use of the SUS network as a complement to the network of health operators. The region of assistance, some characteristics of the contracts of private health care plans and the modality of the operators may have meant additional restrictions on the access of beneficiaries who underwent hemodialysis in the SUS to the health networks accredited in their plans, to the point of having influenced their trajectories in the public network, either in

relation to the number of periods/breaks (continuous or discontinuous trajectory) and/or the total time of use of the SUS. However, even with more restrictive characteristics in relation to access to hemodialysis, private health care plans may be sufficient for their beneficiaries to perform simpler and cheaper procedures, offering them a certain advantage over other SUS users and accentuating inequalities. access within the Brazilian health system. In this way, the expansion of affordable private health care plans, with lower monthly fees and restricted coverage, may not be a good justification for unburdening the public network, much less for balancing the public-private relationship in its most expensive part because, when the beneficiary needs a more expensive procedure, he may end up being induced to use the SUS.

Keywords: Unified Health System. Supplementary Health. Refund. Brazil.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: O processo para Ressarcimento ao SUS.	70
Figura 2: Critérios de elegibilidade da população do estudo a partir do banco de atendimentos de hemodiálise realizados a beneficiários de planos privados de assistência à saúde identificados para ressarcimento ao SUS, entre 2012 e 2019	90
Figura 3: Etapas para construir a base de dados centrada no beneficiário de plano privado de assistência à saúde que realizou hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019. a) Etapa I: agrega atendimentos em competências; b) Etapa II: agrega competências por beneficiário; e c) Etapa III: constrói banco de trajetórias. (N= 31.941)	91
Figura 4: Esquema ilustrativo dos tipos de trajetória de beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019.	93
Figura 5: Distribuição de frequências dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019, segundo o ano de entrada e o ano de saída do banco para ressarcimento ao SUS. (N = 31.941)	103
Figura 6: Distribuição do tempo total de utilização da rede pública pelos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019. (N = 31.941)	108
Figura 7: Distribuição do tempo total de pausas entre os períodos de utilização do SUS para beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise, entre 2012 e 2019, e que tiveram trajetória descontínua. (N = 31.941)	125

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Composição da carteira e valor comercial das mensalidades dos planos privados de assistência à saúde de três operadoras <i>healthtechs</i> que atuam no Brasil, desde 2019.	55
Tabela 2: Distribuição dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019, segundo sexo e idade	99
Tabela 3: Distribuição dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS e dos beneficiários existentes no Brasil, entre 2012 e 2019, segundo região do país, Unidade da Federação (UF) e região da UF de residência	101
Tabela 4: Distribuição dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019, segundo a região da assistência, a natureza da organização do prestador, o porte da operadora e a existência de coparticipação e franquia no contrato (N = 31.941)	102
Tabela 5: Distribuição de frequências dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019, segundo o <i>status</i> da cobrança junto ao processo para ressarcimento ao SUS	104
Tabela 6: Distribuição dos beneficiários de planos privados de saúde que realizaram hemodiálise no SUS (N = 31.941) e dos demais beneficiários existentes no Brasil (N = 41,45 milhões), entre 2012 e 2019, segundo as características de seus contratos e a modalidade de suas operadoras	106
Tabela 7: Distribuição do tempo total de utilização do SUS segundo o tipo de trajetória, dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise, entre 2012 e 2019.	109
Tabela 8: Distribuição do tempo total de utilização do SUS segundo a região da assistência dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise, entre 2012 e 2019, e que tiveram trajetória contínua ...	110
Tabela 9: Distribuição do tempo total de utilização do SUS segundo a época da contratação do plano privado de assistência à saúde pelos beneficiários que realizaram hemodiálise, entre 2012 e 2019, e que tiveram trajetória contínua ...	111

Tabela 10: Distribuição do tempo total de utilização do SUS segundo o tipo de plano privado de assistência à saúde dos beneficiários que realizaram hemodiálise, entre 2012 e 2019, e que tiveram trajetória contínua	112
Tabela 11: Distribuição do tempo total de utilização do SUS segundo a abrangência geográfica da cobertura assistencial do plano privado de assistência à saúde dos beneficiários que realizaram hemodiálise, entre 2012 e 2019, e que tiveram trajetória contínua	113
Tabela 12: Distribuição do tempo total de utilização do SUS, segundo a existência ou não de franquia no plano privado de assistência à saúde dos beneficiários que realizaram hemodiálise, entre 2012 e 2019, e que tiveram trajetória contínua	114
Tabela 13: Distribuição do tempo total de utilização do SUS segundo a existência ou não de coparticipação no plano privado de assistência à saúde dos beneficiários que realizaram hemodiálise, entre 2012 e 2019, e que tiveram trajetória contínua	114
Tabela 14: Distribuição do tempo total de utilização do SUS segundo a segmentação assistencial do plano privado de assistência à saúde dos beneficiários que realizaram hemodiálise, entre 2012 e 2019, e que tiveram trajetória contínua..	115
Tabela 15: Distribuição do tempo total de utilização do SUS segundo a modalidade da operadora dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise, entre 2012 e 2019, e que tiveram trajetória contínua.	116
Tabela 16: Distribuição do tempo total de utilização do SUS segundo a região da assistência dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise, entre 2012 e 2019, e que tiveram trajetória descontínua.	117
Tabela 17: Distribuição do tempo total de utilização do SUS segundo a época da contratação do plano privado de assistência à saúde pelos beneficiários que realizaram hemodiálise, entre 2012 e 2019, e que tiveram trajetória descontínua.	118
Tabela 18: Distribuição do tempo total de utilização do SUS segundo o tipo do plano privado de assistência à saúde dos beneficiários que realizaram hemodiálise, entre 2012 e 2019, e que tiveram trajetória descontínua.	119

Tabela 19: Distribuição do tempo total de utilização do SUS segundo a abrangência geográfica da cobertura assistencial do plano privado de assistência à saúde dos beneficiários que realizaram hemodiálise, entre 2012 e 2019, e que tiveram trajetória descontínua.	120
Tabela 20: Distribuição do tempo total de utilização do SUS segundo a existência ou não de franquia no plano privado de assistência à saúde dos beneficiários que realizaram hemodiálise, entre 2012 e 2019, e que tiveram trajetória descontínua.	121
Tabela 21: Distribuição do tempo total de utilização do SUS segundo a existência ou não de coparticipação no plano privado de assistência à saúde dos beneficiários que realizaram hemodiálise, entre 2012 e 2019, e que tiveram trajetória descontínua.	122
Tabela 22: Distribuição do tempo total de utilização do SUS segundo a segmentação assistencial do plano privado de assistência à saúde dos beneficiários que realizaram hemodiálise, entre 2012 e 2019, e que tiveram trajetória descontínua.	123
Tabela 23: Distribuição do tempo total de utilização do SUS segundo a modalidade da operadora dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise, entre 2012 e 2019, e que tiveram trajetória descontínua.	124
Tabela 24: Distribuição do tempo total de pausas entre os períodos de utilização do SUS para beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise, entre 2012 e 2019, e que tiveram trajetória descontínua.	125
Tabela 25: Distribuição de frequências do tipo de trajetória segundo a região da assistência, a modalidade das operadoras e as características dos contratos de planos privados de assistência à saúde dos beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019. (N = 31.941)	127
Tabela B: Distribuição dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019, segundo a cobertura contratual para esse procedimento, as características de seus contratos e a modalidade de suas operadoras	198

Tabela C.1: Distribuição do tipo de plano privado de assistência à saúde dos beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019, segundo a época da contratação do plano.	199
Tabela C.2: Distribuição do tipo de plano privado de assistência à saúde dos beneficiários de planos de assistência médica no Brasil, entre 2012 e 2019, segundo a época da contratação do plano.	199
Tabela D: Distribuição dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde com cobertura para hemodiálise (N = 22.428) que realizaram este procedimento no SUS e dos demais beneficiários existentes no Brasil (N = 41,46 milhões), entre 2012 e 2019, segundo as características de seus contratos e a modalidade de suas operadoras	200
Tabela E.1: Distribuição dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde com cobertura para hemodiálise que realizaram este procedimento no SUS, entre 2012 e 2019, segundo o número de períodos de utilização do SUS	201
Tabela E.2: Distribuição dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde com cobertura para hemodiálise que realizaram este procedimento no SUS, entre 2012 e 2019, segundo o tipo de trajetória e o tempo total de utilização do SUS	201
Tabela E.3: Distribuição de frequências do tipo de trajetória segundo a região da assistência, as características dos contratos de planos privados de assistência à saúde e a modalidade das operadoras dos beneficiários com cobertura para hemodiálise que realizaram este procedimento no SUS, entre 2012 e 2019. (N=22.428)	202

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAMGE	Associação Brasileira de Planos de Saúde
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABI	Aviso de Beneficiário Identificado
ADIN	Ação Direta de Inconstitucionalidade
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
AMB	Associação Médica Brasileira
APA	Autorização de Procedimentos Ambulatoriais
APAC	Autorização de Procedimentos Ambulatoriais
CADIN	Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal
CADOP	Sistema de Cadastro de Operadoras
CAP's	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CASSI	Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CFOAB	Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CONSU	Conselho Nacional de Saúde Suplementar
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Cartão Nacional de Saúde
CNSaúde	Confederação Nacional de Saúde – Hospitais, Estabelecimentos e Serviços
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica

COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
CPF	Cadastro de Pessoa Física
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CPT	Cobertura Parcial Temporária
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DESAS	Departamento de Saúde Suplementar
DLP	Doenças ou Lesões Preexistentes
DRC	Doença Renal Crônica
EUA	Estados Unidos da América
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GEAP	Grupo Executivo de Assistência Patronal
GRU	Guia de Recolhimento da União
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IAP's	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IDEC	Instituto Brasileiro de Defesa de Consumidor
IDSS	Índice de Desempenho da Saúde Suplementar
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social do Brasil
IVR	Índice de Valoração do Ressarcimento
MAC	Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
pmp	peças por milhão da população
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PPA	Plano de Pronta Ação

PQO	Programa de Qualificação de Operadoras
QUALISS	Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde
RM	Região Metropolitana
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIB	Sistema de Informações de Beneficiários
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SNDC	Sistema Nacional de Defesa do Consumidor
STF	Supremo Tribunal Federal
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
TCU	Tribunal de Contas da União
TISS	Padrão de Troca de Informações na Saúde Suplementar
TRS	Terapia Renal Substitutiva
TUNEP	Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos
TUSS	Terminologia Unificada da Saúde Suplementar
UF	Unidade Federativa
UNIDAS	União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde
UNIMED	Confederação Nacional das Cooperativas Médicas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	25
2 REFERENCIAL TEÓRICO	29
2.1 Constituição dos setores público e privado no sistema de saúde brasileiro	29
2.2 O setor suplementar de saúde no Brasil	45
2.2.1 Regulação do setor suplementar de saúde no Brasil: instituição, avanços e desafios	45
2.2.2 Dados gerais de composição e produção assistencial do setor suplementar de saúde no Brasil	57
2.3 Integração entre o setor público e o setor suplementar de saúde no Brasil	59
2.3.1 Ressarcimento ao SUS: histórico, avanços e desafios	60
2.3.2 Processo para ressarcimento ao SUS	69
2.3.3 Utilização do SUS por beneficiários de planos privados de assistência à saúde	72
2.3.4 Utilização da rede de hemodiálise do SUS pelo beneficiário de plano privado de assistência à saúde	78
2.4 Doença renal crônica e o paciente que realiza terapia de substituição renal	80
3 OBJETIVOS	88
3.1 Objetivo geral	88
3.2 Objetivos específicos	88
4 MÉTODOS	89
4.1 Delineamento do estudo e período	89
4.2 População e critérios de elegibilidade	89
4.3 Construção da base de dados centrada no beneficiário de plano privado de assistência à saúde	90
4.4 Variáveis do estudo	94
4.4.1 Trajetória dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde	94
4.4.2 Variáveis sociodemográficas dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde	94
4.4.3 Variáveis dos contratos de planos privados de assistência à saúde dos beneficiários ..	95
4.4.4 Variáveis das operadoras dos beneficiários de planos privados de assistência à Saúde	95
4.4.5 Variáveis da assistência prestada aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde	96

4.5 Análise dos dados	97
4.6 Considerações éticas	98
5 RESULTADOS	99
5.1 Caracterização dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019, em relação ao sexo, à faixa etária, à região de residência, à assistência prestada a eles, às características de seus contratos e ao porte das operadoras	99
5.2 Comparação entre as características dos contratos de planos privados de assistência à saúde e a modalidade das operadoras dos beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019, e os dados dos demais beneficiários existentes no Brasil	104
5.3 Caracterização do número de períodos e do tempo total de utilização do SUS segundo tipo de trajetória	107
5.3.1 Caracterização do tempo total de utilização do SUS segundo a região da assistência, as características dos contratos de planos privados de assistência à saúde e a modalidade das operadoras para os beneficiários com trajetória contínua.	110
5.3.2 Caracterização do tempo total de utilização do SUS segundo a região da assistência, as características dos contratos de planos privados de assistência à saúde e a modalidade das operadoras para os beneficiários com trajetória descontínua	116
5.3.3 Caracterização do tempo total de pausas entre os períodos de utilização do SUS para os beneficiários de planos privados de assistência à saúde com trajetória descontínua	124
5.3.4 Caracterização das trajetórias contínua e descontínua segundo a região da assistência, a modalidade das operadoras e as características dos contratos de planos privados de assistência à saúde	126
6 DISCUSSÃO	128
6.1 Caracterização dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019	128
6.2 Os beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019, e os demais beneficiários existentes no Brasil	134

6.3 Região da assistência, características dos contratos, modalidade das operadoras e as trajetórias dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019	138
7 CONCLUSÃO	147
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	149
REFERÊNCIAS	151

APÊNDICE A - Termos e conceitos relacionados ao setor suplementar de saúde no Brasil	178
1 Saúde suplementar	178
2 Plano privado de assistência à saúde	179
2.1 Período de contratação	180
2.2 Tipo de contratação	180
2.3 Cobertura assistencial	181
2.4 Abrangência geográfica da cobertura assistencial	183
2.5 Mecanismos de regulação	183
2.6 Prazos de carência	186
2.7 Contratação, vigência e rescisão	188
3 Beneficiário de plano privado de assistência à saúde	190
4 Operadora de plano privado de assistência à saúde	194
5 Prestador de serviço de assistência à saúde suplementar	196

APÊNDICE B – Distribuição dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019, segundo a cobertura contratual para esse procedimento, as características de seus contratos e a modalidade de suas operadoras	198
--	------------

APÊNDICE C – Distribuição do tipo de plano privado de assistência à saúde dos beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS e dos beneficiários de planos de assistência médica no Brasil, entre 2012 e 2019, segundo a época da contratação do plano	199
--	------------

APÊNDICE D – Distribuição dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde com cobertura para hemodiálise que realizaram este procedimento no SUS e dos demais beneficiários existentes no Brasil, entre 2012 e 2019, segundo as características de seus contratos e a modalidade de suas operadoras 200

APÊNDICE E – Distribuição dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde com cobertura para hemodiálise que realizaram este procedimento no SUS, entre 2012 e 2019, segundo o tipo de trajetória, o tempo total de utilização do SUS, as características de seus contratos e a modalidade de suas operadoras 201

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma conquista democrática resultante de um processo político e histórico que se traduziu no direito à saúde pela condição de cidadão, sob os princípios de universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 1988). O SUS é o maior sistema de saúde do mundo e vem sendo aperfeiçoado ao longo dos últimos 33 anos com a finalidade de melhorar a qualidade de vida e de saúde de todos os brasileiros, contribuindo para a evolução social do Brasil (BRASIL, 2019a). Porém, apesar dos avanços e conquistas alcançados com a implementação e a reorganização de uma rede multiníveis assentida no direito público à saúde, no âmbito do sistema de saúde brasileiro existem desafios e dilemas que necessitam de compreensão e enfrentamento estratégico, a exemplo da relação entre os setores público e privado (ARAUJO; LOBO, 2018; CAMPOS, 2018; MENDES, 2018; MONTEIRO, 2018; PAIM, 2018).

Até meados da implementação do SUS, a assistência pública de saúde no Brasil se fazia especialmente por meio de campanhas de vacinação, do controle de endemias e de atendimentos hospitalares direcionados a condições específicas. O acesso aos demais serviços médico-assistenciais dependia de pagamento direto ou era benefício resultante da contribuição de profissionais legalmente reconhecidos. Além do serviço público, a filantropia era o amparo assistencial ao qual se valiam a população rural, os trabalhadores informais e os indigentes (BAPTISTA, 2007).

A alteração do sistema de saúde acompanhou o processo de redemocratização do país e ocorreu em especial por meio da Reforma Sanitária Brasileira, trazendo a conquista da saúde como um direito social a ser garantido pelo Estado a todo cidadão. Porém, na mesma base constitucional e posteriores reformas legais ficou impressa a dicotomia do público e do privado no sistema de saúde no Brasil. Desse modo, a estruturação de um sistema universal solidariamente financiado, mas cujo investimento tendeu para o privado, pressupôs uma estrutura promotora do dualismo assistencial (BRASIL, 1988; MENICCUCI, 2007).

O esforço em se implementar um sistema de saúde gratuito nem sempre resultou em acesso oportuno e em qualidade dos serviços públicos para todos os cidadãos. Foi nesse contexto que o setor privado de saúde, que já vinha se fortalecendo desde as décadas anteriores à criação do SUS, ampliou suas atividades e seus lucros por meio da oferta de uma assistência diferenciada e de benefícios extras às pessoas que podiam pagar por um plano ou

por um seguro privado de assistência à saúde, com vistas a suplementar a modesta igualdade ofertada pelo setor público (MENICUCI, 2007; MONTEIRO, 2018).

Dessa relação entre o público e o privado resultou uma cobertura duplicada da assistência à saúde, uma vez que o setor suplementar oferta os mesmos serviços realizados pelo SUS, esse último com assistência mais ampla e integral em relação ao primeiro. Assim, uma parcela de cidadãos que tem acesso a planos privados de assistência à saúde também utiliza os serviços do SUS para alguns procedimentos, tais como vacinação e urgência/emergência, com destaque para atendimentos ambulatoriais de alto custo e de maior complexidade, como transplantes e hemodiálise (MELLO, 1977, 1983; BAHIA; SCHEFFER, 2010; OCKÉ-REIS, 2015; 2018; MENICUCI; GOMES, 2018; CASTRO et al., 2019; BAIRD, 2020a). Por outro lado, a assistência pública de média complexidade também assume importante frequência no histórico de utilização da rede do SUS por beneficiários da saúde suplementar, como é o caso do parto normal, de consultas especializadas e do tratamento de pneumonias ou influenza (ANS, 2005, 2020c; DIAS; PASTRANA, 2007). Nessa perspectiva, pode-se depreender que outros fatores, além do alto custo e complexidade dos serviços, podem estar influenciando o uso do SUS pelos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

A previsão para ressarcimento dos gastos pelo uso da rede pública por beneficiários de planos privados de assistência à saúde era preocupação dos gestores públicos mesmo antes da regulação do setor suplementar de saúde pelo Estado e da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que hoje regula essa fatia do mercado (MELLO, 1977, 1983; BRASIL, 2000; CONDE, 2004). Por isso, a Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, conhecida como a “Lei dos Planos de Saúde”, previu que as operadoras deveriam devolver aos cofres públicos os valores correspondentes aos serviços cobertos pelos contratos de planos privados de assistência à saúde, mas que foram prestados a seus beneficiários e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do SUS (BRASIL, 1998a).

O ressarcimento ao SUS é a interface mais visível entre os setores público e privado de saúde (BAHIA; SCHEFFER, 2010; ANS, 2022b), além de ser uma ferramenta com potencial para recuperar recursos públicos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018) e para auxiliar na regulação do sistema de saúde (DIAS; PASTRANA, 2007). No entanto, a relação entre o público e o privado é uma das lacunas do processo regulatório suplementar (SANTOS, 2006). Nos primeiros dez anos após a constituição da ANS, mais da metade das

publicações sobre saúde suplementar tratou de temas ligados à administração e à legislação, sendo que a complexidade e as especificidades inerentes ao público e ao privado na saúde apareceram em menos de 9% dos estudos (SESTELO; SOUZA; BAHIA, 2014).

O ressarcimento ao SUS dos valores relacionados à assistência pública realizada a beneficiários de planos privados de assistência à saúde gera uma quantidade expressiva de dados sobre internações e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade cuja análise pode ser útil e relevante para compreender o perfil de consumo e os diferentes aspectos relacionados à utilização do SUS pelo setor suplementar (AGUIAR; SOUZA, 2018). Porém, o fluxo de beneficiários para a rede do SUS é um tema pouco explorado (SESTELO; SOUZA; BAHIA, 2013). Os estudos até então realizados se estruturaram principalmente no processo administrativo para ressarcimento ao SUS, na proporção entre as quantidades, os valores e a distribuição geográfica de atendimentos identificados, cobrados e pagos (FREITAS, 2011; GRAMSTRUP, 2015; QUEIROZ, 2015; ANS, 2017c, 2018e, 2020c; SOUZA, 2017; AGUIAR; SOUZA, 2018; RENAULT; OLIVEIRA, 2018; IEISS, 2020). Há escassez de pesquisas sobre o beneficiário que utiliza o SUS, em especial para procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, pois a cobrança dessa assistência é recente, tendo sido iniciada em 2015, retroativa aos atendimentos ocorridos desde 2012 (ANS, 2022b; BRASIL, 2015b, 2022a).

A utilização integrada de diferentes sistemas de informação em saúde permite a organização dos dados por paciente (QUEIROZ et al., 2009). No entanto, apesar de a cobrança para ressarcimento ao SUS convergir do relacionamento entre sistemas de informações do SUS e da ANS (ANS, 2022b), o que permitiria organizar essa informação por paciente, os dados para acesso público reportam os atendimentos identificados e não aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que foram atendidos na rede pública (BRASIL, 2022a), o que dificulta realizar inferências e estimativas acerca desses indivíduos (SOUZA, 2016). Adicionalmente, dados individuados ainda são pouco explorados no campo de integração dos setores público e privado de saúde.

A escolha por estudar beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise considerou o fato de a Doença Renal Crônica (DRC) ser um problema de saúde pública no mundo, corroborado pelo envelhecimento populacional e pela alta carga de doenças crônicas não transmissíveis (SILVA et al., 2020; SBN, 2021). Além disso, pesquisas recentes estimaram o aumento gradativo do número de doentes renais crônicos que necessitam de diálise no Brasil (MARINHO et al., 2017), como também diagnosticaram uma

grande diversidade e desigualdade na oferta e no acesso aos serviços de diálise, tanto públicos quanto privados, no país (NEVES et al., 2020). Outra questão é que, dentre os procedimentos ambulatoriais de alta complexidade que são realizados no SUS a beneficiários de planos privados de assistência à saúde, a hemodiálise é o principal destaque, tanto pela quantidade de procedimentos realizados, quanto pelo volume financeiro mobilizado para essa assistência (ANS, 2016a, 2017bcd, 2018adef, 2019ac, 2020ac, 2021acef), o que enseja uma análise mais aprofundada dessas informações (SILVEIRA; COELHO, 2019).

O sujeito é quem desenha seu caminho na rede assistencial, mesmo que influenciado por questões externas a ele, tais como dificuldade de acesso aos serviços e barreiras socioeconômicas e culturais (CABRAL, 2010; CABRAL et al., 2011; MEDEIROS; GERHARDT; SILVA JUNIOR, 2016). Assim, na integração público-privado não se pode romper desafios para compreender a extensividade e a magnitude dos problemas do uso do SUS pelos beneficiários de planos privados de assistência à saúde se limitando a análises que fujam ao foco do indivíduo. Conhecer o ressarcimento *per capita* dos atendimentos realizados no SUS a beneficiários de planos privados de assistência à saúde pode ser parte importante do caminho por uma regulação mais efetiva do mercado de saúde suplementar, auxiliando na definição de parâmetros aceitáveis dessa utilização (SANTOS, 2006).

Dentro desse contexto, esta pesquisa teve por objetivo investigar a associação entre as trajetórias dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019, e as características de seus contratos, a modalidade das operadoras e a região da assistência prestada a eles. O que se propôs foi um estudo no sentido de ampliar a compreensão acerca do uso do SUS por beneficiários de planos privados de assistência à saúde, ajudando a preencher a lacuna existente de uma análise dos dados do ressarcimento ao SUS com foco no indivíduo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Constituição dos setores público e privado no sistema de saúde brasileiro

Até meados de 1808, a assistência à saúde no Brasil era uma prática relacionada aos costumes e aos conhecimentos de grupos específicos, tais como imigrantes europeus, índios e negros escravos. A partir da chegada da família real no país, mesmo após o fim da escravidão e início do século XX, a política de saúde se refletiu no saneamento dos espaços urbanos para responder aos anseios econômicos das classes dominantes e servir de caminho para a construção da nacionalidade e expansão da autoridade estatal. Por conseguinte, a institucionalização dessas campanhas sanitárias deu lugar a um modelo verticalizado, setorizado, centralizado na prática médica e atrelado ao sanitarismo desenvolvimentista, sob o pressuposto de que a melhoria na saúde seria promotora do desenvolvimento econômico no Brasil (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005; BAPTISTA, 2007).

De um modo geral, o sistema de saúde brasileiro se desenvolveu vinculado à Previdência Social. Em sua trajetória, o sistema previdenciário passou por uma gradativa ampliação dos setores beneficiados (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990) até chegar à universalização do acesso à saúde como direito (BRASIL, 1988) e ao ideal de saúde como resultado do desenvolvimento econômico e social do país (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005). Durante esse processo se estabeleceu uma complexa relação econômica, política e assistencial entre os setores público e privado que influencia o sistema de saúde até os dias atuais.

Em 1923, com a Lei Eloi Chaves, surgiram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's) que, além do seguro social relacionado a aposentadorias e pensões, prestavam assistência médico-hospitalar e forneciam medicamentos aos trabalhadores e seus dependentes¹. As CAP's eram de criação obrigatória às empresas com 50 empregados ou

¹ A ANS reporta as CAP's como a origem dos planos privados de assistência à saúde no Brasil, em decorrência de sua similaridade com as operadoras da modalidade autogestão que hoje atuam no mercado (ANS, 2022b). Porém, apesar de se registrar serviços organizados para trabalhadores nas empresas desde a década de 1920, a expansão do setor privado e o fortalecimento das entidades empresariais na área da saúde se deu a partir dos anos 1950 (DIAS; PASTRANA, 2007; BRAGA, 2018). Além disso, a ascendência das operadoras da modalidade autogestão não é consensual na literatura. Baird (2020a) apontou que as autogestões se originaram de organizações mutualistas de caráter voluntário para provisão de alguns serviços, ainda no século XIX, apesar de o autor ponderar que o desenvolvimento dessa modalidade de operadora se deu no esteio das empresas estatais e multinacionais, a partir da década de 1940. Por outro lado, a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS), entidade associativa que representa o segmento de autogestão no Brasil, considera que foi a partir do enfraquecimento dos convênios-empresa, no final da década de 1970, que começou a se conformar um sistema de assistência à saúde que mais se aproximou da modalidade de operadora autogestão, principalmente

mais, sendo financiadas pelos patrões e seus empregados, além de contarem com recursos públicos para sua fiscalização. No entanto, para muitas empresas, reter o risco do custo dos serviços médicos inviabilizava a manutenção de uma assistência própria. A compra de serviços foi a alternativa encontrada para se alcançar certa economia de escala e que, ao mesmo tempo, foi fator incentivador ao crescimento do mercado privado de saúde (MERCADANTE, 2002; MENICUCCI, 2007).

Na década de 1930, uma reformulação previdenciária por meio dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) ampliou a assistência focalizada por empresa, até então oferecida pelas CAP's, às diferentes categorias profissionais legalmente reconhecidas. Os IAP's assumiram uma dimensão nacional dentro de cada segmento de trabalhadores, mas a capacidade de financiamento e a articulação com o Estado ditavam os benefícios aferidos a cada categoria (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990). Desse modo, os IAP's eram diferentes em diversos aspectos, tais como legislação, quantidade de segurados, valores arrecadados, qualidade assistencial e recursos destinados aos serviços médicos (MENICUCCI, 2007). Apesar dessas diferenças entre categorias profissionais, a forma institucional de organização para a prestação dos serviços de saúde ofertados era comum entre os IAP's e foi, assim como nas CAP's, fator incrementador para a assistência privada de saúde, porque ocorreu principalmente por meio de compra de serviços (MENICUCCI, 2007). A privatização da oferta da assistência se dava em hospitais e laboratórios privados, como também em consultórios médicos, que passaram a atender, além da clientela particular, empregados de empresas e assegurados dos IAP's (BRAGA, 2018).

A partir dos anos 1940, no esteio das empresas estatais e multinacionais, como também em algumas instituições públicas, surgiram os primeiros planos privados de assistência à saúde no Brasil, que passaram a atuar com clientela restrita e paralelamente aos IAP's, complementando a assistência pública. Um exemplo importante foi a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI), operadora da modalidade de autogestão fundada em 1944, a mais antiga que ainda opera no Brasil (MENICUCCI, 2007; BAIRD, 2020a; ANS, 2022b).

por meio da oferta de serviços ambulatoriais, seja por estrutura própria das empresas ou pela contratação de planos privados de assistência à saúde (UNIDAS, 2013). Outra questão a ser considerada é que nem todas as autogestões surgiram a partir das CAP's. Nesse contexto, cita-se a Assistência Patronal dos servidores do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários, fundada em 1945 e que, após unificação de todos os institutos no Instituto Nacional de Previdência Social do Brasil (INPS), foi estendida aos servidores públicos das demais entidades que compunham o sistema previdenciário, dando origem, em 1989, ao Grupo Executivo de Assistência Patronal (GEAP) (BAHIA, 1999; MENICUCCI, 2007).

Durante a década de 1950, o franco processo de industrialização brasileiro aumentou a necessidade de garantir força de trabalho saudável, mas a deficiente assistência pública reforçou o movimento de terceirização para provisão de serviços médicos aos empregados das empresas. Nesse contexto, as multinacionais, instaladas em especial no polo industrial paulista, prescindiram de seus quadros o serviço de saúde e incentivaram grupos médicos a formarem empresas que ofertassem planos privados assistenciais. Nasceram, assim, as primeiras medicinas de grupo, conformando uma atividade comercial lucrativa² que se fortaleceu progressivamente nos períodos subseqüentes (BAIRD, 2020a).

Por meio da Lei orgânica da Previdência Social, de 1960, procedimentos administrativos e fontes de receitas dos IAP's foram uniformizados. Em 1966, a histórica contingência de recursos e a necessidade de estabelecer critérios de racionalidade culminaram na consolidação de todos os IAP's em uma única estrutura político-administrativa, o INPS. O objetivo era a universalização da assistência, ainda que limitada à população segurada, utilizando-se mecanismos redistributivos intercategorias, independente da expressão econômica de cada uma. Porém, a estrutura existente não comportava tal ampliação³, o que levou à saturação da clientela e à piora da qualidade dos serviços decorrentes da rede previdenciária. Diante disso, as classes médias provenientes dos IAP's optaram por recorrer ao sistema privado para manter a estrutura e os níveis de qualidade e acesso aos serviços de saúde que possuíam (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990; MENICUCCI, 2007).

A partir de 1970, a estrutura previdenciária incorporou novos e amplos setores, incluindo trabalhadores rurais, autônomos e empregadas domésticas (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990). Por outro lado, em meio à assistência médica enquanto política pública no âmbito previdenciário, aos pobres, aos desempregados e aos trabalhadores informais restava recorrer aos serviços oficiais de saúde e às casas de caridade (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

² Em maio de 1964, o Instituto dos Industriários, até então legalmente responsável pela assistência médica dos empregados da indústria, dentre elas a automobilística, transferiu essa responsabilidade para a Volkswagen, nos limites de seus trabalhadores. Em contraprestação, o Instituto contribuía com um valor mensal calculado sobre o número de empregados da Volkswagen. A Volkswagen, por sua vez, terceirizou os serviços de saúde a uma empresa médica, dando início à nova forma de financiamento da prestação de assistência médica, o pré-pagamento (MELLO, 1983). A conformação de grupos médicos em operadoras da modalidade medicina de grupo fez surgir o que se convencionou chamar de empresariamento da saúde, ou seja, uma atividade lucrativa a partir da oferta assistencial de planos privados (BAIRD, 2020a).

³ De acordo com Mello (1977), em 1967, os segurados do INPS correspondiam a 40% da população brasileira, cerca de 36 milhões de pessoas, não estando inclusos nesse total os trabalhadores segurados pela Previdência Rural, cuja estimativa apontava não ser inferior à do INPS.

Como opção intermediária para diminuir o impacto do aumento do contingente previdenciário, o INPS passou a comprar a assistência médica, conformando dois arranjos institucionais, um contratado e outro conveniado, ambos funcionando paralelamente à sua rede própria (BAIRD, 2020a). Porém, a rede contratada/conveniada também era insuficiente para comportar a nova demanda e, contrariamente ao fortalecimento da estrutura pública previdenciária, o governo ditatorial conduziu uma política de incentivo a esses serviços por meio do financiamento de hospitais privados, do credenciamento para a compra de serviços e dos convênios com empresas (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985)

O financiamento lograva créditos ao setor privado, a juros muito baixos e até negativos (SCATENA, 2004). Mello (1977) tratou as bases dessa privatização como uma política de irracionalidade, porque a ampliação de leitos se baseou na matemática *per capita* para manutenção dos hospitais, privilegiando os produtores de serviços, a indústria de equipamentos e a medicina de mercado em detrimento das peculiaridades sociais, econômicas e demográficas, bem como das necessidades de saúde da população brasileira. O sistema credenciado funcionava principalmente a partir da contratação de hospitais privados para atender os segurados da previdência. Nesse período, o INPS contava com 25 hospitais próprios, contratava 2.634 hospitais privados (que correspondiam a mais de 90% da rede privada existente no Brasil) e mantinha convênio com outros 75 hospitais Estaduais (MELLO, 1977).

Data também desta época, especialmente a partir de 1976, a origem de uma política pública relacionada às terapias renais substitutivas no Brasil. A facilidade para o credenciamento junto à previdência foi responsável por impulsionar a expansão e a consolidação de uma assistência de alto custo e complexidade predominantemente prestada por serviços privados e alinhada a um mercado monopolizado de máquinas, equipamentos, medicamentos e insumos relacionados a diálises. Nesse sentido, poderia se considerar um paradoxo quando a motivação para a rápida consolidação da diálise em detrimento do transplante renal, que é a técnica mais custo-efetiva para tratamento do paciente renal crônico terminal, pareceu ocorrer por questões mais políticas e institucionais do que por fatores econômicos e tecnológicos (CHERCHIGLIA et al., 2006).

A remuneração da rede contratada pela previdência se dava em função da quantidade de atos clínicos e cirúrgicos executados, ou seja, um sistema de pagamento por unidade de serviço a preço tabelado pelo INPS (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985). De acordo com Mello (1977) tratava-se de um “fator incontrolável de corrupção”, uma vez que esse mecanismo de

financiamento era capaz de dificultar o controle de contas e de incentivar a produção de fraudes em quaisquer unidades onde estivesse instituído, fossem elas públicas ou privadas⁴.

A rede conveniada surgiu ainda em 1966, através de um subsídio na ordem de 5% do maior salário-mínimo regional, por trabalhador, concedido pelo Estado às grandes e médias empresas, aos bancos e às companhias financeiras, para que se responsabilizassem pela assistência à saúde de seus trabalhadores, desobrigando formalmente o INPS por esses serviços (BRASIL, 1966a; MENICUCCI, 2007; BRAGA, 2018). Em comparação com os outros serviços médicos existentes, em especial a rede previdenciária, o convênio era vantajoso às empresas porque permitia uma seleção de mão-de obra mais saudável, prometia melhor controle do absenteísmo e retorno mais rápido da força de trabalho à atividade. Além disso, operava como fator importante no desempenho e competição interempresarial no sentido de manter força de trabalho qualificada, essa última atraída por diminuir o gasto individual com saúde e a exposição às longas filas do serviço previdenciário (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985). De acordo com Menicucci (2007), os convênios-empresa acabaram não só incentivando a privatização dos serviços de saúde e o fortalecimento desse setor, como também replicaram a segmentação antes promovida pelas CAP's, uma vez que se concedia um padrão de serviços diferenciados a trabalhadores de determinadas empresas.

O convênio se estabelecia entre o INPS e a empresa industrial, comercial ou de serviços para a prestação de assistência médica a seus funcionários; essa assistência poderia se fazer diretamente pela empresa ou através de terceiros (MELLO, 1983). Porém, a operacionalização da assistência se dava em sua maior parte pela contratação de entidades especializadas, geralmente compostas por grupos médicos (MENICUCCI, 2007). O INPS repassava o subsídio por trabalhador e, quando havia acordo triangular com a empresa médica, o custo era maior, também por trabalhador, e deveria ser complementado pela empresa conveniente (MELLO, 1983). Essa forma de prestação de serviços de saúde por meio de planos coletivos empresariais alavancou a expansão das medicinas de grupo, em especial junto ao parque industrial paulista, composto por entidades com porte e estrutura administrativa robustos (MENICUCCI, 2007; BAIRD, 2020a).

No tocante à seletividade geográfica e econômica, cuja concentração se dava em regiões mais rentáveis, Mello (1977, 1983) apontou que a real serventia dos convênios-

⁴ Ao longo de sua obra, Mello (1977) registrou graves distorções junto à compra de serviços assistenciais da rede privada pelo INPS por meio do pagamento por unidade de atos praticados: pagamento de serviços que não eram produzidos; pagamento de serviços produzidos, mas desnecessários; e pagamento de serviços produzidos, necessários, mas que deveriam ter sido racionalizados, a exemplo de tratar com internação condições que poderiam ser resolvidas em ambulatório.

empresa se fazia aos interesses privados e não para resolver dificuldades assistenciais dos segurados do INPS. Segundo o autor, em 1977, 70% dos convênios foram firmados no Estado São Paulo, sendo 80% desses concentrados na capital e adjacências, enquanto Maranhão, Acre e Piauí, Estados de baixa renda *per capita*, não tinham nenhum convênio assinado.

Na complexa relação entre o público e o privado, ainda no âmbito dos convênios-empresa, há que se destacar que, além da desigualdade de distribuição da oferta de serviços no território nacional, os acordos firmados consolidavam a atribuição dos atendimentos mais complexos, de alto custo e de longa duração ao setor público. Ao INPS era reportado o atendimento a condições específicas e, não por acaso, as mais onerosas, tais como tuberculose, doenças mentais e hemodiálise. Além disso, o Instituto continuava arcando com as emergências, assumia a reabilitação profissional de beneficiários e o tratamento de pacientes que, após internação de 180 dias, não estavam aptos para retornar ao trabalho ou à recuperação ambulatorial. Cabia ainda ao INPS o financiamento de cirurgias cardíacas, transplantes, implantes, politraumatismos, microneurocirurgia e outros riscos catastróficos, inclusive com previsibilidade, mesmo que excepcional, de reembolso público à empresa conveniente por atendimentos médicos de custos muito elevados (MELLO, 1977; 1983).

Uma série de evidências trazidas por Mello (1983) demonstram que a seleção de clientela era prática das operadoras de planos privados de assistência à saúde desde a época dos convênios-empresa. A assistência à saúde de aposentados e pensionistas, em sua maioria velhos e incapazes, dependentes de elevado consumo de serviços médicos e hospitalares, era de responsabilidade do INPS, sendo que os grupos médicos assumiam a população de faixa etária mais jovem e, por isso, de menor custo assistencial. A predominância dos convênios celebrados junto aos ramos mais dinâmicos e prósperos da economia representava baixa sinistralidade assistencial e mais lucro às operadoras. Afinal, as grandes empresas eram capazes de manter empregados com salários mais altos e conseqüente nível de saúde mais elevado em relação à população previdenciária não conveniada. A desigualdade se fazia mesmo dentro das próprias empresas, uma vez que o contingente de trabalhadores era escalonado em classes de acordo com a categoria profissional para tratamento assistencial diferenciado, privilegiando dirigentes e executivos.

Ainda no contexto dos convênios-empresa Scatena (2004) afirmou já se perceber moldes, mesmo que pouco precisos, de previsão para ressarcimento ao erário em decorrência da assistência pública prestada a beneficiários de operadoras de planos privados de assistência à saúde. Isso porque, na vigência do convênio-empresa, se por um lado o INPS era

desobrigado a prestar serviços de saúde aos beneficiários assistidos pelas medicinas de grupo, também estava regrado que os atendimentos médicos eventualmente realizados pelo Instituto a esse público seriam cobrados da empresa médica (MELLO, 1977).

A previsão para ressarcimento ao erário pelos custos da assistência prestada aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde era explícita e dava a entender que também era prática comum das operadoras a oferta de contrato assistencial cuja cobertura não encontrava correspondência em sua rede de serviços. Há registros de que nos comunicados da Associação Brasileira de Planos de Saúde (ABRAMGE)⁵ à essa época, para os casos de urgência ou em territórios desprovidos da rede do grupo médico, seus beneficiários deveriam recorrer aos serviços da Previdência, que os atenderia e remeteria a conta ao grupo médico correspondente para que houvesse o ressarcimento ao INPS das despesas efetuadas. Porém, na prática, não houve notícia de que uma medicina de grupo tenha ressarcido à Previdência Social valores relacionados a atendimentos de beneficiários ocorridos nos hospitais, ambulatorios, postos de atendimento de emergência ou na rede hospitalar contratada ou conveniada daquele Instituto (MELLO, 1977, 1983).

A programação financeira das empresas médicas se fazia senão pelo sentido de operar em termos lucrativos, ou seja, de reduzir, tanto quanto possível, as despesas médico-hospitalares. Como exemplos tinha-se a seleção do empregado pelo menor risco de adoecer e não pela maior capacidade para exercer a função; o máximo de restrição para realizar procedimentos técnicos de diagnóstico e de terapêutica; e a dispensa de trabalhadores com patologias que requeriam tratamentos dispendiosos, situação em que eram passados à responsabilidade do INPS (MELLO, 1977). Scatena (2004) considerou que essa prática das medicinas de grupo no sentido de assegurar lucro à custa do mínimo assistencial, transferindo ao INPS os pacientes mais onerosos, foi a gênese das cláusulas restritivas contidas nos planos de saúde antigos, ou seja, firmados antes da regulação do setor suplementar de saúde no Brasil.

Outra estratégia importante utilizada pelas empresas de saúde para aumentar a margem de ganhos era diminuir, tanto quanto possível, gastos com recursos humanos. Isso se fazia em função da intermediação sobre a remuneração da atividade médica, de forma a racionalizar o pagamento dos honorários ao menor valor permitido pelo mercado de trabalho. A contratação de médicos, com ou sem vínculo de emprego, afastava a possibilidade de aproveitamento desses profissionais como credenciados. Esperava-se, por óbvio, que os médicos assalariados

⁵ A ABRAMGE, fundada em agosto de 1966, é a instituição que representa as operadoras da modalidade medicina de grupo no Brasil.

engrenassem sua prática ao mínimo assistencial, configurando o que se nomeou de medicina privatizada (MELLO, 1977, 1983).

Essa mercantilização do trabalho médico decorrente da atividade das medicinas de grupo gerou insatisfação e promoveu a mobilização de profissionais e de associações médicas em torno de uma base de ação cooperada. Desse modo, sob o discurso da rejeição ao assalariamento e ao lucro de terceiros sobre o trabalho médico, da defesa dos valores liberais e da ética para a profissão, como também em nome do respeito aos pacientes e à melhoria da assistência prestada, os dirigentes do sindicato da classe médica fundaram, em 1967, a primeira cooperativa de trabalho na área de medicina do Brasil, a União dos Médicos (UNIMED⁶) (SCATENA, 2004; MENICUCCI, 2007; BAIRD, 2020a).

A UNIMED usufruiu da facilidade de se organizar empresas nos moldes de cooperativa singular e rapidamente se constituiu em um sistema difundido em todo o território brasileiro (SCATENA, 2004). A princípio, as cooperativas médicas se beneficiaram do decaimento da qualidade da assistência previdenciária e foram pioneiras na oferta de planos privados de assistência à saúde do tipo individual para pessoas sem vínculo com as empresas. Após essa expansão inicial, o segmento cooperado de operadoras de saúde se organizou oferecendo produtos via pré-pagamento às empresas, passando a disputar também os beneficiários das medicinas de grupo (NITÃO, 2004; MENICUCCI, 2007; BAIRD, 2020a).

Mello (1983) destacou que as UNIMEDs, apesar dos ideais de socializar meios para democratizar a medicina e o médico, se assemelhavam às medicinas de grupo em muitas vertentes. No campo da seleção de clientela, as cooperativas assumiam indivíduos de maior nível socioeconômico em comparação aos demais beneficiários da Previdência; não prestavam serviços a aposentados e pensionistas, nem a outros beneficiários cuja assistência era mais dispendiosa; recusavam ingresso ao emprego de trabalhadores que pudessem implicar maiores custos à saúde, bem como influenciavam a demissão daqueles que, em algum momento, passassem a ensejar algum ônus indesejável em decorrência da saúde; direcionavam pacientes de sua responsabilidade à rede do INPS e, apesar da previsão em convênio, não ressarciam àquele Instituto o valor dispendido pelos serviços. As UNIMEDs contavam com o médico cooperado, equivalente aos sócios nas medicinas de grupo, e com o médico assalariado, que nas duas modalidades, medicina de grupo ou cooperativa, estavam atrelados à mínima remuneração permitida pelo mercado.

⁶ A então União dos Médicos (UNIMED) constituiu um sistema cooperativo que comercializa planos privados de assistência à saúde no Brasil, atualmente nomeado como Confederação Nacional das Cooperativas Médicas.

Desse modo, medicinas de grupo e cooperativas médicas operavam por receita fixa mensal e visavam economia à custa da redução de despesas. A diferença principal entre elas estava fundamentada para além das denominações aferidas ao excedente, ou seja, o lucro para as medicinas de grupo e as sobras, para as cooperativas médicas. Isso porque, enquanto nos grupos médicos a divisão era proporcional à cota da sociedade, nas UNIMEDs o rateio era desigual, baseado na quantidade e na qualidade dos atos médicos praticados (MELLO, 1983).

Além do financiamento de hospitais privados, do credenciamento para a compra de serviços e dos convênios com empresas, outra iniciativa governamental que reforçou a expansão do setor privado de saúde no Brasil, ainda sob o pretexto de ampliar a cobertura e tornar a assistência médica previdenciária mais acessível, foi o Plano de Pronta Ação (PPA). Implantado a partir de 1974, o PPA universalizou a assistência às urgências à toda população, independente de vínculo ao mercado de trabalho. Por intermédio do PPA, as cooperativas médicas foram incorporadas para prestar assistência à rede pública, sob a alegação de otimizar o uso da capacidade instalada e de articular os serviços médicos públicos e privados do país. O PPA também aumentou desigualdades, tanto no acesso quanto na qualidade dos serviços de saúde ao permitir a complementação de valores a serem pagos pelos pacientes diretamente ao prestador privado, para que usufríssem de instalações diferenciadas para internação. Isso acabou afastando do acesso aqueles beneficiários da previdência que não podiam arcar com o custo extra, como também possibilitou a reserva de leitos para esse fim (MENICUCCI, 2007).

Em 1977, houve uma nova reestruturação institucional da Previdência Social, de modo que a assistência médica e ambulatorial foi separada da rede de benefícios. Com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), os serviços assistenciais passaram a ser de responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), ficando o INPS a cargo dos benefícios previdenciários (MENICUCCI, 2007).

Apesar da manutenção da política de incentivo aos serviços privados, a rede previdenciária não conseguiu acompanhar o crescimento demográfico do país e continuava assumindo o alto custo de uma assistência cada vez mais curativo-tecnista. Entre 1969 e 1975, o custeio de serviços privados chegou a comprometer 90% das despesas do INPS (MENICUCCI, 2007). O colapso gerado pelo sistema de pagamento por unidades de serviço forçou a diminuição do financiamento assistencial por meio de convênios, que acabaram sendo extintos em 1979. Por outro lado, isso não significou diminuição do financiamento público ao setor privado de saúde, uma vez que o Estado manteve o subsídio para as empresas

investirem na saúde de seus empregados por meio da dedução, junto ao imposto de renda, dos gastos com saúde de seus trabalhadores (BRAGA, 2018).

Data também deste final da década de 1970 a expansão da modalidade de operadora designada como seguradora de saúde. Apesar de o seguro saúde ter sido instituído na década de 1960 (BRASIL, 1966b), a expansão das seguradoras de saúde foi alavancada principalmente pela desregulação de suas atividades promovida pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP). A partir da década de 1980, a SUSEP deu autonomia para a instituição de novos produtos no mercado e promoveu o aumento do número de empresas seguradoras⁷ (MENICUCCI, 2007).

Insatisfeita com a insuficiência de cobertura provocada pelo aumento da demanda em decorrência da inclusão de segmentos populacionais antes excluídos, como também com a baixa qualidade ofertadas pelo sistema previdenciário, empresas e pessoas que tinham maior poder aquisitivo procuraram por uma assistência diferenciada, optando por contratar serviços privados de saúde (MENICUCCI, 2007). O aumento potencial da clientela, expandindo a cobertura e as oportunidades de contratos de assistência privada à saúde junto às empresas, com intermédio ou não da Previdência Social, incluindo os incentivos governamentais e a renúncia fiscal, inaugurou o primeiro ciclo de recrudescimento do mercado de saúde, de 1960 a 1980. Desse modo, consolidou-se um setor privado de saúde vigoroso, sustentado pela demanda e financiado por subsídios públicos (DIAS; PASTRANA, 2007; BAHIA et al., 2016a; BRAGA, 2018).

Até o início da década de 1980, as políticas de saúde eram estreitas à cobertura previdenciária e ainda não alcançavam toda a população. Ao mesmo tempo, a concentração de renda e as desigualdades socioeconômicas incitavam movimentos voltados à reorientação da prática assistencial, no sentido de romper com o modo segmentado e especializado até então vigente do sistema de saúde brasileiro. O objetivo era não só enfatizar a prevenção, como também ampliar o alcance da assistência e integrar a saúde às condições sociais, econômicas e políticas da população. Neste ínterim, o Brasil passava por um momento de luta pela redemocratização. Em meio ao contexto de condições e possibilidades históricas surgiu a Reforma Sanitária Brasileira, com pensamentos impulsionadores dos movimentos sociais e das propostas que definiriam uma nova política de saúde no país (ACURCIO, 2007;

⁷ As seguradoras de saúde passaram a atuar no setor suplementar de forma semelhante às medicinas de grupo e às cooperativas médicas, mas ainda reguladas pela SUSEP até 2001, quando os seguros saúde foram equiparados a planos privados de assistência à saúde e as sociedades seguradoras especializadas em saúde passaram a se subordinar às normas e à fiscalização da ANS (BRASIL, 2001; BAIRD, 2020a).

BAPTISTA, 2007). Segundo Lima, Fonseca e Hochman (2005), a saúde passaria de promotora desenvolvimentista para uma consequência de multifatores relacionados ao desenvolvimento econômico e social do país.

A Reforma Sanitária Brasileira não foi um movimento intelectual interno, girando em torno de si mesmo. A forte impregnação política que trouxe o projeto de democracia em benefícios sociais tangíveis se vinculou aos anseios da população civil na época porque foi capaz de se aproximar da realidade popular. O ideal de articular a atenção à saúde às características das sociedades globalmente inseridas no mundo capitalista, mesmo com todas as adversidades, promoveu uma visão mais completa de saúde, que integrava o indivíduo à comunidade, resultando na constituição do SUS (ACURCIO, 2007).

De acordo com Braga (2018) o Movimento Sanitário Brasileiro se tratou de uma luta para reconfigurar o modelo de saúde em uma nova proposta de sociedade. A autora evidenciou o fundamental papel do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) como entidades civis direcionadoras daquele Movimento quando promoveram, além da renovação dos currículos universitários e pesquisas acadêmicas com foco médico-social, a articulação com movimentos populares envolvidos com a defesa por justiça social e melhores condições de vida e de saúde no cenário nacional.

Desse modo, CEBES e ABRASCO foram uma resposta social que articulou prática política e teórica frente à crise de saúde durante o governo autoritário (PAIM, 2009). O CEBES, criado em 1976, protagonizou a divulgação crítica de desigualdades da sociedade brasileira, explicitando a importância da gestão participativa e de novas práticas de saúde coletiva diante do reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença. A ABRASCO, em 1979, se somou ao protagonismo do CEBES, oferecendo base teórica para a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, bem como à elaboração da proposta do SUS e das Leis Orgânicas da Saúde⁸ (VIEIRA-DA-SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014).

O reconhecimento dos princípios difundidos pela Reforma Sanitária Brasileira, traduzidos na saúde como direito e no acesso universal e igualitário à assistência providos pelo setor público, começou a se concretizar mesmo antes da Constituição Federal, de 05 de

⁸ As Leis Orgânicas da Saúde incluem a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, instituindo o SUS (BRASIL, 1990b, 2011c); e a Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que estabelece a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Junto à Constituição Federal, de 05 de outubro de 1988, as Leis Orgânicas constituem o arcabouço legal basilar do SUS (BRASIL, 1990d).

outubro de 1988, por meio das Ações Integradas de Saúde (AIS) e do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Implantadas a partir de 1984, as AIS foram a estratégia para estimular uma importante reestruturação democratizante do setor saúde, promovendo a articulação e a coordenação da ação pública no sentido de unificar o sistema de saúde mediante integração de instituições federais, estaduais e municipais, no âmbito de cada unidade federada, tornando a assistência à saúde mais acessível à população (PAIM, 1986; MERCADANTE, 2002; MENICUCCI, 2007).

O SUDS surgiu no contexto do processo decisório da reforma política de saúde brasileira, quando da instalação da Assembleia Nacional Constituinte, em 1987. De acordo com Menicucci (2007), motivado pelas diretrizes lançadas na VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, em defesa da construção de um sistema descentralizado e único, o SUDS representava uma mudança institucional para fortalecer o setor público, ao passo em que visava promover a incorporação pelos estados e municípios da assistência até então prestada pelo INAMPS. Por outro lado, a autora evidenciou que a descentralização e o fortalecimento públicos encontraram resistência, acabando por serem implantados apenas nos espaços que contavam com dirigentes locais a favor da mudança defendida pelo Movimento Sanitário Brasileiro.

Em termos gerais, as AIS e o SUDS, apesar das dificuldades encontradas para se operacionalizarem dentro de um contexto politicamente diverso e transitório, significaram inclusão social para quase metade da população brasileira até então sem qualquer garantia de cobertura assistencial à saúde (RODRIGUES, 2010). Juntas, essas estratégias avançaram importantes passos no sentido de ampliar a descentralização do sistema de saúde brasileiro para estados e municípios, como também de diminuir desigualdades relacionadas à posse ou não de cobertura previdenciária, bem como à condição de inserção ou não ao mercado formal de trabalho.

Em 05 de outubro de 1988, foi promulgada a Constituição da República Federativa do Brasil e com ela a instituição do SUS. Em seu artigo 196, ficou determinada a universalização do acesso às ações e aos serviços de saúde e a obrigação de garantia desses pelo Estado a todo cidadão (BRASIL, 1988). O SUS foi um grande avanço em termos de direitos sociais, uma vez que, pelo menos em preceito, foi capaz de romper com o modelo hospitalocêntrico e privatista vigente, no qual somente o poder econômico ou o vínculo a uma atividade laboral regulamentada garantia cobertura assistencial à saúde.

Com a instituição do SUS, pela primeira vez, desde 1930, os traços essenciais da política de saúde brasileira foram conduzidos pela noção de saúde como um direito social, demandante não de concessão, mas de uma ação pública que garantisse a oferta dos serviços necessários à toda a população e suportados por um financiamento redistributivo, uma vez que a contribuição de uns converge na direção daqueles que não contribuían de forma direta com o sistema de proteção social (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990). Por outro lado, a defesa pela ampliação do SUS e pelo maior controle estatal sobre os serviços contratados promovida pelo Movimento Sanitário Brasileiro se contrapunha à ordem econômica vigente junto às empresas de saúde e aos prestadores assistenciais privados (BRAGA, 2018). De acordo com Silva (2018), a opção dos reformistas foi pelo consenso, favorecendo a configuração de um sistema público de saúde contraditório no qual a integralidade e a universalidade ficaram distantes do campo real.

Desse modo, atores e interesses econômicos foram importantes na correlação de forças que estruturaram o sistema de proteção social que abrigou o SUS. Isso porque a conquista constitucional traduzida nos artigos 194 a 200 também preservou a prática institucionalizada do mercado de saúde, permitindo à iniciativa privada complementar o setor público, como também ofereceu suporte para posterior participação de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país⁹ (BRASIL, 1988; MENICUCCI, 2007).

Ao se considerar décadas de investimentos diretos e indiretos do Estado à expansão dos prestadores privados, deixando quase sempre à margem do financiamento as instituições públicas, em especial durante o regime militar, a rede do SUS seria insuficiente para absorver usuários de um sistema universal. O que ocorreu efetivamente foi a estruturação de um sistema de saúde fragmentado no qual o público e o privado passaram a conviver de forma pouco sinérgica e com organização política e prática desfavoráveis ao SUS (MONTEIRO,

⁹ O artigo 199 da Constituição Federal, de 05 de outubro de 1988, vedou a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros nas ações e cuidados à saúde no Brasil, mas salvaguardou essa participação nos casos previstos em lei (BRASIL, 1988). A mesma ordem divergente ficou prevista no artigo 23 da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que impediu a participação do capital estrangeiro na assistência à saúde e, por outro lado, exceção a essa vedação especificamente para casos de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas (ONU), de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos (BRASIL, 1990b). Outro contraponto nesse sentido ficou a carga da Lei dos Planos de Saúde, que em seu artigo 1º permitiu às pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior constituírem ou participarem do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde (BRASIL, 1998a). Tratou-se, então, de uma legislação sobre saúde composta por duas políticas opostas (SCHEFFER, 2015), uma forte impregnação a favor do setor privado de saúde validada dentro do arcabouço do SUS e concretizada por meio da Lei n.º 13.097, de 19 de janeiro de 2015, que alterou a Lei Orgânica do SUS permitindo a participação direta ou indireta, inclusive controle de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde no Brasil (BRASIL, 2015a).

2018). Como coube ao SUS a assistência integral, quando a rede de serviços públicos fosse insuficiente, essa poderia ser complementada por meio de contratos e convênios junto a prestadores privados, esses últimos entendidos como o setor complementar. Além da medicina liberal, cuja clientela arca diretamente com os custos da assistência por meio do desembolso direto, paralelamente aos setores público e complementar, atuava o setor suplementar, composto pelo segmento de planos e seguros de saúde, cuja assistência é livre às empresas da iniciativa privada (BRASIL, 1988; BAIRD, 2020a).

Como consequência dessa estruturação assistencial do sistema de saúde no Brasil, estabelecimentos de saúde conformaram uma superposição das redes públicas e privadas de prestação de serviços: hospitais e clínicas privados podiam se conveniar ao SUS, mas também prestar serviços às operadoras de planos e seguros de saúde. Do mesmo modo, a estrutura pública, em especial hospitais de grande porte, também prestava serviços às operadoras de planos e seguros de saúde (BRASIL, 2011b). Assim, conformou-se o fenômeno da “dupla-porta”, ou seja, uma significativa parte de usuários do SUS utilizava a mesma estrutura assistencial da rede privada. Muitas vezes, o acesso podia se dar em condição de desigualdade, uma vez que a espera seria menor para quem pudesse pagar para utilizar os serviços de saúde (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008).

Por serem de relevância pública, no artigo 197 da Constituição Federal, de 05 de outubro de 1988, determinou-se que as ações de saúde deveriam ser reguladas, fiscalizadas e controladas pelo poder estatal. Porém, houve um lapso de dez anos até que o referido preceito constitucional se concretizasse como marco legal. Nesse interstício, a rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde, que se constituía como um sistema único pautado pela descentralização, pelo atendimento integral e pela participação da comunidade, conforme previsto no artigo 198 da Carta Magna, apesar de alguns avanços por meio das Leis Orgânicas da Saúde, não foi amparada por um financiamento condizente com o tamanho do SUS constitucionalmente desenhado. Como resultado, o direito universal à saúde para todos os cidadãos foi uma demanda que não encontrou a oferta correspondente, tanto em termos de cobertura, quanto de acesso e de qualidade dos serviços assistenciais (BRASIL, 1988, 1990bd; MENICUCCI, 2007).

A imagem assistencial do SUS foi sendo corroída gradativamente em decorrência da ampliação da cobertura e do subfinanciamento¹⁰. A imensa concentração de renda e a

¹⁰ Dados internacionais apontaram que nos países que estruturaram sistemas universais de saúde o gasto público com saúde era superior a 70% de suas despesas totais. Essa referência é muito superior ao que é aplicado no Brasil (MONTEIRO, 2018). Estudo de indicadores econômicos e do sistema de saúde brasileiro, de 1990 a 2015,

perpetuação das desigualdades socioeconômicas e regionais brasileiras eram reforço à crise instalada em um contexto de sucateamento da rede do SUS e de estruturação do setor privado (BAHIA, 1999; BAIRD, 2020a). As pessoas economicamente menos privilegiadas, mesmo por falta de opção, sucumbiram à acomodação do sistema, mas as classes médias intensificaram as buscas pelo segmento privado de saúde como alternativa assistencial de melhor acesso e maior qualidade (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990).

Por outro lado, o governo optou por manter decisões políticas prévias, perpetuando privilégios aos atores políticos contrarreformistas (MONTEIRO, 2018). Desse modo, a força do setor privado de saúde se mantinha articulada ao setor público não só por meio de investimentos e subsídios estatais¹¹, mas também pela venda de sua capacidade instalada para complementar a demanda assistencial pública e pelo uso de recursos de alta especialidade e de maior custo tecnológico, ainda concentrados na antiga rede previdenciária (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990; MONTEIRO, 2018).

Nesse movimento contrarreformista a ampliação do acesso aos serviços assistenciais de saúde mediante pagamento também abalou a defesa do SUS em torno de suas bases políticas. Isso porque afastava do setor público um segmento populacional com maior capacidade de requerer melhorias dos serviços, ou seja, setores médios e grandes sindicatos de trabalhadores cujo potencial mobilizador já estava direcionado para garantir melhor

realizado por Castro et al. (2019) apontou que, desde sua criação, o SUS tem sido subfinanciado. De acordo com os autores, o Brasil é o único país com um sistema universal de saúde em que os gastos com saúde pública (cerca de 44%), que é a principal fonte de assistência para grupos de baixa renda e para aqueles sem acesso a planos de saúde, são inferiores aos gastos do setor privado (demais 56%). Os autores ressaltaram ainda que pessoas com alta renda costumam usar serviços do setor privado, mas também utilizam o SUS para intervenções complexas, tais como as relacionadas ao câncer. A assimetria na distribuição de recursos entre os setores público e privado no Brasil pode ser mais bem entendida quando o faturamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde que atendem um quarto da população foi de 155,5 bilhões de reais, em 2015, enquanto o orçamento aprovado para o Ministério da Saúde, responsável por todos os cidadãos, mas especialmente pelos outros três quartos da população desprovida de contratos privados assistenciais, foi de 109,2 bilhões de reais (BAIRD, 2020b).

¹¹ Na mesma lógica dos subsídios fiscais às empresas que ofereciam contratos assistenciais aos seus empregados, o subsídio governamental ao setor privado de saúde foi ampliado por meio da Lei n.º 8.112, de 11 de dezembro de 1990, que dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. No artigo 230 desta Lei está previsto que a assistência à saúde do servidor, ativo ou inativo, e de sua família, será prestada pelo SUS, diretamente pelo órgão ou entidade ao qual estiver vinculado o servidor. Porém, alternativamente, a assistência pode ser prestada mediante convênio ou contrato, ou ainda na forma de auxílio, mediante ressarcimento parcial do valor despendido pelo servidor público com planos privados de assistência à saúde (BRASIL, 1990c). Em 2016 eram mais de 1,5 milhão de servidores aptos a receberem tal subsídio, para os quais Silva (2016) considerou se tratar de um gasto público triplo: o primeiro, relacionado ao financiamento do SUS, uma vez que beneficiários fazem uso da rede pública para serviços cobertos e não cobertos pelos contratos assistenciais; o segundo, relacionado ao financiamento do auxílio-saúde oferecido pelo governo federal; e o terceiro, em decorrência de isenção ilimitada no imposto de renda de pessoa física para gastos privados em saúde, inclusive com os próprios planos privados de assistência à saúde já subsidiados pelo governo.

negociação junto às empresas de saúde com relação a temas como reajustes das mensalidades e cobertura assistencial dos contratos de planos privados de saúde (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990).

No esteio da ampliação do setor privado durante os anos 1990, hospitais religiosos filantrópicos também passaram à disputa do mercado supletivo de saúde, ofertando principalmente planos individuais nos municípios de médio e pequeno portes. Esses hospitais constituíram uma nova modalidade de operadora de plano privado de assistência à saúde, a filantropia, caracterizada pela oferta de instalações especiais para as pessoas vinculadas ao próprio contrato e para os beneficiários de outras operadoras de saúde, distinguindo essa estrutura privada dos leitos reservados ao SUS (BAHIA, 1999; BAIRD, 2020a).

Apesar de pouco expressivo, também na década de 1990, se observou o crescimento da terceirização do gerenciamento de planos privados de assistência à saúde próprios de empresas, configurando-se no setor suplementar a participação das administradoras de benefícios (MENICUCCI, 2007). No entanto, de acordo com Baird (2020a), as administradoras de benefícios, mesmo sem contar com rede assistencial ou beneficiários diretos, começaram a despontar no mercado privado de saúde apenas no ano 2000, por meio da gestão de planos coletivos por adesão para empresas, órgãos públicos e entidades representativas. A oferta de gerir planos coletivos por adesão pelas empresas administradoras de benefícios¹² aproveitou a lacuna deixada pelas demais operadoras que já operavam no mercado privado de saúde quando diminuíram a oferta de planos privados do tipo individuais. As administradoras de benefícios também alcançaram indivíduos que não podiam contratar planos privados de assistência à saúde do tipo coletivo empresariais pelo fato de não estarem vinculados a uma empresa (BAIRD, 2020a).

Neste intercurso, de 1990 a 2000, a atividade privada de saúde, então garantida no artigo 199 da Constituição Federal, de 05 de outubro de 1988, e livre de qualquer regulação estatal, viveu o seu segundo ciclo de expansão. Tratou-se de um período durante o qual a comercialização de planos privados de assistência à saúde empresariais e individuais¹³ foi

¹² Apesar de estarem em atividade desde a década de 1990, as administradoras de benefícios configuraram a última e mais recente modalidade de operadora a ser regulamentada pela ANS, o que ocorreu em 2009 (ANS, 2009b).

¹³ Apesar da fragilidade em decorrência da diversidade de fontes, os registros existentes dão uma ideia deste crescimento acentuado do setor suplementar de saúde no Brasil, no espaço temporal entre a implantação do SUS e o início da regulação dessa atividade pelo Estado. Em 1987, as empresas de saúde movimentavam 1,85 bilhões de dólares e possuíam 22,4 milhões de pessoas vinculadas a planos privados de assistência à saúde, o que correspondia a cerca de 15,9% da população brasileira (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990). Em 1998, o

acelerada pelo setor privado de saúde, aumentando sua estrutura já complexa, segmentada e diferenciada de acordo com o poder de compra da clientela (BAHIA et al., 2016a).

Conclui-se, então, que a Reforma Sanitária Brasileira trouxe avanços e novos preceitos sociais democráticos para a constituinte, mas não cessou a preservação de suportes ao setor privado de saúde. Por esse motivo, Menicucci (2007) considerou que se tratou de uma reforma como processo de inovação limitada, porque estruturou o setor público, mas não desmontou o setor privado, configurando uma dupla trajetória da assistência à saúde no Brasil.

No âmbito da reprodução histórica de estratégias econômicas e institucionais contrárias à universalização do direito à saúde, Monteiro (2018) trouxe luz aos diferentes atores que interagiam, operando e convertendo gradativamente a política governamental para o sentido de seus interesses hegemônicos contrários ao SUS. De acordo com a autora, ao longo da década de 1990 e até a virada do século, apesar de não se oporem claramente aos direitos constitucionais, esses atores contrarreformistas adotaram o papel de “*parasitas simbióticos*”, atuando à margem do setor público e a favor da expansão gradativa do setor privado. Esse enfoque de Monteiro (2018) será mais bem abordado no tópico subsequente.

2.2 O setor suplementar de saúde no Brasil¹⁴

2.2.1 Regulação do setor suplementar de saúde no Brasil: instituição, avanços e desafios

A ampliação do número de beneficiários de planos e seguros privados de assistência à saúde e a expansão de um mercado já consolidado e à margem da regulação pública se fez acompanhar por demandas judiciais envolvendo restrições de cobertura, aumentos sem controle dos preços dos contratos e baixa qualidade dos serviços assistenciais, além da multiplicação de fraudes (OCKÉ-REIS, 2012; ANS, 2021d). Ao mesmo tempo, apesar dos insuficientes recursos para sua base de sustentação, o SUS permanecia como um resseguro

faturamento chagava à cifra de 13,8 bilhões de dólares e, em 2000, os contratos alcançavam 31 milhões de beneficiários, ou seja, 18,4% da população residente no Brasil (BRASIL, 2021a).

¹⁴ Alguns termos e definições mais relevantes e recorrentes ao setor suplementar de saúde brasileiro e relacionados a esta pesquisa foram descritos e constam no Apêndice A, a saber: saúde suplementar, plano privado de assistência à saúde, beneficiário de plano privado de assistência à saúde, operadora de plano privado de assistência à saúde e prestador de serviço de assistência à saúde suplementar. Utilizou-se como referências a legislação federal e as normas, resoluções e documentos da ANS, levando-se ainda em consideração aspectos técnicos e científicos discutidos por diferentes autores. Ressalte-se, porém, que o objetivo não foi exaurir conceitos, mas sim delimitar algumas particularidades do complexo conjunto de atores, direitos e obrigações relacionados ao mercado de saúde suplementar no Brasil e, assim, fornecer referências complementares para facilitar a compreensão deste estudo aos leitores com menor familiaridade com o tema.

para o setor suplementar. Registrava-se um contingente significativo de beneficiários de planos privados de assistência à saúde frequentemente atendidos no SUS, em especial para serviços que apresentavam maior oferta e melhor suporte tecnológico, como emergências e procedimentos de alta complexidade (BRASIL, 1996). Havia prestadores de saúde que atendiam os setores público e privado, com evidências de dupla cobrança e mesmo de transferência de beneficiários para o SUS, especialmente para procedimentos mais caros ou não cobertos pelos respectivos contratos assistenciais. Assim, gestores públicos começaram a pressionar o governo para que fossem ressarcidos ao erário os valores desses serviços¹⁵ (MENICUCCI, 2007).

Todos esses fatos eram constantemente noticiados pela mídia e incutiram o Estado a intervir em favor dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde para garantir o cumprimento dos contratos. Desse modo, com o objetivo de sanear, regulamentar e fiscalizar os planos e seguros privados de assistência à saúde, foi promulgada a Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, que ficou conhecida como a “Lei dos Planos de Saúde” (BRASIL, 1998a; MENICUCCI, 2007).

A Lei dos Planos de Saúde representou um avanço no desenvolvimento regulatório brasileiro porque tratou de temas de extrema relevância no setor suplementar (ANS, 2021d). De acordo com Baird (2020a), a Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, apresentou dois eixos centrais: a regulação econômica, que estabeleceu condições mínimas para funcionamento das empresas que comercializavam planos e seguros de saúde; e a regulação assistencial, por meio de regras para proteção do beneficiário de plano privado de assistência à saúde que definiram a oferta de um mínimo de cobertura obrigatória a ser deliberada pelo órgão regulador e o impedimento de limitações de número de procedimentos e de exclusão de doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), da Organização Mundial de Saúde (OMS). Outras medidas fundamentais adotadas nessa Lei e apontadas pelo autor foram: a previsão de mecanismos de fiscalização e punição a serem adotados; o controle dos reajustes de planos individuais/familiares; e o impedimento de exclusão para cobertura de doenças e lesões preexistentes, de limitação para contratar plano

¹⁵ A relevância da discussão sobre o ressarcimento ao SUS das despesas referentes a atendimentos de saúde prestados a beneficiários de seguro-saúde ou de plano de saúde na rede pública podia ser evidenciada pelo número de Projetos de Lei correlatos ao tema que estavam em tramitação no Senado Federal e na Câmara dos Deputados às vésperas da instituição do marco legal da saúde suplementar: Projeto de Lei n.º 1.289, de 1995; Projeto de Lei n.º 237, de 1995; Projeto de Lei n.º 1.289, de 1995; Projeto de Lei n.º 852, de 1995; Projeto de Lei N.º 1.975, de 1996. Todos esses projetos foram apensados ao Projeto de Lei n.º 4425, de 1996, que deu origem à Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998 (BRASIL, 2003).

privado de assistência à saúde em decorrência da idade e de rescisão unilateral de contratos, essa última salvaguardada se a motivação fosse inadimplência ou fraude.

Note-se que a regulação do Estado aconteceu após décadas de atuação do mercado privado de saúde no Brasil e dez anos depois de esta atividade econômica ter sua atuação garantida na Constituição Federal, de 05 de outubro de 1988. Segundo Menicucci (2007), esse fenômeno foi resultado da histórica e inegável influência, em opiniões e posicionamentos, imbricada na esfera governamental em defesa de objetivos políticos e econômicos privados do mercado e significou a legalização da dualidade do sistema de saúde brasileiro: os dois setores, o público e o privado, passaram a ser objeto da política de forma explícita e não por meio de “não-decisões”. Além disso, a Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, não tratou do sistema de saúde como um todo, mas tão somente do setor suplementar, à exceção do ressarcimento dos procedimentos com cobertura contratual, mas prestados pelo ente público aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, único dispositivo que fez menção ao SUS e à integração entre os setores público e privado de saúde (BRASIL, 1998a; MENICUCCI, 2007, 2010).

A Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, não determinou qual Ministério deveria exercer as funções da regulação do setor suplementar de saúde no Brasil. Iniciou-se, então, um sistema bipartite de regulação. O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Saúde Suplementar (DESAS) da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) e do Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU), assumiu a regulação da atividade assistencial e a fiscalização dos planos privados de assistência à saúde. De outro lado, o Ministério da Economia, por intermédio da SUSEP, ficou responsável pela regulamentação e fiscalização econômico-financeira das operadoras, incluindo autorização de funcionamento e reajustes dos preços dos produtos comercializados (BRASIL, 2011b; ANS, 2021d).

Essa forma de organização apresentava fragilidades, a estrutura e o modelo de regulação eram pouco eficientes e havia conflitos de entendimento entre os Ministérios da Economia e da Saúde sobre os rumos que a regulação da saúde suplementar brasileira deveria tomar. Nesse ponto, as atribuições de regulação do setor foram reunidas no CONSU, então transformado em Conselho Ministerial integrado pelos ministros da saúde, fazenda e justiça, além dos secretários de assistência à saúde e de políticas de saúde do Ministério da Saúde e do superintendente da SUSEP. O CONSU atuou por quase dois anos, até que a regulação suplementar foi unificada com a criação da ANS, por meio da Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000. A ANS foi configurada como autarquia especial vinculada ao Ministério da Saúde e

passou a ser o órgão responsável por regular, normatizar, controlar e fiscalizar as atividades que garantiam a assistência suplementar à saúde no Brasil (BRASIL, 2000, 2011b; BAIRD, 2020a; ANS, 2021d).

A atuação regulatória da ANS se diferencia de outras agências governamentais em função da complexidade e das especificidades do mercado privado de saúde. Isso porque as operadoras de planos privados de assistência à saúde, além da nuance econômica relacionada ao recolhimento antecipado de recursos e ao gerenciamento de riscos atuariais e financeiros, também prestam serviços assistenciais aos beneficiários. Desse modo, a regulação realizada pela ANS deve prezar pelo equilíbrio entre a sustentabilidade econômica das operadoras e a qualidade assistencial conferida aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde (ANS, 2021d).

Baird (2020b) apontou dois vícios de origem do segmento suplementar brasileiro. O primeiro, relacionado à regulamentação do setor, cujo marco legal foi ampla e sucessivamente questionado e alterado ao longo dos anos¹⁶. O segundo vício se deu pela ausência de precedentes normativos consolidados, uma vez que a ANS foi criada sem suceder outro órgão que já regulasse o setor suplementar de saúde no Brasil. De acordo com o autor, o resultado foi um arcabouço regulatório que contribuía para a instabilidade no setor suplementar e consequente judicialização de causas.

Diante de tantos conflitos no mercado de saúde privado, em 2003, análise das operadoras que atuavam no Brasil realizada pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC) apontou o descumprimento da legislação suplementar e de defesa do consumidor, motivando a abertura de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) na Câmara dos Deputados. Essa CPI teve por finalidade investigar inúmeras denúncias, dentre elas exclusões de cobertura, restrições de atendimento a idosos e portadores de patologias, regularidade de pagamento como pré-condição para acesso aos serviços assistenciais, carências diferenciadas em decorrência de atrasos no pagamento e reajustes abusivos nas mensalidades dos planos privados de assistência à saúde (BRASIL, 2003).

¹⁶ A Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, foi publicada no dia seguinte já com alterações introduzidas por medida provisória, à qual se sucederam outras tantas medidas ao longo dos anos. Dos 36 artigos originais da Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, apenas dois (artigos 33 e 36) não foram alterados até a conclusão desse manuscrito, em março de 2022 (BRASIL, 1998ab). Além disso, em dezembro do mesmo ano de sua publicação, diversos dispositivos dessa Lei foram questionados por meio da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) n.º 1.931, proposta pela Confederação Nacional de Saúde – Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde), a exemplo da incidência de suas regras sobre os contratos anteriores à vigência do marco regulatório e da previsão para ressarcimento ao SUS dos atendimentos públicos prestados aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde. Em decisão liminar, publicada em 28 de maio de 2004, o Supremo Tribunal Federal (STF) considerou que os artigos que regulamentavam os contratos antigos violavam o direito adquirido e o ato jurídico perfeito, mas se pronunciou favorável à constitucionalidade do ressarcimento ao SUS (BRASIL, 2018a).

O relatório final da CPI concluiu pela necessidade de revisão do marco regulatório suplementar e fez uma série de recomendações, dentre as quais algumas foram implementadas ao longo dos anos subsequentes. São exemplos a atribuição de poderes legais à ANS para regular e fiscalizar as relações entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e os prestadores de serviços; a exigência de cadastro junto ao Ministério da Saúde de todas as pessoas jurídicas contratadas como prestadores, de forma a facilitar o processo de fiscalização da ANS e o ressarcimento ao SUS; a criação de núcleos estaduais de fiscalização da ANS; o controle da concentração de reajustes dos contratos nas últimas faixas etárias; a cobertura obrigatória de cirurgias plásticas decorrentes de acidentes pessoais ou para reconstrução mamária; a previsão de portabilidade, ou seja, da possibilidade de o beneficiário de plano privado de assistência à saúde mudar de operadora e de contrato, sem a exigência do cumprimento de novos prazos de carência; e a adoção pelas operadoras de campanhas de prevenção e de promoção à saúde. Por outro lado, houve proposições da CPI que permaneceram sem tratativas até a conclusão desse manuscrito, em março de 2022, tais como a inclusão sob a regulação suplementar das instituições, de direito público ou privado, municipais e estaduais, que prestam serviços de assistência à saúde a seus servidores e a redução do prazo de carência de doenças ou lesões preexistentes (BRASIL, 2003).

Nos primeiros anos, o foco da regulação realizada pela ANS esteve voltado principalmente à formatação da listagem mínima obrigatória de cobertura para procedimentos e eventos em saúde, como também para o controle de preços e do tempo de espera do beneficiário por atendimento assistencial (SILVA et al., 2013). Em análise do setor suplementar, de 1998 a 2015, Baird (2020b) considerou que houve importantes aperfeiçoamentos nas questões regulatórias, mas que esses foram, por vezes, minimizados por lacunas normativas. Dentre os impasses registrados pelo autor estavam a protelação de dívidas das operadoras frente aos valores devidos a título de ressarcimento ao SUS, a seleção adversa de beneficiários em decorrência do aumento dos custos incrementais advindos de incorporações à relação de procedimentos obrigatórios e o crescimento vertiginoso de contratos coletivos, livres da regulação de reajustes de preços pela ANS. Nesse sentido, Santos, Malta e Merhy (2008) apontaram que, apesar de muitos avanços, a ANS não conseguiu lograr êxito junto à todas as questões que eram consideradas problema do setor suplementar de saúde no período anterior à regulação, acrescentando a relação público/privado como um desafio político e técnico a ser enfrentado.

Decerto, a continuidade dos incentivos financeiros públicos ao setor suplementar, relacionados à oferta e à demanda, bem como o aumento de empregos formais e de renda, levou à expansão do mercado de saúde e à maior fragmentação e segmentação entre o público e o privado, mesmo com a atuação da ANS. Uma importante vertente que pode ajudar a explicar a assimetria na relação entre esses dois setores dentro do sistema de saúde brasileiro foi a manutenção de arranjos político-institucionais sob a defesa de um SUS para quem não podia pagar, o que competiu com a implementação do direito universal à saúde previsto na Constituição Federal, de 05 de outubro de 1988 (BAHIA, 2006).

Nesse contexto, apesar da desaceleração da economia, o setor privado de saúde se tornou cada vez mais fortalecido e o sistema de saúde mais segmentado e reprodutor de iniquidades, o que levantou questionamentos sobre a preservação dos subsídios públicos diretos e indiretos às operadoras de planos privados de assistência à saúde. De acordo com Ocké-Reis (2018), a renúncia de arrecadação fiscal associada ao setor suplementar de saúde estimula o consumo de bens e serviços privados e privilegia os estratos superiores de renda da sociedade, reforçando e perpetuando um “sistema” nacional de saúde duplicado e paralelo. Além disso, o autor pontuou que o subsídio fiscal incutido no imposto de renda da pessoa física e da pessoa jurídica, um gasto tributário em saúde sem limite de valor e sem regulação pelo Estado, além de não aliviar o SUS, cofinanciou os custos das operadoras de planos privados de assistência à saúde, uma vez que seus beneficiários também utilizavam os serviços públicos, em especial para procedimentos de alto custo e de maior complexidade tecnológica.

Em 2015, a magnitude desse subsídio público foi de 12,5 bilhões de reais, um recurso que teria utilização mais coerente se fossem convertidos em gasto público direto em saúde (OCKÉ-REIS, 2015, 2018). Segundo Ocké-Reis (2015), essa seria uma forma de superar a superprodução e o consumo voltado ao tratamento agudo de condições crônicas, uma lógica que pode assumir, em sua continuidade, resultados sanitários e econômicos desfavoráveis para o indivíduo e para a sociedade. O gasto público indireto em saúde deveria ser investido em serviços para o fortalecimento do SUS, tais como promoção e prevenção à saúde, unidades de pronto atendimento e recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico.

Paralelamente a tais subsídios públicos e favorecidas por ele, a multiplicação do capital financeiro no setor privado de saúde brasileiro se intensificou, manifesta por aquisições, fusões e aberturas de capital na bolsa, tornando a atividade econômica de saúde mais centralizada e internacionalizada. A rápida ampliação do mercado de planos e seguros

privados de assistência à saúde no Brasil logo chamou a atenção dos investidores externos, apesar de o arcabouço legal do SUS até então vedar a atuação do capital estrangeiro na saúde. Esse impedimento constitucional foi flexibilizado por meio da Lei n.º 13.097, de 19 de janeiro de 2015 (BRASIL, 2015a; MONTEIRO, 2018), apesar de a participação do capital estrangeiro no setor suplementar de saúde ser realidade antes de 2015.

Fato relevante ocorreu em outubro de 2012, quando em uma operação bilionária a operadora norte-americana United Healthcare adquiriu 90% das ações da Amil Participações¹⁷, assumindo o controle societário do Grupo Amil¹⁸. Monteiro (2018) analisou esta ocorrência como um benefício usufruído pelas operadoras proprietárias de hospitais, decorrente de lacunas na Lei dos Planos de Saúde. No entanto, de certa forma, a participação de capital estrangeiro em operadoras de planos privados de assistência à saúde no Brasil, com ou sem rede assistencial própria, já ocorria antes daquele ano. Afinal, o capital de empresas do setor suplementar, de forma indireta ou por meio de controladoras, são objeto de negociação na bolsa de valores, que é de livre acesso ao mercado internacional (ANS, 2022b).

As articulações e os negócios viabilizados pela financeirização e pela internacionalização do setor privado de saúde brasileiro potencializaram a concentração do mercado suplementar (SANTOS; SANTOS; BORGES, 2013; BAIRD, 2020b) e ampliaram o espectro de ação do setor privado na política nacional de saúde. De acordo com Monteiro (2018), fortes indícios apontavam que os mesmos atores que, até a virada do século 21, atuavam em simbiose ao setor público de saúde, logrando benefícios e bloqueando avanços, mudaram de direção. Inicialmente, convergiram sua estratégia a novos objetivos, operando interesses no centro das decisões governamentais. Dentre os elementos citados pela autora está a possível relação entre o financiamento de campanhas eleitorais com o objetivo de

¹⁷ A empresa Amil Participações controlava operadoras de planos privados de assistência à saúde do Grupo Amil: Amil Assistência Médica Internacional S/A; Amil Planos por Administração Ltda.; Amico Saúde Ltda.; Excelsior Med S/A; e Assistência à Saúde Ltda. Juntas, essas cinco operadoras detinham a maior parte dos vínculos contratuais entre operadoras do setor suplementar brasileiro, mais de 3,9 milhões de beneficiários, em setembro de 2012. As receitas informadas pelo Grupo Amil, em 2011, ano anterior à sua capitalização internacional, somavam quase 8,5 bilhões de reais (BRASIL, 2022a).

¹⁸ Quase 10 anos depois da compra da Amil, em janeiro de 2022, a United Healthcare anunciou a pretensão de deixar seus negócios no Brasil e a venda do controle da Amil, incluindo a carteira de beneficiários (2,94 milhões, em dezembro de 2021), como também de toda a estrutura assistencial (16 hospitais e 41 clínicas médicas distribuídos em seis estados brasileiros: 2.332 leitos e mais de 17 mil profissionais de saúde). Esse movimento da United Healthcare acionou o alerta da ANS e das instituições representativas dos direitos do consumidor em relação à necessidade de proteção e manutenção da assistência a esses beneficiários (BRASIL, 2022a; ISTOÉ, 2022).

influenciar decisões políticas favoráveis a ampliar subsídios e a expandir o mercado suplementar¹⁹.

A partir de 2014, os atores do setor privado de saúde já tinham expandido suas redes de apoio governamental e as investidas passaram a ser mais incisivas, recaindo sobre o texto constitucional e reforçando o caráter segmentado do sistema de saúde brasileiro (MONTEIRO, 2018). Três exemplos práticos podem ser citados nesse contexto. O primeiro deles foi a Proposta de Emenda à Constituição n.º 451, de 2014, que sugeria tornar direito fundamental a inclusão de plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício (BRASIL, 2014a; MONTEIRO, 2018). Apesar de arquivada em janeiro de 2019, é importante ressaltar o caráter pró-capitalista dessa proposta pelo potencial que teria para, além de reduzir o SUS aos trabalhadores informais (BAHIA et al., 2016b), ampliar sobremaneira a demanda e os lucros do setor suplementar.

O segundo exemplo logrou mais êxito à progressiva desconstrução do SUS, contribuindo para o aprofundamento das iniquidades de acesso à saúde no Brasil (BAHIA et al., 2016b). Sob o discurso de que o orçamento não comportava os preceitos constitucionais da universalidade, foi elaborada a Proposta de Emenda à Constituição n.º 241, de 2016, após transformada na Emenda Constitucional n.º 95, de 2016²⁰, que congelou o gasto público *per capita* com saúde brasileiro até 2036 (BRASIL, 2016b).

Com o intuito de evidenciar os efeitos imediatos e até 2036 da Emenda Constitucional n.º 95, de 2016, sobre o SUS, a partir de dados orçamentários e fiscais, Menezes, Moretti e Reis (2019) concluíram pelo desfinanciamento do setor público e não mais pelo seu

¹⁹ Dois exemplos citados por Monteiro (2018) para reforçar sua tese sobre a atuação de atores privados no cerne governamental brasileiro foram: a Lei n.º 12.873, de 24 de outubro de 2013, que permitiu reduzir em 80% impostos sobre a base de cálculo para os planos de saúde; e a Medida Provisória n.º 627, de 11 de novembro de 2013, aprovada pelo Congresso Nacional, mas vetada pela presidência, após forte clamor público, uma vez que alterava a legislação tributária federal, modificando a aplicação de multas e concedendo anistia de dívidas a empresas de planos privados de assistência à saúde reincidentes em infrações.

²⁰ Com base na Emenda Constitucional n.º 95, de 2016, como medida de austeridade fiscal, Castro et al. (2019) realizaram uma análise de quatro cenários financeiros futuros para o Brasil e resultados de saúde associados a cada um deles até 2030, que é o ano-alvo dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU. No primeiro cenário, o financiamento federal aos municípios permanecia constante entre 2015 e 2030. Nos demais, as transferências aumentavam na mesma taxa do produto interno bruto: 1% ao ano no segundo cenário, 2% ao ano no terceiro cenário; e 3% ao ano no quarto cenário. Os indicadores foram a mortalidade infantil e medidas de serviços preventivos de saúde (proporção de nascimentos cuja mãe compareceu a sete ou mais consultas pré-natais), de acesso à atenção primária à saúde (cobertura da equipe de saúde da família) e de qualidade do atendimento (mortalidade favorável devido a doenças cardiovasculares, ou seja, mortes prematuras com menos de 75 anos que poderiam ter sido evitadas, com atendimento de saúde eficaz e oportuno). Os resultados demonstraram que apenas no cenário um, no qual o financiamento público não aumentava, houve piora de todos os indicadores, exacerbando desigualdades e apontando tendências de reversão das melhorias alcançadas com o SUS ao longo dos últimos anos. Os autores concluíram pela necessidade de se enfrentar o subfinanciamento do SUS, as desigualdades geográficas persistentes e a insuficiente colaboração do setor privado para com o setor público.

subfinanciamento crônico. De acordo com os autores, o congelamento dos recursos desconsiderou, por exemplo, o custo incremental da assistência à saúde relacionado ao crescimento populacional, ao aumento de doenças não transmissíveis e à incorporação crescente de tecnologias em saúde. Desse modo, a política econômica de austeridade se acomodou à lógica de mercado, alcançando resultados fiscais para aumentar a confiança dos investidores. Ao mesmo tempo, a ideia de cobertura universal, tão difundida por organizações internacionais, foi sendo incorporada ao sistema de saúde brasileiro, na tentativa de reduzir o SUS à oferta do básico apenas para o indivíduo pobre que não pode pagar por um plano assistencial mínimo, uma cidadania residual, promotora da ampliação das iniquidades no Brasil (GIOVANELLA et al., 2018).

O terceiro exemplo guarda a mesma centralidade contida nas duas emendas constitucionais anteriores, ou seja, incentivar o setor privado, ameaçando a integralidade do direito à saúde. Apesar de a segmentação dos planos privados de assistência à saúde estar determinada no artigo 12 da Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, existe a proposta, difundida desde 2000 e que ganhou força especial a partir de 2016, no sentido de permitir a expansão do setor suplementar de saúde por meio da oferta de contratos “acessíveis”, “populares” ou “baratos” e, por isso, capazes de abarcar mais uma fatia do mercado. O problema é que os menores preços são alcançados à custa de limitar os contratos assistenciais a uma quantidade menor de procedimentos em relação à cobertura mínima obrigatória estabelecida pela ANS, o que se relaciona a experiências negativas no que se refere a valores de remuneração do médico, ao tempo de espera e à garantia de atendimento dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde (BAHIA, et al., 2016b).

Diante das constantes tentativas de inviabilizar sistemicamente a assistência pública de saúde, independente do êxito imediato ou a longo prazo das três medidas mencionadas, das instituições e de seus atores, sejam esses públicos ou privados, cada vez mais os brasileiros foram sendo estimulados a contratar planos privados de assistência à saúde. Como a oferta suplementar prospera no sentido de preços populares ao troco de cobertura mínima e copagamento, a desassistência pode se tornar recorrente quando o beneficiário mais precisar (MONTEIRO, 2018). Desse modo, o SUS atuaria como um avalista dos casos mais graves e das demais coberturas excluídas ou limitadas pelos contratos mais baratos (BAHIA et al., 2016b).

O que se descreveu até aqui foi um progressivo descompasso entre o público e o privado no processo de formação do SUS e de condução da política de saúde no Brasil. Bahia

et al. (2016a) afirmaram que esse quadro foi justificado a partir do anseio da população em garantir acesso e uso dos serviços, como também pelas normas legais que davam suporte ao setor suplementar de saúde e às autoridades públicas que acreditavam que não se poderia mudar a segmentação do sistema de saúde brasileiro. De acordo com os autores, a partir de 2016, depreendeu-se o terceiro e mais recente período de crescimento do mercado de saúde suplementar, marcado pelo empresariamento financeiro e pela abertura ao capital internacional. As operadoras de planos privados de assistência à saúde aumentaram suas receitas, mesmo com certa queda no número de beneficiários²¹, indicando uma financeirização da base de sustentação econômica dessas empresas, como também aumentando o interesse do mercado na definição de políticas públicas de saúde (BAHIA; SCHEFFER, 2018).

Dentro do setor suplementar, um importante impasse sempre foi equacionar custos incrementais da assistência à saúde, a solvência das operadoras e a capacidade de pagamento dos beneficiários frente às garantias obrigatórias conferidas pela regulação do Estado. Outro desafio é manter a sustentabilidade do mercado, apesar de seu modelo assistencial curativista e com baixo enfoque na prevenção. O sistema de pagamento por unidade de serviço normalmente utilizado incentiva a produção dos prestadores e, ao mesmo tempo, mas em movimento contrário, promove a microrregulação das operadoras para reduzir custos e ampliar lucros (BAIRD, 2020b).

Frente a este embate custo-assistencial e aproveitando um contexto altamente favorável às suas atividades (concentração de mercado, expansão da demanda, financeirização e internacionalização do setor suplementar, aliados à globalização e às transformações digitais por que passa o mercado de saúde nos últimos anos) a partir de 2016, as *startups* denominadas *healthtechs*²² chegaram ao Brasil. As *healthtechs* vêm impactando o tradicional

²¹ Em 2000, quando foi criada a ANS, eram 30,9 milhões de vínculos a contratos de assistência médica, com ou sem odontologia, chegando à maior cifra já registrada de 50,5 milhões, em 2014. Sucessivas crises econômicas por que passou o Brasil, desde então, fizeram flutuar o total de vínculos a planos privados de assistência à saúde, uma vez que a maior parte das contratações são do tipo empresariais e, portanto, fortemente influenciadas pelo nível de desemprego (BAIRD, 2020b). O número de beneficiários vinculados a contratos de assistência médica, com ou sem odontologia, chegou a 46,70 milhões, em junho de 2020, provavelmente somados os efeitos deletérios causados pela pandemia de *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19). Porém, o setor suplementar já alcançava mais de 48,99 milhões de vínculos a contratos de assistência médica, em dezembro de 2021 (ANS, 2022a).

²² O termo inglês *startup*, que significa “começo”, se refere a empresas e negócios de inovação especializados em oferecer tecnologia. *Healthtech* deriva da junção das palavras também inglesas *health* e *technology*, ou seja, saúde e tecnologia. Assim, *startups* do tipo *healthtechs* são empresas que desenvolvem tecnologias relacionadas ao setor saúde, englobando diversos ramos, desde o desenvolvimento de aplicativos para prevenção e diagnóstico, gestão e eficiência de processos, até a oferta de planos privados de assistência à saúde (ALVES; MARQUES, 2020; DISTRITO HEALTHTECH REPORT, 2020; STURTUP, 2021). De acordo com o Distrito

setor complementar por meio da oferta de soluções tecnológicas alternativas de produtos e serviços assistenciais²³ (MORAES, 2021a).

Três operadoras da modalidade medicina de grupo despontaram no mercado com a oferta de planos privados de assistência médica e de segmentação ambulatorial+hospitalar, de forma exclusivamente digital, todas no Estado de São Paulo: a Alice e a QSaúde, com foco em contratos individuais; e a Sami, ofertando contratos coletivos empresariais (MORAES, 2021b; ANS, 2022a). Os números de beneficiários da Alice, QSaúde e Sami somados deram um salto de 136,13% em seis meses (passaram de 8.718 beneficiários, em junho de 2021, para 20.586 beneficiários, em dezembro de 2021). Informações gerais sobre essas três operadoras foram consolidadas na Tabela 1.

Tabela 1: Composição da carteira e valor comercial das mensalidades dos planos privados de assistência à saúde de três operadoras *healthtechs* que atuam no Brasil, desde 2019.

Operadora		Composição da carteira ¹							Valor comercial das mensalidades (R\$) ²		
código	razão social	data de registro ANS	beneficiários			tipo de plano (%)			tipo de plano		
			n	%	idade média (anos)	coletivo empresarial	individual adesão	/familiar	coletivo empresarial	individual adesão	/familiar
421928	Alice Operadora Ltda.	nov/19	6.714	32,61	27,80	16,40	0	83,60	-	-	818,00
421669	QSaúde Operadora de Planos de Saúde Ltda.	mar/19	8.207	39,87	30,90	9,70	0	90,30	498,00	751,00	870,00
422398	Sami Assistência médica Ltda.	set/20	5.665	27,52	32,20	100,00	0	0	464,00	-	-
Total			20.586	100,00							

1. Composição da carteira da operadora, em dezembro de 2021.

2. Posição consolidada da mediana do valor das mensalidades, em junho de 2021, para a idade média da carteira da operadora.

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados da Sala de Situação (ANS, 2022a) e do Painel de Precificação (ANS, 2021g), ambos da ANS.

A promessa das operadoras *healthtechs* é de planos privados de assistência à saúde a valores acessíveis, cuja diminuição dos custos seria alcançada por meio do incentivo de cuidados preventivos e da limitação à utilização de ambulatórios e hospitais²⁴. Além disso, a

Healthtech Report (2020) o setor saúde é o terceiro em número de *startups* no Brasil, além de estar em franco crescimento. Relatório realizado por essa plataforma apontou que o número de *healthtechs* brasileiras passou de 265 empresas, em 2015, para 542, em 2020 (aumento de 104,5%), metade delas ativas há menos de cinco anos. No período de sete anos (2014-2020) foram investidos 430 milhões de dólares em *healthtechs*, 35,4% desse valor somente em 2017. A concentração de mercado das *healthtechs* parece despontar como característica dessa atividade, assim como no setor suplementar convencional: em 2020, 66% dos investimentos (33 milhões de dólares) foram direcionados para apenas uma operadora. As *healthtechs* brasileiras também acompanham a distribuição geográfica das operadoras de saúde, concentrando-se principalmente nas regiões Sudeste (64%) e Sul (23,7%), sendo o Estado de São Paulo o principal polo (43%), seguido por Minas Gerais (10%) e Rio de Janeiro (8,5%).

²³ A telemedicina, a inteligência artificial e o *big data* (que é o tratamento e a análise de grande conjunto de dados para obtenção de informações) já são realidade no setor suplementar de saúde brasileiro e estão sendo utilizados com a promessa de diminuir custos médicos, como também de economizar tempo e melhorar a assistência ao beneficiário de plano privado de assistência à saúde. As empresas ainda caminham na direção de soluções relacionadas à saúde com o uso de terapias digitais, robótica, análise preditiva e realidade aumentada (Distrito Healthtech Report, 2020).

²⁴ De acordo com Moraes (2021ab), apesar do preço acessível de um plano privado de assistência à saúde comercializado pelas *healthtechs* no Brasil, alguns até 20% abaixo do mercado, a concorrência com outras

oferta gira em torno de facilidade na contratação e gestão completa do beneficiário do plano privado por meio de aplicativos (MORAES, 2021a; ALVES, 2021), o que pode facilitar o acesso a informações para contratação sem a necessidade de corretores, como também diminuir a burocratização para conseguir um atendimento (OAB-MG, 2021).

As operadoras *healthtechs* parecem resgatar o papel coordenador da atenção primária à saúde como mecanismo de regulação do uso dos serviços, adotando a análise de dados e a inteligência artificial para orientar os cuidados aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde e para cortar custos operacionais. A estratégia inclui gestão personalizada com base no histórico de saúde, manutenção de prontuário integrado, incentivo a hábitos de vida saudáveis, inclusive com acesso a academias e terapias diversas. O acesso aos serviços especializados é regulado mediante consulta prévia obrigatória junto a um médico de família (ALVES, 2021; MORAES, 2021ab; OAB-MG, 2021).

O desenho dos planos privados de assistência à saúde digitais faz lembrar a discussão de Giovanella et al. (2018) sobre o modelo de cobertura universal proposto pelo Banco Mundial e pela Organização Mundial de Saúde. Isso porque o interesse do mercado privado está implícito nas coberturas oferecidas, nas formas de regulação e no público-alvo desses contratos. O que se percebe é uma cobertura coordenada em função da demanda capitalista, de modo que a assistência à saúde seja ofertada de acordo com a conveniência econômico-financeira e em diferentes formatos à população mais jovem, cuja extensão varia diretamente com o poder de compra de quem pode pagar mais ou menos pelo cuidado. A atenção primária é um filtro para retenção de custos e limitação do acesso aos demais níveis assistenciais, o que pode potencializar o uso de procedimentos mais caros e de alta complexidade do SUS pelos beneficiários dessas operadoras, como também focalizar a assistência pública aos indivíduos incapazes de pagar por um plano privado de assistência à saúde.

As *healthtechs* que atuam como operadoras de planos privados de assistência à saúde no Brasil são reguladas pela ANS do mesmo modo que qualquer outra empresa do setor (OAB-MG, 2021). Trata-se de um ramo muito recente e, portanto, carente de estudos sobre seus diversos aspectos e impactos sobre o sistema de saúde no Brasil. Por outro lado, a concentração geográfica, a restrição do acesso, a seleção de clientela e a precificação dos contratos parecem replicar estratégias do mercado suplementar tradicional, o que amplia os desafios para equilibrar a relação entre os setores público e privado de saúde, em especial para condições que demandam alto custo, como a DRC em estágio terminal.

empresas do setor parece se dar pela oferta de rede credenciada em instituições de referência, a exemplo do Hospital Albert Einstein e do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, ambos na cidade de São Paulo.

2.2.2 Dados gerais de composição e produção assistencial do setor suplementar de saúde no Brasil

O Brasil é o segundo maior mercado de planos e seguros privados de saúde do mundo²⁵, superado apenas pelos Estados Unidos da América (EUA). Importante diferença entre os dois países é que nos EUA o financiamento e a cobertura da assistência à saúde são majoritariamente privados, enquanto no Brasil o setor suplementar, que detém cerca de um quarto da população, compete com um setor público universal (BAIRD, 2020b).

Em março de 2022, eram 78,2 milhões de beneficiários ativos²⁶ no setor suplementar de saúde no Brasil, dos quais mais de 48,9 milhões (62,6%) estavam vinculados a planos privados de assistência médica e os demais a planos privados de assistência exclusivamente odontológica. Os planos privados de assistência médica representavam uma cobertura de 25,2% da população brasileira e seus beneficiários eram majoritariamente do sexo feminino (53,0%), tinham entre 30-39 anos de idade (19,6%) e residiam na região Sudeste (60,5%), principalmente no Estado de São Paulo (36,1%). A maior parte desses beneficiários de planos privados de assistência médica estava vinculada a contratos novos (93,6%), do tipo coletivos (68,8% empresarial e 12,9% por adesão), de cobertura geográfica assistencial por grupo de municípios (43,7%) ou nacional (39,5%), e a quase totalidade (99,2%) contava, no mínimo, com a segmentação ambulatorial (BRASIL, 2022a) ou seja, que inclui a cobertura para hemodiálise crônica no caso de planos regulamentados.

No universo de planos privados de assistência médica, em março de 2022, as operadoras de pequeno porte representavam 55,9% do total de 701 operadoras com registro

²⁵ Pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística, em 2019, apontou que adquirir um plano privado de assistência à saúde é o terceiro maior desejo do consumidor brasileiro, superado apenas por educação e casa própria, respectivamente (IESS, 2019).

²⁶ Cabe ressaltar que o número de beneficiários da saúde suplementar não inclui os indivíduos vinculados a planos públicos de atenção à saúde não regulados pela ANS, ou seja, a assistência à saúde assegurada pelos institutos previdenciários próprios de servidores públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, bem como de militares dos Estados e do Distrito Federal. Apesar de ofertarem uma assistência diferenciada a servidores públicos, seja por rede própria ou credenciada, à semelhança de uma operadora da modalidade autogestão, esses institutos públicos não podem ser considerados como operadora de plano privado de assistência à saúde, uma vez que possuem natureza administrativa estatal (BAHIA, 1999). De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, quase 56 milhões de pessoas possuíam algum plano de saúde (27,9% da população residente do país), sendo que 6,1% tinham plano de instituição de assistência de servidor público (municipal, estadual ou militar) (MALTA et al, 2017). Na última PNS, realizada em 2019, a proporção de pessoas com pelo menos um plano de saúde foi de 28,5% (FIOCRUZ, 2021).

ativo, em dezembro de 2021²⁷, seguidas pelas operadoras de médio porte (32,7%) e de grande porte (11,3%). Apenas 20 operadoras (2,9%) detinham mais da metade dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde. Dentre as modalidades empresariais, destacavam-se as medicinas de grupo, com 40,3% do total de beneficiários, e as cooperativas médicas, com 36,7% dos beneficiários (BRASIL, 2022a).

Quanto à produção assistencial, em 2019, o setor suplementar brasileiro computou 1,62 bilhão de procedimentos realizados, sendo 88,7% médico assistenciais e 12,3% odontológicos. Foram 192 internações a cada mil beneficiários e uma média por beneficiário de 19,7 exames complementares, seis consultas, 1,5 terapia e 3,4 para outros procedimentos (ANS, 2020b, 2022b).

Lara (2020) realizou análise dos dados assistenciais do setor suplementar de saúde no Brasil, comparando os resultados de 2019 em relação a 2014. A autora encontrou queda de 6,1% no número de beneficiários, com variação não uniforme entre as faixas etárias, uma vez que houve aumento do número de pessoas com idade acima de 59 anos e diminuição de beneficiários com idade entre 19 e 58 anos, o que foi atribuído à crise econômica brasileira e à diminuição dos empregos formais. Apesar da redução do número de beneficiários, para o mesmo período de comparação, houve crescimento de 19,6% da produção assistencial dos planos médico-hospitalares, destacando-se o aumento de 27,7% de terapias.

A pandemia de COVID-19, ainda em curso, impactou todo o sistema de saúde brasileiro. No setor suplementar, de 2019 para 2020, a redução total da produção assistencial chegou a 17,2% (ANS, 2022b). Por outro lado, houve aumento do número de internações por doenças cardiovasculares e por diabetes mellitus (LARA, 2021), duas condições estreitamente relacionadas ao desenvolvimento da DRC. A longo prazo, esses e outros resultados poderão ser mais bem observados e analisados, mas já dão indícios de que o acompanhamento regular da saúde dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, em especial para condições crônicas, pode estar comprometido.

2.3 Integração entre o setor público e o setor suplementar de saúde no Brasil

A finalidade principal da ANS é promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com

²⁷ Em dezembro de 2021, havia 1.171 operadoras de planos privados de assistência médica e/ou odontológica com registro ativo no Brasil, sendo 214 sem beneficiários registrados junto ao Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) da ANS (BRASIL, 2022a).

prestadores e beneficiários de planos privados de assistência à saúde, e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no Brasil. Desse modo, a integração do setor suplementar com o SUS é tema recorrente na agenda regulatória da ANS, sendo fundamental ao planejamento, gestão e informação em saúde, como também à regulação da oferta e da demanda da rede de serviços assistenciais pública e privada (ANS, 2022b).

A ANS (2022b) destaca três pontos principais de integração entre os setores público e suplementar de saúde: o Cartão Nacional de Saúde (CNS), o Padrão de Troca de Informações na Saúde Suplementar (TISS) e o Ressarcimento ao SUS. O Cartão Nacional de Saúde é o documento de identificação do usuário do SUS. Esse cartão foi inserido na política nacional de saúde com o intuito de atribuir um número único a cada cidadão que fosse atendido no sistema de saúde, seja no setor público ou privado, de modo a vincular cada indivíduo aos procedimentos que foram realizados por ele, bem como aos respectivos prestadores desses serviços. O objetivo foi criar um histórico individual de atendimentos, implementar prontuários unificados, diminuir custos e regular a assistência à saúde (ANS, 2022b; BRASIL, 2021d). Inclusive, a ANS exige que a operadora de plano privado de assistência à saúde informe o número do CNS de todos os seus beneficiários (ANS, 2012a). Porém, a duplicidade de registros e dificuldades de acesso à rede de computadores são recorrentes em todo o território nacional, especialmente nas regiões de difícil acesso geográfico. Assim, a necessidade de mobilizar recursos financeiros, tecnológicos e humanos em uma base territorial tão ampla e diversa ainda é um desafio que distancia o alcance de uma base de dados de identificação unívoca que atenda às demandas do sistema nacional de saúde brasileiro.

O TISS estabelece um padrão obrigatório para troca de dados assistenciais prestados ao beneficiário de plano privado de assistência à saúde gerados na rede de prestadores de serviços de saúde da operadora, incluindo a troca dos dados de atenção à saúde gerados na modalidade de reembolso das despesas assistenciais ao beneficiário. O TISS tem como diretrizes garantir a interoperabilidade entre os sistemas de informação da ANS e do Ministério da Saúde, bem como reduzir a assimetria de informações relacionadas aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde. O objetivo do TISS é padronizar as ações administrativas, subsidiar as ações de avaliação e acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e compor o registro eletrônico de saúde (ANS, 2012b; 2022b).

O ressarcimento ao SUS se refere à obrigação legal de as operadoras devolverem ao ente público os valores dos procedimentos realizados no SUS aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde e que estavam previstos em contrato (ANS, 2022b). O ressarcimento ao SUS é considerado a interface mais visível entre o SUS e o setor de saúde suplementar (BAHIA; SCHEFFER, 2010; ANS, 2022b) porque é capaz de refletir a dimensão do uso do setor público pelos beneficiários de planos privados de assistência à saúde para internações e para procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade. Assim, além de se constituir como um mecanismo de recuperação de recursos públicos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018) o ressarcimento ao SUS é também potencial ferramenta de regulação do sistema de saúde (DIAS; PASTRANA, 2007) e de monitoramento das operadoras em relação ao cumprimento dos contratos dos beneficiários e da manutenção de uma rede assistencial dimensionada de acordo com as coberturas ofertadas (ANS, 2021d). Desse modo, os dados do ressarcimento ao SUS foram a fonte de informação utilizada para esta pesquisa.

2.3.1 Ressarcimento ao SUS: histórico, avanços e desafios

No sistema de saúde brasileiro existe uma forte associação entre o público e o privado, uma estrutura de relações financeiras e assistenciais que permite que serviços não previstos nos planos privados de assistência à saúde sejam prestados aos seus beneficiários pelo serviço público (BAHIA, 2006). Por outro lado, sendo a saúde um direito social, universal e gratuito, o procedimento que encontra previsão contratual e é prestado pelo SUS a um beneficiário de plano privado de assistência à saúde representa uma receita para as operadoras cujo custo é suportado pela Seguridade Social, ou seja, um benefício recebido pelo mercado de saúde sem que esse tivesse efetuado o prévio pagamento. Os valores não ostentados pelas operadoras e assumidos pela sociedade, sem que essa última se beneficiasse dos frutos do processo produtivo, são considerados uma externalização negativa, consequência da atividade das operadoras de planos privados de assistência à saúde quando, ao invés de assumirem a responsabilidade pactuada com seus beneficiários, deslocam a despesa da assistência que deveriam prestar sobre pessoas alheias a essa atividade (TIBÚRCIO, 2011), ou seja, sobre toda a sociedade.

Nos casos em que o indivíduo pode optar pelo setor público ou pelo plano privado de assistência à saúde, decerto o faz como prerrogativa de seu direito constitucional e, por isso,

não pode ter limitado seu acesso ao SUS, nem mesmo arcar com ônus para ter o atendimento público. Porém, caberá a compensação aos cofres públicos, ou melhor, a reparação de danos eventualmente causados pelo ente privado que deveria ter prestado a assistência. O uso do SUS pelo beneficiário de plano privado de assistência à saúde é questão discutida mesmo antes de o Estado regular a atividade privada de saúde²⁸ e, por isso, a obrigação de as operadoras ressarcirem ao ente público pelos gastos relacionados aos procedimentos contratualmente previstos foi incluída no artigo 32 da Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998 (MENICUCCI, 2007).

A fim de que pudesse ser processado o ressarcimento ao SUS, a mesma Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, previu em seu artigo 20 que as operadoras de planos privados de assistência à saúde estariam obrigadas a fornecer ao Ministério da Saúde e à SUSEP, periodicamente, todas as informações e estatísticas que permitissem a identificação de seus beneficiários e respectivos dependentes. Cabia à entidade prestadora de serviços assistenciais ou ao SUS, por intermédio do Ministério da Saúde, discriminar todos os procedimentos realizados para cada beneficiário de plano privado de assistência à saúde e os notificar às operadoras. Os valores deveriam ser pagos pelas operadoras diretamente à entidade prestadora de serviços, se essa possuísse personalidade jurídica própria, ou ao SUS, nos demais casos. Os valores de referência, aprovados em tabela específica pelo CONSU, não poderiam ser inferiores aos pagos pelo SUS e nem superiores aos praticados pelo setor suplementar (BRASIL, 1998a).

A cobrança dos valores devidos começou para as internações realizadas em dezembro de 1999. As regras para o processamento das internações, a partir das informações contidas em Autorização de Internação Hospitalar (AIH) passíveis de ressarcimento, compreendidas entre os meses de dezembro de 1999 a janeiro de 2001, estavam dispostas na Resolução Normativa Especial da ANS n.º 05, de 28 de agosto de 2000, e a análise era de competência dos gestores públicos de saúde. De um total de 168.131 AIH identificadas nesse período, mais da metade (89.006) estava apta para cobrança, o que totalizava 117,6 milhões de reais. Porém,

²⁸ Conforme já citado anteriormente, a previsão para ressarcimento dos gastos da assistência à saúde prestada pelo setor público aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde teve seu primeiro registro na década de 1970, por meio dos convênios-empresa (MELLO, 1977). Duas décadas depois, pouco antes da Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, algumas Unidades Federativas (UF) e municípios também editaram regulamentos com objetivos semelhantes ao artigo 32 dessa Lei, mas não há registros precisos sobre a efetiva restituição dos valores devidos ao SUS (CONDE, 2004). São exemplos relacionados por Conde (2004): Rio de Janeiro (UF: Lei n.º 2.096, de 19 de março de 1993; município: Lei n.º 2.147, de 26 de maio de 1994), São Paulo (UF: Lei n.º 9.058, de 29 de dezembro de 1994), Minas Gerais (UF: Lei n.º 11.829, de 14 de junho de 1995; Belo Horizonte: Lei n.º 7.071, de 1º de abril de 1996; Três Pontas: Lei n.º 1854, de 11 de março de 1997) e Rio Grande do Sul (Porto Alegre: Lei n.º 7.402, de 6 de janeiro de 1994).

apenas 19,5% do valor devido foi pago pelas operadoras de saúde e o restante foi parcelado, venceu ou entrou em processo judicial. Como tentativa para resolver o problema, as AIH cujos processos não tinham sido solucionados pelos gestores até 24 de junho de 2002 foram reemitidas para análise. Porém, nenhum desses processos foram tratados em terceira instância pela ANS (ANS, 2000, 2005).

Frente à fragilidade e à complexidade para o processamento do ressarcimento ao SUS, do qual participavam diversos atores (além das operadoras, o Ministério da Saúde, os estados, o Distrito Federal e até alguns municípios em gestão plena) buscou-se uma nova sistemática para sua operacionalização. Assim, a partir de fevereiro de 2001, o processo de normatização e de cobrança das internações realizadas a beneficiários de planos privados de assistência à saúde no SUS passaram à responsabilidade da ANS (ANS, 2001). Entretanto, a cobrança para ressarcimento ao SUS era dificultada por diversos fatores, tais como erros no preenchimento das AIH, não fornecimento do cadastro de beneficiários por algumas operadoras de planos privados de assistência à saúde, obtenção de liminares judiciais contra o ressarcimento ao SUS e o simples não pagamento dos valores cobrados (BRASIL, 2003).

Quanto à metodologia de cobrança adotada pela ANS, o objetivo sempre foi propiciar o retorno dos valores gastos pelo SUS com a assistência ao beneficiário de plano privado de assistência à saúde e com a regulação do mercado de saúde suplementar. Inicialmente, foi elaborada uma Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP), decorrente da consolidação de diversas tabelas existentes nos setores público e suplementar de saúde²⁹(ANS, 2014). Os valores cobrados com base na TUNEP eram, em média, 1,5 superiores à Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS³⁰. O montante arrecadado era dividido entre o Fundo Nacional de Saúde (FNS), que

²⁹ A base de referência para a composição dos valores da TUNEP era um tanto complexa e parecia pouco representativa para aplicação em território nacional. De acordo com Scatena (2004), os honorários médicos, que também serviram de base para os valores dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, tinham como parâmetro uma parcela do segmento de operadoras da modalidade autogestão, cuja codificação pressupunha ser referenciada a partir da tabela da Associação Médica Brasileira (AMB) de 1992. Diárias hospitalares, valores para utilização de salas cirúrgicas e de recuperação, entre outras taxas, partiram de uma escolha aleatória que acabou por referenciar a tabela de hospitais privados do Estado do Rio de Janeiro. O Sistema de Informação Hospitalar (SIH) foi a base percentual para materiais e medicamentos.

³⁰ Quando da implantação do SUS, a tabela de referência do INAMPS até então vigente foi redefinida em duas outras, uma para os procedimentos hospitalares do SIH e outra para os procedimentos ambulatoriais do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA). Considerando a divergência existente entre as duas tabelas, que chegavam a apresentar códigos e valores diferentes para um mesmo procedimento, essas foram unificadas na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais, que ficou conhecida como a “Tabela SUS”. A Tabela SUS contém valores de referência federal, códigos de operação e demais detalhes sobre os procedimentos nela cadastrados, incluindo assistência ambulatorial e hospitalar, bem como ações de promoção e prevenção, exames de diagnóstico, transplantes, medicamentos estratégicos, entre outros (BRASIL, 2007, 2016a, 2019, 2021a).

recebia o valor da Tabela SUS, e a diferença em relação à TUNEP era destinada ao prestador de serviço onde o beneficiário foi atendido (BRASIL, 2003).

A TUNEP passava por reiteradas atualizações para correção de valores e inclusão ou exclusão de procedimentos³¹, o que tornou necessário substituí-la por um método mais transparente e objetivo para se calcular os valores da cobrança para ressarcimento ao SUS. Após análise técnica, decidiu-se pela aplicação do fator multiplicador de 1,5 sobre o valor lançado no documento do SUS de registro do procedimento identificado. Esse Índice de Valoração do Ressarcimento (IVR), que passou a ser aplicado às internações ocorridas a partir de janeiro de 2008, foi obtido com base nas regras de valoração do SUS e da Tabela SUS, que integra as bases de dados do SIA e do SIH do SUS (ANS, 2014).

Quanto à utilização da Tabela SUS como base para incidir o IVR para cálculo dos valores a serem cobrados para ressarcimento ao SUS, cabe considerar que o financiamento das ações e serviços de saúde no setor público é tripartite³², sendo a remuneração do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos (SIGTAP) a referência da parcela federal do financiamento, que pode ser complementada pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios para se ajustarem às diferenças regionais (BRASIL, 1988, 1990bd, 2019). Assim, as regras de valoração promovidas por meio do IVR visam considerar os recursos financeiros extras à Tabela SUS, ou seja, incrementos, incentivos e outros acréscimos que os estabelecimentos que compõem a rede pública de saúde recebem a título de habilitação da unidade prestadora, caracterização do estabelecimento como de referência, tempo de internação, nota de avaliação do estabelecimento, dentre outros (ANS, 2022b).

Além de se referir apenas ao componente federal, a Tabela SUS é subfinanciada e prevê remunerações que nem sempre cobrem o custo real de muitos procedimentos ofertados pelo setor público. De acordo com Brasil (2019), esse descompasso no financiamento decorre do fato de a Tabela SUS conter valores que já foram definidos abaixo dos preços praticados

³¹ A atualização das diferentes versões da TUNEP tomava como referência as modificações ocorridas na tabela do SIH do SUS. Os procedimentos incluídos no SUS eram agregados à TUNEP aplicando-se fatores de correção de 1,75. A exceção se dava para medicamentos, órteses e próteses, que recebiam os mesmos valores praticados no SUS, e os procedimentos relacionados aos transplantes, cujo valor de correção era 1,3. Procedimentos excluídos do SUS também eram excluídos da TUNEP (SCATENA, 2004).

³² O financiamento de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar do SUS é compartilhado entre os governos federal, estadual (incluindo o Distrito Federal) e municipal. Esse financiamento está organizado em dois componentes: o Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), que inclui os incentivos de custeio transferidos pelo Ente Federal, de forma regular e automática, aos fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios; e o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), que financia políticas consideradas estratégicas e novas incorporações à Tabela SUS, como também transfere recursos após a apuração da produção dos estabelecimentos de saúde registrada pelos respectivos gestores nos SIA e SIH do SUS (BRASIL, 2017b, 2021d). O financiamento público do procedimento de hemodiálise crônica abordado neste estudo é realizado por meio do FAEC (BRASIL, 2021a).

pelo mercado de saúde, como também pela defasagem acumulada ao longo de mais de vinte anos de sua existência³³. Nessa ordem de ideias, a cobrança para o ressarcimento ao SUS relacionada a alguns procedimentos pode representar valores desatualizados, perdendo, em certa medida, sua capacidade de aproximar aos gastos efetivamente dispendidos pelo SUS com a assistência ao beneficiário de plano privado de assistência à saúde. Assim, o IVR como modelo de precificação para o ressarcimento ao SUS a partir de uma tabela pública defasada pode se tornar até mesmo um incentivo ao uso da rede pública, sendo insuficiente para induzir o cumprimento dos contratos e a boa prestação dos serviços na rede suplementar.

O financiamento para a hemodiálise (máximo três sessões por semana), código SIGTAP 0305010107, que é o procedimento principal analisado nesta pesquisa, é um exemplo de defasagem do financiamento público no Brasil³⁴ em relação ao setor suplementar de saúde. Em mais de sete anos, compreendidos desde o início da cobrança para ressarcimento ao SUS sobre atendimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, em 2012, até 2019 (que também compreende o período dos dados utilizados nesse estudo), a sessão de hemodiálise realizada no SUS acumulou uma correção de 23,98%³⁵ (BRASIL, 2008, 2010, 2013, 2017a). Em contrapartida, no setor suplementar, em apenas quatro anos (entre 2015 e 2019), a sessão de hemodiálise crônica³⁶ acumulou reajuste de 29,03%³⁷ (ANS, 2022c).

³³ Desde o início do pagamento da rede privada por unidades de serviço, a tabela do INPS, que deu origem à atual Tabela SUS, foi constituída a preços inferiores aos valores praticados pelo setor privado de saúde (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985). A defasagem de valores da Tabela SUS leva à redução da participação federal no financiamento da assistência de média e alta complexidade, comprometendo os recursos dos demais entes federados para manter o custeio e dificultando o acesso da população a esses serviços. Porém, apesar de necessária, a atualização da remuneração prevista na Tabela SUS é complexa, porque depende da rediscussão de todo um ordenamento jurídico-legal que dá suporte ao financiamento da saúde pública brasileira (BRASIL, 2019a).

³⁴ O subfinanciamento da hemodiálise no SUS também é relevante em relação a outros países no mundo. Estudo realizado pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social apontou que, em 2000, o SUS pagava US\$50 por sessão de hemodiálise, enquanto no mundo o preço de uma sessão variava entre US\$120 e US\$140 (MELO; RIOS; GUTIERREZ, 2000).

³⁵ Desde 2008, quando foi incluída à Tabela do SUS, os valores da sessão de hemodiálise, código SIGTAP 0305010107, foram: R\$ 144,17 (2008); R\$ 155,00 (2010); R\$ 179,03 (2013); e R\$ 194,20 (2017) (BRASIL, 2008, 2010, 2013, 2017a). Apenas em janeiro de 2022, cinco anos depois do último reajuste realizado, o valor da sessão de hemodiálise crônica no SUS passou para R\$218,47 (BRASIL, 2021e).

³⁶ A hemodiálise crônica, código 30909031, é o procedimento da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS) que está compatibilizado, por equivalência, à sessão de hemodiálise no SUS, código SIGTAP 0305010107 (ANS, 2021b).

³⁷ Os valores praticados para atendimentos prestados aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, informados à ANS pelas operadoras por meio do Padrão TISS desde 2015, apontaram que o valor médio da sessão de hemodiálise crônica no setor suplementar de saúde evoluiu da forma que segue: R\$ 157,79 (2015); R\$ 178,85 (2016); R\$ 192,66 (2017); R\$ 218,17 (2018); e R\$ 224,77 (2019). O último valor médio disponível para a sessão de hemodiálise crônica no setor suplementar foi de R\$223,39 (2020) (ANS, 2022c).

Apesar da possível disparidade entre o que é aplicado no financiamento público para custear os serviços de saúde e os preços praticados pelo mercado suplementar, há operadoras de planos privados de assistência à saúde que defendem que a cobrança para ressarcimento com base na Tabela SUS acrescida do IVR é controversa. Desse modo, insistem, mesmo que por reconhecimento judicial, que esse valor esteja limitado à tabela de procedimentos do SUS (RENAULT; OLIVEIRA, 2018).

Nesse ponto, nunca é demais ressaltar que, mesmo desconsiderando o conjunto de fatos que podem fazer com que valores cobrados para ressarcimento ao SUS sejam inferiores aos gastos efetivamente dispendidos pelo Poder Público junto aos seus prestadores para atender os beneficiários de planos privados de assistência à saúde, eventual incongruência no sentido de ferir os requisitos legais para o valor da cobrança no ressarcimento³⁸, pode ser saneada no âmbito administrativo do processo, que garante a ampla defesa e o contraditório às operadoras. Isso porque qualquer operadora de plano privado de assistência à saúde pode ter deferido desconto proporcional sobre o valor identificado, caso comprove que o custo do procedimento praticado por ela seja inferior ao valor cobrado para ressarcimento ao SUS (BRASIL, 1998a; ANS, 2022b).

Ainda no tocante aos valores de cobrança para ressarcimento ao SUS, existe um lapso temporal entre a assistência prestada ao beneficiário de plano privado de assistência à saúde na rede pública e a identificação do atendimento para a cobrança, para o qual a ANS alcançou, em 2020, a meta em torno de um ano. Esse período é o tempo considerado necessário para o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) faturar a assistência prestada por meio de AIH ou APAC, para a integração de bases de dados de gestão do Ministério da Saúde e da ANS e para a notificação da ocorrência do atendimento junto às operadoras, quando se inicia o procedimento administrativo de cobrança para ressarcimento ao SUS (ANS, 2019c, 2020a).

Alcançar o período de um ano entre a ocorrência da assistência e a notificação da cobrança foi um esforço importante da ANS para tentar atenuar a defasagem gradativa, tanto dos valores para ressarcimento ao SUS, como também do impacto econômico dessa medida regulatória sobre a atividade suplementar. Afinal, é importante envidar estratégias que acompanhem a conformação do mercado suplementar à regulação do setor, na tentativa de que as operadoras de planos privados de assistência à saúde não contem com os serviços

³⁸ O parágrafo 8º, do artigo 32 Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, define que “Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras [...]” (BRASIL, 1998a).

públicos como parte de sua estrutura assistencial, tendo o ressarcimento ao SUS como um meio mais atraente do que organizar sua própria rede de prestadores para assistir o beneficiário³⁹.

Quanto aos valores arrecadados pela ANS desde 2001 a título de ressarcimento ao SUS, que até então eram repassados ao prestador no qual a internação havia sido realizada ou ao FNS, a partir de 2008 esses passaram a ser depositados ao FNS e ao fundo de saúde a que o prestador do serviço estivesse vinculado (ANS, 2008). Em abril de 2011, essa dinâmica de repasse foi novamente alterada, sendo que os valores arrecadados passaram a ser integralmente creditados ao FNS (BRASIL, 2011a).

Em relação ao tipo de identificação para ressarcimento ao SUS, durante 15 anos, apenas os procedimentos contidos nas internações realizadas a beneficiários de planos privados de assistência à saúde foram computados, o que Bahia e Scheffer (2010) consideraram um favorecimento às operadoras porque essas deixavam de ressarcir ao SUS uma infinidade de serviços. Por outro lado, há que se evidenciar o importante histórico de internações identificadas para ressarcimento ao SUS, que incluía desde procedimentos de média complexidade, como partos e internações psiquiátricas, até a assistência de alto custo e complexidade dos transplantes. Entre 2001 e 2015, esses procedimentos somaram mais de 3,2 milhões de AIH identificadas para análise, o que significou a cobrança de cerca de 3,8 bilhões de reais (BRASIL, 2022a), como também compuseram um arcabouço administrativo e operacional fundamental ao desenvolvimento e à implementação dos mecanismos envolvidos no processo para ressarcimento ao SUS e posterior inclusão dos procedimentos ambulatoriais.

³⁹ Apesar das limitações que existem ao se extrapolar resultados locais ao nível nacional para um país com tamanhas diferenças regionais como o Brasil, há que se considerar que, por vezes, o ressarcimento ao SUS pode ser mais vantajoso a uma operadora de planos privados de assistência à saúde do que assumir a cobertura prevista no contrato assistencial de um paciente portador de doença renal crônica terminal. Estudo observacional de coorte retrospectivo, baseado em dados de prontuários de pacientes com doença renal crônica terminal atendidos em serviços de referência da cidade de Curitiba, no Estado do Paraná, entre janeiro e junho de 2014, analisou o custo-procedimento de terapias renais substitutivas. O primeiro ano em hemodiálise de um paciente coberto por plano privado de assistência à saúde da segmentação referência totalizou cerca de R\$ 62,5 mil, enquanto no SUS os valores correspondentes não ultrapassaram R\$ 28,5 mil, para paciente não portador do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), e R\$ 40,8 mil, para paciente HIV positivo (GOUVEIA et al., 2017). Essa pesquisa considerou gastos com o procedimento de Terapia Renal Substitutiva (TRS), com exames, consultas e internamentos relacionados à doença de base, como também com medicamentos necessários ao seguimento do tratamento. No entanto, para efeitos de comparação entre os valores do setor suplementar e do SUS, os medicamentos foram excluídos do cálculo aqui apresentado, uma vez que o SUS oferece acesso universal aos tratamentos de alto custo da TRS, porém, esses não são cobertos pelos planos privados de assistência à saúde. Mesmo se aplicando a correção de 1,5 (IVR) e desconsiderando qualquer índice de correção que pudesse ajustar os valores da assistência prestada em decorrência do lapso de um ano entre a ocorrência do atendimento ao beneficiário no SUS e a cobrança para ressarcimento realizada pela ANS, o custo do tratamento para uma operadora por meio do ressarcimento ainda estaria abaixo (R\$ 42,8 mil, para paciente não HIV, e R\$ 61,2 mil, para paciente HIV positivo) do que ela efetivamente dispenderia em sua rede própria/contratada (R\$ 62,5 mil).

Em 2012, o Tribunal de Contas da União (TCU) avaliou a sistemática do processo para ressarcimento ao SUS e apontou que os valores passíveis de devolução registrados em Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC)⁴⁰ eram quatro vezes maiores que o montante cobrado para internações realizadas a beneficiários de planos privados de assistência à saúde no SUS, com potencial para ressarcimento na ordem de 2,6 bilhões, somente entre 2003 e 2007. Diante disso, o TCU determinou que a ANS incluísse os procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade ao processo para ressarcimento ao SUS (BRASIL, 2012b). Assim, em 2015, além das AIH, a ANS passou a identificar e cobrar, com regularidade, os procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade com data a partir de janeiro de 2014. Em 2017, foram incluídas para ressarcimento ao SUS as APAC de legado, referentes aos atendimentos ambulatoriais de média e alta complexidade compreendidos entre abril de 2012 e dezembro de 2013, cuja série temporal de cobranças terminou em 2018 (ANS, 2016a, 2022b).

Outro ponto crítico para a cobrança foi o questionamento sobre a constitucionalidade do artigo 32 da Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, que tratava sobre o ressarcimento ao SUS, iniciado pela CNSaúde poucos meses depois de promulgada a Lei que regulou a atividade privada de saúde. Em decisão liminar, publicada em maio de 2004, o STF dispôs sobre a legalidade do ressarcimento ao SUS em relação à Carta Magna, mas a instabilidade jurídica frente à ausência de um julgamento final, durante cerca de 20 anos, permitiu às operadoras insistirem pela sua inconstitucionalidade (BRASIL, 1998a).

As principais alegações das operadoras e respectivos representantes contra o ressarcimento ao SUS giravam em torno de os recursos arrecadados eventualmente configurarem nova fonte de receita à Seguridade Social, com caráter tributário, e na questão de que o beneficiário de plano privado de assistência à saúde utilizaria o serviço público,

⁴⁰ A APAC é o instrumento operacional do SIA do SUS destinado ao registro da produção, à cobrança e ao pagamento individualizado de procedimentos de alta complexidade/custo e de alguns procedimentos de média complexidade, como também da disponibilização de medicamentos excepcionais, realizados pelos serviços públicos e privados contratados ou conveniados ao SUS. Constitui-se de um formulário padronizado emitido pelas secretarias municipais e estaduais de saúde e regulado pelo Ministério da Saúde. Cada APAC apresenta numeração própria e contém dados do usuário do SUS e dos procedimentos que lhe foram prestados, bem como informações sobre o prestador assistencial e sobre o perfil epidemiológico e a situação de saúde do paciente. Este documento passou por um ciclo de atualizações até se chegar ao instrumento que é utilizado atualmente. Instituído em 1993 como Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APA) de alto custo, a APA foi implementada para Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC), com o intuito inicial de registrar os procedimentos de TRS em âmbito nacional, estendendo-se, em seguida, à quimioterapia, à radioterapia e aos medicamentos de dispensação excepcional (BRASIL, 2016a). Posteriormente, a APAC recebeu o nome de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (BRASIL, 1999) e, mediante alterações do SIA do SUS, a sigla APAC foi preservada e passou à denominação de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (BRASIL, 2006).

mesmo havendo cobertura contratual para o procedimento, com base na Constituição Federal, de 05 de outubro de 1988, que garante a saúde como direito de todos e dever do Estado (RENAULT; OLIVEIRA, 2018). Porém, esses dois principais argumentos foram rechaçados pelos ministros do STF ao ratificarem a natureza de reembolso decorrente de falha na prestação dos serviços pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, concluindo, por unanimidade, em 2018, pela constitucionalidade do ressarcimento ao SUS (BRASIL, 2011b, 2018a).

Apesar das dificuldades relacionadas à cobrança e à destinação dos valores arrecadados, bem como ao relacionamento de dados para as identificações e ao próprio processo administrativo instaurando, o ressarcimento ao SUS foi aprimorado pela ANS ao longo dos anos, aumentando sua efetividade. Dentre as melhorias cabe destacar: o esforço por sanear os processos físicos; a consideração de juros retroativos à cobrança, diminuindo o percentual de impugnações e aumentando a eficiência do processo⁴¹; a diminuição do tempo entre a ocorrência do atendimento e a notificação de cobrança junto à operadora; a adoção de processo e a instauração de protocolo eletrônicos; a uniformização de entendimentos aplicados à análise; o aperfeiçoamento das ferramentas de comunicação interna e dos sistemas informatizados de apoio; a definição de metas pactuadas; e as ações de capacitação de servidores para a análise de processos (ANS, 2015a, 2020a).

2.3.2 Processo para ressarcimento ao SUS

Os dados do processo para ressarcimento ao SUS refletem o uso da rede pública de saúde para internações e para procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, o que não corresponde à totalidade dos serviços públicos prestados aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde no SUS (ANS, 2022b). Isso porque, além dos serviços ofertados exclusivamente pelo SUS a todo cidadão brasileiro, independente da posse de plano de assistência à saúde - tais como vigilância epidemiológica e sanitária, certos tipos de

⁴¹ O número de protocolos de impugnação em 1ª instância de cobranças para ressarcimento ao SUS pelas operadoras ao longo dos anos excedia 80%. Em maio de 2015, a ANS alterou normativos de modo que, caso a operadora recorresse à cobrança, mas não comprovasse o motivo, a incidência dos juros de mora passaria a ocorrer desde o começo do processo para ressarcimento ao SUS. Desde então, considerando-se as notificações lançadas de forma totalmente digital e com prazo para impugnação encerrado até maio de 2021, verificou-se que a taxa de impugnação média se encontrava em torno de 55% (ANS, 2021c).

transplantes, coleta e processamento de sangue e seus derivados, serviços de resgate de urgência, entre outros - os procedimentos realizados na atenção primária, por não possuírem ainda uma base individuada, não estão contemplados para ressarcimento ao SUS.

A AIH e a APAC são os principais instrumentos da regulação pública do SUS (SANTOS; MERHY, 2006), sendo esses também fundamentais para o processamento das identificações de procedimentos realizados aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde no setor público. Para que seja efetivado o ressarcimento ao SUS, após a identificação de atendimento⁴² passível para ressarcimento, é instaurado um processo administrativo para que seja garantido o contraditório e a ampla defesa da operadora, nos moldes do disposto na Lei n.º 9.784, de 29 de janeiro de 1999.

O processo para ressarcimento ao SUS, conforme a ANS (2022b), está ilustrado na figura 1 e será descrito a seguir.

⁴²A ANS utiliza o termo “atendimento” para tipificar a assistência realizada no SUS a beneficiário de plano privado de assistência à saúde registrada em AIH ou em APAC e identificada para ressarcimento ao SUS. Como o beneficiário pode se submeter a um ou mais procedimentos durante um mesmo atendimento, cada atendimento pode conter um procedimento (procedimento principal) ou diversos procedimentos (procedimento principal e outros secundários).

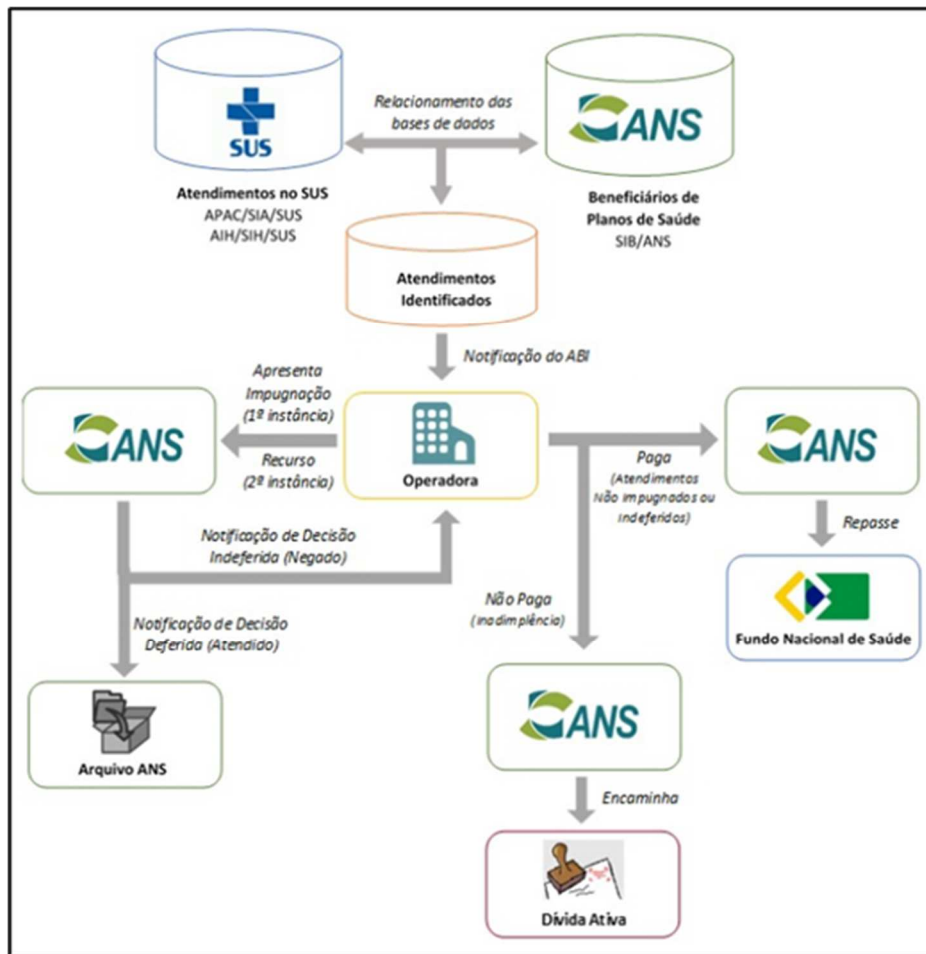


Figura 1 - O processo para ressarcimento ao SUS

Fonte: ANS (2022b).

O fato gerador para o dever de ressarcir da operadora - independente da natureza do atendimento, da escolha do indivíduo, de insuficiência de rede ou de negativa de cobertura dos serviços contratados - é o procedimento coberto pelo plano privado de assistência à saúde realizado ao seu beneficiário e ou dependente em prestador do SUS. Ressalte-se que, para os contratos novos e para os contratos antigos adaptados à Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, estão cobertos os serviços médicos previstos no rol de cobertura estabelecido pela ANS e que não sejam submetidos a nenhuma exclusão contratual legalmente permitida, tais como carências e limites de cobertura, seja geográfico ou assistencial. A cobertura para os contratos antigos não adaptados à Lei dos Planos de Saúde segue o acordo original, excetuando-se eventuais cláusulas abusivas consideradas nulas pelo Poder Judiciário, tais como limitar o número de dias de internação.

A ANS compara eletronicamente a base de dados dos atendimentos realizados no setor público, fornecida pelo DATASUS, com o cadastro contido no SIB, identificando os

beneficiários de planos privados de assistência à saúde que foram internados ou realizaram procedimentos ambulatoriais de média ou alta complexidade no SUS⁴³. O resultado desse relacionamento de dados é refinado mediante aplicação de filtros, que consideram as informações que a ANS já dispõe em seus sistemas com a finalidade de excluir procedimentos que, principalmente por razões legais ou contratuais, não devem ser objeto de cobrança para ressarcimento ao SUS. O resultado é um conjunto de atendimentos correspondentes a registros de AIH e APAC de beneficiários no SUS, agrupados por trimestre, e que devem, a princípio, ter seu valor, acrescido do IVR, ressarcido pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, dando origem ao Aviso de Beneficiário Identificado (ABI).

Cada operadora de plano privado de assistência à saúde é notificada pela ANS sobre o resultado da identificação de atendimentos realizados no SUS aos seus beneficiários e sobre a respectiva cobrança, abrindo-se prazo para impugnação. No ofício do ABI são disponibilizadas informações de cada AIH ou APAC que sejam suficientes para garantir a defesa da operadora. A operadora pode aceitar a cobrança ou, caso identifique procedimentos e/ou valores que não estavam abarcados pelo contrato, contestá-la, no todo ou em parte e, neste último caso, encaminhar os motivos e documentos que os comprovem, no prazo de trinta dias, a partir do recebimento da notificação.

Para um mesmo atendimento a operadora de plano privado de assistência à saúde pode alegar mais de um motivo pelos quais a cobrança não seria devida. A atividade de análise no âmbito do processo para ressarcimento ao SUS julga individualmente e atribui um parecer de análise para cada alegação. Ao conjunto de pareceres resultantes da análise de um mesmo

⁴³ O relacionamento de dados, também denominado *record linkage*, é um método que permite identificar em bases de dados distintas registros diferentes de uma mesma entidade. Desse modo, o *record linkage* é uma alternativa para integrar dados de sistemas de saúde, ampliando as perspectivas de análise, inclusive com seguimento longitudinal do paciente. O *linkage* pode ser realizado por meio de técnica determinística ou probabilística, aplicadas individualmente ou em caráter complementar. O relacionamento determinístico considera como equivalentes registros considerados iguais em um determinado conjunto de códigos que permita identificar univocamente uma entidade, a exemplo do Cadastro de Pessoa Física (CPF). Quando a chave utilizada não é unívoca, ou seja, apresenta inconformidades (a exemplo da duplicidade de registro que pode acontecer com o CNS), o relacionamento se torna mais complexo. Para esses casos utiliza-se o método probabilístico, que considera a possibilidade de erros (a exemplo de equívocos de preenchimento de formulários e a ocorrência de homônimos), classifica os registros em prováveis, improváveis ou duvidosos e toma como equivalentes os pares que são iguais para uma combinação de campos (QUEIROZ et al, 2009). Para a identificação de beneficiários de planos privados de assistência à saúde atendidos no SUS e que tinham cobertura para tais serviços em seus contratos assistenciais é utilizado o relacionamento probabilístico da base do SIA e do SIH do SUS com o SIB da ANS em processo similar à metodologia descrita por Machado et al (2008) quando do relacionamento do SIB com o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM): os pares prováveis são encontrados por meio de blocos lógicos que consideram, por exemplo, a fonetização dos nomes. Atribui-se, então, pontuação definida segundo o nível de concordância de campos para que os registros equivalentes sejam identificados.

atendimento é conferido um *status* deferindo ou indeferindo a impugnação apresentada pela operadora. O processo pode ser resolvido em primeira ou em segunda instância. Após concluído o processo administrativo, caso a operadora comprove a exclusão contratual de todos os procedimentos contidos no atendimento cobrado, a identificação é anulada. Nos casos em que ficar demonstrado cobertura parcial e/ou existência de cláusula de franquia ou coparticipação, ocorre a retificação do valor com o respectivo desconto. Os atendimentos não impugnados, impugnados intempestivamente e indeferidos são cobrados integralmente. A ANS encaminha à operadora a notificação de cobrança junto à respectiva Guia de Recolhimento da União (GRU). O prazo para pagamento ou parcelamento dos valores devidos é de quinze dias.

A operadora que não pagou nem parcelou os valores devidos dentro do prazo fica sujeita à inscrição no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal (CADIN), à inscrição em dívida ativa da ANS e à execução judicial. Ao final, todos os valores recolhidos pela ANS a título de ressarcimento ao SUS são repassados ao FNS.

Desde dezembro de 2021, a ANS atualiza mensalmente o Panorama do Ressarcimento ao SUS. Trata-se de um conjunto de dados abertos com informações processuais e financeiras sobre o ressarcimento ao SUS divulgado por operadora de plano privado de assistência à saúde. O Panorama do Ressarcimento ao SUS ferramenta complementa outras três publicações já existentes: o Painel Financeiro do Ressarcimento ao SUS, o Boletim Informativo e o Mapa de Utilização do SUS por Beneficiários de Planos de Saúde. Além dos dados dos sistemas do SUS (SIH e SIA), essa divulgação reúne dados do SIB e do Sistema de Gestão do Ressarcimento ao SUS, ambos da ANS (ANS, 2021e; 2022b).

2.3.3 Utilização do SUS por beneficiários de planos privados de assistência à saúde

Em quase 20 anos de cobrança para ressarcimento ao SUS efetivada pela ANS, foram 7,64 milhões de atendimentos a beneficiários de planos privados de assistência à saúde identificados, o que correspondeu a 12,20 bilhões de reais em recursos públicos⁴⁴. Após o processo administrativo, mais de seis milhões de reais (78,56%) dessa cobrança eram devidos e 4,27 bilhões de reais já foram repassados ao FNS (ANS, 2021e). O índice de efetivo

⁴⁴ Dados sobre ressarcimento ao SUS referentes aos atendimentos identificados entre janeiro de 2001 e setembro de 2021. Ressalte-se que a quantidade de atendimentos identificados não representa o total a ser ressarcido ao SUS, uma vez que as operadoras podem apresentar impugnações e recursos às notificações recebidas (ANS, 2021e).

pagamento da cobrança para ressarcimento ao SUS⁴⁵ se manteve acima de 70% desde 2015, alcançando mais de 80% em 2019 (ANS, 2022b).

Em relação aos valores arrecadados, estudo realizado por Silveira e Coelho (2019) analisou a contribuição do ressarcimento para o financiamento do SUS, indicando que este instituto, apesar de se consubstanciar como recomposição de despesas – e não como um custeio para a Seguridade Social - representa um aporte importante ao orçamento público, mesmo o valor identificado sendo relativamente pequeno quando comparado ao montante gasto para a assistência pública de saúde no país⁴⁶. Os autores evidenciaram que, para além do aporte financeiro envolvido, o ressarcimento ao SUS vem justamente na busca de restaurar desequilíbrios e superar distorções relacionadas à ampliação do lucro das operadoras às expensas de recursos sociais, ao se comprometerem com a oferta de serviços que acabam por ser prestados pelo ente público. Assim, além de recompor o erário, Silveira e Coelho (2019) entenderam que o ressarcimento ao SUS pode ser uma ferramenta de regulação do mercado suplementar no sentido de induzir a prestação de serviços pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde aos seus beneficiários.

Pesquisadores apontaram que a maior parte dos acessos ao SUS por beneficiários de planos privados de assistência à saúde é para os serviços de maior complexidade e alto custo (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990; BAHIA; SIMMER; OLIVEIRA, 2004; BAHIA; SCHEFFER, 2010; SANTOS; SANTOS; BORGES, 2013; AGUIAR; SOUZA, 2018; SILVEIRA; COELHO, 2019). Esses estudos levam a crer que as coberturas assistenciais contratadas podem não estar sendo plenamente cumpridas, incorrendo na busca seletiva desses atendimentos públicos pelo beneficiário e no enriquecimento sem causa das operadoras de planos privados de assistência à saúde (BRASIL, 2018a).

Dias e Pastrana (2007) compararam internações ocorridas no SUS e internações identificadas para ressarcimento ao SUS, ocorridas em 2002. Os resultados indicaram que as internações identificadas para ressarcimento ao SUS apresentavam valor médio maior entre todas as internações ocorridas no setor público naquele ano, entendendo-se que os beneficiários de planos privados de assistência à saúde poderiam estar utilizando o SUS para

⁴⁵ O índice de efetivo pagamento da cobrança para ressarcimento ao SUS é um indicador representado pela razão entre o somatório do valor total pago e do valor parcelado pelas operadoras, pelo somatório do valor total das cobranças com GRU's emitidas. Os valores depositados judicialmente não são incluídos neste cálculo (ANS, 2020a).

⁴⁶ A título de exemplo, o valor identificado para ressarcimento ao SUS em 2019 foi de 830 milhões de reais (BRASIL, 2022a). Esse total representou cerca de 0,73% das despesas executadas para a área de atuação saúde no Brasil no mesmo ano, que foi de 114,18 bilhões de reais (BRASIL, 2021f).

alguns procedimentos mais caros. No entanto, esse estudo também demonstrou que o maior percentual de utilização do SUS pelos beneficiários de planos privados de assistência à saúde era para o grupo de obstetrícia, incluindo partos e outros procedimentos cirúrgicos (21,23%) e para afecções respiratórias (15,80%), ou seja, atendimentos predominantemente de média complexidade.

Informações do mapa da utilização do SUS por beneficiários de planos privados de assistência à saúde, entre 2008 e 2014, bem como dados disponíveis no Tabnet da ANS, entre 2015 e 2019, corroboram com os resultados da pesquisa de Dias e Pastrana (2007). Dentre os procedimentos mais identificados em internações, a média complexidade foi destaque: o parto normal sempre apareceu como procedimento mais frequente, seguido pelo parto cesariano e pelo tratamento de pneumonias ou influenza, nessa ordem (exceção apenas para o ano de 2016, durante o qual o tratamento de pneumonias ou influenza configurou o segundo lugar, seguido pelo parto cesariano) (ANS, 2020c; BRASIL, 2022a).

No período de 2012 a 2019, a hemodiálise (máximo três sessões por semana) foi o atendimento mais frequente em identificações e em volume financeiro, seguido pelas hormonioterapias do carcinoma de mama estádios I e II, respectivamente. No entanto, apesar de a hemodiálise não perder o maior destaque, quando a análise do *ranking* de atendimentos identificados para ressarcimento ao SUS é realizada ano a ano, percebe-se, a partir de 2016, que as hormonioterapias perderam o segundo lugar para o acompanhamento de paciente pós-transplante de rim, fígado, coração, pulmão células-tronco hematopoiéticas e/ou pâncreas, que é uma consulta clínica de média complexidade (BRASIL, 2022a). Nessa ordem de ideias, apesar da relevância da alta complexidade ambulatorial representada pela hemodiálise, tanto na frequência do uso quanto no volume financeiro mobilizado para ressarcimento ao SUS, há que se considerar que procedimentos de média complexidade também se destacam no uso do SUS pelos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, tanto para serviços ambulatoriais quanto para internações. Isso faz refletir que a alta tecnologia e o alto custo dos procedimentos podem não ser os principais fatores que influenciam a utilização do SUS pelos beneficiários da saúde suplementar, podendo haver restrições de acesso relacionadas às características dos planos privados de assistência à saúde que precisam ser mais bem elucidadas.

Estudo qualitativo realizado em três capitais do sul do Brasil, durante o ano de 2008, analisou a satisfação das pessoas quando da utilização de serviços de saúde públicos e privados. Os autores apontaram para uma menor satisfação do indivíduo relacionada a

restrições existentes em seus contratos privados assistenciais, tais como reajustes sem regulação, abrangência geográfica limitada, falhas na cobertura do plano, custos crescentes das mensalidades e copagamento, em especial para a assistência que demanda maior tempo de tratamento (SISSON et al., 2010) como é o caso da hemodiálise crônica. Acredita-se que essa menor satisfação do beneficiário em relação ao seu contrato privado assistencial pode aumentar a busca pelo atendimento no SUS.

Gerschman (2008) considerou esperado e legítimo o uso do SUS por beneficiários da saúde suplementar, uma vez que há questões contratuais de não cobertura. Por outro lado, aquele autor apontou situações nas quais as operadoras direcionam para o setor público pacientes que possuem planos de preço e qualidade inferiores, como também casos nos quais os serviços público e privado de saúde se confundem e nem mesmo o beneficiário tem a clareza de qual lhe deu cobertura. Outra questão pontuada pelo autor foi a possibilidade de o plano privado de assistência à saúde ser instrumento de acesso preferencial aos serviços públicos. Gerschman (2008) evidenciou que em muitas dessas ocorrências o ônus do custeio para as operadoras de planos privados de assistência à saúde é postergado⁴⁷, senão eliminado, por meio de estratégias de regulação do acesso que acabam por direcionar o beneficiário para o SUS, em especial para suprir a demanda da alta complexidade.

Informações da PNS de 2013 corroboram com Gerschman (2008) ao indicarem a utilização do SUS por beneficiários de planos privados tanto de menor quanto de maior potencial de cobertura. No entanto, naquele inquérito nacional, o vínculo a um plano mais barato foi fator incrementador na utilização do serviço público de saúde em relação aos planos de maior valor mensal (SILVA; LUIZ; BAHIA, 2019).

Evidências apontaram que planos mais baratos podem ser limitadores do acesso aos serviços e comprometer a integralidade do cuidado e a qualidade e a continuidade da assistência do beneficiário, uma vez que as operadoras tendem a instituir protocolos e fluxos que dificultam a utilização dos procedimentos, em especial os de alto custo, a fim de racionalizar gastos e a manter preços menores e mais atrativos (DAROS et al., 2016; NEUMANN; FINKLER; CAETANO, 2017). Beneficiários cuja hemodiálise era financiada pelo SUS também relataram barreiras para utilizar seu plano privado de assistência à saúde

⁴⁷ A postergação e mesmo a negação da responsabilidade pelo custeio assistencial de alguns serviços previstos em contrato também operam por meio do contencioso relacionado ao ressarcimento ao SUS. Na tentativa de suspender a exigibilidade dos créditos devidos, em setembro de 2021, as operadoras de planos privados de assistência à saúde já contabilizavam um total de 821,46 milhões de reais suspensos judicialmente, relacionados a valores cobrados para ressarcimento ao SUS (ANS, 2021e).

por simples negativa de cobertura por parte da operadora, ou mesmo porque o contrato previa alto valor de coparticipação para esse procedimento (SOUZA, 2016).

Diversos mecanismos de restrição do acesso, além dos previstos em contrato de plano privado de assistência à saúde, podem ser adotados pelas operadoras, por exemplo, quando dificultam o uso de determinadas tecnologias pela existência de requisitos e autorizações para o acesso aos serviços. Estudo realizado com amostra representativa de operadoras de planos privados de assistência à saúde no Estado de Minas Gerais encontrou que, dentre os mecanismos utilizados para regular o acesso dos beneficiários aos serviços, predominavam a autorização prévia, a perícia médica (ou auditoria) e, em menor proporção, as coparticipações (FREITAS et al., 2011).

A diminuição da oferta e a concentração do mercado privado, diante do crescente envelhecimento da população e incorporação de tecnologia e, portanto, elevação dos preços dos contratos, dificultam equilibrar a demanda por cuidados à sustentabilidade financeira do plano privado de assistência à saúde (CARVALHO; FORTES; GARRAFA, 2013). Por isso, historicamente, o setor suplementar se utiliza de mecanismos financeiros para potencializar a demanda, tornando os preços mais atrativos e condizentes com a capacidade de gasto de amplas camadas populacionais⁴⁸ (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990).

Inclusive, nos últimos anos, tem-se observado a substituição da disponibilidade de planos privados de assistência à saúde do tipo individuais em favor do aumento da oferta de planos coletivos, em especial planos do tipo coletivo empresariais (BAIRD, 2020b). Tomando como base os vínculos contratuais no interstício de quinze anos, em dezembro de 2006 e dezembro de 2021, o número de contratos médico-assistenciais do tipo coletivo aumentou 51,35%, passando de 26,45 milhões para 40,03 milhões de vínculos, enquanto os contratos individuais aumentaram 0,22%, variando de 8,89 milhões para 8,91 milhões de vínculos (BRASIL, 2022a).

Os planos privados de assistência à saúde do tipo coletivo empresariais funcionam como um aporte de recursos indireto, ou seja, um benefício agregado ao salário do trabalhador que não sofre as taxações comuns, como as da previdência, e ainda permitem deduções fiscais (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990; DIAS; PASTRANA, 2007), motivos que aumentam

⁴⁸ Faveret Filho e Oliveira (1990) evidenciaram as inovações financeiras e a autonomização conquistadas pelo setor suplementar de saúde, ainda na década de 1980, por meio dos planos empresariais destinados a funcionários de empresas públicas e privadas. Os autores apontaram a ampliação do acesso assistencial não só pelos setores médios das empresas, como também pelos de baixa renda, uma vez que não importava a restrição orçamentária individual, bastando, pois, a condição de funcionário para utilizar os serviços de saúde contratados pelo empregador.

a oferta e a demanda por essa contratação. Além disso, planos coletivos empresariais também ampliam desigualdades dentro do setor suplementar, ao passo que o poder econômico das empresas pode determinar o alcance da qualidade e do acesso dos serviços contratados e a participação ou não dos empregados em seu cofinanciamento. De acordo com Faveret Filho e Oliveira (1990), essa assimetria entre empregados se trata da recomposição de um contexto de benefícios diferenciados entre os trabalhadores originado nas CAP's.

Mais atrativos por apresentarem menores preços iniciais, planos privados de assistência à saúde do tipo coletivo podem aumentar o retorno financeiro das operadoras do mercado suplementar, mas tendem a convergir para limitações de garantia de acesso e de assistência de qualidade a seus beneficiários. Isso porque estão sujeitos ao reajuste de mensalidades sem limite regulatório⁴⁹ e à rescisão unilateral dos contratos, como ainda podem estar relacionados a uma rede de assistência limitada, pouco resolutiva e, conseqüentemente, à maior judicialização pelas restrições de coberturas assistenciais, em especial para procedimentos de maior complexidade e mais caros (BAHIA et al., 2016b) como a hemodiálise crônica.

Fator agravante é que parte dos planos privados de assistência à saúde do tipo coletivo atualmente comercializados são considerados “falsos coletivos”, por estarem mascarados ao mínimo de dois beneficiários vinculados a um Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou à adesão a associações e entidades indicadas por corretores a indivíduos sem nenhum vínculo representativo com a entidade contratante do plano privado de assistência à saúde (BAHIA et al., 2016b). Esse tipo de contratação cresceu especialmente para corresponder aos potenciais clientes de planos individuais, cuja comercialização sofre uma “política de desestímulo” por estarem sujeitos a uma regulação mais incisiva pela ANS (BAIRD, 2020b). Por não terem representatividade, os pequenos grupos vinculados a contratos coletivos são mais vulneráveis (ANS, 2022b), o que pode significar reajustes mais altos e rede assistencial restrita, comprometendo o acesso aos serviços cobertos pelo plano privado de assistência à saúde.

⁴⁹ A ANS determina o limite de reajuste anual para os contratos do tipo individual/familiar. Porém, os reajustes dos contratos do tipo coletivo não são regulados pela ANS, considerando que existe livre negociação e paridade de forças entre pessoas jurídicas, que são a operadora e a empresa ou entidade que a contrata para prestar serviços assistenciais. Assim, o preço inicial dos contratos coletivos pode ser mais atrativo, mas em pouco tempo tem a capacidade de se igualar e até de superar o valor dos contratos individuais/familiares (BAIRD, 2020b). Um demonstrativo desse fenômeno é que, entre os anos de 2015 e 2020, para cinco operadoras que detinham o maior volume de reclamações junto ao IDEC, o reajuste anual aplicado a contratos coletivos chegou a ser 92,38% maior que o respectivo reajuste anual máximo permitido pela ANS para contratos individuais (IDEC, 2021).

2.3.4 Utilização da rede de hemodiálise do SUS pelo beneficiário de plano privado de assistência à saúde

Entre 2012 e 2019, as diálises representaram 519,4 mil APAC e 1,8 bilhão de reais identificados para ressarcimento ao SUS, distribuídos entre três modalidades: hemodiálise (máximo três sessões por semana), hemodiálise em portador de HIV (máximo três sessões por semana) e dialise peritoneal intermitente (máximo 2 sessões por semana). Dentro das diálises, a hemodiálise (máximo três sessões por semana) representou 96,7% dos atendimentos e 93,4% do valor identificados (BRASIL, 2022a).

Para o mesmo período, de 2012 a 2019, cinco procedimentos foram responsáveis por mais da metade das identificações para ressarcimento ao SUS, sendo a hemodiálise (máximo três sessões por semana) o mais frequente, representando 16% do total, mais de 502 mil atendimentos e movimentando 1,74 bilhão de reais. Em seguida estão a hormonioterapia do carcinoma de mama em estágio I (11%), a hormonioterapia do carcinoma de mama em estágio II (10%), o acompanhamento de paciente pós transplante (8%) e a hormonioterapia do adenocarcinoma de próstata avançado (6%). Acrescente-se que, naquele período, a hemodiálise (máximo três sessões por semana) foi responsável, em média, por 51% dos valores efetivamente cobrados junto às operadoras de planos privados de assistência à saúde no país, um total de mais de 1,2 bilhão de reais aptos a serem devolvidos aos cofres públicos (BRASIL, 2022a).

Os dados do ressarcimento ao SUS indicam desigualdades inter-regionais de distribuição dos valores e dos atendimentos identificados. Em 2018, as APAC de hemodiálise (máximo três sessões por semana) foram o procedimento com maior número de identificações em todas as regiões do Brasil, excetuando-se a Região Sul, onde assumiu o 4º lugar. Nessa Região, o acompanhamento de paciente pós-transplante, hormonioterapia do carcinoma de mama em estágio I e hormonioterapia do carcinoma de mama em estágio II ocuparam as primeiras três colocações, nesta ordem. Com relação aos atendimentos cobrados, a hemodiálise (máximo três sessões por semana) apresentou-se como o atendimento ambulatorial mais caro apenas na Região Norte - quimioterapia de leucemia linfóide/linfoblástica aguda assumiu a dianteira nas outras regiões – e foi o procedimento mais frequente em cobranças nas regiões Centro-Oeste e Sudeste, enquanto no Sul, Norte e Nordeste o acompanhamento de paciente pós-transplante assumiu os maiores valores (ANS, 2020b).

Os procedimentos faturados em APAC são a principal fonte de dados sobre TRS no Brasil, em decorrência de informações epidemiológicas, do baixo custo para acesso à informação, como também pela agilidade no fluxo dos dados (uma vez que informações de novos pacientes são incorporadas às bases de dados estaduais e nacionais em um intervalo de 30 a 60 dias) (MOURA et al., 2009) e pela possibilidade de acompanhar séries históricas (QUEIROZ et al., 2009). No entanto, a estrutura do banco de APAC foi elaborada para fins administrativos e de faturamento, o que pode oferecer limitações à pesquisa, tais como informações assistenciais insuficientes (CHERCHIGLIA et al., 2007; SZUSTER et al., 2009; MOURA et al., 2009; FROHLICH et al., 2007).

No entanto, apesar de disponível, a informação contida nas APAC de TRS tem acesso limitado. A forma como é estruturada a divulgação pública dos dados de hemodiálise pode ser um dificultador para a obtenção de informações no sentido de entender mais assertivamente a integração entre os setores público e suplementar de saúde, como também de rastrear o indivíduo na rede assistencial. Isso porque cada APAC de hemodiálise (máximo três sessões por semana) contém não só esse procedimento principal - composto por um número de sessões que varia a cada registro e que pode chegar até a 14 - como também uma diversidade de procedimentos secundários, constituídos em sua maioria por exames laboratoriais, em quantidades também variáveis (BRASIL 2012a, 2021a). Enquanto os dados disponibilizados sobre atendimentos de beneficiários no SUS se referem a cada APAC, ou seja, informações compiladas de todos os procedimentos registrados nesse documento, as informações da assistência no SUS para todo cidadão se referem a sessões de hemodiálise, discriminadas e não relacionadas aos demais procedimentos secundários registrados em cada APAC (BRASIL, 2021a; 2022a; ANS, 2022b).

O formato de divulgação pública de dados também dificulta comparar a assistência dialítica de beneficiários no setor suplementar com aquela que lhes é prestada com financiamento público e identificada para ressarcimento ao SUS. Isso ocorre porque a assistência suplementar divulgada por meio do TISS se refere a sessões de hemodiálise crônica, ao passo que, conforme já mencionado no parágrafo anterior, os atendimentos identificados para ressarcimento ao SUS são disponibilizados em forma de APAC, que agrega todos os procedimentos registrados nesse documento (BRASIL, 2022a; ANS, 2022b).

Além disso, apesar de se tratar de sistemas com desenhos, base de dados e finalidades semelhantes, as informações disponibilizadas sobre hemodialisés abrangem apenas a dimensão específica do cuidado ou evento relativo à saúde e não os pacientes que foram

atendidos, seja no SUS ou no setor suplementar, o que dificulta uma transposição direta que permita individualizar as informações e apurar o fluxo dos pacientes pela rede (SOUZA, 2016). Haveria limitações, inclusive, para ponderar informações acerca dos indivíduos que acessaram os serviços de diálise, tais como idade, sexo, taxa de utilização, custo da terapia, e assim realizar inferências e estimativas da magnitude do problema no Brasil.

Nesse contexto, os dados nacionais divulgados sobre financiamento público de hemodíalises a beneficiários de planos privados de assistência à saúde permitem intuir quantidades no tempo e no espaço sobre o fenômeno do uso do SUS por pacientes renais crônicos em terapia dialítica. Porém, a análise desses números sem considerar o indivíduo pode levar a dimensionamentos limitados sobre a realidade dessa utilização.

2.4 Doença renal crônica e o paciente que realiza terapia de substituição renal

Doença renal crônica é o termo genérico relacionado a alterações heterogêneas progressivas que afetam a estrutura e a função glomerular, tubular e endócrina renais. Trata-se de uma doença de origem multicausal e que geralmente apresenta evolução prolongada e assintomática. Os fatores prognósticos são diversos e podem envolver altos custos assistenciais, baixa qualidade de vida e resultados graves para a saúde. Assim, a doença renal é um importante problema de saúde pública mundial, podendo ainda ser considerada uma epidemia cujo aumento exponencial é corroborado pelo envelhecimento populacional e pelo crescimento das condições crônicas que secundariamente podem prejudicar os rins (ISN, 2021; SBN, 2021; BRASIL, 2014b).

Apesar de não existir cura para a DRC, essa pode ser controlada por meio de dieta e medicamentos em seus estágios iniciais. A evolução da DRC implica em perda progressiva e irreversível da função renal que, quando reduzida em mais de 90%, denomina-se insuficiência renal crônica terminal. A solução mais efetiva para a insuficiência renal crônica terminal é o transplante de rim⁵⁰, desde que não haja contraindicação evidente. Porém, até a realização do

⁵⁰ A efetividade do transplante renal em relação às diálises se dá nos campos econômico e de sobrevida com qualidade ao paciente portador de insuficiência renal crônica terminal. Gouveia et al (2017) analisaram o impacto econômico entre as modalidades de terapia renal substitutiva, incluindo o procedimento principal, os exames, as consultas e os internamentos relacionados à doença de base, bem como o uso de medicamentos necessários para a manutenção do tratamento. Esse estudo demonstrou que, após o primeiro ano de diálise no setor suplementar e dos dois primeiros anos desse tratamento no SUS, o transplante demonstrou menores custos ao sistema de saúde, quando comparado à hemodíalise e à diálise peritoneal. No setor suplementar o valor do transplante renal não atingiu nem mesmo o custo da TRS paga durante todo o primeiro ano de tratamento. Os autores ainda complementaram que, além do fator financeiro, os pacientes transplantados ainda ganham em sobrevida e em qualidade de vida: internam menos, apresentam menor taxa de mortalidade, assumem menores

transplante, para manter a vida do paciente existe a necessidade de terapêutica de substituição da função renal, que é realizada por diálise peritoneal ou, mais comumente, por hemodiálise⁵¹ (CHERCHIGLIA et al., 2006; BRASIL, 2014b; SBN, 2021).

A DRC é evitável e tratável, estando associada a maiores riscos de morbidade cardiovascular, mortalidade prematura e/ou diminuição da qualidade de vida, o que a faz representar alta carga social e econômica para a sociedade global, em especial aos economicamente mais vulneráveis. Nesse sentido, a avaliação cuidadosa da epidemiologia da DRC é essencial ao planejamento dos sistemas de saúde. Porém, dados de morbimortalidade da DRC são escassos ou inexistentes em muitos países, além de haver alta heterogeneidade entre os estudos existentes (HILL et al., 2016; BIKBOV et al., 2020).

Em 2017, foram calculados quase 700 milhões de casos e 1,2 milhões de óbitos pela DRC no mundo, com prevalência global de 9,1%. Foram 35,8 milhões de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade, sendo 1/3 deles conferidos à nefropatia diabética. A maior parte dos casos de morbimortalidade atribuídos diretamente à DRC estavam relacionados aos estágios iniciais da doença, que conferem pouca ou menor perda funcional à saúde. Por outro lado, os anos de vida perdidos foram predominantes para o estágio terminal (40%) e diálise (22%). Entre 1990 e 2017, a prevalência e a taxa de mortalidade globais por DRC em todas as idades aumentaram respectivamente 29,3% e 41,5%, embora não tenha havido mudança significativa nessas taxas padronizadas por idade. Para o mesmo intervalo de tempo, houve diminuição de 8,6% na taxa global padronizada por idade de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade devido à DRC (BIKBOV et al., 2020).

custos diretos e indiretos com outras doenças e ainda podem retornar à atividade laboral, contribuindo com impostos e onerando menos o sistema. No mesmo sentido dos resultados encontrados por Gouveia et al. (2017), coorte com segmento prospectivo de 712 pacientes em insuficiência renal crônica realizada no Brasil, entre 2008 e 2017, apontou o transplante renal como principal fator de proteção à sobrevida de pacientes em TRS, em combinação à rotina e vida social ativa e à melhor qualidade de vida (BRITO et al., 2020).

⁵¹ A hemodiálise é a técnica mais difundida em todo o mundo para realizar terapia de substituição da função renal. Através da hemodiálise o sangue do paciente é filtrado artificialmente por meio de circulação extracorpórea executada por equipamentos que envolvem grande custo, alta tecnologia e complexidade crescente. As sessões de hemodiálise duram, em média, quatro horas cada, realizadas em períodos do dia previamente acordados entre a equipe de saúde e o paciente. Eventualmente, os pacientes podem realizar menos sessões de hemodiálise, seja por simples falta ou por se observar a necessidade do procedimento frente à sua função renal residual. Do mesmo modo, sessões adicionais podem ser necessárias em decorrência de ajustes ao tratamento. Assim, a frequência comum das sessões de hemodiálise é de três vezes por semana, com média mensal de 11 a 14 para cada paciente (MELO; RIOS; GUTIERREZ, 2000; SBN, 2021). Desse modo, a ausência de suporte financeiro, seja público ou privado, acarreta alta carga social e econômica aos indivíduos portadores de insuficiência renal crônica terminal que precisam de hemodiálise, incluindo cuidados fragmentados e de duração indeterminada, além de insegurança frente a emergências e a eventos catastróficos (CREWS; BELLO; SAADI, 2019).

Por ser de natureza complexa e exigir aparato institucional e tecnológico de alto custo, o acompanhamento e o tratamento da DRC, em especial nos estágios terminais, são dependentes de financiamento por políticas públicas de saúde. Apesar de sua importância, as políticas públicas para o enfrentamento da progressão da DRC e de suas complicações são de implantação recente no mundo, datando de 2002 (CHERCHIGLIA et al., 2006; ALCALDE; KIRSZTAJN, 2018; CREWS; BELLO; SAADI, 2019; SILVA, et al., 2020).

No Brasil, a DRC também é um problema de saúde pública relevante, relacionando-se especialmente a duas condições de base cuja incidência é alta na população: a diabetes mellitus e a hipertensão arterial sistêmica (SBN, 2021). Entre 2013 e 2015, apenas as doenças renais e três outras patologias mais comumente associadas a elas (hipertensão arterial sistêmica, diabetes e doenças cardiovasculares e cerebrovasculares) consumiram quase 13% dos gastos públicos em internações no Brasil. Em 2015, somente as TRS (hemodiálise, diálise peritoneal e transplante) representaram 5% dos gastos do SUS para a assistência de média e alta complexidade (ALCALDE; KIRSZTAJN, 2018).

Até 2004, quando foi instituída a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal no Brasil, os cuidados estavam mais voltados à alta complexidade, de forma fragmentada e pontual, por meio da TRS ofertada pelo sistema previdenciário e prestada especialmente pelos serviços privados⁵² (CHERCHIGLIA et al., 2006; SILVA, et al., 2020). Ao longo das décadas de 2000 e 2010, muitos avanços foram alcançados no sentido de estruturar a linha do cuidado integral ao paciente renal no Brasil, com destaque para ao nível primário de atenção à saúde. Porém, o enfoque curativista ainda representa um grande desafio para a elaboração e a implantação de estratégias de controle e prevenção da DRC no país, em especial diante da intensificação da mercantilização e da ampliação do espaço privado nas políticas sociais, notadamente na prestação dos serviços de saúde (SILVA et al., 2020). Além disso, existe fragmentação do cuidado mesmo na alta complexidade, uma vez que o paciente

⁵² Cherchiglia et al. (2006) reportaram um delineamento inicial de políticas públicas voltadas ao paciente renal crônico no Brasil, em 1994, relacionadas a normas de credenciamento, funcionamento e avaliação de hospitais e serviços de diálise e transplante, e à organização da lista de espera por transplantes e autorizações de diálise. No entanto, um incidente catastrófico ocorrido no Nordeste, em 1996, que ficou conhecido como “Tragédia da Hemodiálise”, foi o impulsionador para se estabelecer uma política regulatória nacional mais efetiva para o setor. Nesse episódio, 54 pessoas vieram a falecer de insuficiência hepática e outra centena sofreu de intoxicação após se submeterem a hemodiálise em um centro localizado na cidade Caruaru, no Estado de Pernambuco. A causa foi atribuída à água não tratada e contaminada por cianobactérias que foi utilizada para realizar as sessões de hemodiálise. De acordo com Melo, Rios e Gutierrez (2000), a grande repercussão que tomou essa tragédia em Caruaru instigou o Ministério da Saúde a realizar uma auditoria nacional nos centros de diálise. Como resultado, foram publicadas a Portaria n.º 2.042, de 11 de novembro de 1996, e a Portaria n.º 82, de 03 de janeiro de 2000, com o objetivo de exigir a adequação dos centros de diálise a requisitos mínimos de segurança e qualidade, bem como normatizar formas de avaliação e controle desses serviços.

geralmente recebe medicamento em uma farmácia do SUS e é transplantado em hospital nos quais as equipes assistenciais são diferentes daquela que o acompanhou para a realização de diálise (SILVA et al., 2011). Desse modo, as políticas públicas existentes precisam ser aperfeiçoadas no sentido de promover maior equidade e eficiência na distribuição dos recursos necessários ao cuidado de pacientes portadores de DRC.

O número de pacientes em tratamento dialítico em uma região pode variar de acordo com as prevalências das doenças de base, como também com a maior ou menor influência de hábitos de vida que podem acelerar sua progressão, como a obesidade e o hábito de fumar (ANS, 2019b). Desse modo, registros confiáveis e disponíveis sobre os pacientes que realizam terapias renais são fundamentais ao planejamento e à racionalização de recursos econômicos relacionados a essa assistência ambulatorial complexa e de alto custo (NEVES et al., 2020; CHERGHIGLIA et al., 2010b). Apesar disso, a obtenção sistematizada de dados epidemiológicos e financeiros confiáveis e regulares de pacientes em TRS é um desafio no mundo, incluindo o Brasil (SZUSTER et al., 2009).

Revisão sistemática da literatura realizada por Marinho et al. (2017) considerou que, apesar de sua importância como base para aplicação de políticas de saúde, a prevalência da DRC na população brasileira é incerta. Os autores verificaram que havia estudos com representatividade populacional, mas que não aferiram a DRC adequadamente, enquanto outros estudos que apresentaram critérios diagnósticos mais apurados tiveram amostragem por conveniência. Desse modo, concluíram que a heterogeneidade das pesquisas selecionadas (realizadas entre 1997 e 2015) inviabilizou a elaboração de meta-análise. Por meio de critérios populacionais os autores estimaram três a seis milhões de adultos com a DRC e 100 mil pacientes em diálise no Brasil. O número de brasileiros portadores de DRC encontrado por Bikbov et al. (2020) chegou a 16,8 milhões, para 2017, quantidade bem maior que a estimada por Marinho et al. (2017). O cálculo para 2017 foi de 35,4 mil óbitos por DRC no Brasil (BIKBOV et al., 2020)

Desde 1999, a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) coleta dados com o objetivo de construir um panorama sobre o perfil dos pacientes com DRC em programa de diálise e da rede de prestadores públicos e privados. Análise de dados dos censos brasileiros de diálise realizados entre 2009 e 2018 sugeriu que o acesso de pacientes renais ao tratamento pode estar limitado e se associa fortemente ao grau de desenvolvimento das regiões e dos estados brasileiros. Houve aumento médio anual de 6,4% da prevalência de pacientes em TRS em todas as regiões, excetuando-se a Sul, que permaneceu estável, e incremento de 20% na

incidência de pacientes em diálise, com manutenção da hemodiálise como o método de tratamento mais adotado (92,2%), da predominância de clínicas privadas (70-72%) na prestação dos serviços, do SUS como principal fonte pagadora (80% em 2018), da concentração de 50% dos prestadores e de nefrologistas na região Sudeste e taxas de ocupação dos centros de hemodiálise entre 85-86% (NEVES et al., 2020). O inquérito de 2017 demonstrou que além de os centros participantes do censo serem maioria privada, 73% tinham credenciamento tanto com o SUS quanto com outros convênios e seguros privados (THOMÉ et al., 2019), de modo que a dupla porta para a assistência dialítica estava facilitada.

O inquérito brasileiro de diálise realizado em 2019 estimou 139.691 pacientes realizando essa terapia: 93,2% em hemodiálise e 6,8% em diálise peritoneal, sendo que 33.015 (23,6%) estavam em fila de espera para transplante. A taxa de prevalência de pacientes em hemodiálise foi de 665 pessoas por milhão da população (pmp), com média de aumento anual de 25 pmp. A incidência de pacientes em hemodiálise foi de 218 pmp, e o número de novos casos também foi crescente, 14 pmp. A taxa anual de mortalidade bruta foi de 18,2% e apresentava tendência de redução (NEVES et al., 2021). Para o mesmo ano, apesar de quase 25% da população brasileira possuir planos privados de assistência médica (BRASIL, 2022a), de 73% da rede de atenção a diálises ser privada e de o percentual de tratamentos pagos por contratos assistenciais privados ter aumentado (passou de 15%, em 2014, para 21%, em 2019), continuou a prevalecer o financiamento público: 79% dos procedimentos de diálise tiveram como fonte pagadora o SUS (THOMÉ et al., 2019; NEVES et al., 2021).

No entanto, as informações dos censos de diálise realizados pela SBN decorrem de questionários-padrão respondidos pelos centros de diálise de forma voluntária e a adesão não tem sido alta. A subnotificação foi crescente quando se comparou os censos 2009 e 2013 com 2018. Em 2018, apesar de se identificar aumento de 32,3% no número de centros de diálise durante a última década, o percentual de resposta das unidades de diálise ativas registradas foi de apenas 37% (NEVES et al., 2020). Em 2019, a responsividade dos centros de diálise foi de 39%, um pouco maior em relação a 2018, o que resultou em um aumento de 10,7% no número de pacientes cujas informações contribuíram para os dados do relatório anual (NEVES et al., 2021).

Outras iniciativas foram realizadas no sentido de individualizar os dados de diálises em nível nacional e representam importante referencial metodológico e informacional nos campos científico e de políticas públicas de saúde no Brasil. Uma delas foi realizada pelo Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais, por

meio do Projeto TRS, que visou conhecer a situação, o desenvolvimento e os resultados da política de assistência aos portadores de DRC terminal no país. Cherchiglia et al. (2007) utilizaram o método de relacionamento determinístico-probabilístico das informações contidas em bancos de dados de APAC do sistema de registro de atendimentos ambulatoriais e do sistema de mortalidade do SUS para construir uma base nacional em TRS centrada no indivíduo, relacionada aos serviços prestados na rede pública, entre 2000 e 2004.

Os dados individualizados do Projeto TRS evidenciaram as potencialidades de integração do SIA e do SIM (QUEIROZ et al., 2009), permitindo aumentar o conhecimento sobre os pacientes portadores de DRC no Brasil. Uma diversidade de pesquisas foram realizadas, dentre as quais se pode citar o perfil epidemiológico (SZUSTER et al., 2009; CHERCHIGLIA et al., 2010a; SIVIERO et al., 2014) e a associação entre as causas de óbitos (SIVIERO; MACHADO; CHERCHIGLIA, 2014) de pacientes em TRS, a descrição de gastos com medicamentos excepcionais relacionados a portadores de DRC (SILVA et al., 2011), a comparação entre os gastos ambulatoriais totais de hemodiálise e de diálise peritoneal (CHERCHIGLIA et al., 2010b), a análise da sobrevivência de pessoas em diálise (SZUSTER et al., 2012) e a análise de fatores associados ao tempo de espera e ao acesso ao transplante renal (MACHADO et al., 2011, 2012).

Pouco depois, Moura et al. (2014a) utilizaram a técnica de pareamento determinístico a partir do CPF e do CNS e dados contidos em APAC e ampliaram o escopo de uma série histórica dos casos incidentes e prevalentes de pacientes em tratamento dialítico atendidos pelo SUS para o período entre 2000 e 2012. De acordo com os autores, os números encontrados foram semelhantes aos reportados por outras pesquisas que adotaram diferentes metodologias de concatenação de bases de dados. Dentre os resultados apresentados, verificou-se que a maior parte (79,94%) dos indivíduos que iniciaram tratamento dialítico com financiamento público permaneceram no SUS após três meses consecutivos de tratamento. Um total de 92,8% dos pacientes que saíram do SUS antes desse período de três meses se encontrava em hemodiálise e 35,4% tinham evoluído a óbito cuja causa básica de morte estava relacionada à insuficiência renal crônica terminal.

As duas bases de TRS (2000 a 2004 e 2000 a 2012) são importantes referenciais para o planejamento e a implementação de políticas públicas voltadas à assistência, à prevenção e ao controle do tratamento dialítico no Brasil. Por outro lado, cabe ponderar que ambas se referiram a informações do patrocínio público a TRS, o que implica a não inclusão de diálises realizadas sob financiamento privado, como também não permite diferenciar, dentre os

pacientes que realizaram diálise no SUS, aqueles que possuíam como outra fonte potencial de pagamento contratos de planos privados de assistência à saúde.

O financiamento privado de TRS por meio de planos privados de assistência à saúde tem como fonte principal as informações do TISS da ANS. Dados de produção assistencial do setor suplementar para 2019 indicaram incremento do número de diversas terapias realizadas a beneficiários de planos privados de assistência à saúde, sendo que a hemodiálise crônica liderou com mais de 2,5 milhões de ocorrências (ANS, 2020b, 2022b). Ao comparar os resultados assistenciais para hemodiálise crônica de 2019 em relação a 2014, Lara (2020) encontrou um aumento de 59,6%. Porém, esses estudos quantificaram as sessões de hemodiálise, desconsiderando o indivíduo e seu percurso na rede assistencial.

Conforme já descrito neste estudo, o ressarcimento ao SUS permite identificar a assistência que é realizada a beneficiários de planos privados de assistência à saúde com financiamento público. Conforme considerado pelo Conselho Nacional de Saúde (2018), os dados gerados a partir do processamento do ressarcimento ao SUS devem servir de informação estratégica para o planejamento da expansão da rede assistencial em função das necessidades de saúde da população, funcionando como um elemento de instrução para a regulação assistencial.

Nesse sentido, a ANS avalia as condições relacionadas à oferta de rede assistencial de prestadores de serviços de diálise das operadoras de planos privados de assistência à saúde. O monitoramento da garantia de acesso ao paciente que realiza hemodiálise crônica é feito por meio do Programa de Qualificação de Operadoras (PQO)⁵³. Dentre outros indicadores que compõem o PQO, é calculada a taxa de sessões de hemodiálise crônica por beneficiário. Trata-se de uma estimativa, a partir da prevalência nacional de pacientes que fazem tratamento dialítico por hemodiálise convencional de fonte pagadora não SUS, do número de sessões de hemodiálise crônica esperadas, tendo em conta o número médio de beneficiários da operadora em planos que incluem a segmentação ambulatorial, no período considerado (ANS, 2019b).

A taxa de sessões de hemodiálise crônica por beneficiário é ponderada pelos resultados da operadora no ressarcimento ao SUS para os três procedimentos de diálise mais

⁵³ O PQO tem como objetivo avaliar anualmente o desempenho das operadoras, estimulando a qualidade do setor e reduzindo a assimetria de informação, oferecendo maior poder de escolha para o beneficiário, como também subsídios para a melhoria da gestão das operadoras e das ações regulatórias da ANS. A partir de dados dos sistemas de informações da ANS ou coletados nos sistemas nacionais de informação em saúde, são calculados quatro agrupamentos de indicadores: qualidade em atenção à saúde, garantia de acesso, sustentabilidade de mercado e gestão de processos e regulação. O resultado está traduzido no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), cuja nota parte de zero em direção à melhor nota, que é um (ANS, 2021b).

frequentemente realizados a seus beneficiários no setor público de saúde: hemodiálise (máximo de 3 sessões por semana), hemodiálise em paciente com sorologia positiva para o HIV e/ou hepatite B e/ou hepatite C (máximo três sessões por semana); e hemodiálise pediátrica (máximo 04 sessões por semana). O objetivo é avaliar a evolução da realização das sessões de hemodiálise crônica e identificar possíveis situações de restrição de acesso aos serviços de diálise que demandem a implementação de ações no setor suplementar. Além disso, busca-se oferecer subsídios ao planejamento, ao monitoramento e à avaliação dos serviços prestados, como também identificar operadoras com baixa produção de hemodiálise e alta taxa de utilização do SUS ou com insuficiência de rede de tratamento dialítico (ANS, 2019b).

A meta é que a operadora de plano privado de assistência à saúde apresente número de sessões de hemodiálise crônica superior a 0,062 sessões por beneficiário por ano, como também utilização do SUS próxima de zero. Operadoras com taxa de sessões de hemodiálise crônica inferior à esperada podem representar situações de dificuldade de acesso às unidades de diálise pela demora na marcação ou mesmo insuficiência de rede assistencial, convergindo para um maior uso do SUS por seu beneficiário (ANS, 2019b).

É importante ponderar que, apesar de o monitoramento da garantia de acesso ao paciente de plano privado de assistência à saúde que realiza hemodiálise crônica na rede suplementar ser um instrumento de avaliação da qualidade dos cuidados prestados, considerando o uso do SUS pelo beneficiário para o mesmo procedimento, a taxa de sessões de hemodiálise crônica por beneficiário inclui em seu cálculo a estimativa de prevalência de pacientes em hemodiálise informada pelo censo nacional de diálise. Desse modo, está sujeita a limitações e distorções relacionadas não só à diversidade epidemiológica e às diferenças de concentração populacional entre as regiões brasileiras, como também à subnotificação e ao alcance insuficiente de informações a respeito do número de pacientes em tratamento dialítico (ANS, 2019b).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Investigar a associação entre a trajetória dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019, e as características de seus contratos, a modalidade das operadoras e a região da assistência prestada a eles.

3.2 Objetivos Específicos

1 Caracterizar os beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019, em relação ao sexo, à faixa etária, à região de residência, à assistência prestada a eles, às características de seus contratos e ao porte de suas operadoras;

2 Comparar as características dos contratos de planos privados de assistência à saúde e a modalidade das operadoras dos beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019, com os dados dos demais beneficiários existentes no Brasil; e

3 Caracterizar o número de períodos e o tempo total de utilização do SUS segundo o tipo de trajetória dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise na rede pública, entre 2012 e 2019.

4 MÉTODOS

4.1 Delineamento do estudo e período

Estudo observacional, longitudinal, retrospectivo, de abordagem quantitativa, utilizando dados secundários referentes a todos os atendimentos de hemodiálise prestados a beneficiários de planos privados de assistência à saúde⁵⁴ na rede pública, entre 1º de abril de 2012 e 31 de dezembro de 2019, identificados pela ANS para ressarcimento ao SUS. O termo inicial se refere ao primeiro mês em que ocorreu identificação de procedimentos ambulatoriais para ressarcimento ao SUS. O termo final se refere à competência mais recente em que essa identificação estava disponível quando da solicitação de acesso aos dados junto à ANS, em janeiro de 2021. Informações sobre o *status* do atendimento junto ao processo para ressarcimento ao SUS estão atualizadas até junho de 2021, quando os dados foram disponibilizados para este estudo.

4.2 População e critérios de elegibilidade

Foram elegíveis para este estudo todos os beneficiários de planos privados de assistência à saúde que fizeram parte de uma coorte retrospectiva de indivíduos com DRC terminal (CID-10 N180), que realizaram na rede pública pelo menos um procedimento de hemodiálise (máximo três sessões por semana), código SIGTAP 0305010107⁵⁵, e que tiveram essa assistência identificada para ressarcimento ao SUS, entre 2012 e 2019. Os beneficiários com idade menor que 13 anos foram excluídos por serem possíveis erros de registro, uma vez que o procedimento de código 0305010107 está vinculado a pacientes a partir dessa idade (BRASIL, 2021b). Foram também excluídos beneficiários para os quais se identificou mais de um contrato de plano privado de assistência à saúde ao longo do período estudado, porque

⁵⁴ Beneficiários de planos privados de assistência médica, com ou sem odontologia.

⁵⁵ O procedimento de hemodiálise código SIGTAP 0305010107 é registrado em uma APAC do SUS. Esta APAC de atendimento dialítico pode conter até 14 sessões mensais de hemodiálise, como também outros procedimentos secundários (geralmente exames laboratoriais), além de dados complementares, tais como CID-10 secundário à doença renal (a exemplo de diabetes, hipertensão, hepatite, histórico pessoal de neoplasia maligna), resultados de exames indicadores da eficácia do tratamento dialítico e inscrição do usuário na lista nacional de captação e distribuição de órgãos (BRASIL, 2012a). O banco de dados relacionado aos atendimentos identificados para ressarcimento ao SUS e disponibilizado pela ANS para esta pesquisa não contém todas as informações assistenciais e operacionais da APAC de atendimento dialítico. As variáveis utilizadas neste estudo foram descritas no item 4.4.

representavam um pequeno percentual da população e tinham potencial para complexificar a análise (Figura 2).

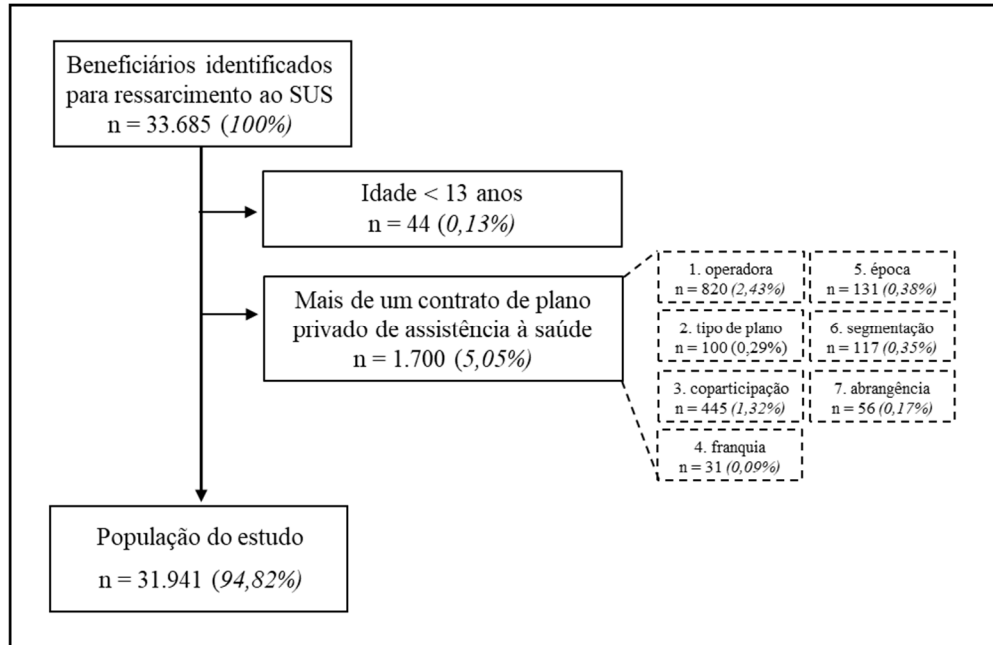


Figura 2: Critérios de elegibilidade da população do estudo a partir do banco de atendimentos de hemodiálise realizados a beneficiários de planos privados de assistência à saúde identificados para ressarcimento ao SUS, entre 2012 e 2019.

Fonte: Elaborado pela autora.

4.3 Construção da base de dados centrada no beneficiário de plano privado de assistência à saúde

O banco disponibilizado estava organizado com foco nos atendimentos de hemodiálise realizados a beneficiários de planos privados de assistência à saúde no SUS. Cada atendimento correspondia ao registro de uma APAC do SUS e, para a grande maioria dos beneficiários, o banco continha vários atendimentos e, desse modo, os beneficiários apareciam replicados nas linhas. Essa replicação ocorria porque o tratamento é crônico e exige assistência contínua, como também porque, apesar de as sessões realizadas a cada mês serem comumente registradas em um atendimento, ocasionalmente, pode ocorrer mais de um atendimento para uma mesma competência. Além da replicação de linhas, havia atendimentos diferentes, mas com números de registro iguais, uma vez que um mesmo número de APAC de

hemodiálise código SIGTAP 0305010107 pode conter autorização para a assistência prestada no período mínimo de um e máximo de três meses/competências.

O banco de origem dos dados utilizados para este estudo tem finalidade administrativa. Desse modo, outro fator que levava à replicação de linhas no banco disponibilizado era a existência do nome do parecer da análise relacionada ao processo administrativo para ressarcimento ao SUS. Essa replicação ocorria porque a análise dos atendimentos impugnados pode gerar mais de uma resposta para cada um deles e essas foram dispostas em linhas diferentes, repetindo-se as informações das demais variáveis.

O banco disponibilizado foi adaptado em três etapas com o objetivo de corrigir a replicação de linhas e construir a base de dados centrada no beneficiário de plano privado de assistência à saúde. Na etapa I (Figura 3.a), para o mês com registro de apenas um atendimento, as variáveis foram mantidas porque correspondiam à respectiva competência. Quando o mês continha registro de mais de um atendimento, as variáveis foram agregadas para a competência correspondente. Desta etapa I resultou o “Banco por beneficiário e competências”: nas colunas foram dispostas as variáveis e nas linhas as respectivas competências de cada beneficiário.

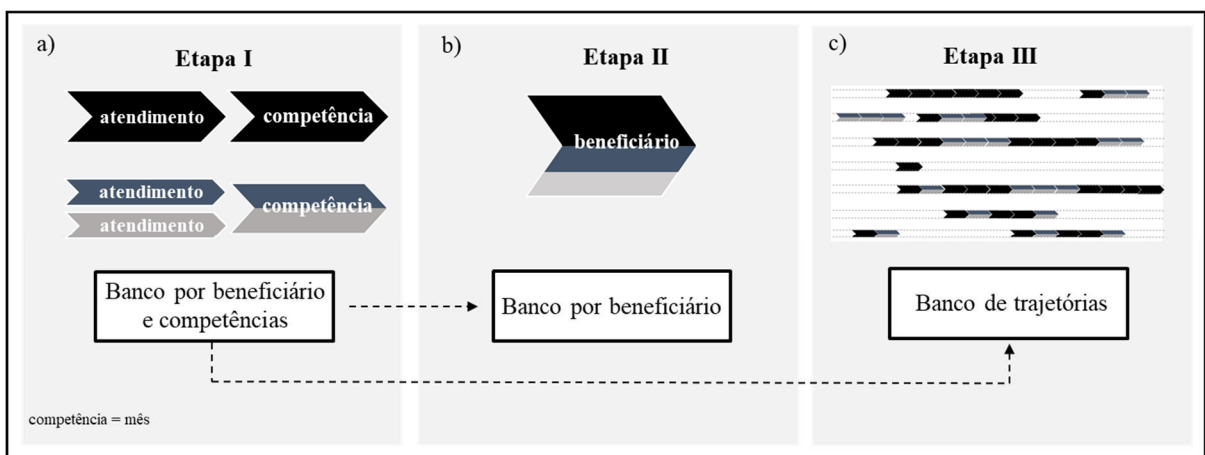


Figura 3: Etapas para construir a base de dados centrada no beneficiário de plano privado de assistência à saúde que realizou hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019. 3.a) Etapa I: agrega atendimentos em competências; 3.b) Etapa II: agrega competências por beneficiário; e 3.c)

Etapa III: constrói banco de trajetórias. (N= 31.941)

Fonte: Elaborado pela autora.

Na etapa II (Figura 3.b), as informações de todas as competências de cada beneficiário de plano privado de assistência à saúde do “Banco por beneficiário e competências” resultante

da etapa I foram agregadas em uma mesma linha. Ao final, foram incluídas as variáveis ano de entrada, ano de saída e região da Unidade da Federação (UF) de residência. Desta etapa II resultou o “Banco por beneficiário”.

As agregações realizadas nas etapas I e II consideraram a seleção do registro mais frequente para: razão social da operadora (porque foi considerada a possibilidade de haver grafia diferente ou alteração do contrato jurídico da operadora, sem mudança do seu registro único, ou seja, do código da operadora); Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do prestador, natureza da organização do prestador, região de residência e região da assistência (com o objetivo de padronizar e simplificar a análise, considerou-se que um beneficiário não mudou de cidade, nem foi atendido em mais de um prestador de saúde dentro de um mesmo mês); sexo (havia beneficiários de planos privados de assistência à saúde com dubiedade de informação feminino e masculino, para os quais se considerou ter havido erro de registro); código, porte e modalidade da operadora, tipo de plano, coparticipação, franquia, época da contratação, segmentação assistencial, abrangência geográfica da cobertura assistencial (eram iguais nos diferentes atendimentos e competências de um mesmo beneficiário, uma vez que, por critérios de elegibilidade da população do estudo, já haviam sido excluídos os beneficiários com mais de um contrato de plano privado de assistência à saúde); e *status* (apesar de a interpretação exata da informação sobre o *status* se referir a cada atendimento, essa variável relacionada ao processo para ressarcimento ao SUS foi mantida porque auxiliou a análise dos resultados). Considerou-se a idade registrada na menor competência, ou seja, quando houve a primeira identificação do beneficiário para ressarcimento ao SUS dentro do período estudado. O critério para agregar o número de sessões de hemodiálise realizadas e o valor identificado foi a soma de cada um.

Na etapa III (Figura 3.c), a partir do “Banco por beneficiário e competências” resultante da etapa I, foi construído o “Banco de trajetórias”. Nessa base, cada beneficiário de plano privado de assistência à saúde estava em uma linha diferente e as colunas traziam a região do atendimento (UF) para a entrada (competência inicial) e para a saída do beneficiário (competência final) em cada período de utilização do SUS.

Desse modo, a trajetória do beneficiário de plano privado de assistência à saúde constituiu-se pela combinação de seus períodos de utilização e de pausas. Denominou-se período de utilização do SUS o conjunto de competências contínuas: a primeira competência foi denominada entrada e correspondia ao primeiro mês/ano em que o beneficiário teve atendimento identificado para ressarcimento ao SUS dentro do período; a última competência

foi denominada saída e correspondia ao último mês/ano em que o beneficiário teve atendimento identificado para ressarcimento ao SUS naquele período. O intervalo entre dois períodos distintos de utilização do SUS de um mesmo beneficiário que fosse superior a três meses foi denominado pausa. Os intervalos menores ou iguais a três meses foram tratados como assistência realizada e foram considerados no cálculo do tempo total de utilização do SUS. A definição de pausa com base no critério de intervalo temporal maior que três meses foi porque a APAC de TRS admite continuidade, ou seja, um mesmo número de registro pode conter autorização para a assistência de até três meses consecutivos. Adicionalmente, considerou-se não ser razoável que um indivíduo portador de insuficiência renal crônica em estágio final deixasse de realizar hemodiálise por intervalos de um a três meses sem que isso lhe comprometesse a vida. Assim, assumiu-se que a ausência de atendimento por intervalo inferior a três meses estaria relacionada a erros administrativos para cobrança do valor de assistência realizada junto ao SIA do SUS ou a beneficiário que realizou assistência na rede pública, mas não foi identificado por meio do relacionamento probabilístico de dados para compor o banco para ressarcimento ao SUS. Optou-se por considerar nula a possibilidade de o beneficiário ter sua assistência financiada pelo SUS e, eventualmente, ser intercalada por cobertura de seu contrato de plano privado de assistência à saúde em intervalos de um a três meses (Figura 4).

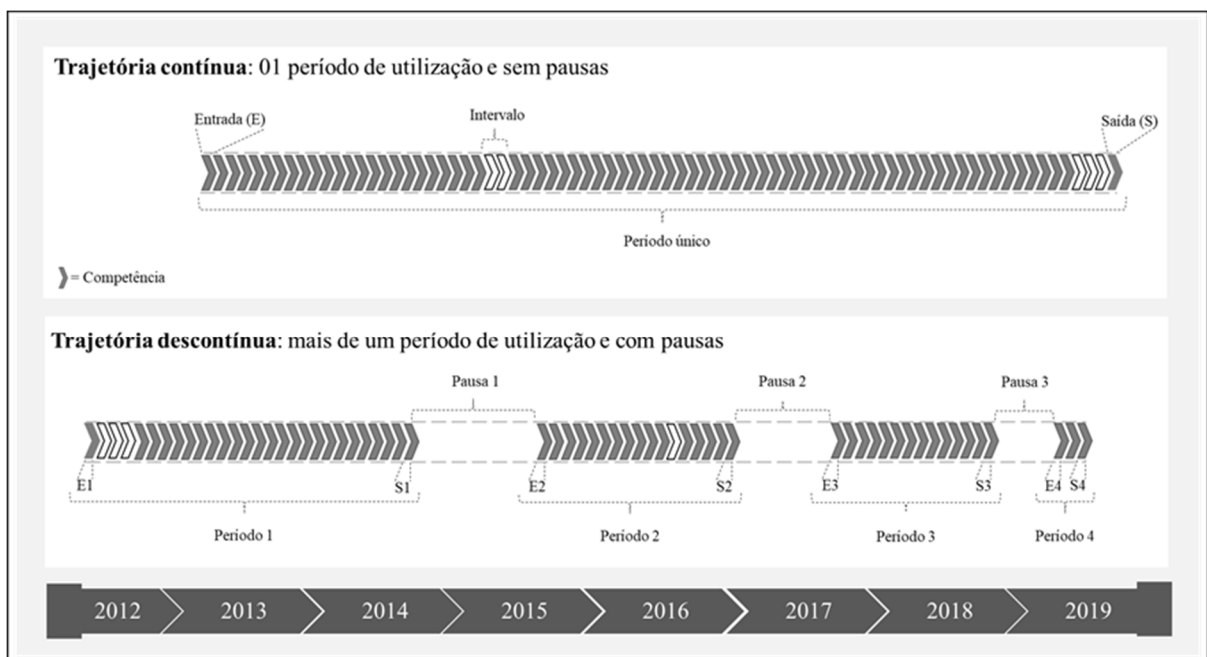


Figura 4: Esquema ilustrativo dos tipos de trajetória de beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019.

Fonte: Elaborado pela autora.

4.4 Variáveis do estudo

As variáveis utilizadas para caracterizar os beneficiários de planos privados de assistência à saúde foram classificadas em sociodemográficas, características do contrato de plano privado de assistência à saúde, características da operadora e características da assistência prestada. As variáveis dependentes foram as que compuseram a trajetória do beneficiário: períodos de utilização do SUS e de pausa. As variáveis independentes foram a UF da assistência, as características do contrato de plano privado de assistência à saúde e a modalidade operadora⁵⁶. A categoria “não informado” foi incluída em todas as variáveis que apresentaram dados faltantes.

4.4.1 Trajetória dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde

A trajetória é uma variável composta por duas dimensões. A dimensão 1 se refere ao número de períodos e, por meio dela, foi possível identificar dois tipos de trajetória: contínua (composta por apenas um período de utilização do SUS e sem pausa) ou descontínua (composta pela combinação de dois ou mais períodos de utilização e das respectivas pausas). A dimensão 2 se refere ao tempo total de utilização do SUS dentro do período estudado (Figura 4). O tempo total de utilização do SUS (meses) foi categorizado em até 3 meses; 4-6 meses; 7-9 meses; 10-12 meses; 13-15 meses; 16-18 meses; 19-21 meses; 22-24 meses; 25-36 meses; 37-48 meses; 49-60 meses; ≥ 61 meses ou mais. A opção por essa categorização do tempo total de utilização do SUS teve por objetivo verificar a distribuição de frequências dos beneficiários em relação a períodos de utilização do SUS que não poderiam ser explicados por carências contratuais, seja para realizar um procedimento de alta complexidade (180 dias), ou em decorrência de doença renal crônica preexistente (24 meses) (ANS, 2007, 2022b).

4.4.2 Variáveis sociodemográficas dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde

As variáveis sociodemográficas dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde foram:

⁵⁶ O banco disponibilizado continha informações sobre a modalidade e o porte das operadoras. Como o porte de uma operadora é uma característica sazonal, variando de acordo com a dinamicidade do mercado de saúde suplementar (ANS, 2015b), essa informação não foi incluída como variável independente para analisar sua associação com a trajetória do beneficiário de plano privado de assistência à saúde que realizou hemodiálise no SUS.

- a) sexo: masculino ou feminino;
- b) idade: em anos completos e categorizada por faixas etárias, cujos limites foram 13 a 19; 20 a 44; 45 a 64; 65 a 74; e 75 anos ou mais;
- c) região de residência: de acordo com a listagem divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020b), a região de residência foi categorizada em região do país, UF e região da UF (região metropolitana (RM) da capital e interior; capital e interior para Mato Grosso do Sul e Acre; e Distrito Federal).

4.4.3 Variáveis dos contratos de planos privados de assistência à saúde dos beneficiários

As variáveis dos contratos de planos privados de assistência à saúde dos beneficiários foram:

- a) época da contratação: em relação à Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, contrato antigo ou novo (esse último inclui planos privados de assistência à saúde novos e adaptados);
- b) tipo de plano: individual/familiar, coletivo empresarial ou coletivo por adesão;
- c) abrangência geográfica da cobertura assistencial: nacional, grupo de estados, estadual, grupo de municípios ou municipal;
- d) segmentação assistencial: referência (inclui ambulatorial e hospitalar com obstetrícia), ambulatorial + hospitalar (inclui ambulatorial e hospitalar, com ou sem obstetrícia e/ou odontologia), hospitalar (inclui hospitalar, com ou sem obstetrícia e/ou odontologia) ou ambulatorial (inclui ambulatorial, com ou sem odontologia);
- e) franquia: valor da despesa assistencial até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura (sim ou não); e
- f) coparticipação: participação no valor do procedimento paga pelo beneficiário depois da assistência (sim ou não).

4.4.4 Variáveis das operadoras dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde

As variáveis das operadoras dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde foram:

- a) modalidade da operadora: medicina de grupo, cooperativa, seguradora, autogestão ou filantropia; e
- b) porte da operadora: pequeno (menos que 20 mil beneficiários), médio (entre 20 e 100 mil beneficiários) ou grande (100 mil beneficiários ou mais).

4.4.5 Variáveis da assistência prestada aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde

As variáveis da assistência prestada aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde foram:

- a) natureza da organização do prestador: de acordo com a denominação detalhada do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018), a natureza da organização do prestador foi categorizada em administração pública, entidade empresarial ou entidade sem fins lucrativos;
- b) região do prestador: região da UF do prestador (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul, Centro-Oeste);
- c) região da assistência: tendo como referência a região de residência do beneficiário, a região da assistência foi categorizada em município de residência, outro município na mesma UF, outra UF na mesma região do país ou outra região do país;
- d) número de sessões de hemodiálise realizadas: número total do procedimento principal realizado;
- e) valor identificado: valor total (em reais) cobrado da operadora relacionado ao procedimento principal e secundários contidos no atendimento, acrescido de 50% do IVR;
- f) *status*: situação mais frequente de decisão frente às impugnações da cobrança para ressarcimento ao SUS no processo administrativo: não impugnado ou, caso tenha ocorrido contestação, impugnado avaliando, impugnado deferido ou impugnado indeferido;
- g) mês/ano de entrada: quando foi autorizado o primeiro atendimento identificado para ressarcimento ao SUS; e
- h) mês/ano de saída: quando foi autorizado o último atendimento identificado para ressarcimento ao SUS ou censura por término do período do estudo.

4.5 Análise dos dados

A proporção (por 10 mil) de beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019, foi apresentada segundo região do país, UF e região da UF de residência (Numerador: número de beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS; Denominador: total de beneficiários existentes). Como diversos fatores podem introduzir vieses à comparação entre populações diferentes, tais como idade, sexo (GORDIS, 2017) e ser portador de uma condição crônica, idealmente, beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS deveriam ser comparados com beneficiários que realizaram hemodiálise com a cobertura de seus contratos assistenciais, ou mesmo com os demais usuários do SUS que realizaram esse procedimento, para o mesmo período. Porém, por se tratar de informação pessoal sensível, o formato de divulgação da produção assistencial de hemodiálise crônica, tanto no SUS (BRASIL, 2022a) quanto no setor suplementar (ANS, 2022c) é por procedimento realizado, o que dificulta realizar inferências individuais para essa assistência continuada. Para diminuir o viés de comparação, as distribuições de frequências brutas dos beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS, segundo época do plano, tipo de plano, abrangência geográfica da cobertura assistencial, segmentação assistencial e modalidade da operadora, foram padronizadas por idade e sexo, utilizando-se o método de ajuste direto (GORDIS, 2017). Para o cálculo dessas frequências padronizadas, utilizou-se a estrutura etária e por sexo dos demais beneficiários de planos privados de assistência à saúde existentes no Brasil (média do total de beneficiários de planos privados de assistência médica existentes no Brasil, entre 2012 e 2019, excluídos os beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS naquele período), segundo dados do Tabnet da ANS (BRASIL, 2022a). O Tabnet da ANS não disponibiliza informações de beneficiários existentes no Brasil segundo franquia, coparticipação e porte da operadora, o que impossibilitou comparar essas características com os dados da população estudada.

Em relação aos tipos de trajetórias encontrados, calculou-se a frequência percentual de beneficiários de planos privados de assistência à saúde que mudaram de UF, considerando todas as entradas e saídas de cada período de utilização do SUS (Numerador: total de beneficiários assistidos em mais de uma UF segundo o tipo de trajetória; Denominador: total de beneficiários de determinado tipo de trajetória*100).

Foram utilizadas distribuições de frequências para resumir os dados das variáveis categóricas e medidas de tendência central e de variabilidade para variáveis quantitativas.

Para estudar a associação entre variáveis, foram utilizadas tabelas de frequências cruzadas. Para comparar frequências, foi utilizada a razão entre elas. Os resultados obtidos foram apresentados em tabelas e gráficos. A análise foi realizada no software estatístico R, versão 4.1.0.

4.6 Considerações éticas

Este estudo não precisou ser apreciado por comitê de ética porque utilizou dados secundários anonimizados e os resultados foram apresentados de forma agregada, sem possibilidade de identificação individual, conforme previsto na Resolução n.º 510, de 07 de abril de 2016, e resguardando os critérios de confidencialidade previstos na Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018, que é a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (BRASIL, 2018e)⁵⁷. Desse modo, no banco disponibilizado, o código de controle operacional de cada beneficiário de plano privado de assistência à saúde, os números de registro dos atendimentos e os números de CNES dos prestadores que realizaram a assistência estavam desidentificados. A disponibilização também foi vinculada à manutenção dos dados em ambiente controlado e segurado pela ANS e à utilização desses para a elaboração de pesquisa acadêmico-científica⁵⁸.

Este estudo utilizou dados que já foram coletados e processados pela ANS e disponibilizados por este Órgão, não sendo necessários recursos adicionais para a realização da pesquisa. A pesquisa foi financiada indiretamente pela ANS, uma vez que a autora foi afastada de suas atribuições para participação em programa de pós-graduação *stricto sensu* no país, conforme processo n.º 33910.033636/2019-42. Cumpre ressaltar que a ANS não teve qualquer papel na concepção e condução do estudo, na análise e interpretação dos dados, na preparação, revisão ou aprovação do manuscrito e nem em decisão de submeter o manuscrito para publicação.

⁵⁷ A solicitação de acesso aos dados foi aprovada pela Assessoria de Proteção de Dados e Informações da ANS, análise contida no Despacho n.º 02/2021/APDI/GAB-PRESI/PRESI, processo eletrônico n.º 33910.033636/2019-42.

⁵⁸ A autora se comprometeu formalmente perante a ANS a preservar os dados disponibilizados no ambiente de computação em nuvem da Agência, acessando-os mediante login e senha, por meio da área de trabalho remota virtual exclusiva da servidora. Em razão do compromisso assumido, a exibição dos dados ocorreu apenas às orientadoras da pesquisa, com finalidade exclusivamente acadêmica, e a análise dos dados foi realizada integralmente por meio de acesso remoto ao referido ambiente virtual.

5 RESULTADOS⁵⁹

5.1 Caracterização dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019, em relação ao sexo, à faixa etária, à região de residência, à assistência prestada a eles, às características de seus contratos e ao porte das operadoras

Entre os 31.941 beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS, de 2012 a 2019, a maioria era do sexo masculino (60,19%) e estava na faixa etária de 45-64 anos (41,78%), seguida de beneficiários com 65 anos ou mais (29,82%). O grupo feminino era, em mediana, três anos mais jovem e com uma variabilidade maior nas idades (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019, segundo sexo e idade.

Variável	Beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS					
	Masculino		Feminino		Total	
Idade (anos)						
Média [desvio padrão]	55,45	16,29	53,18	17,36	54,55	16,76
Mediana [intervalo interquartil]	57	44 : 67	54	40 : 66	55	42 : 67
Mínimo	13		13		13	
Máxima	98		97		98	
Faixa etária						
	n	%	n	%	n	%
13-19	203	1,06	182	1,43	385	1,21
20-44	4.725	24,58	3.960	31,14	8.685	27,19
45-64	8.385	43,62	4.961	39,01	13.346	41,78
65-74	3.477	18,09	2.049	16,11	5.526	17,30
≥ 75	2.434	12,66	1.565	12,31	3.999	12,52
Total	19.224	100,00	12.717	100,00	31.941	100,00

A maior parte dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS residia na região Sudeste, na UF de São Paulo. Em geral, beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS se concentraram nas RM's das capitais (19.579/31.941 = 61,29%, incluindo o Distrito Federal), com maior peso para Amazonas (268/272 = 98,53%), Amapá (130/133 = 97,74%), Roraima (43/44 = 97,73%) e Acre (76/81 = 93,83%). Em sentido inverso, nas UF's listadas a seguir, a maior parte desses beneficiários residia no interior: Santa Catarina (690/778 = 88,69%), Minas Gerais (3.178/5.108 = 62,22%),

⁵⁹ Atendendo ao Regulamento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública de 2021 (UFMG, 2021), foi elaborado artigo científico do tema desta pesquisa. Esse manuscrito foi apresentado à banca examinadora e, quando da entrega desta dissertação, estava sendo configurado para publicação.

Paraná ($624/1.062 = 58,76\%$), Mato Grosso do Sul ($183/316 = 57,91\%$) e Paraíba ($172/297 = 57,91\%$). A proporção de beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS teve valores próximos entre as regiões, com o maior valor ocorrendo no Nordeste e o menor no Sul do país. Entre as UF's e respectivas RM's, a proporção de beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS foi discrepante, sendo o menor valor na RM de Florianópolis (menos da metade da proporção nacional) e o maior no Amapá e respectiva RM (mais de três vezes a proporção nacional) (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS e dos beneficiários existentes no Brasil, entre 2012 e 2019, segundo região do país, Unidade da Federação (UF) e região da UF de residência.

Região	Beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS		Beneficiários no Brasil ¹	Proporção (por 10 mil) ²	Região	Beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS		Beneficiários no Brasil ¹	Proporção (por 10 mil) ²
	n (A)	%				n (B)	(A/B)		
Norte	1.228	3,84	1.466.778	8,37	Sudeste	20.196	63,23	25.851.611	7,81
.. Pará	367	1,15	669.965	5,48	.. São Paulo	9.696	30,36	15.412.794	6,29
<i>RM³ Belém</i>	278	0,87	441.184	6,30	<i>RM São Paulo</i>	6.095	19,08	8.499.390	7,17
<i>interior</i>	89	0,28	228.781	3,89	<i>interior</i>	3.601	11,27	6.913.404	5,21
.. Rondônia	287	0,90	149.609	19,18	.. Minas Gerais	5.108	15,99	4.506.404	11,34
<i>RM Porto Velho</i>	155	0,49	84.916	18,25	<i>RM Belo Horizonte</i>	1.930	6,04	1.826.661	10,57
<i>interior</i>	132	0,41	64.693	20,40	<i>interior</i>	3.178	9,95	2.679.743	11,87
.. Amazonas	272	0,85	444.722	6,12	.. Rio de Janeiro	4.268	13,36	4.954.818	8,61
<i>RM Manaus</i>	268	0,84	436.433	6,14	<i>RM Rio de Janeiro</i>	3.648	11,42	4.009.695	9,10
<i>interior</i>	4	0,01	8.289	4,83	<i>interior</i>	620	1,94	945.123	6,56
.. Amapá	133	0,42	57.720	23,04	.. Espírito Santo	1.124	3,52	977.595	11,50
<i>RM Macapá</i>	130	0,41	53.915	24,11	<i>RM Grande Vitória</i>	767	2,40	677.422	11,32
<i>interior</i>	3	0,01	3.805	7,89	<i>interior</i>	357	1,12	300.173	11,89
.. Acre ⁴	81	0,25	36.802	22,00					
<i>Rio Branco</i>	76	0,24	33.257	22,85	Sul	3.720	11,65	5.989.576	6,21
<i>interior</i>	5	0,02	3.546	14,05	.. Rio Grande do Sul	1.880	5,89	2.325.996	8,09
.. Roraima	44	0,14	24.538	17,93	<i>RM Porto Alegre</i>	1.035	3,24	1.242.252	8,33
<i>RM Capital (Boa Vista)</i>	43	0,13	24.067	17,87	<i>interior</i>	845	2,65	1.083.744	7,80
<i>interior</i>	1	0,00	471	21,33	.. Paraná	1.062	3,32	2.383.789	4,46
.. Tocantins	44	0,14	83.422	5,27	<i>RM Curitiba</i>	438	1,37	1.164.821	3,76
<i>RM Palmas</i>	22	0,07	48.486	4,54	<i>interior</i>	624	1,95	1.218.968	5,12
<i>interior</i>	22	0,07	34.936	6,30	.. Santa Catarina	778	2,44	1.279.791	6,08
					<i>RM Florianópolis</i>	88	0,28	270.198	3,26
					<i>interior</i>	690	2,16	1.009.593	6,84
Nordeste	4.893	15,32	5.548.668	8,82	Centro-Oeste	1.863	5,83	2.603.408	7,16
.. Bahia	1.220	3,82	1.374.375	8,88	.. Goiás	751	2,35	905.338	8,30
<i>RM Salvador</i>	720	2,25	870.560	8,27	<i>RM Goiânia</i>	377	1,18	497.966	7,57
<i>interior</i>	500	1,57	503.815	9,92	<i>interior</i>	374	1,17	407.372	9,18
.. Ceará	937	2,93	1.022.054	9,17	.. Mato Grosso	371	1,16	446.238	8,32
<i>RM Fortaleza</i>	798	2,50	889.958	8,97	<i>RM Vale do Rio Cuiabá</i>	222	0,70	221.286	10,03
<i>interior</i>	139	0,44	132.096	10,53	<i>interior</i>	149	0,47	224.952	6,63
.. Pernambuco	884	2,77	1.185.626	7,46	.. Mato Grosso do Sul ⁴	316	0,99	489.422	6,46
<i>RM Recife</i>	684	2,14	944.692	7,24	<i>Campo Grande</i>	133	0,42	209.258	6,36
<i>interior</i>	200	0,63	240.934	8,30	<i>interior</i>	183	0,57	280.164	6,53
.. Rio Grande do Norte	443	1,39	431.050	10,28	.. Distrito Federal	425	1,33	762.410	5,57
<i>RM Natal</i>	288	0,90	335.635	8,58					
<i>interior</i>	155	0,49	95.415	16,25	Não informado	41	0,13	22.652	18,10
.. Sergipe	331	1,04	258.080	12,83					
<i>RM Aracaju</i>	271	0,85	216.718	12,50					
<i>interior</i>	60	0,19	41.362	14,51					
.. Paraíba	297	0,93	342.199	8,68					
<i>RM João Pessoa</i>	125	0,39	222.751	5,61					
<i>interior</i>	172	0,54	119.448	14,40					
.. Piauí	274	0,86	232.842	11,77					
<i>RID⁵ Grande Teresina</i>	196	0,61	183.758	10,67					
<i>interior</i>	78	0,24	49.084	15,90					
.. Maranhão	270	0,85	382.782	7,05					
<i>RM Grande São Luís</i>	185	0,58	277.677	6,66					
<i>interior</i>	85	0,27	105.106	8,09					
.. Alagoas	237	0,74	319.660	7,41					
<i>RM Maceió</i>	182	0,57	253.740	7,17					
<i>interior</i>	55	0,17	65.919	8,34					
					Total	31.941	100,00	41.482.693	7,70

1. Distribuição dos beneficiários existentes no Brasil vinculados a planos privados de assistência médica, idade ≥ 10 anos.

Fonte: Tabnet da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), 2012-2019.

Obs.: O Tabnet da ANS disponibiliza informações de faixa etária dos beneficiários segundo intervalos de cinco anos, o que impossibilitou utilizar, para os beneficiários existentes no Brasil, o mesmo recorte de idade da população deste estudo, ou seja, a partir de 13 anos. Por esse motivo, utilizou-se a idade mínima de 10 anos. No entanto, os beneficiários com idade inferior a 13 anos quantificaram apenas 0,13% das exclusões utilizadas como critério para chegar à população utilizada nessa pesquisa.

2. Proporção de beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS:

(número de beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS segundo a região) / (total de beneficiários existentes segundo a região) * 10.000.

3. RM: Região Metropolitana.

4. A UF não possui regiões metropolitanas.

5. RID: Região Integrada de Desenvolvimento entre Piauí e Maranhão. Para este estudo foram incluídos apenas beneficiários residentes no Piauí.

Cerca de 35% dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde foram assistidos fora de seu município de residência e 95,54% realizaram hemodiálise em prestadores privados. Os beneficiários se concentravam em operadoras de grande porte e em contratos sem previsão de franquia e/ou coparticipação (Tabela 4).

Tabela 4: Distribuição dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019, segundo a região da assistência, a natureza da organização do prestador, o porte da operadora e a existência de coparticipação e franquia no contrato (N = 31.941).

Variável	n	%
Região da assistência		
Município de residência	20.285	63,51
Outro município na mesma UF	9128	28,58
Outra UF na mesma Região do País	851	2,66
Outra Região do País	1.168	3,66
Não informado	509	1,59
Natureza da organização do prestador		
Entidades Empresariais	21707	67,96
Entidades sem Fins Lucrativos	8810	27,58
Administração Pública	1394	4,36
Não informado	30	0,09
Porte da operadora		
Grande	20.044	62,75
Médio	8.527	26,70
Pequeno	3.367	10,54
Não informado	3	0,01
Franquia		
Não	29.999	93,92
Sim	1.835	5,74
Não informado	107	0,33
Coparticipação		
Não	17.617	55,15
Sim	14.217	44,51
Não informado	107	0,33

Entre 2012 e 2019, o ano de 2015 foi o que teve a menor frequência de entradas de beneficiários de planos privados de assistência à saúde no banco para ressarcimento ao SUS de procedimentos de hemodiálise realizados na rede pública naquele período. Apesar de as frequências de entradas de beneficiários no banco para ressarcimento ao SUS terem apresentado dois aumentos pontuais durante o período do estudo, um de 32,73% (2013-2014) e outro de 95,55% (2015-2016), a tendência foi de queda até 2017 (-57,9% (2012-2013); -

55,85% (2014-2015); e -31,27% (2016-2017)), quando o número de entradas se estabilizou na média de 2,89 mil beneficiários por ano até 2019. O ano de 2012 apresentou a menor frequência de beneficiários que saíram do banco para ressarcimento ao SUS. A quantidade de saídas de beneficiários do banco para ressarcimento ao SUS teve tendência de aumento até 2014 (16,00%, entre 2012 e 2013; e 23,04%, entre 2013 e 2014), quando se iniciou um movimento de queda (-4,84%, entre 2014 e 2015; -18,81%, entre 2015-2016; e -10,61%, entre 2016 e 2017) até assumir a média de 3,1 mil beneficiários para 2017 e 2018. A maior diferença anual entre entradas e saídas de beneficiários do banco para ressarcimento ao SUS foi em 2015 (1,92 mil, ou 89,78%), excluídos os anos 2012 e 2019, pois o primeiro continha informação para apenas os últimos nove meses e o segundo continha um maior número de saídas de beneficiários do banco devido a censuras pelo término do estudo (Figura 5).

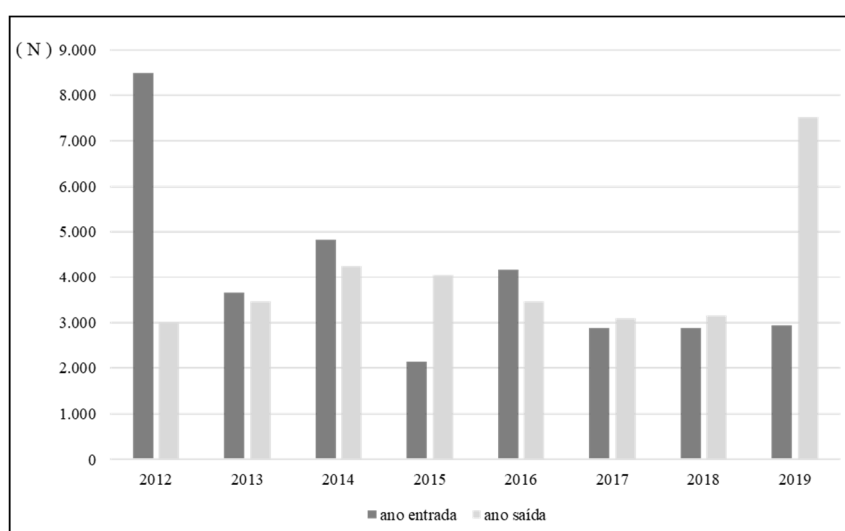


Figura 5: Distribuição de frequências dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019, segundo o ano de entrada e o ano de saída do banco para ressarcimento ao SUS. (N = 31.941)

A mediana do número de sessões de hemodiálise realizadas por beneficiário de plano privado de assistência à saúde foi 98 (intervalo interquartil (IIQ)=33:250), a quantidade mínima foi uma sessão e a máxima 1.214 sessões. A mediana do valor identificado foi R\$27,97 mil (IIQ=9,55:71,86), o valor mínimo foi R\$255,80 e o máximo R\$439,78 mil. Os beneficiários contabilizaram 5,81 milhões de sessões de hemodiálise e tiveram um custo total da assistência de R\$1,67 bilhões para o período do estudo (total de sete anos e nove meses).

A cobrança da assistência prestada pelo SUS a 19.110 (59,83%) beneficiários de planos privados de assistência à saúde foi impugnada pelas operadoras. A contestação para a assistência prestada a 9.597 (30,05%) beneficiários era improcedente, 8.856 (27,73%) foram deferidas e 657 (2,06%) estavam sendo avaliadas quando do recebimento dos dados junto à ANS (Tabela 5)⁶⁰.

Tabela 5: Distribuição de frequências dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019, segundo o *status* da cobrança junto ao processo para ressarcimento ao SUS.

<i>Status da cobrança</i>	n	%
Não impugnada	12.831	40,17
Impugnada	19.110	59,83
.. <i>indeferida</i>	9.597	30,05
.. <i>deferida</i>	8.856	27,73
.. <i>avaliando</i>	657	2,06
Total	31.941	100,00

5.2 Comparação entre as características dos contratos de planos privados de assistência à saúde e a modalidade das operadoras dos beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019, e os dados dos demais beneficiários existentes no Brasil

A distribuição de frequências brutas indicou que a maior parte dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS estava vinculada a

⁶⁰ Entre os beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS, de 2012 a 2019, consideramos como grupo com cobertura para hemodiálise crônica (N=22.428; 70,22% da população do estudo) aquele formado por indivíduos cuja cobrança para ressarcimento ao SUS não foi contestada pela operadora (n=12.831) ou cuja cobrança foi contestada, mas a impugnação foi indeferida pela ANS (n=9.597); e como grupo sem cobertura para hemodiálise crônica ou com cobertura condicionada a copagamento aquele formado por indivíduos cuja contestação da cobrança para ressarcimento ao SUS foi deferida pela ANS (N=8.856; 27,73% da população do estudo). Ao compararmos estes dois grupos em relação às características dos contratos e à modalidade das operadoras, o grupo sem cobertura para hemodiálise ou com cobertura condicionada a copagamento foi mais frequente em planos antigos (razão=2,54), individuais/familiares (razão=1,25), coletivos por adesão (razão=1,26), ambulatoriais (razão=1,91), municipais (razão=1,21), por grupo de municípios (razão=1,14) e em operadoras das modalidades autogestão (razão=2,00) e filantrópica (razão=1,60) (APÊNDICE B). Esta análise não considerou o grupo de beneficiários com *status* avaliando (n=657; 2,06% da população do estudo), ou seja, indivíduos para os quais não foi possível determinar se tinham ou não cobertura para hemodiálise crônica em seus contratos assistenciais, uma vez que a cobrança para ressarcimento ao SUS estava em análise pela ANS quando da disponibilização dos dados para este estudo.

contratos novos, do tipo coletivo empresariais, com abrangência geográfica por grupo de municípios e de segmentação assistencial ambulatorial+hospitalar, bem como a operadoras da modalidade medicina de grupo. A abrangência geográfica da cobertura assistencial não foi informada para cerca de 11% dos contratos, enquanto nas demais características contratuais os percentuais de dados não informados foram inferiores a 0,67%. A partir da padronização por idade e por sexo, em relação aos demais beneficiários de planos privados de saúde existentes no Brasil, foi possível notar que beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS estavam vinculados mais frequentemente a contratos antigos (razão=2,41), coletivos por adesão (razão=1,76), individuais/familiares (razão=1,36), com segmentação ambulatorial (razão=4,66) e/ou abrangência geográfica municipal (razão=3,88); a distribuição segundo a modalidade da operadora foi maior para filantropias (razão=7,32). Assim como os demais beneficiários existentes no Brasil, a maioria dos beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS se concentrava em planos coletivos, mas a relação era inversa: a frequência de coletivos empresariais era menor (razão=0,47) e a de coletivos por adesão era maior (razão=1,76) (Tabela 6)^{61. 62}.

⁶¹ Planos privados de assistência à saúde contratados antes da Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998 (planos antigos) tendem a ser mais restritivos em termos de cobertura assistencial (BRASIL, 1998a), o que poderia influenciar a análise de suas características, principalmente em função do tipo de contratação. Entre 2012 e 2019 a distribuição de frequências dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde no Brasil vinculados a contratos do tipo individual/familiar antigos foi maior que a de beneficiários vinculados a contratos com mesmo tipo de plano, mas posteriores à Lei (planos novos) (26,12% e 19,08%, respectivamente; razão entre frequências = 1,37) (BRASIL, 2022a). No entanto, as frequências dos beneficiários vinculados a planos do tipo individual/familiar que realizaram hemodiálise no SUS no mesmo período eram semelhantes quanto à época da contratação do plano (antigo 34,58% e novo 31,56%, razão entre frequências = 1,09) (APÊNDICE C). Desse modo, em nosso estudo, consideramos pequena a possibilidade de uma eventual associação entre a época e o tipo de contratação do plano privado de assistência à saúde estar influenciando os resultados.

⁶² Ao compararmos todos os beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS (N=31.941) com os demais beneficiários existentes no Brasil, entre 2012 e 2019, segundo as características de seus contratos e a modalidade de suas operadoras, os resultados encontrados para a população total do estudo e apresentados nesta Tabela 6 foram semelhantes aos resultados encontrados quando consideramos apenas a distribuição daqueles beneficiários que tinham contrato com cobertura para hemodiálise crônica (N=22.428, correspondente a 70,22% da população deste estudo) (APÊNDICE D).

Tabela 6: Distribuição dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS (N = 31.941) e dos demais beneficiários existentes no Brasil (N = 41,45 milhões), entre 2012 e 2019, segundo as características de seus contratos e a modalidade de suas operadoras.

Variável	Beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS			Demais beneficiários do Brasil ²		Razão entre frequências ³
	n	%		n	%	
		bruta	padronizada ¹			
			(A)	(B)	(A/B)	
Época da contratação						
Novo	26.776	83,83	44,99	36.970.024	89,19	0,50
Antigo	4.951	15,50	26,06	4.480.728	10,81	2,41
Não informado	214	0,67	28,95	0	0,00	-
Tipo de plano						
Coletivo empresarial	15.724	49,23	30,98	27.595.520	66,57	0,47
Individual ou familiar	10.234	32,04	25,62	7.821.849	18,87	1,36
Coletivo por adesão	5.872	18,38	24,55	5.766.240	13,91	1,76
Não informado	111	0,35	18,85	267.143	0,65	-
Segmentação assistencial						
Ambulatorial+Hospitalar	26.378	82,58	22,97	35.170.291	84,85	0,27
Ambulatorial	2.954	9,25	19,72	1.753.733	4,23	4,66
Referência	2.296	7,19	25,32	3.756.603	9,06	2,79
Hospitalar ⁴	202	0,63	16,66	506.611	1,22	13,66
Não informado	111	0,35	15,33	263.514	0,64	-
Abrangência geográfica da cobertura assistencial						
Nacional	7.967	24,94	16,12	17.439.906	42,06	0,38
Grupo de estados	1.878	5,88	20,14	2.351.535	5,67	3,55
Estadual	2.569	8,04	16,52	2.872.404	6,93	2,38
Grupo de municípios	14.510	45,43	16,39	16.963.072	40,93	0,40
Municipal	1.644	5,15	14,62	1.563.273	3,77	3,88
Não informado	3.373	10,56	16,21	260.562	0,64	-
Modalidade da operadora						
Medicina de grupo	13.751	43,05	22,24	15.017.705	36,24	0,61
Cooperativa	11.143	34,89	21,46	15.336.645	37,00	0,58
Autogestão	3.635	11,38	14,90	4.537.304	10,94	1,36
Seguradora	2.361	7,39	24,49	5.601.238	13,51	1,81
Filantropia	1.051	3,29	16,91	957.859	2,31	7,32

1. Distribuição da frequência percentual dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS, padronizada por idade e por sexo, utilizando a estrutura etária e por sexo dos demais beneficiários existentes no Brasil vinculados a planos privados de assistência médica, idade ≥ 10 anos.

Obs.: O Tabnet da ANS disponibiliza informações de faixa etária dos beneficiários segundo intervalos de cinco anos, o que impossibilitou utilizar, para os beneficiários existentes no Brasil, o mesmo recorte de idade da população deste estudo, ou seja, a partir de 13 anos. Por esse motivo, utilizou-se a idade mínima de 10 anos para beneficiários existentes no Brasil. No entanto, os beneficiários com idade inferior a 13 anos quantificaram apenas 0,13% das exclusões utilizadas como critério para chegar à população utilizada nessa pesquisa.

2. Distribuição da frequência percentual de beneficiários existentes no Brasil vinculados a planos privados de assistência médica, idade ≥ 10 anos, excluídos beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS: $[(\text{total de beneficiários existentes no Brasil segundo determinada característica}) - (\text{total de beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS segundo determinada característica})] / [(\text{total de beneficiários existentes no Brasil}) - (\text{total de beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS})] * 100$.

Fonte: Tabnet da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), 2012-2019.

3. Razão entre a distribuição de frequência padronizada de características dos contratos e das operadoras dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS e a respectiva distribuição de frequência dos demais beneficiários existentes no Brasil.

4. Contratos com a segmentação assistencial hospitalar não contemplam atendimentos ambulatoriais (ANS, 2022). Porém, a existência desse tipo de segmentação na população estudada pode estar relacionada a planos antigos ou a erros de registro junto aos sistemas de informação da ANS. Entre os beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS dentro do período estudado observou-se que, do total de 202 (0,63%) vinculados a contratos de segmentação hospitalar, 107 (52,97%) eram planos antigos. Para os demais 95 (47,03%) beneficiários com planos novos, todos utilizaram o SUS por até 3 meses e apenas durante o ano de 2014. Além disso, apenas 3,15% da cobrança de hemodiálise relacionada a esses beneficiários beneficiários com plano novo e segmentação hospitalar foi considerada procedente pela ANS após análise dos respectivos contratos.

5.3 Caracterização do número de períodos e do tempo total de utilização do SUS segundo o tipo de trajetória⁶³

Os beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019, compuseram trajetórias de até seis períodos de utilização da rede pública, mas para a quase totalidade deles a trajetória foi contínua (90,81%), ou seja, com um só período de utilização. Entre beneficiários com trajetória descontínua, a mais comum foi a de dois períodos de utilização do SUS (91,82%). A maior parte dos beneficiários utilizou o SUS pelo período de até 3 meses, 39,10% por mais de um ano e 20,11% por 25 meses ou mais. Porém, a distribuição do tempo total de utilização do SUS, em meses, foi discrepante entre os dois grupos de trajetória: o grupo de beneficiários com trajetória descontínua, em relação ao grupo de beneficiários com trajetória contínua, teve maior tempo mediano (22 e 7 meses, respectivamente; razão entre medianas = 3,14) e maior variabilidade (26 e 15 meses, respectivamente; razão entre amplitudes interquartílicas = 1,73). Beneficiários com trajetória descontínua, se comparados aos beneficiários com trajetória contínua, foram menos frequentes para o tempo total de utilização do SUS de até 3 meses (5,79% e 30,94%, respectivamente; razão entre frequências = 0,19) e se concentraram no extremo de 25 meses ou mais de tempo total de utilização do SUS (44,41% e 17,65%, respectivamente; razão entre frequências = 2,52) (Figura 6; Tabela 7).

⁶³ A distribuição dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde com cobertura para hemodiálise que realizaram esse procedimento no SUS, entre 2012 e 2019, segundo o tipo de trajetória, o tempo total de utilização do SUS, as características de seus contratos e a modalidade de suas operadoras (N=22.428; correspondente a 70,22% da população do estudo) era semelhante à respectiva distribuição do total de beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS naquele período (incluindo beneficiários com e sem cobertura para hemodiálise, N=31.941) (APÊNDICE E). Por esse motivo, utilizamos a população total do estudo para caracterizar o número de períodos e o tempo total de utilização do SUS segundo o tipo de trajetória.

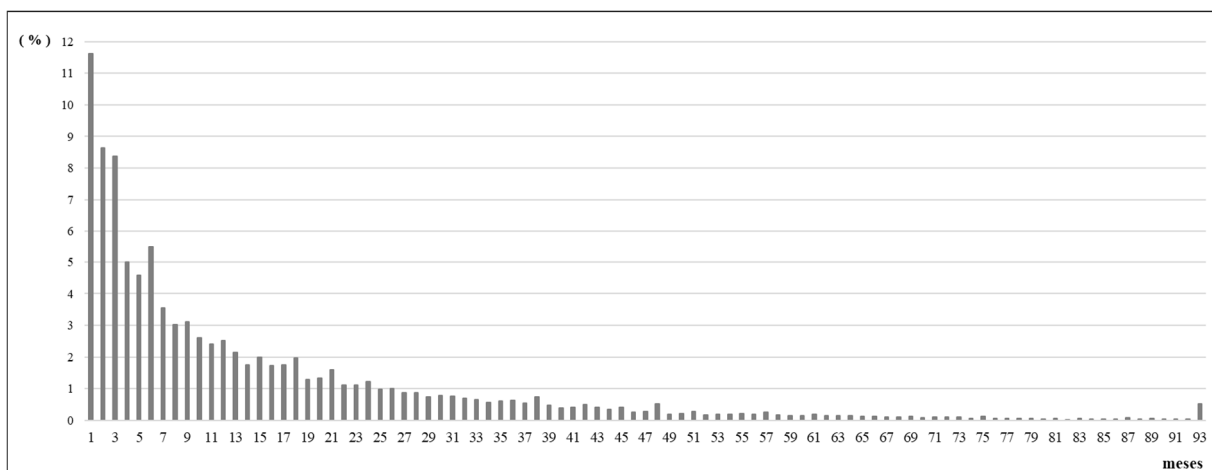


Figura 6: Distribuição do tempo total de utilização da rede pública pelos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019. (N = 31.941)

Tabela 7: Distribuição do tempo total de utilização do SUS segundo o tipo de trajetória, dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise, entre 2012 e 2019.

TRAJETÓRIA	CONTÍNUA		DESCONTÍNUA										TOTAL			
	1 período		2 períodos		3 períodos		4 períodos		5 períodos		6 períodos		Subtotal 2-6 períodos			
Tempo total de utilização do SUS (meses)																
Média [desvio padrão]	13,9	16,66	25,90	18,98	25,86	20,43	16,09	14,92	14,75	5,62	18,80	14,20	25,76	19,05	14,99	17,16
Mediana [intervalo interquartil]	7	3:18	22	10:36	21	9:38,5	9,50	6:19	14	10:21	10	10:23	22	10:36	8	3:21
Mínimo	1		2		3		4		10		9		2		1	
Máxima	93		89		82		57		21		42		89		93	
Tempo total de utilização do SUS (categorizado)																
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 3 meses	8.975	30,94	158	5,86	12	6,03	0	0,00	0	0,00	0	0,00	170	5,79	9.145	28,63
4-6 meses	4.544	15,67	235	8,72	24	12,06	9	28,13	0	0,00	0	0,00	268	9,13	4.812	15,07
7-9 meses	2.855	9,84	211	7,83	16	8,04	7	21,88	0	0,00	1	20,00	235	8,01	3.090	9,67
10-12 meses	2.158	7,44	219	8,13	19	9,55	4	12,50	2	50,00	2	40,00	246	8,38	2.404	7,53
13-15 meses	1.714	5,91	155	5,75	8	4,02	2	6,25	0	0,00	0	0,00	165	5,62	1.879	5,88
16-18 meses	1.542	5,32	182	6,76	11	5,53	1	3,13	1	25,00	0	0,00	195	6,65	1.737	5,44
19-21 meses	1.178	4,06	154	5,72	12	6,03	2	6,25	1	25,00	0	0,00	169	5,76	1.347	4,22
22-24 meses	921	3,18	167	6,20	15	7,54	0	0,00	0	0,00	1	20,00	183	6,24	1.104	3,46
≥ 25 meses	5.120	17,65	1.213	45,03	82	41,21	7	21,88	0	0,00	1	20,00	1303	44,41	6.423	20,11
25-36 meses	2.355	8,12	544	20,19	29	14,57	3	9,38	0	0,00	0	0,00	576	19,63	2.931	9,18
37-48 meses	1.401	4,83	280	10,39	16	8,04	2	6,25	0	0,00	1	20,00	299	10,19	1.700	5,32
49-60 meses	536	1,85	212	7,87	19	9,55	2	6,25	0	0,00	0	0,00	233	7,94	769	2,41
≥ 61 meses	828	2,85	177	6,57	18	9,05	0	0,00	0	0,00	0	0,00	195	6,65	1.023	3,20
TOTAL	29.007	100,00	2.694	100,00	199	100,00	32	100,00	4	100,00	5	100,00	2.934	100,00	31.941	100,00

5.3.1 Caracterização do tempo total de utilização do SUS segundo a região da assistência, as características dos contratos de planos privados de assistência à saúde e a modalidade das operadoras para os beneficiários com trajetória contínua

A frequência de beneficiários de planos privados de assistência à saúde com trajetória contínua e que realizaram hemodiálise em prestadores da região Sul foi maior para o tempo total de utilização do SUS de até 3 meses e menor para o tempo total de utilização do SUS de 25 meses ou mais, quando comparados aos beneficiários com trajetória contínua assistidos em outras regiões do país. Considerando os beneficiários da região Sul em relação ao conjunto de todos os beneficiários com trajetória contínua, a razão entre as frequências daqueles que utilizaram o SUS por até 3 meses foi de 1,33 (41,19% e 30,94%, respectivamente) e, para os que utilizaram o SUS por 25 meses ou mais, a razão entre as frequências foi de 0,78 (13,80% e 17,65%, respectivamente) (Tabela 8). Para 188 (0,65%) beneficiários com trajetória contínua a UF de entrada no SUS foi diferente da região de saída da rede pública.

Tabela 8: Distribuição do tempo total de utilização do SUS segundo a região da assistência dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise, entre 2012 e 2019, e que tiveram trajetória contínua.

tempo total de utilização do SUS	Região do prestador*												Total	
	Sudeste		Nordeste		Sul		Centro-Oeste		Norte		Não informado		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
≤ 3 meses	5.087	28,44	1.389	30,70	1.454	41,19	567	36,30	346	32,13	132	30,70	8.975	30,94
4-6 meses	2.774	15,51	794	17,55	469	13,29	246	15,75	181	16,81	80	18,60	4.544	15,67
7-9 meses	1.783	9,97	463	10,23	318	9,01	137	8,77	109	10,12	45	10,47	2.855	9,84
10-12 meses	1.373	7,68	302	6,68	246	6,97	124	7,94	82	7,61	31	7,21	2.158	7,44
13-15 meses	1.086	6,07	274	6,06	184	5,21	76	4,87	53	4,92	41	9,53	1.714	5,91
16-18 meses	1.026	5,74	204	4,51	172	4,87	77	4,93	47	4,36	16	3,72	1.542	5,32
19-21 meses	752	4,20	176	3,89	115	3,26	64	4,10	52	4,83	19	4,42	1.178	4,06
22-24 meses	603	3,37	150	3,32	85	2,41	47	3,01	24	2,23	12	2,79	921	3,18
≥ 25 meses	3.400	19,01	772	17,06	487	13,80	224	14,34	183	16,99	54	12,56	5.120	17,65
25-36 meses	1.499	8,38	355	7,85	267	7,56	115	7,36	83	7,71	36	8,37	2.355	8,12
37-48 meses	951	5,32	205	4,53	111	3,14	60	3,84	60	5,57	14	3,26	1.401	4,83
49-60 meses	391	2,19	74	1,64	39	1,10	22	1,41	10	0,93	0	0,00	536	1,85
≥ 61 meses	559	3,13	138	3,05	70	1,98	27	1,73	30	2,79	4	0,93	828	2,85
Total	17.884	100,00	4.524	100,00	3.530	100,00	1.562	100,00	1.077	100,00	430	100,00	29.007	100,00

*A informação utilizada para a região do prestador foi a respectiva Unidade Federativa relacionada à entrada do beneficiário no banco para ressarcimento ao SUS.

Beneficiários de planos privados de assistência à saúde com trajetória contínua e vinculados a contratos antigos se encontravam mais frequentemente entre os que utilizaram o SUS por 25 meses ou mais, em relação aos beneficiários com trajetória contínua e vinculados

a contratos novos (24,72% e 16,41%, respectivamente; razão entre frequências = 1,51) (Tabela 9).

Tabela 9: Distribuição do tempo total de utilização do SUS segundo a época da contratação do plano privado de assistência à saúde pelos beneficiários que realizaram hemodiálise, entre 2012 e 2019, e que tiveram trajetória contínua.

tempo total de utilização do SUS	Época da contratação						Total	
	Novo		Antigo		Não informado		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 3 meses	7.622	31,41	1.279	28,05	74	40,66	8.975	30,94
4-6 meses	3.842	15,83	661	14,50	41	22,53	4.544	15,67
7-9 meses	2.481	10,22	363	7,96	11	6,04	2.855	9,84
10-12 meses	1.899	7,83	249	5,46	10	5,49	2.158	7,44
13-15 meses	1.458	6,01	249	5,46	7	3,85	1.714	5,91
16-18 meses	1.247	5,14	283	6,21	12	6,59	1.542	5,32
19-21 meses	963	3,97	201	4,41	14	7,69	1.178	4,06
22-24 meses	771	3,18	147	3,22	3	1,65	921	3,18
≥ 25 meses	3.983	16,41	1.127	24,72	10	5,49	5.120	17,65
25-36 meses	1.909	7,87	442	9,70	4	2,20	2.355	8,12
37-48 meses	1.105	4,55	293	6,43	3	1,65	1.401	4,83
49-60 meses	383	1,58	151	3,31	2	1,10	536	1,85
≥ 61 meses	586	2,41	241	5,29	1	0,55	828	2,85
Total	24.266	100,00	4.559	100,00	182	100,00	29.007	100,00

Quanto ao tipo de plano, beneficiários de planos privados de assistência à saúde com trajetória contínua e vinculados a contratos individuais/familiares eram mais frequentes no tempo total de utilização do SUS de 25 meses ou mais, em relação a beneficiários com trajetória contínua e vinculados a contratos coletivos empresariais (20,84% e 15,71%, respectivamente; razão entre frequências = 1,33), seguida de contratos coletivos por adesão (20,84% e 17,47%, respectivamente; razão entre frequências = 1,19) (Tabela 10).

Tabela 10: Distribuição do tempo total de utilização do SUS segundo o tipo de plano privado de assistência à saúde dos beneficiários que realizaram hemodiálise, entre 2012 e 2019, e que tiveram trajetória contínua.

tempo total de utilização do SUS	Tipo de plano								Total	
	Coletivo empresarial		Individual ou familiar		Coletivo por adesão		Não informado			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 3 meses	4.580	32,12	2.570	27,77	1.789	33,07	36	43,90	8.975	30,94
4-6 meses	2.253	15,80	1.436	15,52	839	15,51	16	19,51	4.544	15,67
7-9 meses	1.434	10,06	868	9,38	548	10,13	5	6,10	2.855	9,84
10-12 meses	1.072	7,52	691	7,47	390	7,21	5	6,10	2.158	7,44
13-15 meses	867	6,08	544	5,88	299	5,53	4	4,88	1.714	5,91
16-18 meses	752	5,27	535	5,78	251	4,64	4	4,88	1.542	5,32
19-21 meses	621	4,35	372	4,02	181	3,35	4	4,88	1.178	4,06
22-24 meses	441	3,09	310	3,35	168	3,11	2	2,44	921	3,18
≥ 25 meses	2.240	15,71	1.929	20,84	945	17,47	6	7,32	5.120	17,65
25-36 meses	1.147	8,04	781	8,44	424	7,84	3	3,66	2.355	8,12
37-48 meses	620	4,35	515	5,56	265	4,90	1	1,22	1.401	4,83
49-60 meses	214	1,50	220	2,38	101	1,87	1	1,22	536	1,85
≥ 61 meses	259	1,82	413	4,46	155	2,87	1	1,22	828	2,85
Total	14.260	100,00	9.255	100,00	5.410	100,00	82	100,00	29.007	100,00

Beneficiários de planos privados de assistência à saúde com trajetória contínua e vinculados a contratos de abrangência geográfica de cobertura assistencial estadual eram os mais frequentes quanto ao tempo total de utilização do SUS de 25 meses ou mais, quando comparados a beneficiários com trajetória contínua e vinculados a contratos que tinham as demais coberturas geográficas assistenciais. A maior diferença foi em relação aos beneficiários com trajetória contínua e vinculados a contratos de abrangência municipal (20,54% e 15,85%, respectivamente; razão entre frequências = 1,30) (Tabela 11).

Tabela 11: Distribuição do tempo total de utilização do SUS segundo a abrangência geográfica da cobertura assistencial do plano privado de assistência à saúde dos beneficiários que realizaram hemodiálise, entre 2012 e 2019, e que tiveram trajetória contínua.

tempo total de utilização do SUS	Abrangência geográfica da cobertura assistencial												Total	
	Municipal		Grupo de municípios		Estadual		Grupo de estados		Nacional		Não informado			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 3 meses	481	32,17	3.948	29,72	674	28,78	466	27,61	2.359	33,10	1.047	34,07	8.975	30,94
4-6 meses	235	15,72	2.134	16,07	347	14,82	255	15,11	1.102	15,46	471	15,33	4.544	15,67
7-9 meses	140	9,36	1.364	10,27	223	9,52	173	10,25	654	9,18	301	9,79	2.855	9,84
10-12 meses	124	8,29	1.022	7,69	177	7,56	125	7,41	490	6,88	220	7,16	2.158	7,44
13-15 meses	81	5,42	796	5,99	138	5,89	103	6,10	373	5,23	223	7,26	1.714	5,91
16-18 meses	79	5,28	705	5,31	127	5,42	86	5,09	389	5,46	156	5,08	1.542	5,32
19-21 meses	69	4,62	534	4,02	94	4,01	86	5,09	272	3,82	123	4,00	1.178	4,06
22-24 meses	49	3,28	428	3,22	81	3,46	67	3,97	197	2,76	99	3,22	921	3,18
≥ 25 meses	237	15,85	2.351	17,70	481	20,54	327	19,37	1.291	18,11	433	14,09	5.120	17,65
25-36 meses	113	7,56	1.111	8,36	220	9,39	169	10,01	535	7,51	207	6,74	2.355	8,12
37-48 meses	67	4,48	654	4,92	131	5,59	70	4,15	358	5,02	121	3,94	1.401	4,83
49-60 meses	20	1,34	214	1,61	61	2,60	28	1,66	166	2,33	47	1,53	536	1,85
≥ 61 meses	37	2,47	372	2,80	69	2,95	60	3,55	232	3,26	58	1,89	828	2,85
Total	1.495	100,00	13.282	100,00	2.342	100,00	1.688	100,00	7.127	100,00	3.073	100,00	29.007	100,00

Beneficiários de planos privados de assistência à saúde com trajetória contínua e vinculados a contratos sem existência de cláusula de franquia eram os mais frequentes quanto ao tempo total de utilização do SUS por 25 meses ou mais, quando comparados a beneficiários com trajetória contínua e vinculados a contratos com previsão desse tipo de copagamento (17,82% e 15,47%, respectivamente; razão entre frequências = 1,15) (Tabela 12).

Tabela 12: Distribuição do tempo total de utilização do SUS, segundo a existência ou não de franquia no plano privado de assistência à saúde dos beneficiários que realizaram hemodiálise, entre 2012 e 2019, e que tiveram trajetória contínua.

tempo total de utilização do SUS	Franquia						Total	
	Não		Sim		Não informado		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 3 meses	8.350	30,67	587	34,53	38	48,72	8.975	30,94
4-6 meses	4.263	15,66	267	15,71	14	17,95	4.544	15,67
7-9 meses	2.696	9,90	154	9,06	5	6,41	2.855	9,84
10-12 meses	2.016	7,40	139	8,18	3	3,85	2.158	7,44
13-15 meses	1.628	5,98	84	4,94	2	2,56	1.714	5,91
16-18 meses	1.461	5,37	77	4,53	4	5,13	1.542	5,32
19-21 meses	1.108	4,07	66	3,88	4	5,13	1.178	4,06
22-24 meses	856	3,14	63	3,71	2	2,56	921	3,18
≥ 25 meses	4.851	17,82	263	15,47	6	7,69	5.120	17,65
25-36 meses	2.222	8,16	130	7,65	3	3,85	2.355	8,12
37-48 meses	1.325	4,87	75	4,41	1	1,28	1.401	4,83
49-60 meses	512	1,88	23	1,35	1	1,28	536	1,85
≥ 61 meses	792	2,91	35	2,06	1	1,28	828	2,85
Total	27.229	100,00	1.700	100,00	78	100,00	29.007	100,00

As frequências encontradas para todas as faixas de tempo total de utilização do SUS quanto à existência ou não de coparticipação no contrato assistencial de beneficiários de planos privados de assistência à saúde com trajetória contínua eram semelhantes (Tabela 13).

Tabela 13: Distribuição do tempo total de utilização do SUS segundo a existência ou não de coparticipação no plano privado de assistência à saúde dos beneficiários que realizaram hemodiálise, entre 2012 e 2019, e que tiveram trajetória contínua.

tempo total de utilização do SUS	Coparticipação						Total	
	Não		Sim		Não informado		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 3 meses	4.950	30,80	3.987	31,00	38	48,72	8.975	30,94
4-6 meses	2.531	15,75	1.999	15,54	14	17,95	4.544	15,67
7-9 meses	1.603	9,98	1.247	9,70	5	6,41	2.855	9,84
10-12 meses	1.177	7,32	978	7,60	3	3,85	2.158	7,44
13-15 meses	912	5,68	800	6,22	2	2,56	1.714	5,91
16-18 meses	849	5,28	689	5,36	4	5,13	1.542	5,32
19-21 meses	641	3,99	533	4,14	4	5,13	1.178	4,06
22-24 meses	522	3,25	397	3,09	2	2,56	921	3,18
≥ 25 meses	2.884	17,95	2.230	17,34	6	7,69	5.120	17,65
25-36 meses	1.343	8,36	1.009	7,85	3	3,85	2.355	8,12
37-48 meses	767	4,77	633	4,92	1	1,28	1.401	4,83
49-60 meses	293	1,82	242	1,88	1	1,28	536	1,85
≥ 61 meses	481	2,99	346	2,69	1	1,28	828	2,85
Total	16.069	100,00	12.860	100,00	78	100,00	29.007	100,00

A frequência de beneficiários de planos privados de assistência à saúde com trajetória contínua e vinculados a contratos com segmentação hospitalar⁶⁴ se concentrou quase totalmente no tempo total de utilização do SUS de até 3 meses, não havendo indivíduos com 22 meses ou mais de utilização com essa segmentação assistencial. Observou-se proximidade entre as frequências encontradas para o tempo de 25 meses ou mais de utilização do SUS pelos beneficiários com trajetória contínua e vinculados a contratos com as demais segmentações assistenciais: a razão entre as frequências maior (referência = 18,12%) e menor (ambulatorial = 17,77%) foi de 1,02 (Tabela 14).

Tabela 14: Distribuição do tempo total de utilização do SUS segundo a segmentação assistencial do plano privado de assistência à saúde dos beneficiários que realizaram hemodiálise, entre 2012 e 2019, e que tiveram trajetória contínua.

tempo total de utilização do SUS	Segmentação assistencial										Total	
	Ambulatorial + Hospitalar		Ambulatorial		Referência		Hospitalar		Não informado		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
≤ 3 meses	7.216	30,14	916	33,76	622	30,06	185	92,50	36	43,90	8.975	30,94
4-6 meses	3.795	15,85	399	14,71	326	15,76	8	4,00	16	19,51	4.544	15,67
7-9 meses	2.395	10,00	249	9,18	206	9,96	0	0,00	5	6,10	2.855	9,84
10-12 meses	1.794	7,49	184	6,78	173	8,36	2	1,00	5	6,10	2.158	7,44
13-15 meses	1.454	6,07	130	4,79	124	5,99	2	1,00	4	4,88	1.714	5,91
16-18 meses	1.278	5,34	162	5,97	97	4,69	1	0,50	4	4,88	1.542	5,32
19-21 meses	975	4,07	110	4,05	87	4,20	2	1,00	4	4,88	1.178	4,06
22-24 meses	779	3,25	81	2,99	59	2,85	0	0,00	2	2,44	921	3,18
≥ 25 meses	4.257	17,78	482	17,77	375	18,12	0	0,00	6	7,32	5.120	17,65
25-36 meses	1.954	8,16	225	8,29	173	8,36	0	0,00	3	3,66	2.355	8,12
37-48 meses	1.170	4,89	135	4,98	95	4,59	0	0,00	1	1,22	1.401	4,83
49-60 meses	437	1,83	50	1,84	48	2,32	0	0,00	1	1,22	536	1,85
≥ 61 meses	696	2,91	72	2,65	59	2,85	0	0,00	1	1,22	828	2,85
Total	23.943	100,00	2.713	100,00	2.069	100,00	200	100,00	82	100,00	29.007	100,00

Beneficiários de planos privados de assistência à saúde com trajetória contínua e vinculados autogestões eram os mais frequentes quanto ao tempo total de utilização do SUS de 25 meses ou mais, quando comparados aos beneficiários com trajetória contínua e

⁶⁴ Contratos de planos privados de assistência à saúde com a segmentação assistencial hospitalar não contemplam atendimentos ambulatoriais (ANS, 2021d). A existência desse tipo de segmentação na população estudada pode estar relacionada a planos antigos ou a erros de registro junto aos sistemas de informação da ANS. Entre os beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS dentro do período estudado observou-se que, do total de 202 (0,63%) que estavam vinculados a contratos de segmentação hospitalar: a) a quase totalidade teve trajetória contínua (99,01%); b) 107 (52,97%) tinham planos antigos e 95 (47,03%) planos novos; e c) todos utilizaram o SUS por até 3 meses e apenas durante o ano de 2014. Além disso, apenas 3,15% da cobrança para ressarcimento ao SUS de hemodiálise relacionada a esses beneficiários com plano novo e segmentação hospitalar foi considerada procedente pela ANS após análise dos respectivos contratos.

vinculados às demais modalidades de operadoras, sendo a maior diferença em relação às seguradoras (21,65% e 12,19%, respectivamente; razão entre frequências = 1,77) (Tabela 15).

Tabela 15: Distribuição do tempo total de utilização do SUS segundo a modalidade da operadora dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise, entre 2012 e 2019, e que tiveram trajetória contínua.

tempo total de utilização do SUS	Modalidade da operadora										Total	
	Medicina de grupo		Cooperativa		Autogestão		Seguradora		Filantropia			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 3 meses	3.669	29,27	3.214	31,84	1.052	32,26	723	33,50	317	33,06	8.975	30,94
4-6 meses	2.045	16,31	1.471	14,57	535	16,41	335	15,52	158	16,48	4.544	15,67
7-9 meses	1.305	10,41	978	9,69	247	7,57	237	10,98	88	9,18	2.855	9,84
10-12 meses	962	7,67	759	7,52	189	5,80	168	7,78	80	8,34	2.158	7,44
13-15 meses	764	6,09	581	5,76	151	4,63	175	8,11	43	4,48	1.714	5,91
16-18 meses	688	5,49	535	5,30	162	4,97	105	4,87	52	5,42	1.542	5,32
19-21 meses	530	4,23	401	3,97	128	3,93	80	3,71	39	4,07	1.178	4,06
22-24 meses	428	3,41	302	2,99	91	2,79	72	3,34	28	2,92	921	3,18
≥ 25 meses	2.145	17,11	1.852	18,35	706	21,65	263	12,19	154	16,06	5.120	17,65
25-36 meses	1.042	8,31	840	8,32	267	8,19	129	5,98	77	8,03	2.355	8,12
37-48 meses	600	4,79	503	4,98	192	5,89	77	3,57	29	3,02	1.401	4,83
49-60 meses	179	1,43	200	1,98	111	3,40	27	1,25	19	1,98	536	1,85
≥ 61 meses	324	2,58	309	3,06	136	4,17	30	1,39	29	3,02	828	2,85
Total	12.536	100,00	10.093	100,00	3.261	100,00	2.158	100,00	959	100,00	29.007	100,00

5.3.2 Caracterização do tempo total de utilização do SUS segundo a região da assistência, as características dos contratos de planos privados de assistência à saúde e a modalidade das operadoras para os beneficiários com trajetória descontínua

A frequência de beneficiários de planos privados de assistência à saúde com trajetória descontínua e que realizaram hemodiálise em prestadores da região Sul foi maior para o tempo total de utilização do SUS de até 3 meses e menor para o tempo total de utilização do SUS de 25 meses ou mais, quando comparados aos beneficiários com trajetória descontínua assistidos em outras regiões do país. Considerando os beneficiários da região Sul em relação ao conjunto de todos os beneficiários com trajetória descontínua, a razão entre as frequências daqueles que utilizaram o SUS por até 3 meses foi de 2,67 (15,46% e 5,79%, respectivamente) e, para os beneficiários que utilizaram por 25 meses ou mais, a razão entre as frequências foi de 0,73 (32,24% e 44,41%, respectivamente) (Tabela 16). Para 75 (2,57%)

beneficiários com trajetória descontínua a UF de entrada no SUS foi diferente da região de saída da rede pública em pelo menos um dos períodos de utilização.

Tabela 16: Distribuição do tempo total de utilização do SUS segundo a região da assistência dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise, entre 2012 e 2019, e que tiveram trajetória descontínua.

tempo total de utilização do SUS	Região do prestador*												TOTAL	
	Sudeste		Nordeste		Sul		Centro-Oeste		Norte		Não informado		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 3 meses	74	4,16	25	4,66	47	15,46	14	8,09	7	5,88	3	12,00	170	5,79
4-6 meses	150	8,44	47	8,77	46	15,13	12	6,94	9	7,56	4	16,00	268	9,13
7-9 meses	135	7,60	48	8,96	34	11,18	10	5,78	7	5,88	1	4,00	235	8,01
10-12 meses	144	8,10	47	8,77	24	7,89	19	10,98	11	9,24	1	4,00	246	8,38
13-15 meses	109	6,13	29	5,41	11	3,62	10	5,78	4	3,36	2	8,00	165	5,62
16-18 meses	127	7,15	41	7,65	10	3,29	8	4,62	7	5,88	2	8,00	195	6,65
19-21 meses	93	5,23	36	6,72	17	5,59	13	7,51	10	8,40	0	0,00	169	5,76
22-24 meses	111	6,25	35	6,53	17	5,59	11	6,36	7	5,88	2	8,00	183	6,24
≥ 25 meses	834	46,93	228	42,54	98	32,24	76	43,93	57	47,90	10	40,00	1.303	44,41
25-36 meses	371	20,88	89	16,60	47	15,46	42	24,28	21	17,65	6	24,00	576	19,63
37-48 meses	196	11,03	53	9,89	18	5,92	16	9,25	12	10,08	4	16,00	299	10,19
49-60 meses	158	8,89	41	7,65	17	5,59	7	4,05	10	8,40	0	0,00	233	7,94
≥ 61 meses	109	6,13	45	8,40	16	5,26	11	6,36	14	11,76	0	0,00	195	6,65
Total	1.777	100,00	536	100,00	304	100,00	173	100,00	119	100,00	25	100,00	2.934	100,00

*A informação utilizada para a região do prestador foi a respectiva Unidade Federativa relacionada à entrada do beneficiário no banco para ressarcimento ao SUS.

Beneficiários de planos privados de assistência à saúde com trajetória descontínua e vinculados a contratos antigos se encontravam mais frequentemente no tempo total de utilização do SUS de até 3 meses, quando comparados aos beneficiários com trajetória descontínua e vinculados a contratos novos (8,42% e 5,38%, respectivamente; razão entre frequências = 1,57). As frequências dos beneficiários com trajetória descontínua para o tempo total de utilização de 25 meses ou mais eram semelhantes para contratos novos e antigos, com razão entre frequências igual a 1,05 (44,78% e 42,86%, respectivamente) (Tabela 17).

Tabela 17: Distribuição do tempo total de utilização do SUS segundo a época da contratação do plano privado de assistência à saúde pelos beneficiários que realizaram hemodiálise, entre 2012 e 2019, e que tiveram trajetória descontínua.

tempo total de utilização do SUS	Época da contratação						Total	
	Novo		Antigo		Não informado		n	%
	n	%	n	%	n	%		
≤ 3 meses	135	5,38	33	8,42	2	6,25	170	5,79
4-6 meses	232	9,24	33	8,42	3	9,38	268	9,13
7-9 meses	198	7,89	33	8,42	4	12,50	235	8,01
10-12 meses	206	8,21	31	7,91	9	28,13	246	8,38
13-15 meses	148	5,90	17	4,34	0	0,00	165	5,62
16-18 meses	171	6,81	23	5,87	1	3,13	195	6,65
19-21 meses	154	6,14	15	3,83	0	0,00	169	5,76
22-24 meses	142	5,66	39	9,95	2	6,25	183	6,24
≥ 25 meses	1.124	44,78	168	42,86	11	34,38	1.303	44,41
25-36 meses	499	19,88	75	19,13	2	6,25	576	19,63
37-48 meses	262	10,44	34	8,67	3	9,38	299	10,19
49-60 meses	200	7,97	30	7,65	3	9,38	233	7,94
≥ 61 meses	163	6,49	29	7,40	3	9,38	195	6,65
Total	2.510	100,00	392	100,00	32	100,00	2.934	100,00

Quanto ao tipo de plano, beneficiários de planos privados de assistência à saúde com trajetória descontínua e vinculados a contratos individuais/familiares eram mais frequentes no tempo total de utilização do SUS de 25 meses ou mais, em relação a beneficiários com trajetória descontínua e vinculados a contratos coletivos por adesão (49,44% e 40,48%, respectivamente; razão entre frequências = 1,22), mas a diferença de frequências era menor para contratos coletivos empresariais (49,44% e 42,49%, respectivamente; razão entre frequências = 1,16) (Tabela 18).

Tabela 18: Distribuição do tempo total de utilização do SUS segundo o tipo do plano privado de assistência à saúde dos beneficiários que realizaram hemodiálise, entre 2012 e 2019, e que tiveram trajetória descontínua.

tempo total de utilização do SUS	Tipo de plano								Total	
	Coletivo empresarial		Individual ou familiar		Coletivo por adesão		Não informado		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 3 meses	82	5,60	39	3,98	47	10,17	2	6,90	170	5,79
4-6 meses	141	9,63	77	7,87	47	10,17	3	10,34	268	9,13
7-9 meses	130	8,88	71	7,25	32	6,93	2	6,90	235	8,01
10-12 meses	123	8,40	74	7,56	40	8,66	9	31,03	246	8,38
13-15 meses	78	5,33	59	6,03	28	6,06	0	0,00	165	5,62
16-18 meses	104	7,10	63	6,44	27	5,84	1	3,45	195	6,65
19-21 meses	94	6,42	55	5,62	20	4,33	0	0,00	169	5,76
22-24 meses	90	6,15	57	5,82	34	7,36	2	6,90	183	6,24
≥ 25 meses	622	42,49	484	49,44	187	40,48	10	34,48	1.303	44,41
25-36 meses	289	19,74	199	20,33	87	18,83	1	3,45	576	19,63
37-48 meses	141	9,63	110	11,24	45	9,74	3	10,34	299	10,19
49-60 meses	109	7,45	87	8,89	34	7,36	3	10,34	233	7,94
≥ 61 meses	83	5,67	88	8,99	21	4,55	3	10,34	195	6,65
Total	1.464	100,00	979	100,00	462	100,00	29	100,00	2.934	100,00

Beneficiários de planos privados de assistência à saúde com trajetória descontínua e vinculados a contratos de abrangência geográfica de cobertura assistencial por grupo de estados eram os mais frequentes quanto ao tempo total de utilização do SUS de 25 meses ou mais, quando comparados a beneficiários com trajetória descontínua e vinculados a contratos que tinham as demais coberturas geográficas assistenciais. A maior diferença entre frequências foi em relação àqueles beneficiários de mesma trajetória e vinculados a contratos de abrangência nacional (54,74% e 39,29%, respectivamente; razão entre frequências = 1,39) (Tabela 19).

Tabela 19: Distribuição do tempo total de utilização do SUS segundo a abrangência geográfica da cobertura assistencial do plano privado de assistência à saúde dos beneficiários que realizaram hemodiálise, entre 2012 e 2019, e que tiveram trajetória descontínua.

tempo total de utilização do SUS	Abrangência geográfica da cobertura assistencial												Total	
	Municipal		Grupo de municípios		Estadual		Grupo de estados		Nacional		Não informado			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 3 meses	7	4,70	34	2,77	10	4,41	4	2,11	89	10,60	26	8,67	170	5,79
4-6 meses	16	10,74	108	8,79	17	7,49	11	5,79	86	10,24	30	10,00	268	9,13
7-9 meses	17	11,41	86	7,00	16	7,05	15	7,89	74	8,81	27	9,00	235	8,01
10-12 meses	10	6,71	114	9,28	16	7,05	18	9,47	53	6,31	35	11,67	246	8,38
13-15 meses	6	4,03	86	7,00	12	5,29	8	4,21	46	5,48	7	2,33	165	5,62
16-18 meses	7	4,70	91	7,41	16	7,05	16	8,42	51	6,07	14	4,67	195	6,65
19-21 meses	8	5,37	75	6,11	13	5,73	9	4,74	47	5,60	17	5,67	169	5,76
22-24 meses	10	6,71	68	5,54	14	6,17	5	2,63	64	7,62	22	7,33	183	6,24
≥ 25 meses	68	45,64	566	46,09	113	49,78	104	54,74	330	39,29	122	40,67	1.303	44,41
25-36 meses	38	25,50	242	19,71	53	23,35	32	16,84	153	18,21	58	19,33	576	19,63
37-48 meses	13	8,72	143	11,64	18	7,93	29	15,26	68	8,10	28	9,33	299	10,19
49-60 meses	7	4,70	104	8,47	24	10,57	20	10,53	55	6,55	23	7,67	233	7,94
≥ 61 meses	10	6,71	77	6,27	18	7,93	23	12,11	54	6,43	13	4,33	195	6,65
Total	149	100,00	1.228	100,00	227	100,00	190	100,00	840	100,00	300	100,00	2.934	100,00

As distribuições de frequências de beneficiários de planos privados de assistência à saúde com trajetória descontínua e vinculados aos dois tipos de contrato (com e sem franquia) foram semelhantes nos extremos dos tempos de utilização do SUS (menor ou igual a 3 meses e 25 meses ou mais), com a maior razão entre frequências para 25 meses ou mais igual a 1,02 (44,55% e 43,70%, respectivamente) (Tabela 20).

Tabela 20: Distribuição do tempo total de utilização do SUS segundo a existência ou não de franquia no plano privado de assistência à saúde dos beneficiários que realizaram hemodiálise, entre 2012 e 2019, e que tiveram trajetória descontínua.

tempo total de utilização do SUS	Franquia						Total	
	Não		Sim		Não informado		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 3 meses	160	5,78	8	5,93	2	6,90	170	5,79
4-6 meses	251	9,06	14	10,37	3	10,34	268	9,13
7-9 meses	220	7,94	13	9,63	2	6,90	235	8,01
10-12 meses	227	8,19	10	7,41	9	31,03	246	8,38
13-15 meses	161	5,81	4	2,96	0	0,00	165	5,62
16-18 meses	183	6,61	11	8,15	1	3,45	195	6,65
19-21 meses	165	5,96	4	2,96	0	0,00	169	5,76
22-24 meses	169	6,10	12	8,89	2	6,90	183	6,24
≥ 25 meses	1.234	44,55	59	43,70	10	34,48	1.303	44,41
25-36 meses	552	19,93	23	17,04	1	3,45	576	19,63
37-48 meses	283	10,22	13	9,63	3	10,34	299	10,19
49-60 meses	217	7,83	13	9,63	3	10,34	233	7,94
≥ 61 meses	182	6,57	10	7,41	3	10,34	195	6,65
Total	2.770	100,00	135	100,00	29	100,00	2.934	100,00

A frequência de beneficiários de planos privados de assistência à saúde com trajetória descontínua e com tempo total de utilização do SUS de até 3 meses foi maior entre os vinculados a contratos com existência de cláusula de coparticipação (6,34% e 5,30%, respectivamente; razão entre frequências = 1,20), mas na faixa de 25 meses ou mais a distribuição de frequências era próxima (46,45% e 42,30%, respectivamente; razão entre frequências = 1,09) (Tabela 21).

Tabela 21: Distribuição do tempo total de utilização do SUS segundo a existência ou não de coparticipação no plano privado de assistência à saúde dos beneficiários que realizaram hemodiálise, entre 2012 e 2019, e que tiveram trajetória descontínua.

tempo total de utilização do SUS	Coparticipação						Total	
	Não		Sim		Não informado		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 3 meses	82	5,30	86	6,34	2	6,90	170	5,79
4-6 meses	130	8,40	135	9,95	3	10,34	268	9,13
7-9 meses	127	8,20	106	7,81	2	6,90	235	8,01
10-12 meses	117	7,56	120	8,84	9	31,03	246	8,38
13-15 meses	79	5,10	86	6,34	0	0,00	165	5,62
16-18 meses	110	7,11	84	6,19	1	3,45	195	6,65
19-21 meses	89	5,75	80	5,90	0	0,00	169	5,76
22-24 meses	95	6,14	86	6,34	2	6,90	183	6,24
≥ 25 meses	719	46,45	574	42,30	10	34,48	1.303	44,41
25-36 meses	314	20,28	261	19,23	1	3,45	576	19,63
37-48 meses	166	10,72	130	9,58	3	10,34	299	10,19
49-60 meses	125	8,07	105	7,74	3	10,34	233	7,94
≥ 61 meses	114	7,36	78	5,75	3	10,34	195	6,65
Total	1.548	100,00	1.357	100,00	29	100,00	2.934	100,00

Beneficiários de planos privados de assistência à saúde com trajetória descontínua e vinculados a contratos de segmentação assistencial ambulatorial+hospitalar eram os mais frequentes para o tempo total de utilização do SUS de até 3 meses, quando comparados a beneficiários com trajetória descontínua e vinculados a contratos com as demais segmentações assistenciais, sendo a maior diferença entre frequências em relação àqueles beneficiários de mesma trajetória e vinculados a contratos ambulatoriais (5,95% e 4,56%, respectivamente; razão entre frequências = 1,31). Por outro lado, na faixa de 25 meses ou mais de tempo total de utilização do SUS a distribuição de frequências era próxima: a razão entre a frequência maior (ambulatorial+hospitalar = 45,05%) e a frequência menor (ambulatorial = 41,08) foi de 1,09 (excluídos beneficiários com segmentação hospitalar, que foram apenas dois com tempo total de utilização do SUS entre 7 e 9 meses) (Tabela 22).

Tabela 22: Distribuição do tempo total de utilização do SUS segundo a segmentação assistencial do plano privado de assistência à saúde dos beneficiários que realizaram hemodiálise, entre 2012 e 2019, e que tiveram trajetória descontínua.

tempo total de utilização do SUS	Segmentação assistencial										Total	
	Ambulatorial + Hospitalar		Ambulatorial		Referência		Hospitalar		Não informado		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 3 meses	145	5,95	11	4,56	12	5,29	0	0,00	2	6,90	170	5,79
4-6 meses	209	8,58	35	14,52	21	9,25	0	0,00	3	10,34	268	9,13
7-9 meses	197	8,09	10	4,15	24	10,57	2	100,00	2	6,90	235	8,01
10-12 meses	195	8,01	26	10,79	16	7,05	0	0,00	9	31,03	246	8,38
13-15 meses	137	5,63	14	5,81	14	6,17	0	0,00	0	0,00	165	5,62
16-18 meses	165	6,78	16	6,64	13	5,73	0	0,00	1	3,45	195	6,65
19-21 meses	139	5,71	15	6,22	15	6,61	0	0,00	0	0,00	169	5,76
22-24 meses	151	6,20	15	6,22	15	6,61	0	0,00	2	6,90	183	6,24
≥ 25 meses	1.097	45,05	99	41,08	97	42,73	0	0,00	10	34,48	1.303	44,41
25-36 meses	472	19,38	51	21,16	52	22,91	0	0,00	1	3,45	576	19,63
37-48 meses	264	10,84	16	6,64	16	7,05	0	0,00	3	10,34	299	10,19
49-60 meses	199	8,17	18	7,47	13	5,73	0	0,00	3	10,34	233	7,94
≥ 61 meses	162	6,65	14	5,81	16	7,05	0	0,00	3	10,34	195	6,65
Total	2.435	100,00	241	100,00	227	100,00	2	100,00	29	100,00	2.934	100,00

Beneficiários de planos privados de assistência à saúde com trajetória descontínua e vinculados a operadoras da modalidade filantropia eram os mais frequentes quanto ao tempo total de utilização do SUS de 25 meses ou mais, quando comparados aos beneficiários com trajetória descontínua e vinculados às demais modalidades de operadoras, sendo a maior diferença em relação às autogestões (46,74% e 39,30%; razão entre frequências = 1,19) (Tabela 23).

Tabela 23: Distribuição do tempo total de utilização do SUS segundo a modalidade da operadora dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise, entre 2012 e 2019, e que tiveram trajetória descontínua.

tempo total de utilização do SUS	Modalidade da operadora										Total	
	Medicina de grupo		Cooperativa		Autogestão		Seguradora		Filantropia			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 3 meses	53	4,36	55	5,24	45	12,03	15	7,39	2	2,17	170	5,79
4-6 meses	96	7,90	114	10,86	31	8,29	21	10,34	6	6,52	268	9,13
7-9 meses	93	7,65	83	7,90	31	8,29	20	9,85	8	8,70	235	8,01
10-12 meses	118	9,71	75	7,14	24	6,42	20	9,85	9	9,78	246	8,38
13-15 meses	80	6,58	61	5,81	17	4,55	5	2,46	2	2,17	165	5,62
16-18 meses	87	7,16	71	6,76	22	5,88	10	4,93	5	5,43	195	6,65
19-21 meses	72	5,93	50	4,76	27	7,22	16	7,88	4	4,35	169	5,76
22-24 meses	58	4,77	70	6,67	30	8,02	12	5,91	13	14,13	183	6,24
≥ 25 meses	558	45,93	471	44,86	147	39,30	84	41,38	43	46,74	1.303	44,41
25-36 meses	239	19,67	208	19,81	63	16,84	41	20,20	25	27,17	576	19,63
37-48 meses	141	11,60	89	8,48	40	10,70	22	10,84	7	7,61	299	10,19
49-60 meses	97	7,98	93	8,86	24	6,42	14	6,90	5	5,43	233	7,94
≥ 61 meses	81	6,67	81	7,71	20	5,35	7	3,45	6	6,52	195	6,65
Total	1.215	100,00	1.050	100,00	374	100,00	203	100,00	92	100,00	2.934	100,00

5.3.3 Caracterização do tempo total de pausas entre os períodos de utilização do SUS para os beneficiários de planos privados de assistência à saúde com trajetória descontínua

Dentre os beneficiários de planos privados de assistência à saúde com trajetória descontínua, para 44,04% o tempo total de pausas entre os períodos de utilização do SUS foi de 6 meses (Figura 7). As medianas do tempo total das pausas entre os períodos de utilização do SUS variaram entre 6 e 12 (razão entre medianas = 0,50). Em geral, quanto maior o número de períodos de utilização do SUS, maior a mediana do tempo total das pausas entre eles, exceto para beneficiários de trajetória descontínua e com 4 períodos de utilização no SUS, para os quais a mediana variou de 7 a 6 (razão entre medianas = 1,17) (Tabela 24).

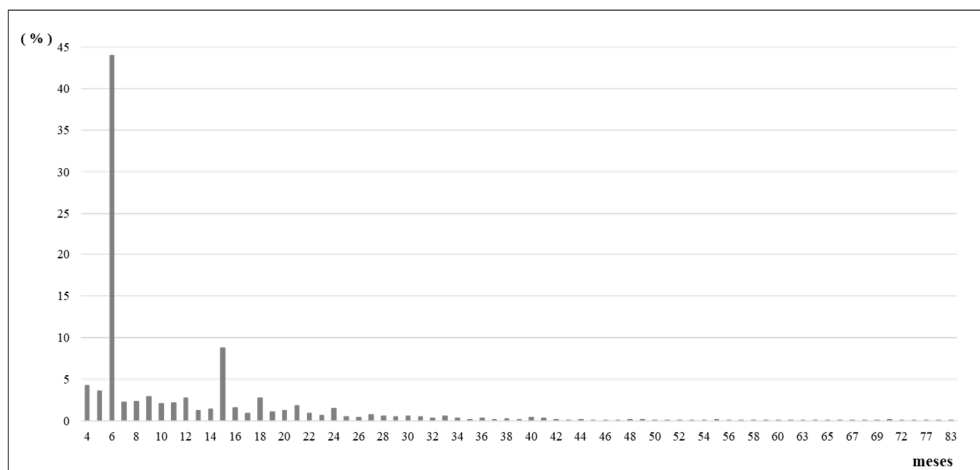


Figura 7: Distribuição do tempo total de pausas entre os períodos de utilização do SUS para beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise, entre 2012 e 2019, e que tiveram trajetória descontínua. (N = 31.941)

Tabela 24: Distribuição do tempo total de pausas entre os períodos de utilização do SUS para beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise, entre 2012 e 2019, e que tiveram trajetória descontínua.

Trajetória descontínua	Tempo total de pausas entre os períodos de utilização do SUS (meses)	Pausa 1		Pausa 2		Pausa 3		Pausa 4		Pausa 5	
		Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
2-6 períodos N = 2.934	Média [desvio padrão]	11,2	9,7	10,50	7,86	9,12	6,05	11,1	5,82	16,00	12,6
	Mediana [intervalo interquartil]	6	6:15	7	6:13	6	5:11	11	7:11	12	7:20
	Mínimo	4		4		4		5		5	
	Máxima	83		55		28		22		36	
2 períodos N = 2.694	Média [desvio padrão]	11,29	9,91								
	Mediana [intervalo interquartil]	6	6:15								
	Mínimo	4									
	Máxima	83									
3 períodos N = 199	Média [desvio padrão]	9,53	6,66	10,87	8,06						
	Mediana [intervalo interquartil]	6	6:12	8	6:14						
	Mínimo	4		4							
	Máxima	45		55							
4 períodos N = 32	Média [desvio padrão]	9,78	8,10	8,94	7,08	8,78	6,34				
	Mediana [intervalo interquartil]	7	5,75:10	6	6:10	6	6:10				
	Mínimo	4		4		4					
	Máxima	41		34		28					
5 períodos N = 4	Média [desvio padrão]	9,00	3,42	6,75	2,5	12,75	6,95	14,50	7,33		
	Mediana [intervalo interquartil]	7	5,5:9	6,5	5,5:10	13	10,75:21	15	9,75:22		
	Mínimo	4		4		4		6			
	Máxima	12		10		21		22			
6 períodos N = 5	Média [desvio padrão]	8,2	6,57	8,8	6,38	8,4	1,82	8,4	2,61	16	12,59
	Mediana [intervalo interquartil]	4	4:10	7	6:7	8	8:9	8	7:11	12	7:20
	Mínimo	4		4		6		5		5	
	Máxima	19		20		11		11		36	

5.3.4 Caracterização das trajetórias contínua e descontínua segundo a região da assistência, as características dos contratos de planos privados de assistência à saúde e a modalidade das operadoras dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde

Em geral, as diferenças na distribuição de frequências dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019, não ultrapassaram 10 pontos percentuais ao se comparar as trajetórias contínua e descontínua, segundo a região da assistência, as características dos contratos e a modalidade das operadoras. Porém, em relação aos beneficiários com trajetória contínua, beneficiários com trajetória descontínua foram mais frequentes em prestadores da região Nordeste (razão = 1,17), em mudar de UF do atendimento (razão = 3,95), em contratos de abrangência geográfica nacional (razão = 1,17) e por grupo de estados (razão = 1,11), como também em operadoras da modalidade autogestão (razão = 1,13). Para beneficiários com trajetória descontínua a frequência era menor em contratos antigos (razão = 0,87), coletivos por adesão (razão = 0,86), de segmentação assistencial ambulatorial (razão = 0,88) e com existência de cláusula de franquias (razão = 0,79), se comparados aos beneficiários com trajetória contínua. Dados não informados assumiram maior frequência para beneficiários com trajetória descontínua, com razão que variou entre 1,78 e 3,68, exceto para região do prestador, abrangência geográfica da cobertura assistencial e modalidade da operadora (Tabela 25).

Tabela 25: Distribuição de frequências do tipo de trajetória segundo a região da assistência, as características dos contratos de planos privados de assistência à saúde e a modalidade das operadoras dos beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019. (N=31.941)

Variável	Descontínua	Contínua	descontínua/ contínua ¹
	N = 2.934 %	N = 29.007 %	
Região do prestador²			
Sudeste	60,57	61,65	0,98
Nordeste	18,27	15,60	1,17
Sul	10,36	12,17	0,85
Centro-Oeste	5,90	5,38	1,09
Norte	4,06	3,71	1,09
Não informado	0,85	1,48	0,57
Mudaram de UF ³	2,57	0,65	3,95
Época da contratação			
Novo	85,55	81,70	1,05
Antigo	13,36	15,35	0,87
Não informado	1,09	0,61	1,78
Tipo de plano			
Coletivo empresarial	49,90	48,01	1,04
Individual ou familiar	33,37	31,16	1,07
Coletivo por adesão	15,75	18,22	0,86
Não informado	0,99	0,28	3,58
Abrangência geográfica da cobertura assistencial			
Municipal	5,08	5,15	0,99
Grupo de municípios	41,85	45,79	0,91
Estadual	7,74	8,07	0,96
Grupo de estados	6,48	5,82	1,11
Nacional	28,63	24,57	1,17
Não informado	10,22	10,59	0,97
Segmentação assistencial			
Ambulatorial+Hospitalar	82,99	82,54	1,01
Ambulatorial	8,21	9,35	0,88
Referência	7,74	7,13	1,08
Hospitalar ⁴	0,07	0,69	0,10
Não informado	0,99	0,28	3,50
Franquia			
Não	94,41	93,87	1,01
Sim	4,60	5,86	0,79
Não informado	0,99	0,27	3,68
Coparticipação			
Não	52,76	55,40	0,95
Sim	46,25	44,33	1,04
Não informado	0,99	0,27	3,68
Modalidade da operadora			
Medicina de grupo	41,41	43,22	0,96
Cooperativa	35,79	34,80	1,03
Autogestão	12,75	11,24	1,13
Seguradora	6,92	7,44	0,93
Filantropia	3,14	3,31	0,95

1. Razão entre a distribuição de frequência dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde de trajetória descontínua e a respectiva distribuição de frequência dos beneficiários com trajetória contínua.

2. A informação utilizada para a região do prestador foi a respectiva Unidade Federativa (UF) relacionada à primeira entrada do beneficiário no SUS.

3. Frequência percentual de beneficiários assistidos em mais de uma UF, considerando todas as entradas e saídas de cada período de utilização do SUS: $\frac{\text{(beneficiários assistidos em mais de uma UF segundo o tipo de trajetória)}}{\text{(beneficiários de determinado tipo de trajetória)}} * 100$.

4. Contratos com a segmentação assistencial hospitalar não contemplam atendimentos ambulatoriais (ANS, 2022). Porém, a existência desse tipo de segmentação na população estudada pode estar relacionada a planos antigos ou a erros de registro junto aos sistemas de informação da ANS.

6 DISCUSSÃO

6.1 Caracterização dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019

Entre 2012 e 2019, cerca de 35% dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS foram assistidos fora de seu município de residência. A cobrança para ressarcimento ao SUS pode ter sido uma importante ferramenta no sentido de induzir as operadoras de saúde a assumirem pelo menos parte da responsabilidade ofertada em contrato junto a seus beneficiários que realizaram hemodiálise no setor público naquele período. Porém, o *status* da cobrança dentro do processo de análise para ressarcimento ao SUS ofereceu indícios de que a assistência de hemodiálise crônica prestada pelo setor público a pelo menos 70,22% dos beneficiários, durante o período estudado, deveria ter sido garantida pelas operadoras.

As características de sexo e idade dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS foram semelhantes às de pacientes em diálise reportados por outros estudos realizados no Brasil (CHERCHIGLIA et al., 2010; MOURA et al., 2014). Esses resultados também foram condizentes com a PNS de 2013 (AGUIAR et al., 2020) e com os inquéritos brasileiros anuais de diálise crônica (NEVES et al., 2020, 2021). Por outro lado, as PNS 2013 e 2019 demonstraram não haver diferença significativa por sexo na proporção de pessoas que referiu ter plano de saúde (MALTA et al., 2017; SOUZA JÚNIOR et al., 2021). Desse modo, o perfil de sexo e idade dos beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS pode estar mais relacionado à sua condição de paciente renal crônico do que ao fato de contar com um plano privado de assistência à saúde.

O achado de que a maior parte de beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS residia no Sudeste, na UF de São Paulo, era esperada porque essas regiões detêm maior concentração de emprego e de crescimento econômico brasileiros (IBGE, 2021) e, por isso, concentram a demanda por planos privados de assistência à saúde (MALTA et al., 2017) e as redes credenciadas pelas operadoras (ANS, 2022b; SILVA; LUIZ; BAHIA, 2019), além de terem recebido os maiores investimentos em infraestrutura para TRS no país (CHERCHIGLIA et al., 2006). Cabe ressaltar ainda as desigualdades na distribuição e acesso a transplantes de órgãos sólidos no território brasileiro. Em 2018, a maior concentração de centros de transplantes estava nas regiões Sudeste e Sul, e

os maiores vazios assistenciais para esses serviços na região Norte, notadamente Roraima, Amapá e Tocantins, UF's sem quaisquer centros habilitados (SOARES et al., 2020).

O fato de que, na maioria das UF's, as RM's das capitais concentraram a maior parte dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS era também esperado porque pacientes dependentes de TRS necessitam de estrutura assistencial de alto custo, nem sempre disponível em todos os municípios brasileiros. Por outro lado, algumas UF's concentraram mais beneficiários no interior que nas RM's das capitais, o que pode ser reflexo de um processo mais avançado de organização da linha do cuidado à TRS por meio de redes de atenção regionalizadas (BRASIL, 2014b; NEVES et al., 2021), ação prevista desde 2004 no âmbito da política nacional de saúde (CHERCHIGLIA et al., 2006). Além disso, alguns municípios do interior do Brasil são importantes polos regionais e, por isso, muitas vezes, podem ocupar maior destaque que as capitais e respectivas regiões metropolitanas do ponto de vista socioeconômico e assistencial.

Como não existem dados disponíveis sobre a distribuição de beneficiários de planos privados de assistência à saúde em TRS no Brasil, não foi possível certificar se as desigualdades regionais encontradas nesse estudo refletiam uma maior ou menor utilização do SUS pelo setor suplementar ou se eram reflexo da distribuição daqueles beneficiários nessas regiões. Porém, as maiores proporções de beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS estavam nas UF's do Nordeste e do Norte, coincidindo com as limitações assistenciais observadas pelas PNS 2013 e 2019, que eram maiores entre pessoas com plano de saúde residentes nessas regiões menos desenvolvidas do país. Nas PNS's 2013 e 2019, Nordeste e Norte também foram as regiões que apresentaram as menores proporções nacionais de pessoas que consideraram o plano de saúde bom ou muito bom, sendo as maiores proporções na região Sul (SOUZA JÚNIOR et al., 2021). Existem evidências de menor satisfação do beneficiário de plano privado de assistência à saúde relacionada a restrições existentes em seus contratos assistenciais, tais como reajustes sem regulação, abrangência geográfica da cobertura assistencial limitada, falhas na cobertura do plano, custos crescentes das mensalidades e copagamento, em especial para a assistência que demanda maior tempo de tratamento (SISSON et al., 2010), como é o caso da hemodiálise crônica. Acredita-se que essas restrições do plano privado de assistência à saúde podem levar o beneficiário a utilizar o SUS, mesmo para atendimentos cobertos por seu contrato assistencial.

Cerca de 35% dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS foi assistido fora de seu município de residência, o que pode estar relacionado à política de organização dos serviços de hemodiálise em redes

regionalizadas (BRASIL, 2014b). Os serviços de diálise e os centros de transplantes renais geralmente são pactuados dentro da microrregião ou da macrorregião de saúde, o que exige que os pacientes se desloquem para serem atendidos nas unidades de referência (BRASIL, 2018d). Outra questão a ser considerada é a grande desigualdade na distribuição e acesso aos serviços de diálise no Brasil (NEVES et al. 2020, 2021). Os centros de transplantes, por exemplo, se concentram no eixo sudeste-sul do país, havendo UF's com poucas ou até nenhuma unidade de referência para realizar esse procedimento (SOARES et al., 2020). Nesse contexto é importante destacar que os beneficiários que realizaram hemodiálise em um prestador localizado fora de seu município de residência podem estar mais expostos à diminuição da qualidade de vida em decorrência do maior tempo gasto no trajeto de casa até o serviço de diálise (MOREIRA et al., 2016), um adicional à alta carga social e econômica relacionada à DRC e à TRS (ALCALDE; KIRSZTAJN, 2018; BIKBOV et al., 2020).

A predominância de prestadores de hemodiálise privados em detrimento da rede própria do SUS foi reflexo da política pública de financiamento de hemodíalises no Brasil. Desde a década de 1970, a facilidade para o credenciamento junto à Previdência Social foi responsável por impulsionar a expansão e a consolidação da assistência de alto custo e complexidade predominantemente prestada por serviços privados e alinhada a um mercado monopolizado de máquinas, equipamentos, medicamentos e insumos relacionados a diálises (CHERCHIGLIA et al., 2006). Porém, ao contrário do que ocorreu com outros equipamentos de média/alta complexidade/custo, a maior disponibilidade de equipamentos de hemodiálise foi destinada ao SUS, configurando uma dupla porta de difícil regulação (SANTOS; SANTOS; BORGES, 2013). Desse modo, em 2019, apesar de quase 25% da população brasileira possuir plano privado de assistência médica (BRASIL, 2022) e de 73% da rede de atenção a diálises ser privada, prevaleceu o financiamento público para 79% dos procedimentos de diálise realizados no Brasil (NEVES et al., 2021).

Em nosso estudo, 62,75% dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde estavam vinculados a operadoras de grande porte. Este resultado pode ser reflexo do mercado suplementar brasileiro no qual, dentro do período estudado, a média de 68,65% dos vínculos médico-assistenciais eram de operadoras com mais de 100 mil beneficiários (BRASIL, 2022a). Este desenho concentrado é consequência do próprio marco regulatório, que tornou mais profícuo o setor de saúde suplementar (SANTOS; MALTA; MERHY, 2008; SALVATORI; VENTURA, 2012) levando à extinção de pequenas operadoras que atuavam no mercado sem parâmetros de estabilidade e sustentabilidade econômico-financeira ou estrutura mínima para se adaptarem às exigências legais e, ao mesmo tempo, competir em

preço com as grandes empresas, que além de solidez econômica ainda contam com fundos investidores (NEUMANN; FINKLER; CAETANO, 2017).

Em nosso estudo, para mais da metade dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS os contratos assistenciais não previam franquia ou coparticipação, o que coincidiu com a prática de algumas operadoras que, para regularem o acesso aos serviços, utilizaram mais a autorização prévia, a perícia médica e, em menor proporção, as coparticipações (FREITAS et al., 2011). Mesmo para aqueles 44,51% beneficiários cujo contrato previa coparticipação, o percentual foi menor em relação aos demais beneficiários existentes no Brasil que, em 2018, superou 52% (ANS, 2018c). Além disso, a informação de que existe franquia e/ou coparticipação para o contrato de um beneficiário não significa que essas se aplicariam à hemodiálise que ele realizou. Isso porque o regramento em torno dos mecanismos financeiros de regulação de acesso não oferece limites claros para quais procedimentos caberia sua aplicação, nem tetos para a exposição financeira dos beneficiários (ANS, 2022b). Ressalte-se ainda que o paciente renal crônico que realiza hemodiálise depende desse tratamento para manutenção da vida, o que esvazia o sentido de risco moral (MAIA; ANDRADE; CHEIN, 2019), que é uma das principais justificativas para a cobrança de copagamento junto a planos de saúde (ANS, 2018c, 2022b). Por outro lado, o percentual de contratos com coparticipação que encontramos foi importante, especialmente considerando que o copagamento poderia incidir sobre a hemodiálise, que é um procedimento contínuo e de alto custo e, por isso, com potencial para aumentar gastos catastróficos junto à população com insuficiência renal terminal, já economicamente vulnerável diante de sua condição crônica. Inclusive, beneficiários cuja hemodiálise era financiada pelo SUS já relataram barreiras para utilizar seu plano privado de assistência à saúde porque o contrato previa alto valor de coparticipação para esse procedimento ou porque a operadora simplesmente lhes negou a cobertura (SOUZA, 2016).

A cobrança para ressarcimento ao SUS dos valores de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade foi iniciada em 2015 (ANS, 2022b), justamente o ano em que as saídas de beneficiários de planos privados de assistência à saúde do banco para ressarcimento ao SUS foram quase 90% superiores às entradas ocorridas naquele mesmo ano. Esse movimento pode estar relacionado a um esforço das operadoras para diminuir o uso da rede pública por seus beneficiários frente à nova obrigação financeira. Como a cobrança para ressarcimento foi retroativa a abril de 2012, era impossível que as operadoras redirecionassem o fluxo de seus beneficiários que entravam ou que já estavam em tratamento dialítico no SUS, entre 2012 e 2015. Assim, o ano de 2012 apresentou a menor frequência de saídas de beneficiários dentro

do período estudado, mas é importante considerar que esse foi o único ano cujos dados se referiram a apenas nove meses.

O fato de a tendência de queda do número de beneficiários de planos privados de assistência à saúde que entraram no banco para ressarcimento ao SUS de procedimentos de hemodiálise realizados na rede pública, entre 2012 e 2019, como também de aumento das saídas desses beneficiários do banco, ter sido observada desde 2012 provavelmente ocorreu porque, apesar de a cobrança dos valores de procedimentos ambulatoriais de média/alta complexidade ter sido iniciada em 2015, a certeza de que ela ocorreria era conhecida pelo setor suplementar desde outubro de 2012 (BRASIL, 2012b).

A hipótese de que as operadoras se esforçaram para retomar a assistência de seus beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS, especialmente a partir de 2015, converge com os resultados assistenciais do setor suplementar de saúde brasileiro para o mesmo período. No ano de 2019, comparado a 2014, apesar de o número de beneficiários ter diminuído na ordem de 6,1%, houve incremento de 59,6% na realização de hemodiálise crônica na rede das operadoras (LARA, 2020). Os inquiridos brasileiros de hemodiálise também identificaram aumento percentual de tratamentos pagos por contratos assistenciais privados, que passou de 15%, em 2014, para 21%, em 2019 (THOMÉ et al., 2019; NEVES et al., 2021).

Os dois maiores aumentos de entradas de beneficiários de planos privados de assistência à saúde no banco para ressarcimento ao SUS de procedimentos de hemodiálise realizados na rede pública, entre 2012 e 2019, levaram à inclusão de quase 1/3 a mais de beneficiários em 2014 e de mais de 95% em 2016 (em relação aos respectivos anos anteriores). Esses aumentos acompanharam as estimativas dos censos brasileiros de diálise realizados no mesmo período, mas em maior amplitude percentual. O número de pacientes prevalentes em programa de diálise crônica no Brasil, apesar do aumento progressivo médio anual de 5,33%, entre 2012 e 2019, apresentou dois picos: o primeiro em 2014 (11,56%) e o segundo em 2016 (10,35%), em relação aos respectivos anos anteriores (NEVES et al., 2020, 2021).

Ao se observar as modificações no número de beneficiários de planos privados de assistência à saúde vinculados a contratos de assistência médica no Brasil ocorridas entre 2012 e 2019, a discrepância percentual em relação às entradas de beneficiários no banco para ressarcimento ao SUS de procedimentos de hemodiálise realizados na rede pública encontradas nesse estudo foi maior: o aumento médio trimestral do número de beneficiários no Brasil foi de 0,78%, entre 2012 e 2014, e com decréscimo de -0,43%, entre 2015 e 2019

(BRASIL, 2022a). Desse modo, o constante processo de aprimoramento dos critérios para identificação da assistência para ressarcimento ao SUS realizado pela ANS (ANS, 2022b) pode ser a explicação para os dois aumentos de entradas de beneficiários no banco para ressarcimento ao SUS observados em 2014 e 2016.

Durante 15 anos, desde a obrigação de cobrança prevista na Lei dos Planos de Saúde, apenas os procedimentos contidos nas internações realizadas a beneficiários de planos privados de assistência à saúde foram computados para ressarcimento ao SUS (ANS, 2022b), o que foi considerado um favorecimento às operadoras de saúde (BAHIA; SCHEFFER, 2010). Os valores quantificados neste estudo permitiriam inferir o potencial de R\$2,66 bilhões que deixaram de ser cobrados para ressarcimento ao SUS, somente para atendimentos de hemodiálise crônica realizados entre dezembro de 1999 e março de 2012 (esse total corresponde a cerca de 20% do valor que foi financiado pelo SUS para sessões de hemodiálise no mesmo período (BRASIL, 2022a)). A cobrança desse valor poderia auxiliar a superar distorções relacionadas à ampliação do lucro das operadoras às expensas de recursos sociais, como também induzir a prestação de serviços já contratados por meio de planos assistenciais (SILVEIRA; COELHO, 2019) de milhares de beneficiários renais crônicos. Além disso, a diminuição do uso da rede pelo setor suplementar e os valores ressarcidos poderiam ter sido importantes meios para auxiliar na superação da grande diversidade e desigualdade que existem na oferta e no acesso aos serviços de diálise, tanto públicos quanto privados, no Brasil (CHERCHIGLIA et al., 2010; NEVES et al., 2020, 2021).

A utilização do SUS por beneficiários da saúde suplementar é esperada e legítima, uma vez que há questões contratuais de não cobertura (GERSCHMAN, 2008). No entanto, apesar do constante aprimoramento dos filtros utilizados pela ANS para identificar os procedimentos passíveis de ressarcimento ao SUS (ANS, 2015a, 2020a), nem sempre é possível identificar todas as características do contrato assistencial do beneficiário de plano privado de assistência à saúde relacionadas ao atendimento identificado. Desse modo, as operadoras podem impugnar a cobrança por diferentes motivos, tais como carências e limites de cobertura contratual, seja geográfico ou assistencial (BRASIL, 1998a).

A taxa de impugnação média da cobrança para ressarcimento ao SUS, relacionada a atendimentos ocorridos entre julho de 2014 e setembro de 2019, se encontrava em torno de 55% (ANS, 2021c). Esse valor foi inferior ao percentual de impugnações encontrado nesse estudo (59,83%). Porém, há certa limitação em se comparar a taxa de impugnação divulgada pela ANS e o percentual de impugnação calculado nesse estudo, uma vez que a primeira representa o percentual de atendimentos identificados que foram contestados pelas

operadoras, enquanto a segunda se refere ao percentual de beneficiários de planos privados de assistência à saúde que tiveram a assistência impugnada.

Os resultados encontrados nesse estudo apontaram que, entre 2012 e 2019, as operadoras e a ANS consideraram que a assistência dialítica realizada no SUS para, no mínimo, 70,22% dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, deveria ter sido coberta por seus respectivos contratos. Esse percentual se refere aos beneficiários cuja cobrança para ressarcimento ao SUS não foi contestada pelas operadoras (40,17%) e àqueles para os quais as impugnações foram julgadas improcedentes pela ANS (30,05%). A obrigação de as operadoras garantirem a cobertura assistencial para hemodiálise pode ter sido para mais de 70,22% dos beneficiários atendidos pelo SUS naquele período. Isso porque, mesmo para os beneficiários que tiveram a impugnação da cobrança julgada procedente pela ANS, parte dos deferimentos poderia estar relacionada aos casos nos quais ficou comprovada a cobertura parcial dos procedimentos cobrados no atendimento e/ou a existência de cláusula de franquia ou coparticipação. Nestas situações, a assistência deveria ter sido realizada pela operadora, sendo então aplicado apenas o respectivo desconto sobre o valor cobrado para ressarcimento ao SUS (ANS, 2022b).

6.2 Os beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019, e os demais beneficiários existentes no Brasil

Os beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019, estavam vinculados mais frequentemente a contratos antigos, coletivos por adesão, individuais/familiares, com cobertura assistencial ambulatorial, abrangência geográfica municipal e/ou a operadoras da modalidade filantropia, se comparados aos demais beneficiários existentes no Brasil. Planos privados de assistência à saúde com características restritivas podem ter dificultado o acesso dos beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS às redes de suas operadoras de saúde e terem representado mais um dentre os diversos fatores que podem ter influenciado a utilização da rede pública por aqueles beneficiários em detrimento da cobertura prevista em seus contratos assistenciais.

O fato de estarem vinculados mais frequentemente a planos antigos em relação aos demais beneficiários de planos privados de assistência à saúde existentes no Brasil pode ter influenciado os beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS a buscarem por essa assistência pública. Planos antigos tendem a ser mais restritivos por não se sujeitarem à Lei

n.º 9.656, de 03 de junho de 1998 (BRASIL, 1998a) e à cobertura mínima assistencial obrigatória, considerada indispensável ao diagnóstico, ao tratamento e ao acompanhamento de doenças e eventos em saúde (BRASIL, 1998e), incluindo a hemodiálise.

Assim como os demais beneficiários de planos privados de assistência à saúde existentes no Brasil, os beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS estavam vinculados majoritariamente a planos coletivos. Esse resultado era esperado porque nos últimos anos foi observada a substituição da disponibilidade de planos privados individuais/familiares, sujeitos a uma regulação mais incisiva pela ANS, em favor do aumento da oferta de planos coletivos, em especial empresariais (BAIRD, 2020). Entre os meses de dezembro de 2006 e de 2021, o número de contratos médico-assistenciais do tipo coletivo aumentou 51,35%, enquanto para os contratos individuais/familiares o aumento foi de 0,22% (BRASIL, 2022a). Adicionalmente, planos coletivos empresariais funcionam como um aporte de recursos indireto, ou seja, um benefício agregado ao salário do trabalhador que não sofre as taxações comuns, como as da previdência, e ainda permitem deduções fiscais, motivos que aumentam a oferta e a demanda por essa contratação (BAIRD, 2020; MENICUCCI, 2007).

Planos coletivos apresentam menores preços à contratação e podem aumentar o retorno financeiro das operadoras de saúde, mas tendem a convergir para limitações de garantia de acesso, comprometendo ainda a qualidade da assistência a seus beneficiários. Os preços iniciais de contratos coletivos podem ser mais atrativos, mas por não haver limite regulatório de reajuste, em pouco tempo têm a capacidade de se igualar e até de superar o valor dos contratos individuais/familiares (BAIRD, 2020). Planos coletivos ainda estão sujeitos à rescisão unilateral dos contratos, como também podem estar relacionados a uma rede de assistência limitada, pouco resolutiva e, conseqüentemente, à maior judicialização pelas restrições de coberturas assistenciais, em especial para procedimentos de maior complexidade e mais caros (BAHIA et al., 2016) como a hemodiálise crônica.

Fator agravante é que parte dos planos coletivos atualmente comercializados são considerados “falsos coletivos”, por estarem mascarados ao mínimo de dois beneficiários vinculados a uma pessoa jurídica ou à adesão a associações e entidades indicadas por corretores a indivíduos sem nenhum vínculo representativo com a entidade contratante do plano privado de assistência à saúde (BAHIA et al., 2016). Esse tipo de contratação cresceu especialmente para corresponder aos potenciais clientes de planos individuais, cuja comercialização tem sofrido uma “política de desestímulo” por estarem sujeitos a uma regulação mais incisiva pela ANS (BAIRD, 2020). Por não terem representatividade, os pequenos grupos que contratam planos privados coletivos são mais vulneráveis (ANS,

2022b), o que pode significar reajustes mais altos e rede assistencial restrita, comprometendo o acesso aos serviços contratados.

A maior frequência de vínculos coletivos por adesão e individuais/familiares dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS, em relação aos demais beneficiários existentes no Brasil, pode estar relacionada à dificuldade em contratar um plano assistencial via empregador. A DRC e a TRS afetam negativamente a qualidade de vida dos pacientes nas dimensões física e psicológica e, mesmo que não constituam impedimento direto e absoluto à atividade laboral, podem limitá-la (CARREIRA; MARCON, 2003). Além disso, segundo a PNS/2019, importante proporção das pessoas com plano de saúde médico informaram que a empresa assumia o pagamento total (14,5%) ou parcial (30,9%) do seu contrato assistencial (AGUIAR et al., 2020). Assim, planos individuais/familiares e coletivos por adesão, que não encontram auxílio do empregador, tendem a requerer maior participação dos beneficiários no custo total das mensalidades, o que pode comprometer ainda mais a renda familiar do paciente renal, já economicamente mais vulnerável pela sua condição crônica (BIKBOV et al., 2020).

Em relação aos demais beneficiários de planos privados de assistência à saúde existentes no Brasil, as frequências de contratos ambulatoriais e de abrangência municipal entre os beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS foram maiores. Planos ambulatoriais e municipais configuram as mínimas segmentação e cobertura geográfica assistenciais regulamentadas (ANS, 2017e), respectivamente, e são mais baratos (ANS, 2021g), mas tendem a ser limitadores de acesso aos serviços e a comprometer a integralidade do cuidado, a qualidade e a continuidade da assistência ao ponto de serem potenciais direcionadores de seus beneficiários para o SUS (SISSON et al., 2010; SILVA; LUIZ; BAHIA, 2019), com maior peso àqueles portadores de condições crônicas. Informações da PNS de 2013 indicaram a utilização do SUS por beneficiários de planos privados tanto de menor quanto de maior potencial de cobertura. No entanto, o vínculo a um plano mais barato foi fator incrementador na utilização do serviço público de saúde em relação aos planos de maior valor mensal (SILVA; LUIZ; BAHIA, 2019). Além disso, estudos apontaram situações nas quais as operadoras, em especial para suprir a demanda da alta complexidade, direcionaram para o setor público pacientes que possuíam planos de preço e qualidade inferiores (GERSCHMAN, 2008; SILVA; LUIZ; BAHIA, 2019).

Por outro lado, o paciente portador de DRC em estágio terminal depende de consultas regulares a especialistas e da realização de exames diagnósticos para monitorar sua condição de saúde e aumentar a probabilidade de um transplante renal. Estudo qualitativo realizado

com pacientes em TRS no Brasil apontou que indivíduos com maior poder aquisitivo optaram por planos privados assistenciais para diminuir as dificuldades de acesso a consultas com especialistas e para ter maior celeridade na realização de exames para diagnóstico (MERCADO-MARTINEZ et al., 2015). Assim, beneficiários de planos privados de assistência à saúde, mesmo vinculados a planos com as mínimas segmentação e cobertura geográfica assistenciais regulamentadas, podem ter acesso mais oportuno aos exames exigidos para manter ativo o Cadastro Técnico de Rim, em relação àqueles pacientes que não estão cobertos por um contrato assistencial (SOUZA, 2016).

Nessa perspectiva, é possível que pacientes em TRS se esforcem para contratar e manter um plano privado de assistência à saúde com a finalidade de melhorar o acesso aos serviços assistenciais. Um contrato referência (cuja razão de frequência em nosso estudo foi a segunda maior em beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS, quando comparados aos demais beneficiários existentes no Brasil) inclui as segmentações ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, além de atendimento integral e ilimitado às urgências e emergências após 24 horas da contratação (ANS, 2017e). Por isso, a cobertura assistencial de um contrato referência é mais ampla, mas o valor da mensalidade tende a ser mais caro em relação aos contratos ambulatoriais e/ou hospitalares (ANS, 2021g), podendo ser uma opção para o paciente em TRS, desde que financeiramente possível. Alternativamente, um contrato ambulatorial, que é mais barato, já poderia garantir um mínimo para consultas e exames ao beneficiário de plano privado de saúde.

Beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS foram sete vezes mais frequentes em operadoras filantrópicas, quando comparados aos demais beneficiários existentes no Brasil. As filantropias surgiram no mercado de saúde na década de 1990, especialmente em municípios menores. A oferta de planos privados por essas operadoras foi baseada principalmente na assistência à saúde prestada por hospitais religiosos filantrópicos, geralmente seus mantenedores (BAHIA, 1999; BAIRD, 2020a). Bahia (2001) descreveu a organização das filantropias em sub-redes assistenciais altamente fragmentadas, uma vez que um mesmo hospital se tornou operadora de planos privados de assistência à saúde, além de continuar a prestar assistência ao SUS e a outras empresas do setor suplementar. Como resultado, o acesso dos beneficiários ficou restrito a um mínimo de serviços credenciados e por vezes a um único estabelecimento hospitalar, geralmente localizados em periferias das grandes cidades ou em municípios de médio e pequeno portes. Desse modo, beneficiários vinculados a operadoras da modalidade filantropia podem ter

planos privados mais restritivos em termos de cobertura assistencial, em especial para procedimentos de alta complexidade como a hemodiálise, e assim utilizarem mais o SUS.

Ainda sobre as operadoras filantrópicas, cabe ressaltar que, dentro do período estudado, mais de um quinto dos equipamentos de hemodiálise no Brasil (21,81%) estavam cadastrados em entidades sem fins lucrativos (BRASIL, 2022a). Assim, é possível que hospitais filantrópicos que comercializam planos privados de assistência à saúde, mesmo sendo prestadores de serviços de hemodiálise, podem estar contabilizando os gastos assistenciais e julgando mais econômico ressarcir ao SUS do que custear diretamente a assistência de seus beneficiários. Dentro dessa hipótese se multiplicaria a face subsidiadora pública para o setor privado de saúde, uma vez que hospitais filantrópicos, além dos incentivos fiscais, podem contar com repasses de recursos públicos para infraestrutura e custeio assistenciais (BRASIL, 2019b). Por outro lado, cabe ponderar que 64,56% dos planos de operadoras filantrópicas no Brasil são antigos (BRASIL, 2022a) e, portanto, não se sujeitam à regulação suplementar, nem são obrigados a cobrir todos os eventos em saúde previstos no rol de procedimentos, tais como a hemodiálise crônica.

6.3 Região da assistência, características dos contratos, modalidade das operadoras e as trajetórias dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019

Entre 2012 e 2019, mais de 20% dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde realizaram hemodiálise no SUS por 25 meses ou mais. A região da assistência, algumas características dos contratos de planos privados de assistência à saúde e a modalidade das operadoras podem ter significado restrições adicionais de acesso dos beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS às redes de saúde credenciadas em seus planos, ao ponto de terem influenciado suas trajetórias na rede pública, seja em relação ao número de períodos/pausas (trajetória contínua ou descontínua) e/ou do tempo total de utilização do SUS.

A quase totalidade dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS teve trajetória contínua (91,82%) e a maior parte dos períodos de utilização da rede pública se relacionou ao tempo de validade de uma APAC código 0305010107, que é de até três meses (BRASIL, 2021b). No entanto, 39,10% dos beneficiários utilizaram o SUS por mais de 12 meses sem mudar de contrato assistencial, sugerindo que

esses beneficiários tenderam a ficar mais tempo em um mesmo plano privado de assistência à saúde em relação ao panorama nacional indicado pelas PNS 2013 e 2019, quando 23,5% (MALTA et al., 2017) e 22,6% (SCANDAR NETO et al., 2021) das pessoas mantiveram a posse de plano de saúde por mais de um ano sem interrupção, respectivamente. Essa diferença entre os beneficiários estudados e os demais beneficiários de planos de saúde reportados nos referidos inquéritos nacionais poderia ser explicada porque a troca de um plano privado de assistência à saúde, especialmente na faixa etária de grande parte dos beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS, que concentra os maiores valores de mensalidade (ANS, 2021g), está sujeita a uma série de requisitos (ANS, 2022b) que podem complexificar o processo ou mesmo significar aumento considerável das mensalidades para que se possa mudar de contrato assistencial.

Para mais de 20% dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS os períodos de utilização não poderiam ser explicados por limitações contratuais por carência para realizar hemodiálise quando da contratação de um plano privado assistencial, seja por ser um procedimento de alta complexidade, cujo prazo máximo permitido é de 180 dias, e/ou porque o contrato previa cobertura parcial temporária para DRC preexistente, o que poderia implicar carência de até 24 meses (ANS, 2007, 2022b) (regramento aplicado para planos novos, que compuseram 83,83% dos contratos de beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS dentro do período estudado; para planos antigos as regras obedecem ao disposto no contrato). Além disso, mesmo para planos novos, as regras de carência em contratos coletivos (67,61% da população deste estudo) são mais restritivas em relação aos individuais/familiares, porque limitam a exigência destes prazos a contratos empresariais com menos de 30 vidas ou à vinculação fora de prazo a contratos de adesão (BRASIL, 1998a).

Beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019, e que tiveram trajetória descontínua, quando comparados aos beneficiários com trajetória contínua, foram mais frequentes no maior tempo de utilização do SUS (25 meses ou mais), e em prestadores da região Nordeste, além de terem mudado mais de UF durante a trajetória na rede pública. Tanto para beneficiários com trajetória contínua quanto para os de trajetória descontínua, aqueles que realizaram hemodiálise na região Sul, no mesmo período, foram mais frequentes no menor tempo de utilização do SUS (3 meses ou menos), quando comparados aos beneficiários assistidos em outras regiões do país.

A capilarização da linha do cuidado às TRS por meio de redes de atenção regionalizadas (CHERCHIGLIA et al., 2006; BRASIL, 2014b, 2018d; NEVES et al., 2021) e

a predominante dupla porta dos serviços de hemodiálise (SANTOS; SANTOS; BORGES, 2013) no Brasil podem ter favorecido a entrada de beneficiários de planos privados de assistência à saúde na rede de hemodiálise do SUS, entre 2012 e 2019. Porém, as diferenças inter-regionais relacionadas às trajetórias daqueles beneficiários encontradas nesse estudo podem ser explicadas em parte pela diversidade de oferta da rede suplementar brasileira.

O mercado suplementar médico-assistencial no Brasil se configurou por uma distribuição geográfica muito desigual, perpetuando a histórica relação entre a amplitude da assistência privada, a disponibilidade agregada de renda e o maior desenvolvimento econômico. Desse modo, a oferta da rede suplementar está concentrada onde há demanda, pessoas e empresas de grande porte, com maior capacidade para a compra de planos privados de assistência à saúde (MENICUCCI, 2007). De acordo com as PNS 2013 e 2019 (SOUZA JÚNIOR et al., 2021) e o Tabnet da ANS (BRASIL, 2022a), a região Sul possui a segunda maior cobertura de planos de saúde no Brasil (superada pelo Sudeste), enquanto a cobertura suplementar da região Nordeste é a segunda menor do país (maior apenas que a cobertura da região Norte)⁶⁵.

Ainda para explicar as diferenças inter-regionais relacionadas às trajetórias dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019, é importante estabelecer algumas considerações sobre o destino que eles tiveram após saírem da rede pública. Nesse sentido, alguma inferência pôde ser feita a partir dos estudos de Moura et al. (2014a). Esses autores encontraram que 20,01% dos indivíduos que realizaram diálise no SUS, entre 2000 e 2012, deixaram a assistência pública antes de três meses a partir do início do tratamento dialítico. Desse total de indivíduos que saíram do SUS, a maior parte (92,8%) estava em hemodiálise e 35,4% tinham evoluído a óbito. Como o desembolso direto representaria custo catastrófico ao indivíduo dependente de tratamento dialítico, que é contínuo e de alto custo (CREWS; BELLO; SAADI, 2019), em nosso estudo, os beneficiários de planos privados de assistência à saúde que saíram do banco para ressarcimento ao SUS, entre 2012 e 2019, e que não evoluíram a óbito, podem ter passado a realizar hemodiálise financiada por meio de contratos assistenciais privados.

Outra hipótese para o destino dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019, é que parte deles tenha saído da rede pública porque realizou transplante, que é a técnica mais custo-efetiva para tratamento do

⁶⁵ Entre 2012 e 2019, a taxa média de cobertura de planos privados de assistência médica no Brasil foi de 24,7%. Entre as regiões, a média desta taxa de cobertura foi de 36,6% no Sudeste, 24,7% no Sul, 20,4% no Centro-Oeste, 12,1% no Nordeste e 10,8% no Norte (BRASIL, 2022a).

paciente renal crônico terminal (GOUVEIA et al., 2017; BRITO et al., 2020). Apesar de a lista de espera por um transplante renal no Brasil ser longa (BRASIL, 2022b), sendo o tempo médio para conseguir um rim em torno de três anos (MENDONÇA; ANSELMO, 2014), retomamos que a posse de um plano privado de assistência à saúde pode facilitar o acesso a exames para manter o paciente na lista de transplantes (SOUZA, 2016). Além disso, como muitos prestadores de hemodiálise no Brasil são de dupla porta (SANTOS; SANTOS; BORGES, 2013), a espera pode ser menor para quem puder pagar para utilizar os serviços (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008). Desse modo, a posse de um plano privado de assistência à saúde poderia aumentar a probabilidade de um paciente em TRS ser transplantado.

Somada às desigualdades de acesso a transplantes no Brasil relacionadas à posse ou não de um contrato assistencial, mesmo entre beneficiários de planos privados de assistência à saúde pode haver maior ou menor dificuldade para realizar um transplante, a depender da região do país em que se reside. Segundo a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (2019), entre 2012 e 2019, a região Sul apresentou o melhor desempenho do Brasil em relação a transplantes renais realizados (46,6 pmp, taxa essa 1,56 maior que a nacional, que foi de 30,1 pmp), enquanto o Nordeste teve a segunda menor taxa de transplantes (20,2 pmp, que representou 0,67 vez a taxa nacional), superior apenas à região Norte (4,4 pmp, que representou 0,17 vez a taxa nacional).

Nesse contexto de desigualdade inter-regional, uma maior cobertura suplementar, aliada a melhores disponibilidade e operacionalidade da rede de transplantes renais, podem ter significado melhor acesso daqueles beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise na região Sul às redes de hemodiálise de suas operadoras, resultando em trajetórias mais curtas no SUS em relação aos demais beneficiários do restante do Brasil. Por outro lado, beneficiários assistidos na região Nordeste podem ter enfrentado vazios assistenciais e consequentes restrições de acesso às coberturas contratadas em seus planos, acabando por comporem trajetórias descontínuas. Além disso, as mesmas desigualdades de distribuição e de acesso à rede de hemodiálise no país podem ter induzido beneficiários de trajetória descontínua a serem mais frequentes no maior tempo de utilização do SUS e a procurarem outras UF's com maior frequência a fim de terem acesso à TRS, se comparados aos beneficiários com trajetória contínua.

Tanto para beneficiários de planos privados de assistência à saúde com trajetória contínua quanto para os de trajetória descontínua, aqueles que eram vinculados a contratos do tipo individual/familiar e realizaram hemodiálise na rede pública, entre 2012 e 2019, foram mais frequentes nos tempos de utilização do SUS de 25 meses ou mais, quando comparados

aos beneficiários com outros tipos de contratação. Diante desse resultado, retomamos que o paciente renal que realiza hemodiálise é economicamente mais vulnerável pela sua condição crônica (CREWS; BELLO; SAADI, 2019; BIKBOV et al., 2020), como também tem maior dificuldade de inserção no mercado de trabalho (CARREIRA; MARCON, 2003; LARA; SARQUIS, 2004; SANTOS; SARDINHA, 2018), que poderia lhe garantir assistência por meio de um contrato privado do tipo coletivo, com menor participação no custo das mensalidades (IBGE, 2020). Uma forma de adquirir um plano privado de assistência à saúde seria por meio de um contrato individual/familiar. Porém, apesar de ter seu reajuste regulado pela ANS, contratos do tipo individuais/familiares são mais caros (ANS, 2021g) e, conforme já referido na seção 6.2, tendem a requerer maior participação dos beneficiários no custo total das mensalidades, o que poderia comprometer ainda mais a renda familiar do paciente renal. Assim, a necessidade de um tratamento contínuo e de alto custo e a incerteza em manter um plano privado por causa de seu valor, além da disponibilidade de um sistema público gratuito, podem ter levado beneficiários vinculados a contratos individuais/familiares a utilizarem o SUS por mais tempo.

Beneficiários de planos privados de assistência à saúde com trajetória contínua vinculados a contratos de abrangência geográfica estadual e beneficiários com trajetória descontínua vinculados a contratos de abrangência geográfica por grupo de estados, que realizaram hemodiálise na rede pública, entre 2012 e 2019, foram mais frequentes no tempo de utilização do SUS de 25 meses ou mais. Conforme discorrido na seção 6.1, apesar de a proposta da rede de TRS no Brasil ser para a capilarização dos serviços, as clínicas de diálise e os centros de transplantes são assistência de alto custo pactuada geralmente em polos regionais (CHERCHIGLIA et al., 2006; BRASIL, 2014b, 2018d; NEVES et al., 2021), havendo ainda importante desigualdade na distribuição e acesso a esses serviços no país (NEVES et al. 2020, 2021; SOARES et al., 2020). Por isso, é possível que a escolha daqueles beneficiários por planos de abrangência geográfica estadual ou por grupo de estados tenha sido para ampliar as possibilidades de acesso à TRS e ao transplante renal. Porém, geralmente, quanto maior a cobertura geográfica do plano privado de assistência à saúde, maior será o valor de sua mensalidade (ANS, 2021g). Assim, a necessidade de um tratamento contínuo e de alto custo e a incerteza em manter um plano privado por causa de seu valor, além da disponibilidade do SUS, também podem ter levado beneficiários vinculados a contratos com coberturas geográficas estadual ou por grupos de estados a serem mais frequentes no maior tempo de utilização do SUS.

Quase 60% dos planos privados de assistência à saúde registrados na ANS são de coberturas restritas a uma única cidade (12,58%) ou a um grupo de municípios vizinhos (46,06%) (BRASIL, 2022a). Porém, a operadora deve garantir a cobertura de transporte para procedimentos eletivos, que é o caso da hemodiálise crônica, apenas na inexistência ou indisponibilidade de prestador onde o beneficiário reside ou nos municípios limítrofes (ANS, 2011). Desse modo, outra questão importante para a permanência por mais tempo de beneficiários vinculados a planos de abrangência geográfica estadual ou por grupo de estados na rede de hemodiálise do SUS pode ter sido o transporte sanitário gratuito que o serviço público garante para aos pacientes em TRS e acompanhantes, de acordo com as referências previamente pactuadas locorregionalmente (BRASIL, 2018d).

Algumas características dos contratos de planos privados de assistência à saúde de beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019, influenciaram o tempo de utilização da rede pública quando relacionadas ao mesmo tipo de trajetória. Beneficiários com trajetória contínua vinculados a contratos antigos, sem a previsão de franquia e/ou a operadoras da modalidade autogestão, foram mais frequentes no tempo de utilização do SUS de 25 meses ou mais, se comparados aos demais beneficiários de mesma trajetória. Nessa interface, reiteramos que contratos antigos tendem a ser assistencialmente mais restritivos (BRASIL, 1998ae) e podem ser capazes de influenciar beneficiários a utilizarem o SUS por mais tempo. As maiores frequências de beneficiários com trajetória contínua em tempos de utilização do SUS de 25 meses ou mais junto a autogestões pode ser porque, dentro do período estudado, entre as cinco modalidades de operadoras que atuam no mercado suplementar brasileiro, as autogestões detinham o maior percentual de beneficiários vinculados a contratos privados médico-assistenciais antigos existentes no país (37,96%) (BRASIL, 2022a).

A maior frequência no tempo de utilização de 25 meses ou mais para beneficiários de planos privados de assistência à saúde com trajetória descontínua, se comparados aos demais beneficiários de mesma trajetória, foi para aqueles vinculados a operadoras da modalidade filantropia. Conforme já exposto na seção 6.2, beneficiários vinculados a operadoras da modalidade filantropia podem ter planos privados mais restritivos em termos de cobertura assistencial (BAHIA, 1999, 2001; BAIRD, 2020a), em especial para procedimentos de alta complexidade como a hemodiálise e, assim, utilizarem esse atendimento no SUS por mais tempo.

Outras características dos contratos de planos privados de assistência à saúde de beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019, eram diferentes ao se

comparar os dois tipos de trajetória estudados. Beneficiários com trajetória descontínua foram mais frequentes em planos nacionais e por grupos de estados, o que pode estar relacionado a uma tentativa de se obter melhor acesso à TRS, que tem redes pública e privada com distribuição desigual no Brasil (NEVES et al. 2020, 2021). Porém, mesmo contratando um plano privado com abrangência geográfica ampliada, as mesmas desigualdades de distribuição dos serviços podem ter induzido o beneficiário a fazer hemodiálise com a cobertura de seu plano e, por vezes, utilizar o SUS. Beneficiários com trajetória descontínua também tiveram uma maior frequência em operadoras da modalidade autogestão se comparados aos beneficiários de trajetória contínua. Conforme já mencionado anteriormente, dentro do período estudado, as autogestões detinham o maior percentual de planos antigos no país (BRASIL, 2022a), ou seja, contratos assistencialmente mais restritivos em termos de cobertura e de acesso aos serviços (BRASIL, 1998ae). Nessa perspectiva, é possível que beneficiários dessas operadoras enfrentem dificuldades de acesso à diálise e acabem utilizando o SUS para esse procedimento, mesmo que de maneira esporádica, constituindo assim uma trajetória descontinuada.

Por outro lado, beneficiários com trajetória contínua, quando comparados aos beneficiários de trajetória descontínua, foram mais frequentes em contratos antigos, coletivos por adesão, de segmentação ambulatorial e com franquia. Conforme já explicitado nesta discussão, beneficiários de planos privados de saúde vinculados a contratos antigos podem ficar continuamente na rede pública de hemodiálise porque esses planos tendem a ser mais restritivos em termos de cobertura assistencial (BRASIL, 1998ae), especialmente para procedimentos de alta complexidade, como a hemodiálise. Assim como a coparticipação, a cobrança de franquia é um fator moderador da utilização dos serviços assistenciais, mas que também pode ser restritivo econômico ao ponto de induzir o beneficiário a fazer uso contínuo do SUS. Contratos coletivos por adesão, assim como os contratos individuais/familiares, independentemente de haver ou não fator moderador da utilização dos serviços cobertos, exigem maior participação dos beneficiários no custeio das mensalidades e podem influenciar um uso continuado do SUS. Além disso, o beneficiário de “falso” plano coletivo por adesão (BAHIA et al., 2016b), por estarem mais sujeitos a enfrentar dificuldades para negociar reajustes e para acessar a rede assistencial de sua operadora (ANS, 2021b), podem tender a utilizar o SUS continuamente. Por fim, planos privados de segmentação ambulatorial são mais baratos (ANS, 2021g), mas também assistencialmente mais restritivos (SISSON et al., 2010; SILVA; LUIZ; BAHIA, 2019) e por isso podem influenciar o uso contínuo da rede pública pelos beneficiários que precisaram realizar hemodiálise.

Em função de ser um estudo pioneiro, era escassa a literatura sobre beneficiários de planos privados de assistência à saúde que utilizaram o SUS, em especial para procedimentos ambulatoriais, cuja cobrança para ressarcimento é recente e cujos dados públicos não estão individualizados. Desse modo, a comparação de nossos resultados com os censos de hemodiálise e as PNS's deve ser interpretada com cautela, uma vez que esses inquéritos nacionais utilizam metodologia diferente e a população inclui, além dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, dois segmentos não abrangidos pelos dados da ANS: gastos individuais diretos com saúde e planos de assistência ao servidor público.

Dentre as limitações desse estudo, temos que a ocorrência de grande número de atendimentos para um mesmo beneficiário de plano privado de assistência saúde que realizou hemodiálise na rede pública podia aumentar a probabilidade de perda de informações quando do processo de relacionamento utilizado pela ANS para compor a base de dados da assistência identificada para ressarcimento ao SUS. A assistência continuada também dificultou o processo e tinha potencial para levar a uma perda de informações quando da agregação de variáveis para compor a base centrada no beneficiário.

Para construir a base centrada no beneficiário de plano privado de assistência à saúde foi utilizado o identificador único do vínculo contratual armazenado no SIB da ANS. Como uma pessoa pode contratar mais de um plano privado de assistência à saúde, cada qual se constituindo como um vínculo diferente, alguns beneficiários envolvidos nessa pesquisa podem ter sido considerados mais de uma vez. No entanto, essa limitação de nossa pesquisa pode estar atenuada, uma vez que a proporção de pessoas com mais de um plano de saúde foi de apenas 2,7% em 2013 (MALTA et al, 2017) e os dados da PNS de 2019 (IBGE, 2021) apontaram para a redução desse percentual.

Outra ponderação a ser feita é que a região de residência dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde se refere a dados informados pelas operadoras e a ANS já identificou casos em que o endereço da empresa contratante de plano coletivo, e não o endereço residencial do beneficiário, foi informado indevidamente (ANS, 2022b; BRASIL, 2022a). Isso poderia resultar em falso aumento da quantidade de beneficiários no local da empresa em detrimento do local de sua residência.

Nunca é demais ressaltar que dados públicos individualizados de assistência à hemodiálise não estão disponíveis (ANS, 2022b; BRASIL, 2022a). Assim, visando diminuir possíveis vieses relacionados à comparação entre populações diferentes (GORDIS, 2017), as distribuições de frequências brutas dos beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS, segundo características dos contratos e a modalidade das operadoras, foram padronizadas por

idade e sexo, utilizando-se a estrutura da população dos demais beneficiários existentes no Brasil para o período estudado.

Por fim, as informações disponibilizadas pela ANS eram provenientes de um banco de APAC projetado para o faturamento público e que posteriormente foi pareado com o SIB para o processamento de valores devidos pelas operadoras para fins de ressarcimento ao SUS, ou seja, é um banco com finalidade administrativa. Sendo assim, não foi possível discernir se as entradas de beneficiários de planos privados de assistência à saúde no banco para ressarcimento ao SUS se referiam ao início de um fluxo individual em busca de cuidados terapêuticos para a DRC terminal ou se eram continuidade de uma assistência já prestada com a cobertura de recursos diretos ou de um plano de saúde. Do mesmo modo, não se pôde certificar se as saídas de beneficiários do banco para ressarcimento ao SUS representavam o final de uma trajetória assistencial de hemodiálise por meio de transplante ou óbito, ou se a assistência dialítica foi continuada sob o financiamento direto ou de um plano de saúde.

Apesar das limitações consideradas para esse estudo, nossos resultados podem ser complementares aos dados financeiros sobre o ressarcimento ao SUS até então divulgados pela ANS e analisados em outras pesquisas, iluminando fatos e processos relacionados ao uso do SUS com foco nos beneficiários de planos privados de assistência à saúde. Esse tipo de análise pode ainda ter potencial para lançar luz ao uso do SUS por beneficiários que necessitam de outra assistência ambulatorial contínua, ou mesmo são reincidentes na rede pública para algum tipo de internação, como atendimentos psiquiátricos. Desse modo, avançamos um pouco mais na discussão e no entendimento sobre os motivos que levam o indivíduo a buscar e por permanecer na assistência pública, apesar de ter contratado um plano assistencial. Esse conhecimento é importante para que se possa dar maior transparência às informações e assim implementar políticas públicas de regulação, promovendo relações coordenadas entre os setores público e privado de saúde brasileiros, especialmente para questões de insuficiência de rede junto aos produtos registrados e comercializados pelo setor suplementar. Desse modo se abre uma nova perspectiva de análise regulatória para corrigir vazios assistenciais e falhas prestacionais ocasionados por operadoras de saúde.

Paralelamente, fortalecemos a importância de integrar a academia e os órgãos geradores de informações, como também existe a oportunidade de contribuirmos com a disseminação do conhecimento e das possibilidades que o instituto do ressarcimento ao SUS pode oferecer como mecanismo regulatório da interface público e privado no sistema de saúde brasileiro.

7 CONCLUSÃO

Esse estudo ofereceu indícios de que a cobrança para ressarcimento ao SUS pode ter sido importante para que as operadoras de saúde assumissem pelo menos parte da responsabilidade ofertada em contrato junto a seus beneficiários que realizaram hemodiálise no setor público, entre 2012 e 2019. Esse fato reforça a importância do instituto do ressarcimento ao SUS como instrumento regulatório no sentido de diminuir o enriquecimento ilícito do setor suplementar à custa do bem público.

Por outro lado, beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise na rede pública, entre 2012 e 2019, estavam mais frequentemente vinculados a contratos com características restritivas, se comparados aos demais beneficiários existentes no Brasil. Constatamos também uma coorte de beneficiários utilizando o SUS por tempo superior aos limites que poderiam estar relacionados a carências contratuais, como também beneficiários cujas trajetórias (traduzidas nas dimensões contínua ou descontínua e no tempo total de utilização do SUS) estiveram associadas à região da assistência e a características dos planos privados de assistência à saúde aos quais estavam vinculados. Esses resultados oferecem indícios de que o alto custo do procedimento de hemodiálise, apesar de importante, não foi o único influenciador da utilização do SUS por aqueles beneficiários. Os mesmos resultados também podem estar refletindo desigualdades de acesso à saúde dentro do setor suplementar, como também podem ser evidências de que, por mais que a regulação atue no sentido de defender o interesse público na prestação de serviços privados de saúde, um mercado suficientemente consolidado foi capaz de se reorganizar para se submeter a um controle menos rigoroso do Estado e aumentar seus lucros.

Encontramos que a assistência de hemodiálise crônica prestada pelo SUS à maior parte dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise na rede pública, entre 2012 e 2019, deveria ter sido garantida pelas operadoras. Mesmo assim, houve operadoras que, além de terem descumprido a obrigação de cobertura ofertada em contrato, ainda insistiram em impugnar os atendimentos identificados para ressarcimento ao SUS. A postura de negar a dívida ou mesmo protelar seu pagamento pode ser reflexo de longos anos passados antes que houvesse a decisão final sobre a constitucionalidade da cobrança para ressarcimento ao SUS, ocorrida somente em 2018. Porém, aquele resultado também pode implicar que a rede pública de hemodiálise esteja sendo subsidiadora da rede suplementar de saúde, reforçando que o Índice de Valoração do Ressarcimento, apesar de ser uma alternativa pragmática para calcular o custo da cobrança para ressarcimento ao SUS,

pode ter perdido, ao longo do tempo e em certa medida, sua importância e capacidade de correção econômica sobre uma tabela pública gradativamente defasada. Assim, a obrigação para ressarcimento ao SUS, por vezes, talvez tenha um custo/benefício equilibrado e até economicamente vantajoso ao setor suplementar, sendo insuficiente para desestimular a utilização do SUS como complementar à rede das operadoras, especialmente em regiões mais distantes dos grandes centros e economicamente menos favorecidas e, por isso, com maior dificuldade de organização de prestadores para a assistência de alto custo e complexidade. Outro fator complicador é que no Brasil grande parte dos prestadores de hemodiálise crônica são privados e o acesso é predominantemente por dupla porta, havendo a possibilidade de um mesmo serviço de referência da operadora também ser referência para os atendimentos do SUS, o que pode dificultar, inclusive aos beneficiários e usuários dos serviços, identificarem qual fonte de recursos lhes financiou a assistência.

Há que se considerar ainda que a predominante dupla-porta dos serviços de diálise no Brasil também pode dificultar os mecanismos de auditoria financeira e favorecer que um mesmo atendimento seja fraudulentamente cobrado do SUS e da operadora. Por outro lado, beneficiários de planos privados de assistência à saúde com DRC terminal podem optar por utilizar o SUS, mesmo tendo contratado cobertura para hemodiálise, porque existem serviços de excelência e transporte sanitário financiados pelo setor público, ou mesmo porque o SUS é gratuito e oferece maior garantia de continuidade assistencial diante da incerteza da manutenção de um plano privado de assistência à saúde em um país com constantes crises econômicas e tamanhas desigualdades sócio regionais.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conformação do sistema de saúde no Brasil delinea o aspecto singular dessa pesquisa, uma vez que existe uma histórica tensão entre o privado, que oferta assistência à saúde na lógica do mercado, restrita a um contrato para quem pode pagar, e o SUS, que busca garantir saúde integral como um bem público e direito social. Nesse contexto, a contribuição deste estudo consiste no exame de um tema pouco explorado, refletindo a interface da utilização do SUS pelo setor suplementar com foco nos beneficiários de planos privados de assistência à saúde e nas características de seus contratos, da modalidade de suas operadoras e da região em que foram assistidos, a partir de dados secundários não disponíveis ao público para livre acesso.

No Brasil, que é um país com tamanhas desigualdades sócio regionais e reiteradamente atingido por crises econômicas, a incerteza da posse de um plano privado de assistência à saúde se contrapõe à disponibilidade de um sistema público universal. O SUS garante ao paciente acesso gratuito às sessões de hemodiálise, a consultas por equipe multidisciplinar, aos medicamentos, aos exames, à hospitalização, ao transplante e mesmo ao deslocamento entre a residência e os serviços. Porém, apesar de integral, a assistência do SUS nem sempre é oportuna. Nessa interface, planos privados de assistência à saúde, mesmo com características mais restritivas em relação ao acesso à TRS, podem estar sendo suficientes para que seus beneficiários realizem procedimentos mais simples e baratos com a cobertura de seus contratos, como exames e consultas, oferecendo-lhes certa vantagem em relação aos demais usuários do SUS e acentuando desigualdades de acesso dentro do sistema de saúde brasileiro.

Estamos em um momento de abertura da sociedade frente à Pandemia de Covid-19, quando a saúde tem sido colocada em primeiro plano na preocupação da população e o SUS demonstrou e foi reconhecido como alicerce assistencial. Assim, é necessário corrigir rumos e assentar bases para reafirmar a saúde como política social sustentada por um sistema público universal. Nossos resultados mostraram que beneficiários de planos privados de assistência à saúde que utilizaram o SUS para realizar hemodiálise, que é um procedimento de alta complexidade e alto custo, foram mais frequentes em contratos mais restritivos, se comparados aos demais beneficiários existentes no Brasil. Além disso, o tempo de utilização da rede pública também foi maior entre aqueles beneficiários vinculados a planos com características restritivas e assistidos em regiões economicamente mais vulneráveis do país.

Considerando que nossa pesquisa retratou a população total de beneficiários que realizaram hemodiálise na rede pública (o procedimento com maiores quantidades realizadas e volume financeiro mobilizado para ressarcimento ao SUS, desde o início das identificações de atendimentos de média e alta complexidade ocorridos a partir de 2012) entendemos que a expansão de planos privados de assistência à saúde acessíveis, com mensalidades mais baixas e coberturas restritas, pode não ser uma boa justificativa para desafogar a rede pública e muito menos para equilibrar a relação público-privada em sua parte mais onerosa porque, quando o beneficiário precisar de um procedimento mais caro, ele pode acabar sendo induzido a utilizar o SUS.

REFERÊNCIAS⁶⁶

ABTO - Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. **Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2012-2019)**. São Paulo: ABTO, 2019. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2019/RBT-2019-leitura.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2022.

ACURCIO, Francisco de Assis. Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Programa Multiplica SUS: curso básico sobre o SUS: (re)descobrimos o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 23-40. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0374_M.pdf. Acesso em: 12 jan. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução Especial n.º 05, de 24 de agosto de 2000. Padroniza documentos para processo de impugnações ao Ressarcimento ao SUS e revoga RE n.º 01 de 30 de março de 2000. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, ago. 2000. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=NTUy>. Acesso em: 18 jan. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução Especial n.º 06, de 26 de março de 2001. Estabelece nova sistemática para o processamento do Ressarcimento ao SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, abr. 2001. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=NTUx>. Acesso em: 18 jan. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução Normativa - RN n.º 85, de 7 de dezembro de 2004. Dispõe sobre a concessão de Autorização de Funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, dez. 2004. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=ODgx>. Acesso em: 18 jan. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Caderno de Informação de Ressarcimento e Integração com o SUS**. Rio de Janeiro: ANS, nov. 2005. 57 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/suplementar/pdf/caderno_ressarc_dez2005.pdf. Acesso em: 18 jan. 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução Normativa n.º 162, de 17 de outubro de 2007. Estabelece a obrigatoriedade da Carta de Orientação ao Beneficiário; dispõe sobre Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP); Cobertura Parcial Temporária (CPT) [...]. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, out. 2007. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTIyMw==#:~:text=2%C2%B0%2C%20incisos%20II%20e,privado%20de%20assist%C3%Aancia%20%C3%A0%20sa%C3%BAde>. Acesso em: 24 maio 2021.

⁶⁶ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas, NBR 6023, 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução Normativa n.º 185, de 30 de dezembro de 2008. Institui o procedimento eletrônico de ressarcimento ao SUS, previsto no artigo 32 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, e estabelece normas sobre a repetição de indébito e o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS.

Diário Oficial da União. Brasília, DF, dez. 2008. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFOriginal&format=raw&id=MTM4Ng==>. Acesso em: 18 jan. 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução Normativa n.º 195, de 14 de julho de 2009. Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**.

Brasília, DF, jul. 2009a. Disponível em:

<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OA==>. Acesso em: 11 maio 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução Normativa n.º 196, de 14 de julho de 2009. Dispõe sobre a Administradora de Benefícios. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, jul. 2009b. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OQ==>. Acesso em: 11 maio 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução Normativa n.º 259, de 17 de junho de 2011. Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa – IN n.º 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO.

Diário Oficial da União. Brasília, DF, jun. 2011. Disponível em: <http://intranet/busca-de-legislacao/acao/?task=PDFAtualizado&id=1758>. Acesso em: 11 janeiro 2022

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução Normativa n.º 295, de 9 de maio de 2012. Estabelece normas para a geração, transmissão e controle de dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS[...]. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, maio. 2012a.

Disponível em:

http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=2834. Acesso em: 17 ago. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução Normativa da diretoria Colegiada da ANS n.º 305, de 09 de outubro de 2012. Esta Resolução estabelece o Padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar - Padrão TISS dos dados de atenção à saúde dos beneficiários [...]. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, out. 2012b.

Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=245930>. Acesso em: 04 out. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução Normativa - RN n.º 43, de 5 de junho de 2013. Dispõe sobre as informações do Sistema de Registro de Planos de Saúde da ANS - RPS/ANS a serem transmitidas pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde [...]. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, jun. 2013.

Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/dipro/2013/int0043_05_06_2013.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20informa%C3%A7%C3%B5es%20do,disp%C3%B5e%20sobre%20os%20procedimentos%20de. Acesso em: 18 jan. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução Normativa n.º 367, de 18 de dezembro de 2014. Dispõe sobre o Índice de Valoração do Ressarcimento - IVR. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, dez. 2014. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg2Nw==>. Acesso em: 18 jan. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução Normativa n.º 58, de 08 de maio de 2015. Altera a Instrução Normativa n.º 54 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, de 27 de novembro de 2014, que dispõe sobre os procedimentos físicos e híbridos de ressarcimento ao SUS [...]. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, maio. 2015a. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjk2Ng==>. Acesso em: 26 abr. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução Normativa n.º 392, de 9 de dezembro de 2015. Dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e limites de alocação e de concentração na aplicação dos ativos garantidores das operadoras no âmbito do sistema de saúde suplementar e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, dez. 2015b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzE1Mg==>. Acesso em: 18 jan. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Boletim informativo de Utilização do Sistema Único de Saúde por beneficiários de planos privados de assistência à saúde e Ressarcimento ao SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: ANS, nov. 2016a. 33 p. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/boletim_ressarcimento_novembro_2016.pdf. Acesso em: 08 set. 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Consulta Pública n.º 60 – Mecanismos Financeiros de Regulação - Coparticipação e Franquia**. Rio de Janeiro: ANS, mar. 2017a. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/consultas-publicas-encerradas/consulta-publica-60-2013-mecanismos-financeiros-de-regulacao-coparticipacao-e-franquia>. Acesso em: 06 set. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Boletim informativo de Utilização do Sistema Único de Saúde por beneficiários de planos privados de assistência à saúde e Ressarcimento ao SUS**. 3. ed. Rio de Janeiro: ANS, jul. 2017b. 38 p. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/boletim_ressarcimento_julho_2017.pdf. Acesso em: 08 set. 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Mapa de Utilização do SUS por Beneficiários de Planos privados de assistência à saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: ANS, nov. 2017c. 130 p. Disponível em:

http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/beneficiarios_sus_2017.pdf. Acesso em: 08 set. 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Boletim informativo de Utilização do Sistema Único de Saúde por beneficiários de planos privados de assistência à saúde e Ressarcimento ao SUS**. 4. ed. Rio de Janeiro: ANS, dez. 2017d. 38 p. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/boletim_ressarc_dez_2017.pdf. Acesso em: 08 set. 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Glossário temático: saúde suplementar**. 3. ed. Rio de Janeiro: ANS, 2017e. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 144 p. ISBN 978-85-334-2508-8. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_saude_suplementar_3ed.pdf. Acesso em: 26 jan. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Boletim informativo de Utilização do Sistema Único de Saúde por beneficiários de planos privados de assistência à saúde e Ressarcimento ao SUS**. 5. ed. Rio de Janeiro: ANS, abr. 2018a. 33 p. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/ANEXO/total_boletim_5_edicao.pdf. Acesso em: 08 set. 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução Normativa n.º 433, de 27 de junho de 2018. Dispõe sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação, como fatores moderadores de utilização dos serviços de assistência médica, hospitalar ou odontológica no setor de saúde suplementar [...]. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, jun. 2018b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzU5NA==>. Acesso em: 06 set. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Nota Técnica n.º 11/2018/GASNT/DIRAD-DIDES/DIDES**. Rio de Janeiro: ANS, jul. 2018c. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/consultas-publicas-encerradas/consulta-publica-60-2013-mecanismos-financeiros-de-regulacao-coparticipacao-e-franquia>. Acesso em: 06 set. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Boletim informativo de Utilização do Sistema Único de Saúde por beneficiários de planos privados de assistência à saúde e Ressarcimento ao SUS**. 6. ed. Rio de Janeiro: ANS, nov. 2018d. 33 p. Disponível em: http://www.ans.gov.br/biblioteca/php/download.php?codigo=4850&tipo_midia=2&iIn. Acesso em: 08 set. 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Mapa de Utilização do SUS por Beneficiários de Planos privados de assistência à saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: ANS, nov. 2018e. 117 p. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/Mapa_Ressarcimento_3ed.pdf. Acesso em: 08 set. 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Boletim informativo de Utilização do Sistema Único de Saúde por beneficiários de planos privados de assistência à saúde e Ressarcimento ao SUS**. 7. ed. Rio de Janeiro: ANS, dez. 2018f. 33 p. Disponível

em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Boletim_ressarcimento_07ed_2018.pdf. Acesso em: 8 set. 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Boletim informativo de Utilização do Sistema Único de Saúde por beneficiários de planos privados de assistência à saúde e Ressarcimento ao SUS**. 8. ed. Rio de Janeiro: ANS, jun. 2019a. 26 p. 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. Acesso em: 08 set. 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Ficha Técnica: indicadores do Programa de Qualificação de Operadoras 2020 (ano-base 2019)**. Rio de Janeiro: ANS, ago. 2019b. 226 p. Disponível em:

http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/idss/pqo2020_fichas_IDSS_ab_2019_revisada_2808.pdf. Acesso em: 15 dez. 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Boletim informativo de Utilização do Sistema Único de Saúde por beneficiários de planos privados de assistência à saúde e Ressarcimento ao SUS**. 9. ed. Rio de Janeiro: ANS, dez. 2019c. 24 p. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/Boletim_ressarcimento_SUS_-_9a_Edi%C3%A7%C3%A3o.pdf. Acesso em: 08 set. 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Boletim informativo de Utilização do Sistema Único de Saúde por beneficiários de planos privados de assistência à saúde e Ressarcimento ao SUS**. 10. ed. Rio de Janeiro: ANS, jun. 2020a. 27 p. Disponível em:

http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_da_Operadora/Compromissos_interacoes_ANS/ressarcimento/boletim-informativo-ressarcimento-edicao-10.pdf. Acesso em: 08 set. 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Mapa assistencial da Saúde Suplementar 2019**. Rio de Janeiro: ANS, jul. 2020b. 28 p. Disponível em:

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZDFkODkxNzMtODgwNC00ZTFiLTg2MzUtZmEwNDViNmU1ZWl4IiwidCI6IjlkYmE0ODBlLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>. Acesso em: 25 jan. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Mapa de Utilização do SUS por Beneficiários de Planos privados de assistência à saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: ANS, ago. 2020c. 107 p. Disponível em:

http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/Mapa_de_Utiliza%C3%A7%C3%A3o_do_SUS_2020_ERRATA_2.pd. Acesso em: 09 fev. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Boletim informativo: utilização do Sistema Único de Saúde por beneficiários de planos de saúde e Ressarcimento ao SUS**. 12. ed. Rio de Janeiro: ANS, jun. 2021a. 20 p. Disponível em:

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMGE1YjMzYWYtNzBhNy00MTY4LTlhYWQtZmU5MjJlOTlkIiwidCI6IjlkYmE0ODBlLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9&pageName=ReportSectionb7c98b0d6c306b4431d4>. Acesso em: 08 fev. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução Normativa n.º 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 [...]. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, fev. 2021b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NDaZMw==>. Acesso em: 21 maio 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Boletim informativo de Utilização do Sistema Único de Saúde por beneficiários de planos privados de assistência à saúde e Ressarcimento ao SUS**. 11. ed. Rio de Janeiro: ANS, maio. 2021c. 27 p. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-e-publicacoes-do-ressarcimento-ao-sus/boletim_ressarcimento_sus_-_11a_edicao_r5.pdf. Acesso em: 08 set. 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Manual de tópicos da saúde suplementar para o programa parceiros da cidadania**. Rio de Janeiro: ANS, 2021d. 239 p. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-lanca-publicacao-sobre-regras-do-setor-de-planos-de-saude/copy5_of_ManualdeTpicosdaSadeSuplementar.pdf. Acesso em: 25 ago. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Panorama do Ressarcimento ao SUS**. 1. ed. Rio de Janeiro: ANS, set. 2021e. 10 p.

Disponível em:

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMjRjNWJmZmEtNmM3Zi00MTZjLTgwY2QtODU3Y2UzNzRjOTIzIiwidCI6IjlkYmE0ODBJLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>. Acesso em: 08 fev. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Mapa de Utilização do SUS por Beneficiários de Planos privados de assistência à saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: ANS, ago. 2021f. 113 p. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-e-publicacoes-do-ressarcimento-ao-sus/mapa_de_utilizacao_do_sus_2021_r4.pdf. Acesso em: 15 set. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Painel de precificação: planos de saúde**. Rio de Janeiro: ANS, jun. 2021g. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNWQ0NzcyYzgtM2FIYy00MGQ4LTlhMjktNTgzMWZmODY1ODEyIiwidCI6IjlkYmE0ODBJLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9&pageName=ReportSection5c53e7c32090a5b7d403>. Acesso em: 03 fev. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Sala de situação da ANS**. Rio de Janeiro: ANS, jan. 2022a. Disponível em:

https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html. Acesso em: 03 fev. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Portal da Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2022b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 15 de mar. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **D-TISS: Painel dos Dados do TISS**. Rio de Janeiro: ANS, 2022c. Disponível em:

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZjg2ZjAwN2EtMDM2Zi00MGFmLTk5ZGIYTA5M2ZiOTI0M2RjIiwidCI6IjlkYmE0ODBlTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9&pageName=ReportSection8c2234883c13581d2757>. Acesso em: 01 mar. 2022.

AGUIAR, Jéssica; SOUZA, Luís Eugênio de. Ressarcimento ao SUS: uma análise do perfil de utilização do Sistema Único de Saúde por portadores de planos de saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Salvador, BA, v. 58, p. 86-100, 2018. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/29855>. Acesso em: 15 jan. 2021.

ALCALDE, Paulo Roberto; KIRSZTAJN, Gianna Mastroianni. Gastos do Sistema Único de Saúde brasileiro com doença renal crônica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 122-229, jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-3918>.

ALVES, Yarine. MARQUES, Reinaldo. Uma análise da revolução tecnológica no mercado de seguros: o crescimento das insurtechs e das healthtechs. **Revista Científica da Faculdade Unimed**, Belo Horizonte, v. 2, n.1, jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.37688/rcfu.v2i1.99>.

ALVES, Glaucia. Plano de saúde digital: Como funciona? Vale a pena contratar em 2021? **FDR – Economia Simplificada**. 11 maio de 2021. Disponível em: <https://fdr.com.br/2021/05/11/plano-de-saude-digital-como-funciona-vale-pena-contratar-em-2021/>. Acesso em: 08 set. 2021.

AMIL é colocada à venda e United Health deixará o Brasil após 10 anos. **IstoÉ Dinheiro**, São Paulo, 20 jan. 2022. Disponível em: <https://www.istoedinheiro.com.br/amil-e-colocada-a-venda-e-united-health-deixara-o-brasilapos-10-anos/>. Acesso em: 10 fev. 2022.

ARAÚJO, Edson C.; LOBO, Maria Stella. Desafios para sustentabilidade do Sistema Único de Saúde. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brasil). **CONASS debate: O Futuro dos sistemas Universais de Saúde**. 8. ed. Brasília, DF: CONASS, 2018. p.79-91. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/o-futuro-dos-sistemas-universais-de-saude/>. Acesso em: 16 out. 2020.

BAHIA, Lígia. **Mudanças e Padrões das Relações Público-Privado: Seguros e Planos de Saúde no Brasil**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro; s.n; 1999. 380 p. Disponível em: https://saudecomunista.files.wordpress.com/2014/07/o-mercado-de-planos-de-sac3bade-no-brasil_-ligia-bahia-1.pdf. Acesso em: 02 maio. 2021.

BAHIA, Lígia. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva** [on line]. 2001, v. 6, n. 2, p. 329-339. ISSN 1678-4561. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000200005>.

BAHIA, Ligia, SIMMER, Elaine; OLIVEIRA, Daniel Canavese de. Cobertura de planos privados de saúde e doenças crônicas: notas sobre utilização de procedimentos de alto custo. **Ciência & Saúde Coletiva** [on line]. 2004, v. 9, n. 4, p. 921-929. ISSN 1678-4561. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000400013>.

BAHIA, Ligia. Avanços e percalços do SUS: a regulação das relações entre o público e o privado. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 159-170, mar. 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462006000100010>.

BAHIA, Lígia; SCHEFFER, Mário. **Planos e seguros de saúde: o que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil**. São Paulo: Editora UNESP, 2010. 156p.

BAHIA, Ligia et al. Das empresas médicas às seguradoras internacionais: mudanças no regime de acumulação e repercussões sobre o sistema de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública [on line]**, v. 32, supl. 2., nov. 2016a. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00154015>.

BAHIA, Ligia et al. Planos privados de assistência à saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública [on line]**, v. 32, n. 12, e00184516, 2016b. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00184516>.

BAHIA, Ligia; SCHEFFER, Mario. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe3, p. 158-171, nov. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s312>.

BAIRD, Marcello Fraggano. Configuração Histórica e Regulamentação do Setor e a Agência Nacional de Saúde Suplementar. In: ____ **Saúde em Jogo: atores e disputas de poder na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2020a. cap.2. p. 27-62.

BAIRD, Marcello Fraggano. Desvendando a saúde suplementar brasileira: características do setor, eventos significativos e principais questões regulatórias. In: ____ **Saúde em Jogo: atores e disputas de poder na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2020b. cap.3. p. 63-102.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/26570>. Acesso em: 12 jan. 2021.

BIKBOV, Boris et al. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **The Lancet**, v.395, n. 10225, 2020, p. 709-733. ISSN 0140-6736. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30045-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30045-3).

BOLONHA, Carlos; BONIZZATO, Luigi; RODRIGUES, Tayssa Cristine. Poder regulamentar e poder normativo das Agências Reguladoras: o caso da Resolução nº 433/2018 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), da ADPF 532 e demais desdobramentos. **Quaestio Iuris**, Rio de Janeiro, v.13, nº.02, p. 855-879, 2020. DOI: 10.12957/rqi.2020.45898.

BRAGA, Ialê Falleiros. A política nacional de saúde em perspectiva histórica: 1960 a 1990. In: ____ **Empresariado e políticas públicas de saúde no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. cap.1. p. 41-70.

BRASIL. Decreto-Lei n.º 66, de 21 de novembro de 1966. Altera disposições da Lei n.º 3.607, de 26 de agosto de 1960, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, nov. 1966a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0066.htm. Acesso em: 30 abr. 2021.

BRASIL. Decreto-Lei n.º 73, de 21 de novembro de 1966. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, regula as operações de seguros e resseguros e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, nov. 1966b. Acesso em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1960-1969/decreto-lei-73-21-novembro-1966-374590-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 05 maio. 2021.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembleia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais [...]. **Diário Oficial da União**, Brasília, ano 126, n. 191-A, 05 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/DOUconstituicao88.pdf. Acesso em: 02 dez. 2020.

BRASIL. Lei n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, set. 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18078compilado.htm. Acesso em 19 maio 2021.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, set. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 15 jan. 2020.

BRASIL. Lei n.º 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, dez. 1990c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18112cons.htm. Acesso em: 07 out. 2021.

BRASIL. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, dez. 1990d. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso em: 15 jan. 2020.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei n.º 1975/1996, de 28 de maio de 1996**. Dispõe sobre o ressarcimento, ao Sistema Único de Saúde, de despesas referentes a atendimentos de saúde prestados a beneficiários de seguro-saúde ou de plano de saúde. Brasília, DF, maio 1996. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=F93FA0962877C54DCE1B0B45285CDA2B.node1?codteor=1136049&filename=Avulso+-PL+1975/1996. Acesso em: 23 set. 2021.

BRASIL. Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998 – Texto atualizado. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, jun. 1998a.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm. Acesso em: 04 fev. 2022.

BRASIL. Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998 – Publicação original. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, jun. 1998b. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1998/lei-9656-3-junho-1998-353439-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 21 maio 2021.

BRASIL. Emenda Constitucional n.º 19, de 4 de junho de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, jun. 1998c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc19.htm#art1. Acesso em 19 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – Consu n.º 08 de 03 de novembro de 1998. Dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, nov. 1998d. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzA3>. Acesso em: 02 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – Consu n.º 10 de 03 de novembro de 1998. Dispõe sobre a elaboração do rol de procedimentos e eventos em saúde que constituirão referência básica e fixa as diretrizes para a cobertura assistencial. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, nov. 1998e. Disponível em: https://www.normasbrasil.com.br/norma/resolucao-10-1998_95841.html. Acesso em: 02 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n.º 35, de 04 de fevereiro de 1999. Adequa as diretrizes do SIA/SUS e redefine os instrumentos/documentos a serem utilizados pelo sistema. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, fev. 1999. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/PORTARIA_35.pdf. Acesso em: 26 abr. 2021.

BRASIL. Lei n.º 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, jan. 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm. Acesso em: 08 set. 2020.

BRASIL. Lei n.º 10.185, de 12 de fevereiro de 2001. Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, fev. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10185.htm. Acesso em: 05 maio. 2021.

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. **CPI dos Planos de Saúde**. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2003. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/parlamentar-de-inquerito/52-legislatura/cpisaude>. Acesso em: 15 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n.º 768, de 26 de outubro de 2006. Extingue, a partir da competência março de 2007, todos os modelos de laudos para solicitação de autorização de procedimentos ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo – APAC. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 27 out. 2006.

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2006/prt0768_26_10_2006_comp.html. Acesso em: 26 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.848, de 06 de novembro de 2007. Publica a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, nov. 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2848_06_11_2007.html. Acesso em: 02 fev. 2021.

BRASIL. Portaria n.º 3.192, de 24 de dezembro de 2008. Concede reajuste em procedimentos da Tabela do Sistema Único de Saúde SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, set. 2008. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt3192_24_12_2008_rep.html. Acesso em: 08 set. 2021.

BRASIL. Portaria n.º 470, de 15 de setembro de 2010. Reajuste sessão de hemodiálise. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, set. 2010. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0470_15_09_2010.html. Acesso em: 08 set. 2021.

BRASIL. **Lei n.º 12.469, de 26 de agosto de 2011**. Altera os valores constantes da tabela do Imposto sobre a Renda da Pessoa Física e altera as Leis n.º s 11.482, de 31 de maio de 2007, 7.713, de 22 de dezembro de 1988, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.656, de 3 de junho de 1998, e 10.480, de 2 de julho de 2002. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, ago. 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12469.htm. Acesso em: 22 jan. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Saúde Suplementar: Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011**. Brasília, DF: CONASS, 2011b. V. 12. 1 ed. 148 p.

Disponível em: https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_12.pdf.

Acesso em: 22 jan. 2021.

BRASIL. Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, jun. 2011c. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 10 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação. **SIA – Sistema de Informação Ambulatorial do SUS: Manual de Operação do Sistema**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. 23 p. Disponível em:

ftp://arpoador.datasus.gov.br/siasus/Documentos/APAC/Manual_Operacional_APAC_v_1_1.pdf. Acesso em: 26 abr. 2021.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Acórdão n.º 2.879/2012. Plenário. Relator Ministro Valmir Campelo. Sessão de 24/10/12. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 24 out. 2012b. Disponível em: http://www.tcu.gov.br/consultas/juris/docs/conses/tcu_ata_0_n_2012_42.pdf. Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. Portaria n.º 213, de 27 de fevereiro de 2013. Altera valores de remuneração dos procedimentos de Terapia Renal Substitutiva (TRS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, jan. 2013. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0213_27_02_2013.html. Acesso em: 08 set. 2021.

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. **Proposta de Emenda à Constituição PEC 451/2014**. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2014a. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=861000>. Acesso em: 14 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade. **Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. 37 p. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/24/diretriz-cl--nica-drc-versao-final.pdf>. https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf. Acesso em: 14 set. 2021.

BRASIL. Lei n.º 13.097, de 19 de janeiro de 2015. Reduz a zero as alíquotas da Contribuição para o PIS/PASEP [...] altera as Leis [...] 8.080, de 19 de setembro de 1990 [...]. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, jan. 2015a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113097.htm. Acesso em: 30 abr. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **ANS amplia o ressarcimento com a cobrança de procedimentos de alta e média complexidade**. Brasília, DF, 12 maio 2015b. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/noticias/sas/17675-ans-amplia-o-ressarcimento-com-a-cobranca-de-procedimentos-de-alta-e-media-complexidade>. Acesso em: 10 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação. **SIA – Sistema de Informação Ambulatorial do SUS: Manual de Operação do Sistema**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: <http://www.fehosp.com.br/files/manuais/5a6995cb091895b75c83d0ed39a0bb45.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2021.

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. **Proposta de Emenda à Constituição PEC 241/2016**. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2016b. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2088351>. Acesso em: 21 set. 2021.

BRASIL. Portaria n.º 98, de 06 de janeiro de 2017. Altera valores de procedimentos de Terapia Renal Substitutiva na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e

Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, jan. 2017a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt0098_06_01_2017.html. Acesso em: 08 set. 2021.

BRASIL. Portaria de Consolidação n.º 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, set. 2017b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html. Acesso em: 30 abr. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (2. Turma). **Ação Direta de Inconstitucionalidade - ADI n.º 1931**. A Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, foi publicada no dia 04 de junho de 1998, já com alterações introduzidas por medida provisória, à qual sucederam-se outras tantas ao longo dos anos. Em dezembro de 1998 diversos dispositivos da Lei [...]. Relator Min. Marco Aurélio, 07 fev. 2018. Brasília, DF: STF, 2018a. Disponível em: <https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/768110440/acao-direta-de-inconstitucionalidade-adi-1931-df-distrito-federal-0004171-8219981000000/inteiro-teor-768110506>. Acesso em: 28 maio 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal de Justiça. **Súmula n.º 608**. Segunda Seção. Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão. Relator Luis Felipe Salomão, 11 abr. 2018. Brasília, DF: STJ, 2018b. Disponível em: https://www.stj.jus.br/internet_docs/biblioteca/clippinglegislacao/Sumula_608_2018_segunda_secao.pdf. Acesso em 19 maio 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (2. Turma). **Medida Cautelar na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 532**. Segunda Seção. Medida cautelar na arguição de descumprimento de preceito fundamental. resolução n. 433/2018 da Agência Nacional de Saúde. Mecanismos financeiros de regulação: coparticipação e franquia. Direito à saúde. Excepcional condição de insegurança dos usuários do sistema. Cautelar deferida. Medidas processuais. Relator Celso de Mello, 14 jul. 2018. Brasília, DF: STJ, 2018c. Disponível em: http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADPF532_liminar.pdf. Acesso em 16 set. 2021.

BRASIL. Portaria n.º 1.675, de 07 de junho de 2018. Altera a Portaria de Consolidação n.º 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação n.º 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, jun. 2018d. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/21054948/do1-2018-06-08-portaria-n-1-675-de-7-de-junho-de-2018-21054736. Acesso em 16 fev. 2022.

BRASIL. Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, ago. 2018e. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm. Acesso em 16 fev. 2022.

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. Grupo de trabalho destinado a discutir a tabela SUS. **Relatório final**. Relatora Silvia Cristina. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2019a. 62 p. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/arquivos/relatorio-final-do-gt-da-tabela-sus>. Acesso em: 03 maio 2021.

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. **Nota Técnica nº 9/2019**: Requisitos para realização de convênios, contratos de repasse e instrumentos congêneres com entidades privadas sem fins lucrativos. Brasília: Câmara dos Deputados, abr. 2019b. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/estudos/2019/NT92019_Sisconof_2019257requisitostranfentpriv.pdf. Acesso em: 23 maio 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS – SIGTAP/SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021b. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp?first=10>. Acesso em: 16 de jan. 2021.

BRASIL. Medida Provisória n.º 1.067, de 02 de setembro de 2021. Altera a Lei n.º 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, set. 2021c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Mpv/mpv1067.htm#art1. Acesso em: 08 set. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021d. Disponível em: <https://sismac.saude.gov.br/inicio>. Acesso em: 12 maio 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portal do Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021e. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso em: 15 mar. 2022.

BRASIL. Portaria GM n.º 3741, de 21 de dezembro de 2021. Altera atributo de procedimentos referentes ao cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, dez. 2021f. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conass-informa-n-415-2021-publicada-a-portaria-gm-n-3741-que-altera-atributo-de-procedimentos-referentes-ao-cuidado-da-pessoa-com-doenca-renal-cronica-drc-na-tabela-de-procedimentos-med/>. Acesso em: 08 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União (CGU). **Portal da Transparência**. Brasília: CGU, 2021g. Disponível em: <https://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2019>. Acesso em: 10 dez. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS**, Informações de Saúde, Saúde Suplementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/menu_tabnet_php.htm#. Acesso em: 15 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Transplantes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/snt>. Acesso em 22 fev. 2022.

BRITO, Daniela Cristina Sampaio de et al. Impact of clinical, sociodemographic and quality of life factors on dialysis patient survival: a nine-year follow-up cohort study. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 12, dez. 2020. ISSN 1678-4464. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00007320>.

CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna. **Itinerários terapêuticos**: compreendendo a trajetória de pessoas em hemodiálise no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. 2010. 98 f. Dissertação de Mestrado - Universidade Federal de Minas Gerais – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/BUBD-9BUHRH>. Acesso em: 03 jul. 2020.

CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva [on line]**, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, nov. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200016>.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Fenômenos intervenientes no futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brasil). **CONASS debate: O Futuro dos sistemas Universais de Saúde**. 8. ed. Brasília: CONASS, 2018. p.56-65. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/o-futuro-dos-sistemas-universais-de-saude/>. Acesso em: 16 out. 2020.

CARREIRA, Ligia; MARCON, Sonia Silva. Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem [on line]**. 2003, v. 11, n. 6, p. 823-831. ISSN 1518-8345. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000600018>.

CARVALHO, Regina R.P.; FORTES, Paulo A.C.; GARRAFA, Volnei. Perspectiva bioética do modelo de assistência suplementar no Brasil. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 259-267, ago. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-80422013000200009>.

CASTRO, Márcia C. et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet**, health policy, v.394, ed. 10195, p. 345-356, 11 jul. 2019. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7).

CHERCHIGLIA, Mariângela Leal et al. Gênese de uma política pública de ações de alto custo e complexidade: as terapias renais substitutivas no Brasil. **Rev. Méd. Minas Gerais [on line]**. v.16 (1, supl.2), p. 83-89, set. 2006. Disponível em: <https://library.org/document/z1ggjv3z-genese-politica-complexidade-terapias-substitutivas-complementar-biblioteca-virtual.html>. Acesso em: 02 set. 2021.

CHERCHIGLIA, Mariângela Leal et al. A construção da base de dados nacional em Terapia Renal Substitutiva (TRS) centrada no indivíduo: aplicação do método de linkage determinístico- probabilístico. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 163-167, jan./jun. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-30982007000100010>.

CHERGHIGLIA, Mariângela Leal et al. Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, 2000-2004. **Revista Saúde Pública [on line]**. v. 44, n.º 4, p. 639-49, jul. 2010a. ISSN 1518-8787. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000400007>.

CHERCHIGLIA, Mariângela Leal et al. Determinantes dos gastos com diálises no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2000 a 2004. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 8, p. 1627-1641, ago. 2010b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000800016>. Acesso em: 05 out. 2021.

CONDE, Luiz Felipe. **Ressarcimento ao SUS à luz do direito**. 2004. 182 f. Dissertação de Mestrado - Escola Nacional de Saúde Pública – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/5432/2/luiz_felipe_conde_ensp_mest_2004.pdf. Acesso em: <http://hdl.handle.net/1843/BUBD-9BUHRH>. Acesso em: 03 jul. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Recomendação n.º 043, de 11 de outubro de 2018**. Brasília: CNS, 2018. 02 p. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2018/Reco043.pdf>. Acesso em: 07 out. 2021.

CREWS, Deidra C.; BELLO, Aminu K.; SAADI, Gamal. Editorial do Dia Mundial do Rim 2019 - impacto, acesso e disparidades na doença renal. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 1-9, mar. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-2018-0224>.

DAROS, Raphaella Fagundes; GOMES, Rafael da Silveira; SILVA, Fabio Hebert da; LOPES, Tatiana Coelho. A satisfação do beneficiário da saúde suplementar sob a perspectiva da qualidade e integralidade. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 525-547, jun. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000200010>.

DIAS, Rosa Maria Lages; PASTRANA, Rosa Maria Souza. O Sistema Único de Saúde e o mercado suplementar de assistência à saúde no Brasil. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.º 37, p. 61-68, jan. 2007. Disponível em: https://www.academia.edu/7571198/Economia_Pol%C3%ADtica_da_Sa%C3%BAde_introduzindo_o_debate?mail_work_card=interaction-paper. Acesso em: 08 jun. 2021.

DISTRITO HEALTHTECH REPORT. **Healthtech Report Brasil 2020**. 3 ed. ago. 2021. Disponível em: <https://materiais.districto.me/data-miner-healthtech>. Acesso em: 08 set. 2021.

FAVERET FILHO, Paulo; OLIVEIRA, Pedro Jorge de. A Universalização Excludente: Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde. **Revista Planejamento e Políticas Públicas**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, 1990. Disponível em: <http://dados.iesp.uerj.br/es/edicoes/?vn=33-2>. Acesso em: 07 set. 2021.

FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, Ministério da Saúde, Brasil. **Base de dados: PNS 2013 E PNS 2019**. Brasília: Fiocruz, 2021. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/bases-de-dados>. Acesso em: 10 dez 2021.

FREITAS, Marcella Abunahman. **A Avaliação da Efetividade da Política de Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde**. Dissertação (Mestre em Administração de Empresas) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 2011. 96 f. Disponível em: https://fgvsaude.fgv.br/sites/gvsaude.fgv.br/files/dissertacao_marcella.pdf. Acesso em: 08 set. 2020.

- FREITAS, Rosiene Maria de et al. Estudo dos modelos assistenciais praticados por operadoras de planos privados de assistência à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1561-1577, dez. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000400020>.
- FROHLICH, Katherine L. et al. Understanding place and health: A heuristic for using administrative data. **Health Place** [on line]. 2007, v. 13, n.2, p. 299-309. DOI: 10.1016/j.healthplace.2006.01.007.
- GERSCHMAN, Silvia. Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Europeia e Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [on line]. v. 13, n. 5, p. 1441-1451, out. 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000500010>.
- GIOVANELLA, Ligia et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva** [on line]. v. 23, n. 6, p. 1763-1776. Jun. 2018. ISSN 1678-4561. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>.
- GOUVEIA, Denise Sbrissia e Silva et al. Análise do impacto econômico entre as modalidades de terapia renal substitutiva. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 162-171, abr. - jun. 2017. DOI: 10.5935/0101-2800.20170019.
- GORDIS, Leon. **Ocorrência de doenças: II.mortalidade e outras medidas de impacto de doenças**. In: Epidemiologia. 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora Revinter Ltda.,2017. p. 61–87.
- GRAMSTRUP, Erik Frederico Gramstrup. Ressarcimento ao SUS: trajetória epistemológica e questões práticas. **Duc In Altum - Cadernos de Direito**, v. 7, n. 11, jan.-abr. 2015, p.165-205. DOI: <http://dx.doi.org/10.22293/2179-507x.v7i11.45>.
- HACHEM, Daniel Wunder; FARIA, Luzardo. A proteção jurídica do usuário de serviço público entre o direito administrativo e o código de defesa do consumidor: a necessidade de uma filtragem constitucional. **Revista de Direito Brasileira** [on line]. 2016, v. 15, nº. 6, p.311-336. DOI: <http://dx.doi.org/10.26668/IndexLawJournals/2358-1352/2016.v15i6.3065>
- HILL, Nathan R. et al. Global Prevalence of Chronic Kidney Disease - A Systematic Review and Meta-Analysis. **Plos One** [on line]. v.11, n.7, e0158765, jul. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0158765>.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Tabela de Natureza Jurídica 2018: estrutura detalhada (códigos e denominações)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://concla.ibge.gov.br/estrutura/natjur-estrutura/natureza-juridica-2018>. Acesso em: 05 out. 2021.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020a. 85p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>. Acesso em: 21 maio 2021.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Regiões Metropolitanas, Aglomerações Urbanas e Regiões Integradas de Desenvolvimento: situação 2020 a 2029, composição em 31 de dezembro de 2020**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020b. Disponível em:

regioes-metropolitanas-aglomeracoes-urbanas-e-regioes-integradas-de-desenvolvimento.html?=&t=downloads. Acesso em: 20 out. 2021.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Portal do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 novembro de 2021.

IDEC - Instituto Brasileiro de Defesa de Consumidor. **Aumento em planos coletivos é 38,5% maior do que o teto de reajuste da ANS**. São Paulo: IDEC, 2021. Disponível em: <https://idec.org.br/release/aumento-em-planos-coletivos-e-385-maior-do-que-o-teto-de-reajuste-da-ans>. Acesso em: 15 set. 2021.

IESS - Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. **Plano de saúde é 3º maior desejo do brasileiro**. São Paulo: IESS, 2019. Disponível em: https://iess.org.br/?p=publicacoes&id=1021&id_tipo=15. Acesso em: 08 jun. 2021.

IESS - Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. **Análise especial: Reflexões sobre a política de Ressarcimento ao SUS**. São Paulo: IESS, 2020. Disponível em: https://iess.org.br/?p=publicacoes&id=1046&id_tipo=15. Acesso em: 28 maio 2020.

ISN – INTERNATIONAL SOCIETY OF NEPHROLOGY. **Portal da International Society of Nephrology**. Bruxelas: ISN, 2021. Disponível em: <https://www.theisn.org/in-action/research/global-kidney-health-atlas/>. Acesso em: 15 out. 2021.

LARA, Eli Alves de. SARQUIS, Leila Maria Mansano. O paciente renal crônico e sua relação com o trabalho. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 9, n. 2, 2004. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v9i2.1721>.

LARA, Natalia. **Análise especial do Mapa Assistencial da Saúde Suplementar no Brasil - entre 2014 e 2019**. São Paulo: IESS, nov. 2020. Disponível em: <https://iess.org.br/biblioteca/tds-e-estudos/estudos-especiais-do-iess/analise-especial-do-mapa-assistencial-da-saude>. Acesso em: 15 jan. 2021.

LARA, Natalia. **Análise especial do Mapa Assistencial da Saúde Suplementar no Brasil - entre 2015 e 2020**. São Paulo: IESS, out. 2021. Disponível em: <https://iess.org.br/biblioteca/tds-e-estudos/estudos-especiais-do-iess/analise-especial-do-mapa-assistencial-da-saude-1>. Acesso em: 07 fev. 2022.

LEITE, Roberto Basilone. **Introdução ao direito do consumidor**. São Paulo: Ed. Livraria dos Tribunais, 2002. 173 p.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M.O.; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSHMAN, Silvia; EDLER, Flávio Coelho; SUAREZ, Julio Manoel (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.27-58.

MACHADO, Elaine Leandro et al. Iniquities in the access to renal transplant for patients with end-stage chronic renal disease in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública [on line]**. v. 27, suppl 2, p. s284-s297, jul. 2011. ISSN 1678-4464. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001400015>.

MACHADO, Elaine Leandro et al. Fatores associados ao tempo de espera e ao acesso ao transplante renal em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 12, p. 2315-2326, 2012. ISSN 1678-4464. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001400010>.

MACHADO, Juliana Pires et al. Aplicação da metodologia de relacionamento probabilístico de base de dados para a identificação de óbitos em estudos epidemiológicos. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [on line]. v. 11, n. 1, p. 43-54, mar. 2008. ISSN 1980-5497. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000100004>.

MAIA, Ana Carolina; ANDRADE, Mônica Viegas; CHEIN, Flávia. Ex-ante moral hazard: empirical evidence for private health insurance in Brazil. **Nova econ.**, Belo Horizonte, v. 29, n. 3, p. 987-1008, dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-6351/4886>.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Cobertura de Planos de Saúde na população brasileira, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva** [on line]. 2017, v. 22, n. 1, p. 179-190. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.16782015>.

MARINHO, Ana Wanda Guerra Barreto et al. Prevalência de doença renal crônica em adultos no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 379-388, jul. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201700030134>.

MEDEIROS, Cássia Regina Gotler; GERHARDT, Tatiana Engel; SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da. As trajetórias assistenciais revelando a rede de atenção à saúde dos portadores de doenças cardiovasculares. In: GERHARDT, Tatiana Engel et al. (organizadores). **Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/UERJ – ABRASCO, 2016. 440 p. ISBN:978-85-89737-95-1. Disponível em: <https://docplayer.com.br/62215946-Itinerarios-terapeuticos-integralidade-no-cuidado-avaliacao-e-formacao-em-saude.html>. Acesso em: 02 jan. 2021.

MELLO, Carlos Gentile de. **Saúde e Assistência médica no Brasil**. São Paulo: Cebes, 1977. 269 p.

MELLO, Carlos Gentile de. **A Medicina e a realidade brasileira**. Rio de Janeiro: A Chiamé Ltda., v.4, 1983. 137 p.

MELO, Paulo Roberto de Sousa; RIOS, Evaristo Carlos Silva Duarte; GUTIERREZ, Regina Maria Vinhais. **Equipamentos para hemodiálise**. Rio de Janeiro: BNDES Setorial, n.12, p. 105-134, set. 2000. Disponível em: https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/bitstream/1408/3068/2/BS%2012%20Equipamentos%20para%20Hemodi%C3%A1lise_P.pdf. Acesso em: 06 out. 2021.

MENDES, Eugênio Vilaça. O futuro dos sistemas universais de saúde: o caso do Sistema Único de Saúde. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brasil). **CONASS debate: O Futuro dos sistemas Universais de Saúde**. 8. ed. Brasília: CONASS, 2018. p.92-105. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/o-futuro-dos-sistemas-universais-de-saude/>. Acesso em: 16 out. 2020.

MENDONÇA, Ana Elza Oliveira; ANSELMO, Aline Bezerra. Critérios adotados para transplante renal no Brasil. **Carpe Diem: Revista Cultural e Científica do UNIFACEX**,

Natal-RN, v.12, n.01, 2014. ISSN: 2237-8586. Disponível em: <https://periodicos.unifacex.com.br/Revista/article/view/596/137>. Acesso em: 20 jan. 2022.

MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde em Debate** [on line]. v. 43, n., p. 58-70, dez. 2019. ISSN 2358-2898. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505>.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil**: atores, processos e trajetórias. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 320p.

MENICUCCI, Telma. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. In: **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Nelson Rodrigues dos Santos e Paulo Duarte de Carvalho Amarante (Organizadores). Rio de Janeiro: Cebes, 2010. Cap.10, p 180-197. Disponível em: <http://idisa.org.br/img/File/GC-2010-RL-LIVRO%20CEBES-2011.pdf>. Acesso em: 08 set. 2020.

MENICUCCI, Telma; GOMES, Sandra. Políticas sociais no Brasil: O Brasil tem um Estado de Bem estar? In: ____ **Políticas sociais: conceitos, trajetórias e a experiência brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p.61-184.

MERCADANTE, Otávio Azevedo (Coord.) Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.) **Caminhos da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. Cap. 3, p. 235-313. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2021.

MERCADO-MARTINEZ, Francisco Javier et al. Vivendo com insuficiência renal: obstáculos na terapia da hemodiálise na perspectiva das pessoas doentes e suas famílias. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 59–74, mar. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/dm6qP7x36frSvNj3FLVN3Nd/?lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2021.

MONTEIRO, Maria Gabriela. As mudanças de direção das políticas públicas: atores e estratégias ocultas na implementação do Sistema Único de Saúde. In: **Teoria da Reforma Sanitária**: diálogos críticos. Sônia Fleury (Organizadora). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. Cap.8, p. 247-290.

MORAES, Rodrigo. Especial healthtechs de planos de saúde – Parte I: qual o papel da tecnologia para explorar o mercado de saúde suplementar? **Futuro da Saúde**, 23 mar. 2021a. Disponível em: <https://futurodasaude.com.br/especial-healthtechs-de-planos-de-saude-parte-i-qual-o-papel-da-tecnologia-para-explorar-o-mercado-de-saude-suplementar/>. Acesso em: 08 set. 2021.

MORAES, Rodrigo. Especial healthtechs de planos de saúde – Parte II: olhar a saúde e não a doença. **Futuro da Saúde**, 25 mar. 2021b. Disponível em: <https://futurodasaude.com.br/especial-healthtechs-de-planos-de-saude-parte-ii-olhar-a-saude-e-nao-a-doenca/>. Acesso em: 08 set. 2021.

MOREIRA, Andreia Aparecida Silva. **Atendimento ao Cliente como Fator de Fidelização**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 03, Ed. 08, v. 16, p. 216-231, ago. 2018. ISSN:2448-0959. DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/administracao/atendimento-ao-cliente.

MOREIRA, Tiago Ricardo et al. Health self-assessment by hemodialysis patients in the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saúde Pública** [online]. 2016, v. 50, n. 00 [Accessed 11 May 2022], 10. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050005885>>. Epub 03 May 2016. ISSN 1518-8787. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050005885>.

MOURA, Lenildo de et al. Monitoramento da doença renal crônica terminal pelo subsistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade - Apac - Brasil, 2000 a 2006. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.18, n.2, p.121-131, 2009. ISSN 1679-4974. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742009000200003>.

MOURA, Lenildo de et al. Construção de base de dados nacional de pacientes em tratamento dialítico no Sistema Único de Saúde, 2000 – 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n.2, p. 227-238, abr.-jun. 2014a. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000200004>.

NEUMANN, Daniela Garbin; FINKLER, Mirelle; CAETANO, João Carlos. Relações e conflitos no âmbito da saúde suplementar: análise a partir das operadoras de planos odontológicos. **Physis**, Rio de Janeiro, v.27, n.3, p.453-474, jul. 2017. ISSN 1809-4481. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000300005>.

NEVES, Precil Diego Miranda de Menezes et al. Censo Brasileiro de Diálise: análise de dados da década 2009-2018. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 191-200, jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-2019-0234>.

NEVES, Precil Diego Miranda de Menezes et al. Inquérito brasileiro de diálise 2019. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 217-227, abr.- jun. 2021. DOI: 10.1590/2175-8239-JBN-2020-0161.

NITÃO, Samara Rachel Vieira. **Saúde suplementar no Brasil: um estudo da dinâmica industrial pós-regulamentação**. 2004. 130p. Dissertação de Mestrado - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - Departamento de Ciência Sociais, Área de concentração: Políticas Públicas e Saúde. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-415914>. Acesso em 30 abr. 2021.

OAB-MG - Ordem dos Advogados do Brasil - Seção Minas Gerais. Comissão de Saúde Suplementar. **Webinar Planos de Saúde Digitais** [Webinar]. Belo Horizonte: Comissão de Saúde Suplementar, 28 jun. 2021. 1 vídeo (103 min.). Publicado pela Comissões OAB MG. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=WQQmKWXihrQ>. Acesso em 28 jun. 2021.

OCKÉ-REIS, Carlos Otávio. Em busca do interesse público. In: _____ **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. cap.7. p.113-153.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Gasto privado em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1351-1353, 2015. ISSN 1678-4464.

<https://doi.org/10.1590/0102-311XPE010715>. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPE010715>.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva [on line]**, v. 23, n. 6, p. 2035-2042, jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05992018>.

OKANO, Marcelo Tsuguo; GOMES, Jaqueline Geisa Cunha. Análise da verticalização dos serviços de saúde: estudo exploratório no sistema produtivo da saúde suplementar no Brasil. **Research Society and Development**, 9(2):147922151, nov. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i2.2151>.

OLIVEIRA, Jaime Antônio de Araújo; TEIXEIRA, Sônia M. Fleury **(Im)previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1985. 356p.

PAIM, Jairnilson Silva. Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás. **Cadernos de Saúde Pública [on line]**, v. 2, n. 2, p. 167-183, jun. 1986. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1986000200005>.

PAIM, Jairnilson Silva. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/5978/1/Paim%20JS%202009.%20Artigo2.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2021.

PAIM, Jairnilson Silva. O futuro do Sistema Único de Saúde (SUS) em questão. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brasil). **CONASS debate: O Futuro dos sistemas Universais de Saúde**. 8. ed. Brasília: CONASS, 2018. p.66-78. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/o-futuro-dos-sistemas-universais-de-saude/>. Acesso em: 16 out. 2020.

QUEIROZ, Odilon Vanni de et al. A construção da Base Nacional de Dados em Terapia Renal Substitutiva (TRS) centrada no indivíduo: relacionamento dos registros de óbitos pelo subsistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (Apac/SIA/SUS) e pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) – Brasil, 2000-2004. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.18, n. 2, p. 107-120, jun. 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742009000200002>.

QUEIROZ, Thiago Faustino de. **Ressarcimento ao SUS: análise do repasse das operadoras de planos privados de assistência à saúde no período de 2001 a 2012**. 2015. Dissertação (Mestrado em Economia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/19364>. Acesso em: 10 jan. 2021.

RENAULT, Felipe Kertesz; OLIVEIRA, Gustavo da Gama Vital de. **Ressarcimento ao SUS e Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2018.140 p.

RODRIGUES, Nelson. Política pública de saúde: qual o rumo? In: **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Nelson Rodrigues dos Santos e Paulo Duarte de Carvalho Amarante (Organizadores). Rio de Janeiro: Cebes, 2010. Cap.20, p. 303-319. Disponível em: <http://idisa.org.br/img/File/GC-2010-RL-LIVRO%20CEBES-2011.pdf>. Acesso em: 08 set. 2020.

SALVATORI, Rachel Torres; VENTURA, Carla A. Arena. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS: onze anos de regulação dos planos de saúde. **Organizações & Sociedade**, v. 19, n. 62, p. 471–488, jul./set. 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistaoes/article/view/11208>. Acesso em: 10 jan. 2021.

SANTOS, Fausto Pereira dos. **A regulação pública da saúde no Brasil**: o caso da saúde suplementar. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/309148/1/Santos_FaustoPereirados_D.pdf. Acesso em: 20 out. 2020.

SANTOS, Fausto Pereira dos; MERHY, Emerson Elias. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. **Interface**, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 25-41, jun. 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000100003>.

SANTOS, Fausto Pereira dos; MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. **Ciência & Saúde Coletiva** [on line]. , v. 13, n. 5, p. 1463-1475, out. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500012>.

SANTOS, Isabela Soares; UGÁ; Maria Alicia Dominguez; PORTO, Silvia Marta. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [on line]. 2008, v. 13, n. 5, p. 1431-1440. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500009>.

SANTOS, Isabela Soares; SANTOS, Maria Angelica Borges dos; BORGES, Danielle da Costa Leite. Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: realidade e futuro do SUS. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**: estrutura do financiamento e do gasto setorial. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. V. 4. p. 73-131. DOI: 10.7476/9788581100180.

SANTOS, Raquel de Sousa Sales; SARDINHA, Ana Hélia de Lima. Qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica. **Enfermagem em Foco** [on line]. v. 9, n. 2, nov. 2018. ISSN 2357-707X. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n2.1078>.

SBN - SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Portal da Sociedade Brasileira de Nefrologia**. São Paulo: SBN, 2021. Disponível em: <http://www.sbn.org.br>. Acesso em: 25 jan. 2021.

SCANDAR NETO, Wadih João, SCHEFFER, Mário; PRONESTINO, Jéssica; BAHIA, Lígia. **Mensuração de desigualdades no acesso e utilização de serviços por clientes de planos privados de saúde segundo informações da PNS 2019** [Internet]. Comunicação Oral apresentado em: Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde. Rio de Janeiro, 26 mar 2021. Disponível em: https://www.ppgs.com.br/programacao/exibe_trabalho.php?id_trabalho=34959&id_atividade=3863&tipo=#topo. Acesso em: 30 de novembro de 2021.

SCATENA, Maria Ângela Nogueira. **O Ressarcimento ao SUS**: Análise do perfil de utilização do Sistema Único de Saúde segundo período da contratação dos planos. 97 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4745>. Acesso em: 23 maio 2021.

SCHEFFER, Mário. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública** [on line]. v. 31, n. 4, p. 663-666, abr. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPE010415>.

SEGURADO. In: DICIO, Dicionário Online de Português. Porto: 7Graus, 2021. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/segurado/>. Acesso em: 21 maio 2021.

SESTELO, José Antônio de Freitas; SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de; BAHIA, Lígia. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. **Cadernos de Saúde Pública** [on line]. v. 29, n. 5, p. 851-866, maio 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500004>.

SESTELO, José Antônio de Freitas; SOUZA, Luís Eugênio Portela Fernandes de; BAHIA, Lígia. Saúde suplementar no Brasil: revisão crítica da literatura de 2000 a 2010. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 607-623, set. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140056>.

SILVA, Carlos Gomide da; LUIZ, Ronir Raggio; BAHIA, Ligia. Vinculação aos planos privados de assistência à saúde de menor abrangência e seu impacto na utilização da rede de serviços do SUS: uma análise a partir da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013. **J. Bras. Econ. Saúde**, São Paulo, v.11, n. 2. p. 135-141, ago. 2019. DOI: 10.21115/JBES.v11.n2.p135-41.

SILVA, Francisco de Assis. **Análise da utilização do Sistema Único de Saúde por servidores públicos federais que possuem planos privados de saúde**. 2016. 89 f. Dissertação de Mestrado - Universidade de Brasília - Faculdade UnB de Planaltina - Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública - Mestrado Profissional em Gestão Pública, Brasília, DF, 2016. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/20899?locale=fr>. Acesso em: 07 out. 2021.

SILVA, Grazielle Dias da et al. Medicamentos excepcionais para doença renal crônica: gastos e perfil de utilização em Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [on line]. v.27, n. 02, p. 357-368, fev. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/MTh5kJhJYm995jdqHJbgSGK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 out. 2021.

SILVA, Kênia Lara et al. O direito à saúde: desafios revelados na atenção domiciliar na saúde suplementar. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 773-784, set. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000300011>.

SILVA, Patrícia Aparecida Barbosa et al. Política pública brasileira na prevenção da doença renal crônica: desafios e perspectivas. **Revista de Saúde Pública** [on line]. v. 54, p. 86, 2020. DOI: 10.11606/s1518-8787.2020054001708.

SILVEIRA, Ticiano Coelho; COELHO, Thereza Christina Bahia Coelho. Contribuição do ressarcimento do Sistema de Saúde Suplementar ao SUS à luz da legislação brasileira.

Revista de Saúde Coletiva da UEFS [on line]. v. 9, p. 23–32, 2019. DOI: <https://doi.org/10.13102/rscdauefs.v9i0.4586>.

SILVA, Thiago Henrique dos Santos. Entre o consenso e o minotauro da saúde: um balanço da estratégia da Reforma Sanitária Brasileira. In: **Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos**. Sônia Fleury (Organizadora). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. Cap.8, p 247-290.

SISSON, Maristela Chitto et al. Satisfação dos usuários na utilização de serviços públicos e privados de saúde em itinerários terapêuticos no sul do Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 123-136, dez. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000042>.

SIVIERO, Pamila Cristina Lima; MACHADO, Carla Jorge; CHERCHIGLIA, Mariângela Leal. Insuficiência renal crônica no Brasil segundo enfoque de causas múltiplas de morte. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 01, p. 75-85, 2014. ISSN 2358-291X. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201400010012>.

SIVIERO, Pamila Cristina Lima et al. Insuficiência renal crônica e as causas múltiplas de morte: uma análise descritiva para o Brasil, 2000 a 2004. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 04, p. 372-379, 2014. DOI: [10.1590/1414-462X201400040010](https://doi.org/10.1590/1414-462X201400040010).

SOARES, Letícia Santana da Silva et al. Transplantes de órgãos sólidos no Brasil: estudo descritivo sobre desigualdades na distribuição e acesso no território brasileiro, 2001–2017. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 1, abr. 2020, v. 29, n. 1. ISSN 2237-9622. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100014>.

SOUSA, Aione Maria da Costa. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 227-234, nov. 2014. ISSN 1982-0259. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802014000200008>.

SOUZA, Jéssica Caeiro de. **Os impactos econômico-financeiros do ressarcimento ao SUS para as operadoras de planos de saúde**. Monografia (Bacharel em Ciências Atuariais) - Departamento de Estatística da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2017. 59 p. Disponível em: <http://www.est.ufmg.br/cienciasatuariais/alunos-matriculados/monografias>. Acesso em: 15 set. 2020.

SOUZA, Sonia Maria Marinho de. **Bioética da proteção e a equidade no acesso ao transplante renal no Brasil, de acordo com a posse de plano privado de assistência à saúde privado**. Tese (Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/18244>. Acesso em: 5 ago. 2020.

SOUZA JÚNIOR, Paulo Roberto Borges de et al. Cobertura de plano de saúde no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva** [on line]. 2021, v. 26, suppl 1, p. 2529-2541. ISSN 1678-4561. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43532020>.

STARTUP. In: Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2021. Porto: Priberam, 2021. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/startup>. Acesso em: 22 set. 2021.

SUPLEMENTAR. In: DICIO, Dicionário Online de Português. Porto: 7Graus, 2021. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/suplementar/>. Acesso em: 28 jan. 2021.

SZUSTER, Daniele Araújo Campo et al. Potencialidades do uso de bancos de dados para informação em saúde: o caso das Terapias Renais Substitutivas (TRS) - morbidade e mortalidade dos pacientes em TRS. **Ver.. Med Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 19, n. 4, p. 308-316, out.-dez. 2009. Disponível em: https://www.medicina.ufmg.br/osubh/wp-content/uploads/2012/11/2009-Szuster.-Potencialidades-do-uso-de-bancos-de-dados-para-informacao-em-saude_o-caso-das-terapias-renais-substitutivas.pdf. Acesso em: 08 out. 2021.

SZUSTER, Daniele Araújo Campos et al. Sobrevida de pacientes em diálise no SUS no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 415-424, mar. 2012. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v28n3/02.pdf. Acesso em: 08 out. 2021.

TIBÚRCIO, Dalton Robert. Ressarcimento ao SUS: uma proposta de delimitação da fonte e do fundamento da obrigação constante do artigo 32 da Lei n.º 9.656/98. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIV, n. 90, jul. 2011. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/artigo_dalton_tiburcio_ressarcimento_ao_sus.pdf Acesso em: 25 jan. 2021.

THOMÉ, Fernando Saldanha et al. Inquérito brasileiro de diálise 2017. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 208-214, mar. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2018-0178>. Acesso em: 03 set. 2021.

UNIDAS - União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde. **Autogestão, modelo ideal para a saúde corporativa**. São Paulo: UNIDAS, 2013. 81p. Acesso em: 07 maio 2021. Disponível em: <https://unidas.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Livro-Autogestao-modelo-ideal-para-a-saude-corporativa.pdf>. Acesso em: 05 maio. 2021.

UNIMED BELO HORIZONTE. **Isenção de coparticipação para quimioterapia, radioterapia, transfusão de sangue e diálise**. 21 fev. 2019. Disponível em: https://portal.unimedbh.com.br/wps/portal/corp/unimedbh/noticias/noticias_simples/informacao_importante#!/#main-container. Acesso em: 07 set. 2021.

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. **Regulamento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública – 2021**. Disponível em: <https://www.medicina.ufmg.br/cpgsaudepublica/regulamento-e-resolucoes/>. Acesso em: 24 mar. 2022.

VIANA, Ana Luíza d'Ávila; SILVA, Hudson Pacífico da; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Economia política da saúde: introduzindo o debate. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, v. 37, p. 7-20, 2007. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/321884228_The_political_economy_of_health_Introducing_the_debate. Acesso em: 26 maio 2021.

VIEIRA-DA-SILVA, Lúgia Maria; PAIM, Jairnilson Silva; SCHRAIBER, Lilia Blima. O que é Saúde Coletiva? In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de (orgs.) **Saúde coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. Cap 1, p.13-27.

APÊNDICE A – Termos e conceitos relacionados ao setor suplementar de saúde no Brasil

1 Saúde suplementar

Diversos termos são utilizados para designar o segmento de planos privados de assistência à saúde no Brasil. Algumas denominações comuns são “atenção médica supletiva”, “assistência médica suplementar”, “assistência médica supletiva”, “mercado de saúde suplementar”, “setor suplementar”, “assistência médica complementar” ou “saúde suplementar” (SANTOS, 2006; MENICUCCI, 2007; BAHIA; SCHEFFER, 2010; BRAGA, 2018; RENAULT; OLIVEIRA, 2018; BAIRD, 2020a).

Dentre esses termos, o que parece menos adequado é “assistência médica complementar” uma vez que sua utilização estaria mais no sentido de aludir às entidades privadas que devem estar à disposição do Estado para as situações nas quais o Sistema Único de Saúde (SUS) não seja suficiente para assistir seus usuários. Desse modo, o segmento complementar está integrado e em cooperação com o setor público, enquanto o segmento suplementar alude aos serviços de assistência à saúde cuja prestação deve ocorrer sem qualquer forma de cooperação ou de participação estatal e livre à atuação de empresas da iniciativa privada que comercializam contratos à pessoa física ou jurídica (BRASIL, 1988, 1998a; ANS, 2021d).

Saúde suplementar é o termo mais recorrente para definir a assistência suplementar à saúde e encontra respaldo no artigo 197 da Constituição Federal, de 05 de outubro de 1988, bem como no marco regulatório definido pelas Leis n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, e n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000. De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (2017e), saúde suplementar é a atividade relacionada à operação de planos privados de assistência à saúde no Brasil e que é regulada pelo Estado por intermédio da ANS.

Define-se “suplementar” o “que pode ser acrescentado de modo adicional, acessório”, ou seja, serve para sanar uma deficiência (SUPLEMENTAR, 2021). Porém, ao contrário do que se infere pelo termo “suplementar”, que remete à capacidade de suprir o que falta, a saúde suplementar brasileira é uma assistência duplicada, pois se agrega à cobertura universal garantida por lei a todo cidadão, oferecendo os mesmos serviços realizados pelo SUS, mas limitados aos procedimentos previstos em contrato. Desse modo, o cidadão, de forma individual ou coletiva, pode contratar planos privados de assistência à saúde sem perder o direito ao atendimento pelo SUS (BRASIL, 1988, 2011b).

2 Plano privado de assistência à saúde

A ANS (2017e, p.81) define como plano privado de assistência à saúde, tendo como sinônimos “plano” ou “plano de saúde” ou “produto”, o

Contrato de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço preestabelecido ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde livremente escolhidos mediante pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor, a expensas da operadora. [...] No plano privado de assistência à saúde, os profissionais e os serviços são livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando à assistência médica, hospitalar e/ou odontológica, a ser paga integral ou parcialmente a expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do beneficiário de plano privado de assistência à saúde.

A ANS, o senso comum e a maior parte dos estudos utilizam “plano de saúde” como o termo genérico que designa um pacote de benefícios assistenciais comercializados pelas empresas privadas de saúde (BAHIA; SCHEFFER, 2010; ANS, 2022b). Porém, é importante ressaltar que a denominação “plano de saúde” alcança também os beneficiários dos planos públicos de saúde, cujo financiamento não é privado. Por esse motivo, em tese de conferir maior clareza à redação deste manuscrito, excetuando-se as citações diretas de outros autores, quando foi utilizada a denominação “plano de saúde” essa se referiu tanto a planos públicos quanto a planos privados de assistência à saúde, sendo esse último, foco principal deste estudo.

Os seguros de saúde comercializados pela operadora que é seguradora especializada em saúde se enquadram como planos privados de assistência à saúde, apesar de apresentarem algumas características específicas que os diferencia dos demais contratos da saúde suplementar, tais como a liberdade de escolha de rede assistencial e o pagamento direto para posterior reembolso ao beneficiário (BRASIL, 2001; ANS, 2017e).

Um plano privado de assistência à saúde envolve a operação coletiva de seus beneficiários no sentido de compor fundos suficientes, a serem gerenciados por uma operadora, para financiar serviços de saúde fora do âmbito do SUS (ANS, 2021d). Um indivíduo não adquire um plano privado de assistência à saúde com possibilidades infinitas de prestação de serviços. Cada contrato guarda atributos específicos e deve ser registrado na ANS com informações tais como o tipo de plano, a abrangência geográfica da cobertura assistencial e a segmentação assistencial (ANS, 2021d). A ANS mantém um Sistema de Registro de Produtos que contém dados de todos os planos privados de assistência à saúde

registrados, inclusive da respectiva rede atualizada de prestadores assistenciais credenciados (ANS, 2013; BRASIL, 2022a).

Características comuns aos contratos de planos privados de assistência à saúde serão descritas nos tópicos que seguem, a saber: período de contratação; tipo de contratação; segmentação assistencial; abrangência geográfica da cobertura assistencial; mecanismos de regulação; prazos de carência; e contratação, vigência e rescisão.

2.1 Período de contratação

Com a instituição da regulação da saúde suplementar, os beneficiários que já tinham contrato de plano e seguro privado de saúde puderam escolher entre manter o contrato vigente, adaptá-lo ou migrar para outro contrato sob as novas regras do setor⁶⁷. Desse modo, a comercialização de planos privados de assistência à saúde está temporalmente demarcada pela vigência da Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, quando se originou a classificação em plano antigo, adaptado ou novo (BRASIL, 1998a).

Planos antigos se referem aos contratos celebrados até 02 de janeiro de 1999 e que, apesar de regulados pela ANS, não estão sujeitos à regulamentação quanto à contratação e às coberturas, permanecendo válidas as regras previstas nos contratos. Os planos novos compreendem os contratos celebrados a partir 02 de janeiro de 1999 e que devem ser elaborados e comercializados de acordo com as regras estabelecidas pela ANS. Alguns planos antigos, denominados contratos adaptados, foram adequados à Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, por meio de aditivo contratual, passando a garantir às partes os direitos definidos no aditivo e os anteriormente contratados (ANS, 2017e).

2.2 Tipo de contratação

Quanto ao regime, ou tipo de contratação, os planos privados de assistência à saúde podem ser de duas formas: individual ou familiar; e coletivo, que se diferencia em empresarial ou por adesão (BRASIL, 1998a).

⁶⁷ As operadoras foram obrigadas a ofertar a adaptação de um plano privado de assistência à saúde antigo à nova legislação. O limite de reajuste sobre a contraprestação pecuniária do contrato até então vigente foi de 20,59% (ANS, 2021d).

Plano individual ou familiar é o contrato que “compreende a assistência à saúde de contratação individual, oferecido pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde para a livre adesão de pessoas físicas, com ou sem seu grupo familiar.” (ANS, 2017e, p.80).

Plano coletivo empresarial é aquele que

[...] oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária. Nota: no plano coletivo empresarial, o vínculo à pessoa jurídica contratante poderá abranger, ainda, desde que previsto contratualmente, os sócios da pessoa jurídica contratante; os administradores da pessoa jurídica contratante; os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante, ressalvada a aplicação do disposto no caput dos arts. 30 e 31 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998; os agentes políticos; os trabalhadores temporários; os estagiários e menores aprendizes; e o grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, o cônjuge ou o companheiro dos empregados e servidores públicos, bem como dos demais vínculos anteriores (ANS, 2017e, p.76).

Plano coletivo por adesão é o contrato que

[...] oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial: conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão; sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações; associações profissionais legalmente constituídas; cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas; caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições da Resolução Normativa n.º 195, de 14 de julho de 2009, da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); entidades previstas na Lei n.º 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei n.º 7.398, de 4 de novembro de 1985. Nota: poderá ainda aderir ao plano coletivo, desde que previsto contratualmente, o grupo familiar do beneficiário titular até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, bem como o cônjuge ou companheiro. (ANS, 2017e, p.76).

2.3 Cobertura assistencial

Os serviços de saúde oferecidos por um plano privado de assistência à saúde, denominados como cobertura assistencial, abarcam os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, odontológicos, serviços de urgência e emergência, compreendendo o mínimo determinado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato. Para os planos antigos não adaptados, a cobertura assistencial segue o contrato original, excetuando-se eventuais cláusulas abusivas, consideradas nulas pelo Poder Judiciário, a exemplo de previsão de limite de tempo de internação (ANS, 2022b).

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é a relação taxativa de procedimentos obrigatórios à cobertura mínima assistencial no âmbito da saúde suplementar. Inclui, dentro da segmentação assistencial contratada, todos os procedimentos considerados indispensáveis

ao diagnóstico, ao tratamento e ao acompanhamento de doenças e eventos em saúde que devem ser assegurados aos beneficiários vinculados aos planos novos e aos planos antigos adaptados à Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998.

A primeira referência básica para cobertura mínima assistencial de procedimentos na saúde suplementar data de 1998 (portanto, anterior à própria criação da ANS) e já incluía o tratamento ambulatorial de hemodiálise e diálise peritoneal ao paciente renal crônico (BRASIL, 1998d). A constante ampliação do conhecimento científico sobre as doenças e os problemas e eventos relacionados à saúde, bem como a consequente dinâmica de incorporação de tecnologias médicas requerem que o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde seja constantemente revisado e atualizado. O processo de inclusão de um procedimento ao Rol considera os ganhos coletivos mais relevantes para o conjunto dos pacientes e se baseia em uma diversidade de critérios, tais como a comprovação de benefícios clínicos, o alinhamento às políticas nacionais de saúde e a relação entre o custo e a efetividade das tecnologias (ANS, 2022b).

A lei faculta às operadoras comercializarem as coberturas ambulatorial e/ou hospitalar com ou sem obstetrícia, sendo obrigatória a oferta de planos com a segmentação referência a todos os seus atuais e futuros beneficiários (BRASIL, 1998a, 2021b; ANS, 2017e). Desse modo, a cobertura assistencial do plano privado de assistência à saúde pode estar segmentada em:

- a) ambulatorial: abarca consultas médicas em clínicas básicas e especializadas, apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato (ANS, 2017e). Também está incluída a assistência emergencial, ou seja, que envolva risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente; porém, limita-se às primeiras 12 horas do atendimento (ANS, 2021d);
- b) hospitalar com obstetrícia: se refere aos serviços de saúde, em regime de internação hospitalar, que compreendem atenção ao parto, às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde, e aos procedimentos determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato (ANS, 2021d);
- c) hospitalar sem obstetrícia: inclui serviços à saúde, em regime de internação hospitalar, conforme descrito anteriormente no item “b”, com exceção da atenção ao parto (ANS, 2017e);

- d) referência: garante cobertura médico-ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, conforme descrição dos itens “a” e “b”, em acomodação enfermagem, além de atendimento integral e ilimitado às urgências e emergências após 24 horas da contratação (ANS, 2017e); e
- e) odontológica: garante assistência odontológica, compreendendo procedimentos realizados em ambiente ambulatorial que estejam determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato (ANS, 2017e).

As operadoras poderão oferecer coberturas adicionais às segmentações descritas anteriormente, tais como internação domiciliar, transporte aeromédico e assistência emergencial fora da abrangência geográfica do contrato. Porém, essas não podem fugir ao objeto do contrato de plano privado de assistência à saúde e devem obedecer à legislação. Além disso, se contratadas, as coberturas adicionais devem constar no cadastro do plano privado de assistência à saúde junto à ANS (ANS, 2021d).

2.4 Abrangência geográfica da cobertura assistencial

A operadora de plano privado de assistência à saúde deve garantir e fazer constar em contrato a área geográfica em que se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário. A abrangência geográfica da cobertura assistencial pode ser nacional, estadual, por grupo de estados, por grupo de municípios ou municipal (ANS, 2017e). De acordo com Brasil (2022a):

- . Nacional: em todo o território nacional;
- . Grupo de Estados: em todos os municípios de pelo menos dois Estados limítrofes ou não, não atingindo a cobertura nacional;
- . Estadual: em todos os municípios do Estado;
- . Grupo de Municípios: em mais de um e até 50% dos municípios do Estado. Admite-se o agrupamento de município de Estados limítrofes, desde que observado o limite de 50% dos municípios em cada um deles.
- . Municipal: em um município.

2.5 Mecanismos de regulação

Os contratos de planos privados de assistência à saúde podem prever sistemáticas de gerenciamento das ações de saúde através de controle ou regulação, tanto no momento da demanda quanto da utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar e/ou odontológica ofertados. O objetivo de se utilizar mecanismos de regulação é moderar uma eventual utilização irracional da rede, pois esses funcionam como fatores restritivos nas

situações em que o beneficiário aumenta a utilização em função da cobertura contratada sem a respectiva contraprestação direta (MAIA; ANDRADE; CHEIN, 2019).

Os contratos de planos privados de assistência à saúde podem conter dois mecanismos de regulação do tipo financeira, a franquia e a coparticipação, sem que isso implique no desvirtuamento da livre escolha do beneficiário (BRASIL, 1998d). A coparticipação é a parte efetivamente paga pelo beneficiário em decorrência de serviço assistencial já prestado, sendo a quitação realizada junto à operadora, em caso de plano individual ou familiar, ou à pessoa jurídica contratante, quando o plano é coletivo (ANS, 2017e). A franquia é o valor estabelecido no contrato de plano privado de assistência à saúde “[...] até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ao beneficiário do plano privado de assistência à saúde ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada.” (ANS, 2017e, p.58).

A Resolução do Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU) n.º 8, de 03 de novembro de 1998, vedou que franquia e coparticipação fossem estabelecidas de forma a caracterizar financiamento integral do procedimento por parte do beneficiário, ou mesmo como fator restritivo severo de acesso aos serviços. O uso desses fatores moderadores ficou impedido também em forma de percentual por evento para as internações, excetuadas quando ocorressem no âmbito da saúde mental (BRASIL, 1998d). Por outro lado, a discussão em torno dessa regulação, além de anteceder a criação da ANS, foi e ainda é marcada por lacunas e falhas regulatórias: conceitos indeterminados como o de “fator restritivo severo”, falta de limites, regras e tetos estipulados para os valores de coparticipação e franquia, ausência de transparência na cobrança e na prestação de contas ao beneficiário de plano privado de assistência à saúde (ANS, 2018c).

A ANS considerou que essas lacunas ou falhas regulatórias deixadas pela Resolução CONSU n.º 8, de 03 de novembro de 1998, poderiam representar oportunidade para que operadoras aumentassem sua lucratividade por meio da oferta de planos privados de assistência à saúde mais baratos e, por conseguinte, mais atrativos aos beneficiários, à custa da distorção das características dos mecanismos de regulação financeira⁶⁸. Esse cenário seria potencial para acarretar danos aos beneficiários, restringindo-lhes o acesso aos serviços, em especial àqueles que, ou não podem arcar com os custos extras quando da utilização, ou que

⁶⁸ Um exemplo de que o mercado se utilizou da lacuna regulatória deixada pela Resolução CONSU n.º 08, de 03 de novembro de 1998, são os registros de denúncias junto à ANS de abusos por parte das operadoras ao cobrarem de beneficiários de planos privados de assistência à saúde coparticipação a valores muito superiores ao custo de procedimentos pagos junto aos seus prestadores de serviços assistenciais (ANS, 2017a).

tenham maior necessidade de cuidados assistenciais em decorrência de saúde debilitada (ANS, 2018c).

Os números do mercado suplementar demonstraram esse movimento em direção a planos privados de assistência à saúde mais restritivos: em um intervalo de apenas dez anos se observou diminuição do número de beneficiários vinculados a planos sem fatores de moderação, com correspondente aumento da migração e de novos vínculos junto a contratos com coparticipação e/ou franquia. De acordo com a ANS (2018c), em 2007, cerca de 22% dos vínculos estavam em planos privados com coparticipação e/ou franquia, percentual que superou 52% em 2018, o que representou um salto absoluto de cerca de oito milhões para mais de 24 milhões de beneficiários nessa condição. Para o mesmo período, a quantidade de beneficiários em planos privados desprovidos de coparticipação e/ou franquia caiu de 29 para 22,5 milhões.

De acordo com a ANS, para superar esses problemas relacionados ao copagamento em planos privados de assistência à saúde seria necessária uma discussão mais aprofundada para redefinir as regras de modelagem contratual da franquia e da coparticipação, bem como para delimitar os procedimentos sobre os quais incidiriam esses fatores moderadores. Assim, em 2016, foi aberta uma consulta pública cuja exposição de motivos concluía por três cenários frente à forma como esses mecanismos vinham sendo empregados ao longo dos anos (ANS, 2017a).

O primeiro cenário se caracterizava pela manutenção da indefinição da natureza da franquia e da coparticipação, o que perpetuaria a insegurança dos contratos pela possibilidade de se aplicar decisões conflitantes sobre o tema. O segundo cenário definia a natureza dos mecanismos de regulação financeira como forma de cofinanciamento do contrato pelo beneficiário de plano privado de assistência à saúde, situação que colocaria o contratante em eminente risco quanto à manutenção do vínculo pelo não pagamento de eventual parcela até certo ponto imprevisível. O terceiro, que foi defendido pela ANS, considerava a definição da natureza da coparticipação e da franquia como fatores moderadores para mitigação do risco moral, incentivando o uso consciente dos serviços assistenciais no mercado suplementar de saúde sem, contudo, desestabilizar as relações existentes, inclusive protegendo o beneficiário, parte mais frágil, de rescisão unilateral por inadimplemento de valor devido a título dos fatores de moderação do uso dos serviços contratados (ANS, 2017a).

A discussão em torno da consulta pública de 2016 resultou na Resolução Normativa n.º 433, de 27 de junho de 2018, que dispunha sobre os mecanismos financeiros de regulação como fatores moderadores de utilização dos serviços de assistência médica, hospitalar ou

odontológica no setor de saúde suplementar no Brasil. A norma estabelecia percentual máximo a ser cobrado pela operadora para realização de procedimentos e determinava limites mensal e anual para exposição financeira do beneficiário por coparticipação e franquia. Uma relação de isenções de coparticipação e franquia foi elaborada para mais de 250 procedimentos, sob o entendimento de que não deveriam ser alvo de moderação de uso porque sua utilização não caracterizaria risco moral, a exemplo de exames preventivos e tratamentos de doenças crônicas, entre eles, quimioterapia para câncer e hemodiálise (ANS, 2018b).

A Resolução Normativa n.º 433, de 27 de junho de 2018, gerou reações de diferentes instituições e setores sociais. Diante da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 532, ajuizada pelo Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (CFOAB) o Supremo Tribunal Federal (STF) determinou a suspensão temporária da norma, até julgamento final de mérito. Segundo o CFOAB, a ANS havia regulamentado matéria sem a devida competência e sem o devido processo legislativo, ferindo a separação dos Poderes, os princípios da legalidade e do devido processo legal (BRASIL, 2018c; BOLONHA; BONIZZATO; RODRIGUES, 2020).

Em setembro de 2018, meses antes da previsão de seus efeitos começarem a vigorar e antes mesmo do julgamento final pelo STF, a Resolução Normativa n.º 433, de 27 de junho de 2018, foi revogada⁶⁹ em inteiro teor pela ANS. De acordo com Bolonha, Bonizzato e Rodrigues (2020) essa revogação foi de cunho político e social-decisório em função dos conflitos de relevante ordem jurídica, política e social gerados pelo normativo.

2.6 Prazos de carência

Prazo de carência de um plano privado de assistência à saúde é o período ininterrupto, decorrido desde a data de início da vigência do contrato, durante o qual o beneficiário não pode utilizar determinadas coberturas contratadas, apesar de as contraprestações pecuniárias estarem sendo quitadas (ANS, 2017e). Os prazos de carência, cuja informação deve estar claramente disposta no contrato, variam de acordo com a data de contratação do plano privado

⁶⁹ Fato que chama a atenção é que, apesar da revogação da Resolução Normativa n.º 433, de 27 de junho de 2018, desde 2019, uma operadora de grande porte do Estado de Minas Gerais anunciou a seus beneficiários a isenção da cobrança de coparticipação para procedimentos relacionados à diálise, à quimioterapia, à radioterapia e à transfusão de sangue, realizados desde 01/12/2016, mesmo que o copagamento estivesse estipulado em contrato (UNIMED BELO HORIZONTE, 2019). Porém, não há óbice em que a cobrança de coparticipação, quando prevista em contrato, volte a ser realizada junto aos beneficiários dessa operadora, a qualquer tempo, uma vez que não se tem notícia de aditivo contratual relacionado ao tema.

de assistência à saúde. Para planos antigos, as regras devem obedecer ao disposto no contrato. Quanto aos planos novos e aos planos antigos adaptados, a Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, determina os prazos máximos de carência que podem ser exigidos, o que significa que as operadoras podem oferecer períodos inferiores a esses. Os prazos máximos de carência são⁷⁰: 24 horas para a cobertura de urgência (acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional) e emergência (risco imediato à vida ou lesões irreparáveis), de acordo com as limitações e segmentações do plano; 300 dias para partos a termo, ou seja, ocorridos a partir da 38ª semana de gestação (estão excluídos os partos prematuros e decorrentes de complicações no processo gestacional, que são considerados como urgência); e 180 dias para as demais coberturas contratadas, tais como consultas, exames, cirurgias e terapias (BRASIL, 1998a; ANS, 2022b), como é o caso da hemodiálise crônica.

A exigência de cumprimento de prazos de carência para Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) é outra condição contratual específica. DLP são condições que o beneficiário ou seu representante legal saibam ser portador ou sofredor, e que foi informada em declaração específica ao se contratar um plano privado de assistência à saúde. Mesmo com DLP, o beneficiário pode ser atendido pelo seu plano privado de assistência à saúde para tratar as diversas doenças, respeitadas as demais carências, mas estará sujeito a uma Cobertura Parcial Temporária (CPT), por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da assinatura ou adesão ao contrato (ANS, 2007, 2022b).

Durante o período de CPT, a operadora está desobrigada de cobrir procedimentos de alta complexidade especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, como também leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário de plano privado de assistência à saúde ou seu representante legal. Após o término da CPT, a cobertura passa a ser integral, respeitando a segmentação contratada. A operadora pode ainda oferecer cláusula de agravo, ou seja, a previsão de um acréscimo no valor da contraprestação paga pelo plano privado de assistência à saúde para que o beneficiário não tenha que cumprir o período da CPT, de modo a acessar a cobertura integral contratada, para a DLP declarada, após os prazos de carências contratuais (ANS, 2007, 2022b). A hemodiálise crônica é um procedimento contínuo de cobertura obrigatória e classificado como de alta complexidade

⁷⁰ A Lei dos Planos de Saúde assegura a isenção do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário ao seu filho (recém-nascido, natural ou adotivo menor de doze anos de idade) inscrito como dependente, desde que a inclusão ao contrato ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção (BRASIL, 1998a).

pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (BRASIL, 1998e). Por este motivo, o indivíduo que contrata um plano privado de assistência à saúde e declara ser portador de doença renal crônica pode estar sujeito à exigência de CPT ou à previsão de cláusula de agravo relacionada à doença renal crônica preexistente.

De acordo com a Resolução Normativa n.º 195, de 14 de julho de 2009, todos os contratos de planos privados de assistência à saúde de contratação individual ou familiar podem aplicar prazos de carência e conter cláusulas de CPT para DLP ou de agravo. Para planos coletivos empresariais, essa possibilidade depende do número de beneficiários vinculados a cada contrato: até 29 beneficiários, o contrato poderá conter cláusula de agravo ou CPT para DLP, bem como exigir o cumprimento de prazos de carência; 30 ou mais beneficiários, há isenção de carência e de CPT para DLP, mas desde que o beneficiário solicite o ingresso ao plano privado de assistência à saúde em até 30 dias da celebração do contrato ou da sua vinculação à pessoa jurídica contratante. Os planos coletivos por adesão podem prever cláusulas de CPT para DLP ou agravo, mas o cumprimento desses prazos de carência não será exigido em duas situações: se o ingresso do beneficiário ao plano privado de assistência à saúde acontecer até 30 dias após a celebração do contrato; ou se o beneficiário for inscrito no plano em até 30 dias da data de aniversário do contrato (ANS, 2009a; 2022b).

2.7 Contratação, vigência e rescisão

Qualquer forma discriminatória que impeça uma pessoa de contratar um plano privado de assistência à saúde é legalmente proibida, seja em razão de idade, de condição de saúde ou de portar deficiência. A vigência do plano privado de assistência à saúde e os critérios e procedimentos para sua prorrogação, renovação e rescisão devem estar expressos de forma clara no contrato estabelecido entre as partes (BRASIL, 1998a; ANS, 2021d).

A renovação de um contrato de plano privado de assistência à saúde deve ser automática e isenta da cobrança de quaisquer valores, a partir do vencimento do prazo inicial de sua vigência. Porém, as regras para vigência e manutenção para contratos individuais ou familiares e para contratos coletivos são diferentes (BRASIL, 1998a).

O contrato de plano privado de assistência à saúde individual ou familiar tem início na data de assinatura da proposta de adesão, na assinatura do contrato ou na data de pagamento da mensalidade, o que ocorrer primeiro. A vigência mínima deve ser de um ano, sendo ilegais a recontagem de carências e a rescisão durante internação do beneficiário. A operadora poderá suspender ou rescindir unilateralmente o contrato individual ou familiar, seja este anterior ou

posterior à Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, somente em duas situações. A primeira situação está relacionada à comprovação de fraude; e a segunda situação ocorre nos casos de não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato assistencial, mas desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência (BRASIL, 1998a; ANS, 2021d).

A operadora de saúde e a pessoa jurídica contratante podem negociar o início da vigência de um contrato de plano privado de assistência à saúde do tipo coletivo, mas desde que não enseje qualquer pagamento até a data pactuada (ANS, 2021d). O beneficiário de plano privado de assistência à saúde do tipo coletivo e que contribui⁷¹ com a manutenção de seu contrato, caso venha a se aposentar ou em caso de demissão, rescisão ou exoneração de contrato de trabalho sem justa causa, guardará o direito de se manter nas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das mensalidades. É facultado ao empregador manter o ex-empregado no mesmo contrato assistencial de seus trabalhadores ativos ou em outro contrato, exclusivo para o público aposentado ou demitido/exonerado sem justa causa (ANS, 2021d).

O direito de manutenção do beneficiário demitido, exonerado sem justa causa ou aposentado no plano privado de assistência à saúde coletivo deve ser extensivo a todo o seu grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho ou, em caso de sua morte, aos seus dependentes. Além disso, as condições para manter o beneficiário em contrato assistencial coletivo não exclui eventuais vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho (BRASIL, 1998a). Por outro lado, o direito de permanência deixará de existir quando da admissão do ex-empregado demitido ou aposentado em novo emprego que lhe possibilite o ingresso em contrato de assistência à saúde do tipo coletivo empresarial, coletivo por adesão ou autogestão. A condição de beneficiário também poderá ser perdida se o empregador rescindir o contrato assistencial que concede este benefício a seus empregados ativos e ex-empregados (ANS, 2021d).

O tempo de permanência na condição de beneficiário de contrato de plano privado de assistência à saúde em decorrência de vínculo empregatício difere de acordo com os motivos do término da condição de empregado. Para demitidos sem justa causa, poderá ser de 1/3 do tempo em que o empregado permaneceu no contrato assistencial ou sucessores, assegurados o

⁷¹ Nos contratos coletivos considera-se “contribuição” qualquer valor pago pelo empregado para custear a mensalidade, no todo ou em parte, de seu plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo laboral. Porém, não é considerada contribuição a coparticipação do empregado como fator de moderação na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar (BRASIL, 1998a; ANS, 2021d).

mínimo de seis meses e o máximo de 24 meses. Aposentados poderão permanecer na condição de beneficiário sem limite temporal, desde que tenham contribuído com o seu contrato assistencial por no mínimo dez anos. Caso o período de contribuição do ex-empregado aposentado seja inferior a dez anos, o tempo assegurado para sua permanência na condição de beneficiário será na razão de um ano para cada ano de contribuição para o plano privado de assistência à saúde (BRASIL, 1998a).

3 Beneficiário de plano privado de assistência à saúde

Diferentes denominações são utilizadas para se referir à pessoa que está vinculada a um plano privado de assistência à saúde, tais como “cliente”, “segurado”, “consumidor”, “usuário” ou “beneficiário” (ANS, 2017e; BAHIA; SCHEFFER, 2010).

Cliente se refere à pessoa física ou jurídica que compra um produto ou serviço, mediante contraprestação que lhe garanta o acesso ao uso, seja para si ou para terceiros (MOREIRA, 2018). Bahia e Scheffer (2010) consideraram que o termo “cliente” tem potencial para expressar a diversidade de demanda dos indivíduos que contratam planos privados de assistência à saúde, sejam individuais ou coletivos. Isso porque, de um modo geral, essa denominação contempla tanto pessoas que podem arcar diretamente com o custo do produto, como também aquelas que se utilizam da assistência por meio do financiamento de um contratante com o qual têm relação como empregado, dependente ou agregado.

Segurado é denominado como a pessoa garantida por um contrato de seguro (SEGURADO, 2021). A legislação suplementar tipificou o seguro-saúde como um plano privado de assistência à saúde e obrigou as seguradoras que comercializavam esse tipo de produto a se constituírem como sociedade seguradora especializada em saúde (BRASIL, 2001). Desse modo, entende-se que o termo “segurado” está relacionado à pessoa que contrata seguro de saúde de uma seguradora especializada em saúde, não alcançando designar todas as pessoas vinculadas a contratos de planos privados de assistência à saúde no Brasil.

Apesar da pertinência dos termos “cliente” e “segurado” para se referir a pessoas que contratam planos privados de assistência à saúde, o primeiro de modo amplo e o segundo restrito aos seguros de saúde, as denominações mais encontradas na legislação regulatória, na literatura e no senso comum são “consumidor”, “usuário” ou “beneficiário”⁷² (BRASIL,

⁷² O marco legal da saúde suplementar contempla os três termos: “consumidor”, “usuário” e “beneficiário”. A publicação original da Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, trazia o termo “consumidor” mais de uma dezena de vezes e “beneficiário” em oito tratativas, não havendo referência a “usuário” (BRASIL, 1998b). Após

1998a; BAHIA; SCHEFFER, 2010; ANS, 2022b). A escolha de beneficiário como a designação mais adequada para este estudo considerou especificidades e complexidades relacionadas a cada um daqueles termos, conforme será tratado a seguir.

Hachem e Faria (2016) apontaram uma controvérsia relacionada às concepções de usuário e de consumidor, uma vez que, apesar de ambos serem destinatários de produtos e serviços, a Constituição Federal, de 05 de outubro de 1988, alude regimes jurídicos específicos para tratar cada um deles. O termo “usuário” se refere ao direito público subjetivo, decorrente de um dever de o Estado prestar um serviço para o cidadão, sob o amparo do interesse coletivo para satisfazer os direitos fundamentais. Os serviços públicos, apesar da previsibilidade de tarifas, nem sempre requerem o custeio direto para sua utilização, a exemplo da assistência à saúde prestada pelo SUS, que é gratuita e financiada coletivamente por todos os cidadãos por meio da Seguridade Social. A prestação de serviços públicos por vezes também não permite a livre escolha do indivíduo, como em alguns serviços de saneamento básico e de fornecimento de água e de energia elétrica (HACHEM; FARIA, 2016). Os usuários dos serviços públicos estão contemplados na Emenda Constitucional n.º 19, de 4 de junho de 1998, cujo artigo 27 prevê a criação de lei que discipline a sua defesa (BRASIL, 1998c).

No âmbito do sistema de saúde brasileiro, Bahia e Scheffer (2010) consideraram usuário como um termo pouco adequado para ser aplicado ao setor suplementar de saúde. Isso porque usuário remete a uma definição ampla, includente do direito constitucional de uso dos serviços assegurados pelo SUS à toda população brasileira, mas descobertos pelos planos privados de assistência à saúde. Além disso, o uso da assistência ofertada pelo mercado privado de saúde não se institui como serviço público, estando seu uso resguardado por garantias contratuais a uma população pagante e restrita.

Em contraponto ao usuário de serviços públicos, a figura do consumidor requer a contraprestação de recursos, por livre escolha e capacidade de pagamento do indivíduo, que é o destinatário final do produto ou serviço (HACHEM; FARIA, 2016). A promoção da proteção ao consumidor foi conferida ao Estado no artigo 48 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias e contemplada na Lei n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990, que é o Código de Defesa do Consumidor (CDC)⁷³ (BRASIL, 1988, 1990a).

atualizações ao longo de mais de vinte anos, o mesmo marco regulatório contempla as três designações quando se refere à pessoa que está vinculada a um plano privado de assistência à saúde. A título de curiosidade: consumidor(es) por 39 vezes, beneficiário(s) por 12 vezes e usuário(s) em cinco citações (BRASIL, 1998a).

⁷³ O CDC definiu um Sistema Nacional de Defesa do Consumidor (SNDC) com o intuito de integrar esforços do Estado e da sociedade civil para mediar casos conflituosos entre os consumidores e os fornecedores de bens e

O Supremo Tribunal de Justiça entendeu que o CDC pode ser aplicado às relações entre os contratantes de planos privados de assistência à saúde e as operadoras desses produtos, apesar de excetuar os contratos administrados por entidades de autogestão (BRASIL, 2018b). Além disso, o reiterado uso de “consumidor” no arcabouço regulatório inclui a única cláusula que trata do ressarcimento ao SUS, eixo temático desta pesquisa

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

O processo de ampliação do mercado privado transformou a assistência à saúde em bem de consumo, como mercadoria lucrativa com valor econômico e espaço para acumulação de capital, o que vai em direção oposta à definição de saúde como direito social (VIANA, 2007; SOUSA, 2014). Porém, mesmo desconsiderando que contratar um plano privado assistencial vai além de consumir saúde como mercadoria, porque inclui satisfazer uma necessidade quase sempre imprevisível e difícil de ser precificada, Bahia e Scheffer (2010) entenderam haver restrições em se utilizar o conceito de consumidor de plano privado de assistência à saúde, tão difundido pelas entidades de defesa do consumidor e popularizado pela mídia. Segundo esses autores, as disposições do CDC somente se aplicariam às relações de consumo nas quais a pessoa adquire um plano privado de assistência à saúde para seu próprio uso e/ou de sua família, excluindo a defesa da maior parte do setor suplementar que está vinculada aos planos privados de assistência à saúde do tipo coletivos. Nos contratos coletivos há especificidades decorrentes da relação de trabalho que fazem com que o custeio do plano privado seja, por vezes, assumido pelo empregador e não pelo próprio consumidor da assistência à saúde⁷⁴. Essa interpretação de Bahia e Scheffer (2010) encontra respaldo no entendimento de Leite (2002), segundo o qual, partindo-se da concepção econômica, o CDC limita o consumo às relações comerciais que se estabelecem entre o fornecedor e o consumidor final.

serviços, garantindo os direitos nas relações de consumo. Por meio do Programa Parceiros da Cidadania, criado desde 2003, a ANS mantém relação colaborativa junto a entidades do SNDC, com o objetivo de reduzir a assimetria de informação no setor suplementar, como também de ampliar e qualificar a troca de informações entre parceiros. Esse estreitamento interinstitucional ainda viabiliza estabelecer um panorama mais fidedigno do setor suplementar, ampliando a eficácia da proteção e defesa do beneficiário de planos privados de assistência à saúde (ANS, 2021b).

⁷⁴ De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, importante proporção das pessoas com plano de saúde médico informaram que a empresa assumia o pagamento total (14,5%) ou parcial (30,9%) do seu contrato assistencial. O total de 46,2% pagava os custos diretamente ao plano (IBGE, 2020a), o que pode se relacionar a contratos individuais/familiares ou a contratos coletivos por adesão.

A origem do termo “beneficiário” pode estar nos convênios-empresa firmados entre as operadoras, em especial medicinas de grupo, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o parque empresarial. Nessa relação, o empresário considerava o contrato coletivo como um favorecimento ou vantagem concedida ao empregado, assim então designado beneficiário (BAHIA; SCHEFFER, 2010).

Dentro desse construto, apesar das divergências entre diferentes autores de campos diversos do conhecimento sobre ao tema, com base na opção de atribuir uniformidade técnica à pesquisa e considerando que beneficiário é termo fundamentado na Lei, como também é a nomenclatura formalmente adotada pelo glossário da saúde suplementar para designar a pessoa que adquire plano privado de assistência à saúde (ANS, 2017e, 2022b; BRASIL, 1998a), esta foi a denominação utilizada como referencial para este estudo. Assim, o beneficiário de plano privado de assistência à saúde é conceituado como a

Pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em legislação e em contrato assinado com a operadora de plano privado de assistência à saúde para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica (ANS, 2017e, p.28).

Mensalmente, ou sempre que houver alterações, as operadoras devem encaminhar à ANS dados de inclusão, retificação, mudança contratual, cancelamento e reativação dos vínculos de beneficiários aos planos privados de assistência à saúde, ocorridos até o último dia do mês imediatamente anterior. O sistema informatizado que coleta e processa esses dados é o Sistema de Informações de Beneficiários (SIB), sendo o armazenamento de cada vínculo contratual relacionado a um identificador único, o Código de Controle Operacional (CCO) (ANS, 2012a, 2021d).

A ANS realiza críticas para avaliar a coerência das atualizações dos dados de beneficiários enviados pelas operadoras. Apenas as informações que estiverem em conformidade com os requisitos básicos estipulados pela ANS são processadas e passam a incorporar o SIB. Além disso, a legislação define penalidade e a impossibilidade de a operadora solicitar autorização de reajuste para produtos individuais/familiares caso essa não envie à ANS as informações de beneficiários ou realize o envio incompleto ou não atualizado dos dados (ANS, 2021d).

Como uma pessoa pode contratar mais de um plano privado de assistência à saúde, cada qual se constituindo como um vínculo diferente, o indivíduo pode constar no SIB tantas vezes quantos forem os vínculos que possuir. Por esse motivo, o número de beneficiários cadastrados no SIB é maior que o número de indivíduos que possuem planos privados de assistência à saúde no Brasil (ANS, 2022b; BRASIL, 2022a).

Por outro lado, a partir de pesquisas de base nacional que abarcam os financiamentos público e privado de saúde, depreende-se que o número de beneficiários divulgado pela ANS parece não se distanciar tanto do número de pessoas que possuem algum plano privado de assistência à saúde no Brasil. De acordo com a PNS de 2013, apenas 2,7% das pessoas possuíam mais de um plano de saúde médico ou odontológico (MALTA et al., 2017) e os dados da PNS de 2019 apontaram para a redução desse percentual (FIOCRUZ, 2021).

4 Operadora de plano privado de assistência à saúde

Além de referência legal, o termo “operadora” é o utilizado pela ANS, como também o mais difundido no Brasil para designar as empresas que atuam no setor suplementar de saúde (BRASIL, 1998a; BAHIA; SCHEFFER, 2010; ANS, 2017e). Denomina-se operadora de plano privado de assistência à saúde a pessoa jurídica constituída sob a modalidade empresarial, associação, fundação, cooperativa ou entidade de autogestão, que opera ou comercializa planos privados de assistência à saúde no Brasil e que, obrigatoriamente, deve estar registrada na ANS (ANS, 2017e). A ANS mantém um Sistema de Cadastro de Operadoras (CADOP) destinado ao cadastramento e controle dos registros das operadoras de planos privados de assistência à saúde. O CADOP contém dados como Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), endereço, natureza jurídica, representantes, administradores e composição de capital. A operadora deve informar à ANS quaisquer modificações em seu registro no prazo de até 30 dias, a contar da ocorrência da alteração (ANS, 2004; BRASIL, 2022a).

As operadoras de planos privados de assistência à saúde são divididas em modalidades, de acordo com características relacionadas à sua forma de organização e de atuação no mercado. As principais modalidades de operadoras que operam no Brasil são (BRASIL, 1998a, 2000, 2011b; ANS, 2017e):

- a) medicina de grupo: sociedade que comercializa ou opera planos privados de assistência à saúde a pessoas físicas ou jurídicas, podendo oferecer serviços próprios ou credenciados, excetuando-se as empresas classificadas nas modalidades administradora, cooperativa médica, autogestão, filantropia e seguradora especializada em saúde;
- b) cooperativa: empresa que se constitui na forma de associação de pessoas sem fins lucrativos e que operam planos privados de assistência à saúde a pessoa física ou pessoa jurídica, facultado oferecer serviços próprios ou credenciados. Podem

- comercializar ou operar contratos de assistência à saúde, neste caso sendo formadas por médicos e denominadas cooperativas médicas; ou comercializar ou operar contratos de assistência à saúde exclusivamente odontológicos, sendo compostas por odontólogos e chamadas de cooperativas odontológicas;
- c) seguradora especializada em saúde: empresa constituída em sociedade seguradora com fins lucrativos e que comercializa seguros de saúde a pessoas físicas ou jurídicas. As seguradoras não possuem rede própria e oferecem, obrigatoriamente, reembolso das despesas médico-hospitalares ou odontológicas, ou comercializam ou operam seguro relacionado à garantia de assistência à saúde, sendo proibido operacionalizar outros tipos de seguro;
 - d) autogestão: entidade que opera serviços de assistência à saúde ou empresa que se responsabiliza pelo plano privado de assistência à saúde destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos de uma ou mais empresas, associados de determinada categoria profissional, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, incluindo seus respectivos grupos familiares. Quanto à sua estruturação, as autogestões podem: ser organizadas diretamente pela empresa, intermediada por seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado; estar vinculadas a entidades públicas ou privadas patrocinadoras, instituidoras ou mantenedoras; ou ser constituídas sob a forma de associação ou fundação, sem mantenedora, pelos próprios empregados e seus dependentes, por meio de caixas de assistência, associações, sindicatos, fundações, sem finalidade lucrativa;
 - e) filantropia: entidade sem fins lucrativos que opera planos privados de assistência à saúde e que tenha certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social;
 - f) administradora de benefício⁷⁵: pessoa jurídica que se propõe à contratação de plano privado de assistência à saúde do tipo coletivo, na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes desses planos e desenvolve atividades previstas em regulamentação específica da ANS, tais como apoio técnico, negociação de reajustes, alteração de rede assistencial; e

⁷⁵ As administradoras de benefícios não são responsáveis diretas por prestar assistência à saúde aos beneficiários dos planos. Por esse motivo, administradoras de benefícios não recebem cobrança para ressarcimento ao SUS e, conseqüentemente, essa modalidade de operadora não aparece nos resultados deste estudo.

- g) odontologia de grupo: empresa que se constitui em sociedade que comercializa ou opera exclusivamente planos odontológicos, excetuando-se as classificadas na modalidade cooperativa odontológica.

Outra classificação comum das operadoras de planos privados de assistência à saúde é quanto ao seu porte, que considera o número de beneficiários vinculados ao conjunto de seus contratos, na data de 31 de dezembro do exercício imediatamente anterior. O porte de uma operadora pode variar de acordo com a dinamicidade do mercado de saúde suplementar e pode ser classificado como pequeno porte (número de beneficiários inferior a 20 mil), médio porte (de 20 a 100 mil beneficiários) e grande porte (número de beneficiários igual ou superior a 100 mil) (ANS, 2015b).

5 Prestador de serviço de assistência à saúde suplementar

O prestador de serviço de assistência à saúde suplementar é todo profissional de saúde em prática liberal privada, na qualidade de pessoa física, e todo estabelecimento de saúde, na qualidade de pessoa jurídica, que prestem ou venham a prestar serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde (ANS, 2017e; BRASIL, 1998a).

A aceitação da condição de contratado, referenciado, credenciado ou cooperado por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, só pode ocorrer por meio de contrato escrito, estipulado entre esse e uma operadora registrada na ANS. O prestador pode estabelecer contrato com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado que essas imponham exclusividade ou restrição à atividade profissional. Porém, a Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, proíbe que o prestador cometa quaisquer tipos de discriminação ou atendimento de beneficiários de forma distinta daquela dispensada a beneficiários de outra operadora ou contrato assistencial (BRASIL, 1998a).

A inclusão de qualquer prestador de serviço de saúde como contratado, referenciado ou credenciado de um plano privado de assistência à saúde implica compromisso com os beneficiários quanto à sua manutenção ao longo da vigência do contrato. Porém, a lei faculta a substituição do prestador, desde que por outro equivalente e que seja realizada a respectiva comunicação da mudança aos beneficiários com, no mínimo, 30 dias de antecedência (BRASIL, 1998a).

Em casos de redimensionamento de rede de um contrato, de forma que ocorra diminuição de prestadores, a operadora está obrigada a manter a cobertura assistencial com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o beneficiário. A exclusão do

prestador deve considerar a capacidade operacional a ser reduzida e potenciais impactos sobre os beneficiários assistidos, a partir de parâmetros definidos e condicionada à prévia autorização da ANS (BRASIL, 1998a).

Para a manutenção da oferta assistencial as operadoras podem optar por contratar serviços de uma rede credenciada, condição em que se torna agente de intermediação entre o beneficiário e o prestador, e/ou por verticalizar sua rede, ou seja, manter sob organização própria hospitais, laboratórios, centros de especialidades médicas, entre outros. Para o cumprimento das obrigações contratuais, as operadoras de saúde poderão ainda reembolsar o beneficiário pelas despesas decorrentes de eventos cobertos pelo contrato (ANS, 2021d).

A fiscalização dos prestadores de serviços de saúde é de responsabilidade do respectivo conselho de classe ocupacional a que se vinculam e das operadoras de saúde, na qualidade de contratantes⁷⁶. Coube à ANS regular e fiscalizar a relação entre operadoras e prestadores, orientando uma relação harmoniosa e saudável entre as partes (ANS, 2021d).

Além da edição de resoluções normativas a respeito da contratualização das relações entre operadoras e prestadores, a ANS mantém canal exclusivo para tratar demandas de prestadores de serviços do setor suplementar (ANS, 2021d). Além disso, a ANS estabeleceu, em 2016, o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS) como meio para incentivar a qualificação dos hospitais, laboratórios, clínicas e profissionais de saúde que atuam no setor suplementar e aumentar a disponibilidade de informações para a avaliação e as escolhas dos beneficiários e da sociedade (ANS, 2022b), diminuindo a assimetria de informação.

Estudos demonstraram que manter rede própria pode oferecer vantagens à operadora no sentido de aumentar sua competitividade no mercado. Essa verticalização assistencial pode reduzir custos com insumos, equipamentos e serviços, promover melhor qualidade assistencial e permitir maior controle sobre as informações dos beneficiários (OKANO; GOMES, 2020). Por esse motivo, cada vez mais operadoras têm optado por verticalizar suas redes, o que acaba modificando sua relação com o beneficiário (BAIRD, 2020b) e trazendo novos desafios à atuação da ANS.

⁷⁶ De acordo com Baird (2021b) o fato de a legislação limitar os poderes para que a ANS regule o setor que efetivamente atende ao beneficiário de plano privado de assistência à saúde, que são os prestadores de serviço, pode gerar problemas, a exemplo das dificuldades de controle de precificação dos serviços na saúde suplementar e, por conseguinte, de análise do custo-efetividade das incorporações tecnológicas no setor.

APÊNDICE B – Distribuição dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019, segundo a cobertura contratual para esse procedimento, as características de seus contratos e a modalidade de suas operadoras.

Tabela B: Distribuição dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019, segundo a cobertura contratual para esse procedimento, as características de seus contratos e a modalidade de suas operadoras.⁷⁷

Variável	Beneficiários sem cobertura de hemodiálise ou cobertura com copagamento ¹ n = 8.856		Beneficiários com cobertura para hemodiálise ² n = 22.428		Razão entre frequências ³ (A/B)
	(A)		(B)		
	n	%	n	%	
Época da contratação					
Novo	6.386	72,11	19.823	88,39	0,82
Antigo	2.435	27,50	2.426	10,82	2,54
Não informado	35	0,40	179	0,80	-
Tipo de plano					
Coletivo empresarial	3.614	40,81	11.764	52,45	0,78
Individual ou familiar	3.324	37,53	6.725	29,98	1,25
Coletivo por adesão	1.913	21,60	3.833	17,09	1,26
Não informado	5	0,06	106	0,47	-
Segmentação assistencial					
Ambulatorial+Hospitalar	7.051	79,62	18.793	83,79	0,95
Ambulatorial	1.228	13,87	1.632	7,28	1,91
Referência	452	5,10	1.815	8,09	0,63
Hospitalar ⁴	120	1,36	82	0,37	3,71
Não informado	5	0,06	106	0,47	-
Abrangência geográfica da cobertura assistencial					
Nacional	2.237	25,26	5.603	24,98	1,01
Grupo de estados	148	1,67	1.682	7,50	0,22
Estadual	732	8,27	1.789	7,98	1,04
Grupo de municípios	4.390	49,57	9.749	43,47	1,14
Municipal	520	5,87	1.085	4,84	1,21
Não informado	829	9,36	2.520	11,24	-
Modalidade da operadora					
Medicina de grupo	3.213	36,28	10.207	45,51	0,80
Cooperativa	3.328	37,58	7.611	33,94	1,11
Autogestão	1.569	17,72	1.983	8,84	2,00
Seguradora	347	3,92	1.997	8,90	0,44
Filantropia	399	4,51	630	2,81	1,60

1. Considerou-se como beneficiário vinculado a plano privado de assistência à saúde sem cobertura para hemodiálise crônica ou com cobertura para este procedimento, mas com previsão de copagamento, aquele beneficiário cuja contestação da cobrança para ressarcimento ao SUS foi deferida pela ANS.

2. Considerou-se como beneficiário vinculado a plano privado de assistência à saúde com cobertura para hemodiálise crônica aquele cuja cobrança para ressarcimento ao SUS não foi contestada pela operadora e aquele cuja cobrança foi contestada, mas a impugnação foi indeferida pela ANS.

3. Razão entre a distribuição de frequência dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde sem cobertura para hemodiálise crônica ou com cobertura para esse procedimento, mas com previsão de copagamento; e a respectiva distribuição de frequência dos beneficiários com cobertura para este procedimento.

4. Contratos com a segmentação assistencial hospitalar não contemplam atendimentos ambulatoriais (ANS, 2022). Porém, a existência desse tipo de segmentação na população estudada pode estar relacionada a planos antigos ou a erros de registro junto aos sistemas de informação da ANS.

⁷⁷ Esta análise não considerou o grupo de beneficiários de planos privados de assistência à saúde com *status* “avaliando” em relação à análise da cobrança junto ao processo para ressarcimento ao SUS, quando da disponibilização dos dados para este estudo (n=657; 2,06% da população do estudo), ou seja, indivíduos para os quais não foi possível determinar se tinham ou não cobertura para hemodiálise crônica em seus contratos.

APÊNDICE C – Distribuição do tipo de plano privado de assistência à saúde dos beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS e dos beneficiários de planos de assistência médica no Brasil, entre 2012 e 2019, segundo a época da contratação do plano.

Tabela C.1: Distribuição do tipo de plano privado de assistência à saúde dos beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS, entre 2012 e 2019, segundo a época da contratação do plano.

Tipo de plano	Época da Contratação						Total		antigo/novo*
	Novo		Antigo		Não informado		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Coletivo empresarial	14.191	53,00	1.510	30,50	23	10,75	15.724	49,23	0,58
Coletivo por adesão	4.132	15,43	1.721	34,76	19	8,88	5.872	18,38	2,25
Individual/familiar	8.451	31,56	1.712	34,58	71	33,18	10.234	32,04	1,09
Não informado	2	0,01	8	0,16	101	47,20	111	0,35	-
Total	26.776	100,00	4.951	100,00	214	100,00	31.941	100,00	-

* Razão entre a distribuição de frequência dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde antigos e a distribuição de frequência dos beneficiários de planos novos.

Tabela C.2: Distribuição do tipo de plano privado de assistência à saúde dos beneficiários de planos de assistência médica no Brasil, entre 2012 e 2019¹, segundo a época da contratação do plano.

Tipo de plano	Época da contratação				Total		antigo/novo ²
	Novo		Antigo		n	%	
	n	%	n	%			
Coletivo empresarial	29.960.023	69,23	1.928.407	39,43	31.888.430	66,20	0,57
Coletivo por adesão	5.055.307	11,68	1.400.465	28,64	6.455.771	13,40	2,45
Coletivo não identificado	3.811	0,01	0	0	3.811	0,01	-
Individual/familiar	8.257.332	19,08	1.277.330	26,12	9.534.662	19,79	1,37
Não Informado	2.406	0,01	284.287	5,81	286.693	0,60	-
Total	43.278.878	100,00	4.890.489	100,00	48.169.367	100,00	-

1. Média de beneficiários de planos privados de assistência à saúde no Brasil para o mês de junho de cada ano.

2. Razão entre a distribuição de frequência dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde antigos e a distribuição de frequência dos beneficiários de planos novos.

Fonte: Tabnet da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), 2012-2019.

APÊNDICE D – Distribuição dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde com cobertura para hemodiálise que realizaram este procedimento no SUS e dos demais beneficiários existentes no Brasil, entre 2012 e 2019, segundo as características de seus contratos e a modalidade de suas operadoras.

Tabela D: Distribuição dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde com cobertura para hemodiálise (N = 22.428) que realizaram este procedimento no SUS e dos demais beneficiários existentes no Brasil (N = 41,46 milhões), entre 2012 e 2019, segundo as características de seus contratos e a modalidade de suas operadoras.

Variável	Beneficiários com cobertura para hemodiálise que realizaram esse procedimento no SUS			Demais beneficiários do Brasil ²		Razão entre frequências ³ (A/B)
		%		n	%	
		bruta	padronizada ¹ (A)			
Época da contratação						
Novo	19.823	88,39	44,01	36.972.549	89,18	0,49
Antigo	2.426	10,82	26,42	4.487.681	10,82	2,44
Não informado	179	0,80	29,57	35	0,00	-
Tipo de plano						
Coletivo empresarial	11.764	52,45	31,80	27.599.480	66,57	0,48
Individual ou familiar	6.725	29,98	24,60	7.825.358	18,87	1,30
Coletivo por adesão	3.833	17,09	25,28	5.768.279	13,91	1,82
Não informado	106	0,47	18,33	267.148	0,64	-
Segmentação assistencial						
Ambulatorial+Hospitalar	18.793	83,79	24,09	35.177.876	84,85	0,28
Ambulatorial	1.632	7,28	20,68	1.755.055	4,23	4,88
Referência	1.815	8,09	25,72	3.757.084	9,06	2,84
Hospitalar ⁴	82	0,37	14,10	506.731	1,22	11,54
Não informado	106	0,47	15,42	263.519	0,64	-
Abrangência geográfica da cobertura assistencial						
Nacional	5.603	24,98	16,55	17.442.270	42,07	0,39
Grupo de estados	1.682	7,50	19,47	2.351.731	5,67	3,43
Estadual	1.789	7,98	16,08	2.873.184	6,93	2,32
Grupo de municípios	9.749	43,47	16,31	16.967.833	40,93	0,40
Municipal	1.085	4,84	14,65	1.563.832	3,77	3,88
Não informado	2.520	11,24	16,93	261.415	0,63	-
Modalidade da operadora						
Medicina de grupo	10.207	45,51	21,98	15.021.249	36,23	0,61
Cooperativa	7.611	33,94	20,88	15.340.177	37,00	0,56
Autogestão	1.983	8,84	15,70	4.538.956	10,95	1,43
Seguradora	1.997	8,90	23,96	5.601.602	13,51	1,77
Filantropia	630	2,81	17,48	958.280	2,31	7,56

1. Distribuição da frequência percentual dos beneficiários de planos privados de saúde que realizaram hemodiálise no SUS e que tinham contrato com cobertura para hemodiálise, padronizada por idade e por sexo, utilizando a estrutura etária e por sexo dos demais beneficiários existentes no Brasil vinculados a planos privados de assistência médica, idade ≥ 10 anos.

Obs.: O Tabnet da ANS disponibiliza informações de faixa etária dos beneficiários segundo intervalos de cinco anos, o que impossibilitou utilizar, para os beneficiários existentes no Brasil, o mesmo recorte de idade da população deste estudo, ou seja, a partir de 13 anos. Por esse motivo, utilizou-se a idade mínima de 10 anos para beneficiários existentes no Brasil. No entanto, os beneficiários com idade inferior a 13 anos quantificaram apenas 0,13% das exclusões utilizadas como critério para chegar à população utilizada nessa pesquisa.

2. Distribuição da frequência percentual de beneficiários existentes no Brasil vinculados a planos privados de assistência médica, idade ≥ 10 anos, excluídos beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS e que tinham cobertura para hemodiálise:

$$\left[\frac{(\text{beneficiários existentes no Brasil segundo determinada característica}) - (\text{beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS e com cobertura para hemodiálise, segundo determinada característica})}{[(\text{total de beneficiários existentes no Brasil}) - (\text{total de beneficiários que realizaram hemodiálise no SUS e com cobertura para hemodiálise})]} \right] * 100.$$

Fonte: Tabnet da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), 2012-2019.

3. Razão entre a distribuição de frequência padronizada de características dos contratos dos beneficiários de planos privados de saúde com cobertura para hemodiálise e que realizaram este procedimento no SUS e a respectiva distribuição de frequência dos demais beneficiários existentes no Brasil.

4. Contratos com a segmentação assistencial hospitalar não contemplam atendimentos ambulatoriais (ANS, 2022). Porém, a existência desse tipo de segmentação na população estudada pode estar relacionada a planos antigos ou a erros de registro junto aos sistemas de informação da ANS.

APÊNDICE E – Distribuição dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde com cobertura para hemodiálise que realizaram este procedimento no SUS, entre 2012 e 2019, segundo o tipo de trajetória, o tempo total de utilização do SUS, as características de seus contratos e a modalidade de suas operadoras.

Tabela E.1: Distribuição dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde com cobertura para hemodiálise que realizaram este procedimento no SUS, entre 2012 e 2019, segundo o número de períodos de utilização do SUS.

Períodos de utilização do SUS	n	%
01 período	20.252	90,30
02 períodos	1.998	8,91
03 períodos	144	0,64
04 períodos	27	0,12
05 períodos	3	0,01
06 períodos	4	0,02
Total	22.428	100,00

Tabela E.2: Distribuição dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde com cobertura para hemodiálise que realizaram este procedimento no SUS, entre 2012 e 2019, segundo o tipo de trajetória e o tempo total de utilização do SUS.

TRAJETÓRIA	Contínua		Descontínua		TOTAL	
	1 período		2-6 períodos		n	%
Tempo total de utilização do SUS (categorizado)						
≤ 3 meses	6.197	30,60	218,00	10	6.415	28,60
4-6 meses	3077	15,19	196,00	9	3.273	14,59
7-9 meses	1968	9,72	157,00	7	2.125	9,47
10-12 meses	1521	7,51	192,00	9	1.713	7,64
13-15 meses	1234	6,09	136,00	6	1.370	6,11
16-18 meses	1104	5,45	132,00	6	1.236	5,51
19-21 meses	849	4,19	115,00	5	964	4,30
22-24 meses	686	3,39	108,00	5	794	3,54
≥ 25 meses	3616	17,86	922,00	42	4.538	20,23
25-36 meses	1701	8,40	413,00	19	2.114	9,43
37-48 meses	1000	4,94	206,00	9	1.206	5,38
49-60 meses	378	1,87	169,00	8	547	2,44
≥ 61 meses	537	2,65	134,00	6	671	2,99
TOTAL	20.252	100,00	2.176	100,00	22.428	100,00

Tabela E.3: Distribuição de frequências do tipo de trajetória segundo a região da assistência, as características dos contratos de planos privados de assistência à saúde e a modalidade das operadoras dos beneficiários com cobertura para hemodiálise que realizaram este procedimento no SUS, entre 2012 e 2019. (N=22.428)

Variável	Descontínua	Contínua	descontínua/ contínua ¹
	N = 2.176 %	N = 20.252 %	
Região do prestador²			
Sudeste	61,17	62,34	0,98
Nordeste	19,99	16,53	1,21
Sul	8,27	9,85	0,84
Centro-Oeste	5,52	5,78	0,96
Norte	4,04	3,96	1,02
Não informado	1,01	1,54	0,66
Mudaram de UF ³	3,13	0,93	3,37
Época da contratação			
Novo	89,98	88,21	1,02
Antigo	8,59	11,06	0,78
Não informado	1,42	0,73	1,95
Tipo de plano			
Coletivo empresarial	51,61	52,54	0,98
Individual ou familiar	32,72	29,69	1,10
Coletivo por adesão	14,34	17,39	0,82
Não informado	1,33	0,99	1,34
Abrangência geográfica da cobertura assistencial			
Municipal	4,92	4,83	1,02
Grupo de municípios	40,67	43,77	0,93
Estadual	7,22	8,06	0,90
Grupo de estados	8,32	7,41	1,12
Nacional	27,57	24,70	1,12
Não informado	11,31	11,23	1,01
Segmentação assistencial			
Ambulatorial+Hospitalar	83,50	83,82	1,00
Ambulatorial	6,99	7,31	0,96
Referência	8,09	8,09	1,00
Hospitalar ⁴	0,09	0,40	0,23
Não informado	1,33	0,38	3,50
Franquia			
Não	94,53	94,12	1,00
Sim	4,14	5,50	0,75
Não informado	1,33	0,38	3,50
Coparticipação			
Não	58,04	59,65	0,97
Sim	40,63	39,97	1,02
Não informado	1,33	0,38	3,50
Modalidade da operadora			
Medicina de grupo	44,53	45,62	0,98
Cooperativa	35,25	33,79	1,04
Autogestão	8,78	8,85	0,99
Seguradora	8,23	8,97	0,92
Filantropia	3,22	2,76	1,17

1. Razão entre a distribuição de frequência dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde de trajetória descontínua e a respectiva distribuição de frequência dos beneficiários com trajetória contínua.

2. A informação utilizada para a região do prestador foi a respectiva Unidade Federativa (UF) relacionada à primeira entrada do beneficiário no SUS.

3. Frequência percentual de beneficiários assistidos em mais de uma UF, considerando todas as entradas e saídas de cada período de utilização do SUS: $\frac{\text{beneficiários assistidos em mais de uma UF segundo o tipo de trajetória}}{\text{beneficiários de determinado tipo de trajetória}} \times 100$.

4. Contratos com a segmentação assistencial hospitalar não contemplam atendimentos ambulatoriais (ANS, 2022). Porém, a existência desse tipo de segmentação na população estudada pode estar relacionada a planos antigos ou a erros de registro junto aos sistemas de informação da ANS.