

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Wallace Santos Costa

RESSARCIMENTO AO SUS: perfil de utilização dos serviços públicos de saúde por beneficiários de planos de saúde entre as unidades da federação.

Belo Horizonte
2022

Wallace Santos Costa

RESSARCIMENTO AO SUS: perfil de utilização dos serviços públicos de saúde por beneficiários de planos de saúde entre as unidades da federação.

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Linha de pesquisa: Política, Planejamento e Avaliação em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Mônica Viegas Andrade

Coorientadora: Profa. Dra. Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha

Belo Horizonte
2022

C837r Costa, Wallace Santos.
Ressarcimento ao SUS [recursos eletrônicos]: perfil de utilização dos serviços públicos de saúde por beneficiários de planos de saúde entre as unidades da federação. / Wallace Santos Costa. - - Belo Horizonte: 2022.
80f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Mônica Viegas Andrade.
Coorientador (a): Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha.
Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Mecanismo de Reembolso. 2. Saúde Suplementar. 3. Sistema Único de Saúde 4. Dissertação Acadêmica. I. Orientador Andrade, Mônica Viegas. II. Coorientador Noronha, Kenya Valeria Micaela de Souza. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WA 530

Bibliotecário responsável: Marina Nogueira Ferraz CRB-6/2194



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

ATA DE NÚMERO 72 (SETENTA E DOIS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELO CANDIDATO WALLACE SANTOS COSTA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

Aos 22 (vinte e dois) dias do mês de agosto de dois mil e vinte e dois, às 19:15 (dezenove horas e quinze minutos), realizou-se por videoconferência, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "RESSARCIMENTO AO SUS: perfil de utilização dos serviços públicos de saúde por beneficiários de planos de saúde entre as unidades da federação", do aluno *Wallace Santos Costa*, candidato ao título de "Mestre em Gestão de Serviços de Saúde", linha de pesquisa "Política, Planejamento e Avaliação em Saúde". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes doutores: Prof^ª. Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha, Prof. André Soares Santos e Laura de Almeida Botega, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a presidente, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra ao candidato para apresentação do seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa do candidato. Logo após, os membros da Comissão se reuniram sem a presença do candidato e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

-) APROVADA;
) APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
) REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pela orientadora. Nada mais havendo a tratar, eu, Davidson Luis Braga Lopes, Secretário do Colegiado de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 22 de agosto de 2022.

Prof^ª. Dr^ª. Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha
Membro Titular - Coorientadora (UFMG)

Prof. Dr. André Soares Santos
Membro Titular (UFMG)

Dr^ª. Laura de Almeida Botega
Membro Titular (SESMG)

Davidson Luis Braga Lopes
Secretário do Colegiado de Pós-Graduação



Documento assinado eletronicamente por **Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha, Professora do Magistério Superior**, em 25/08/2022, às 15:46, 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 **André Soares Santos, Usuário Externo**, em 25/08/2022, às 18:36, 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 **Laura de Almeida Botega, Usuário Externo**, em 29/08/2022, às 15:14, 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 **Davidson Luis Braga Lopes, Secretário(a)**, em 29/08/2022, às 16:15, 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?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1707768** e o código CRC **DC0E7C2E**.

AGRADECIMENTOS

Os sonhos do acordado são como os outros sonhos, tecem-se pelo desenho das nossas inclinações e das nossas recordações (Machado de Assis).

Durante essa caminhada sonhei acordado com momentos que vivo hoje. Nesse percurso, pessoas especiais gravaram um pano de fundo de leveza que ficará eternizado em minhas recordações.

Agradeço, primeiramente, à Deus, que durante meus apuros sempre acolheu minhas orações de madrugada e acalentou meu coração.

Agradeço a meus pais, Gláucia Cristina e João Nicolau, que desde sempre vibram pelas minhas conquistas e são meus maiores exemplos de coragem e determinação.

Agradeço a Jean Cristian, que desde o início da construção desse trabalho tem me dado suporte e sido uma das melhores companhias nos momentos em que eu pensei que não fosse conseguir.

Agradeço aos meus amigos, por sempre exaltarem meu potencial e não me deixarem desanimar. Agradeço, em especial, à Jéssica Almeida, que esteve ao meu lado em momentos muito difíceis que passei.

Um agradecimento mais que especial à Maggie. Durante momentos estressantes do dia a dia poder pegar no colo, fazer um carinho, dar um abraço e, até desabafar. Apesar de não entender a maioria das palavras, sei que ela entendia todas as minhas emoções.

Agradeço às minhas orientadoras, Profa. Dra. Mônica Viegas e Profa. Dra. Kenya Noronha, que acolheram com muito carinho, atenção e respeito meu projeto de dissertação. Sem dúvidas o suporte, as cobranças e o estímulo de vocês foram fundamentais ao longo da construção desse trabalho.

Ao programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde e DGSS, pela qualidade do curso que vem sendo ofertado e pela força/visibilidade que vem dando a nós, bacharéis e mestres em Gestão de Serviços de Saúde.

Agradeço à Turma III, em especial à Janaína Batista, compartilhamos muitos momentos difíceis e o carinho e força de cada um de vocês nos fez chegar até aqui.,

Minha eterna gratidão a todos vocês.

*Há pessoas que choram por saber que as rosas têm
espinho. Há outras que sorriem por saber que os
espinhos têm rosas!*

(Machado de Assis)

RESUMO

O acesso à saúde no Brasil pode ser realizado pela rede pública, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS) e/ou pela rede privada, por meio da aquisição de planos de saúde oferecidos por Operadoras de Planos de Saúde (OPS). O uso concomitante das duas redes assistenciais por parte dos beneficiários de planos de saúde tornou necessária a instituição do processo de ressarcimento ao SUS que visa desestimular o não cumprimento dos contratos celebrados e impedir subsídio de atividades lucrativas com dinheiro público. Assim, as operadoras de saúde devem ressarcir ao SUS quando seus beneficiários usam a rede pública para realizar procedimentos que são cobertos pelos seus contratos. Atualmente, os procedimentos vinculados à APAC e AIH são cobrados. No período de 2014-2018 houve o repasse de R\$2,47 bilhões ao FMS e R\$615 milhões não foram pagos e estão inscritos na dívida ativa. Os processos de melhorias operacionais vêm trazendo aumento na arrecadação do ressarcimento, no entanto, os valores ressarcidos ainda são inferiores aos cobrados. O objetivo desse estudo é caracterizar a demanda por serviços de saúde que têm sido objeto do ressarcimento ao SUS. Trata-se de um estudo observacional, de recorte transversal, com abordagem descritiva e analítica. São analisados os registros de ressarcimento ao SUS do ano de 2019, considerando os tipos de procedimento e as localidades do atendimento. Esse entendimento se faz importante para identificar as lacunas das operadoras no que se refere à prestação e cobertura de serviços. Ficou evidenciado que a maior utilização do SUS, por beneficiários de planos de saúde, estão associados à procedimentos cirúrgicos mais caros e/ou cuidados clínicos prolongados. No que se refere às AIH, o maior volume foi da especialidade Cirurgia (37%) e Clínica Médica (29%) e, nas APAC's, Oncologia (52%) e nefrologia (19,4%). Quanto aos *tickets* médios, destaca-se que os custos de AIH dos estados do Paraná, Rio Grande do Sul, Sergipe e Distrito Federal são superiores em relação a média do Brasil e demais estados. No que se refere às APAC's, os estados do Tocantins e Piauí apresentam maiores custos com tratamentos de doenças crônicas no SUS. A maior utilização de AIH foi observada no estado de Rondônia e Santa Catarina e, as APAC's, mantêm Rondônia com taxa elevada, seguido de Minas Gerais. O assunto ressarcimento ainda é pouco abordado em estudos científicos, assim são necessários estudos que avaliem as redes de assistência das operadoras. Como produto desta pesquisa foi elaborado um instrumento para o monitoramento da rede de serviços da operadora a partir dos indicadores do ressarcimento ao SUS para melhor entendimento das eventuais falhas de cobertura das operadoras de planos de saúde no Brasil.

Palavras-chave: Ressarcimento ao SUS. Saúde Suplementar. Mix público-privado. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Access to public health in Brazil can be achieved through the private network (SUS) and/or by purchasing public health plans offered by Health Plan Operators (OPS). The concomitant use of the two SUS care networks that are part of beneficiaries of health plans made the institution of the process necessary to discourage non-compliance with contracts entered into and prevent the subsidy of profitable activities with money. Thus, as health operators must reimburse the SUS when their beneficiaries use the public network to perform procedures that are covered by their contracts. Services linked to APAC and AIH are charged. In the 2014-2018 period, BRL 2.47 billion was transferred to the FMS and BRL 615 million was not paid and is registered in the active debt. The improvement processes are increasing the collection of charges however, the amounts are still lower than those charged. The objective of this study is to characterize the demand for health services that have been the object of reimbursement to the SUS. This is a cross-sectional observational study with a descriptive and analytical approach. The SUS reimbursement records for the year 2019 will be analyzed considering the types of procedure and the locations of care. This understanding is important to identify operators' gaps in terms of service delivery and coverage. It was evidenced that the greater use of the SUS by beneficiaries of health plans is associated with more expensive surgical procedures and/or prolonged clinical care. With regard to AIH, the largest volume was from the Surgery (37%) and Internal Medicine (29%) specialty, while the APAC were Oncology (52%) and Nephrology (19.4). Regarding the average tickets, it is noteworthy that the costs of AIH in the states of Paraná, Rio Grande do Sul, Sergipe and the Federal District are higher than the average for Brazil and other states. With regard to APAC, the states of Tocantins and Piauí have higher costs with treatments for chronic diseases in the SUS. The highest use of AIH is observed in the states of Rondônia and Santa Catarina, while APAC maintains Rondônia with a high rate, followed by Minas Gerais. The issue of reimbursement is still little addressed in scientific studies, so studies are needed to evaluate the operators' assistance networks. As a product of this research, an instrument was developed to monitor the operator's service network based on the indicators of reimbursement to the SUS for a better understanding of possible coverage failures by health plan operators in Brazil.

Keywords: Reimbursement to the SUS, Supplementary Health, Public-private Mix, Unified Health System.

LISTA DE SIGLAS

ABI	Aviso de Beneficiário Identificado
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APAC	Autorização de Procedimento de Alta Complexidade
CADIN	Cadastro Informativo de Créditos não quitados do Setor Público Federal
CSLL	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
CTN	Código Tributário Nacional
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema único de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GRU - Guias de Recolhimento da União	
IRPJ	Imposto de Renda sobre a Pessoa Jurídica
MS	Ministério da Saúde
OAB-RJ	Ordem dos Advogados do Brasil (Rio de Janeiro)
OCDE	Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico
OPS	Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde
SGR	Sistema de Gestão do Ressarcimento
sai	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH	Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado
SUS	Sistema Único de Saúde
Tabnet	Tabulador para Internet
TCU	Tribunal de Contas da União

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Processo do ressarcimento ao SUS	25
--	-----------

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da população total e dos beneficiários de planos de saúde (total e com ressarcimento), segundo regiões do Brasil, 2019	43
Gráfico 2 - Pirâmide etária para o total dos beneficiários de plano de saúde, beneficiários alvo do ressarcimento e população total, Brasil, 2019	45
Gráfico 3 - Pirâmide etária de APAC para o total dos beneficiários de plano de saúde, beneficiários alvo do ressarcimento e produção SUS, Brasil, 2019	45
Gráfico 4 - Pirâmide etária de AIH para o total dos beneficiários de plano de saúde, beneficiários alvo do ressarcimento e produção SUS, Brasil, 2019	46
Gráfico 5 - Frequência utilização de AIH no ressarcimento, segundo especialidade e porte do município.....	55

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 - <i>Ticket</i> médio da utilização do SUS por beneficiários de planos de saúde, segundo UF, Brasil, 2019	58
Mapa 2 - <i>Ticket</i> médio da utilização de AIH no SUS por beneficiários de planos de saúde, segundo UF, Brasil, 2019	59
Mapa 3 - <i>Ticket</i> médio da utilização de APAC no SUS por beneficiários de planos de saúde, segundo UF, Brasil, 2019	60
Mapa 4 - Taxa de utilização do SUS por beneficiários de planos de saúde segundo UF, Brasil, 2019	61
Mapa 5 - Taxa de utilização de AIH no SUS por beneficiários de planos de saúde segundo, UF, Brasil, 2019.....	62
Mapa 6 - Taxa de utilização de APAC no SUS por beneficiários de planos de saúde segundo, UF, Brasil, 2019	63

LISTA DE QUDROS

Quadro 1 - Categorias setor privado em saúde.....	21
Quadro 2 - Variáveis disponíveis na base de dados do Aviso de Beneficiário Identificado	29
Quadro 3 - Variáveis disponíveis na base de dados do Beneficiários por município	30
Quadro 4 - Variáveis disponíveis na base de dados dos Beneficiários por operadora	30
Quadro 5 - Variáveis disponíveis no base de dados das Operadoras com registro ativo	31
Quadro 6 - Variáveis disponíveis no base de dados Receita de contraprestações e Despesas.....	31
Quadro 7 - Mapas do Ressarcimento segundo UF, Brasil, 2019	33
Quadro 8 - Proporção de <i>missings</i> (informações faltantes) em cada variável selecionada da base de Aviso de Beneficiário Identificado (ABI) ..	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Taxa de utilização do SUS (por 1000) de beneficiários de planos privados segundo AIH e APAC e grandes regiões, Brasil, 2019.....	35
Tabela 2 - Valor total dispendido com procedimentos de AIH e APAC pelos beneficiários de planos de saúde comparado com o total gasto pelo SUS com AIH e APAC e despesas assistenciais total das operadoras.....	35
Tabela 3 - Distribuição do número e valor total dos atendimentos hospitalares e <i>ticket</i> médio realizados no SUS para os beneficiários de planos de saúde segundo especialidade médica, Brasil, 2019	36
Tabela 4 - Distribuição das AIH e APAC realizadas no SUS para os beneficiários de planos de saúde (Ressarcimento) e para o total da população segundo capítulo da CID-10, Brasil, 2019	37
Tabela 5 – Valor do <i>ticket</i> médio dos procedimentos de APAC e AIH, segundo capítulo da CID-10 no Brasil, 2019	39
Tabela 6 - Distribuição e <i>ticket</i> médio das APAC's realizadas no SUS, segundo subgrupo de procedimento, Brasil, 2019	40
Tabela 6 - Distribuição e <i>ticket</i> médio das APAC's realizadas no SUS, segundo subgrupo de procedimento, Brasil, 2019	40
Tabela 7 - Distribuição e <i>ticket</i> médio das AIHs realizadas no SUS, segundo subgrupo de procedimento, Brasil, 2019	41
Tabela 8 - Taxa de utilização de procedimentos hospitalares (AIH) e procedimentos APAC por mil habitantes, segundo usuários totais do SUS e população do ressarcimento.....	44
Tabela 9 - Distribuição do ressarcimento por modalidade da operadora, número de beneficiários e taxa de utilização.....	48
Tabela 10 - Distribuição do ressarcimento por porte da operadora, taxa de utilização e <i>ticket</i> médio	50
Tabela 11 - Distribuição do ressarcimento e taxa de utilização segundo porte do município e taxa de utilização.....	52
Tabela 12 - Taxa de utilização de AIH e APAC segundo porte do município, Brasil, 2019	54

Tabela 13 - Distribuição do ressarcimento segundo código CID e porte do município, Brasil, 2019	56
--	-----------

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVO GERAL	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1 Breve histórico do sistema de saúde brasileiro	18
3.2 O Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro	19
3.3 O processo administrativo do ressarcimento ao SUS	23
3.4 O Ressarcimento ao SUS	26
3.5 Índice de pagamento ao SUS	26
4 MÉTODO	28
4.1 Tipo de estudo	28
4.2 Base de dados	28
4.3 Métodos de análise	32
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
5.1 Perfil dos atendimentos que são objeto do Ressarcimento	36
5.2 Perfil dos Beneficiários de planos de saúde que utilizam o SUS	43
5.3 Perfil das operadoras cujos beneficiários utilizaram serviços através do SUS	46
5.4 Perfil de utilização do ressarcimento por Unidade da Federação	57
5.4.1 <i>Ticket</i> médio ressarcimento ao SUS	57
5.4.2 Taxa de utilização	60
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS	70
APÊNDICES	4

1 INTRODUÇÃO

O ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), previsto no artigo 32 da Lei nº 9.656/1998 (BRASIL, 1998), foi regulamentado pela Agência Nacional de Saúde (ANS) por meio da Resolução Normativa 502, de 30 de março de 2022 (ANS, 2022). De acordo com essa regulação, as operadoras de planos privados de assistência à saúde são obrigadas a restituir as despesas do SUS mediante o atendimento de seus beneficiários referente aos serviços cobertos pelos contratos. O montante do ressarcimento passou a compor também o Fundo Nacional de Saúde (FNS), podendo ser alocado em programas prioritários do Ministério da Saúde.

A fundamentação jurídica do ressarcimento apresenta algumas controvérsias. Reis (2005) interpreta o ressarcimento como um mecanismo de restituição fundamentado na lógica do enriquecimento sem causa, uma vez que o beneficiário do plano de saúde estaria utilizando os serviços públicos que deveriam ser prestados ou financiados pela Operadora Privada de Saúde (OPS). As OPS's, embora recebam a receita das cobranças que são feitas aos beneficiários, não incorrem com os custos da assistência à saúde. Na contramão, Garfinkel (2016) vê o ressarcimento como um tributo, uma vez que os critérios do Código Tributário Nacional (CTN) são percebidos na forma e cobrança do ressarcimento, sendo este uma prestação pecuniária compulsória, paga em moeda, que não constitui sanção de ato ilícito, instituída por lei e cobrada mediante atividade administrativa plenamente vinculada, tal como prevê o artigo 3º do CTN (BRASIL, 1966).

A despeito dessas controvérsias jurídicas, não resta dúvida de que o ressarcimento é um instrumento importante para a gestão e planejamento dos serviços de saúde, uma vez que atua na interação público-privado. Na rede privada, o ressarcimento é um instrumento que permite à ANS detectar as lacunas da rede assistencial das operadoras. Uma vez identificadas essas falhas na rede de serviços contratada, a ANS pode implementar ações regulatórias para garantir os direitos dos beneficiários e a qualidade dos serviços ofertados. Além disso, o ressarcimento é um mecanismo para estimular às operadoras a manterem o cumprimento dos contratos celebrados com os usuários. Por fim, por ser uma compensação monetária, impede as operadoras de usufruírem de um subsídio indireto para atividades lucrativas com recursos públicos (SCATENA, 2004).

Nesse contexto, a consolidação e a ampliação da prática do ressarcimento são necessárias, pois, o Sistema Único de Saúde (SUS), historicamente, tem amortecido os vazios da oferta privada, principalmente para procedimentos de alta complexidade. Na ausência do ressarcimento, as operadoras de saúde têm incentivos à contratualizar planos com rede insuficiente ou inadequada para atender a demanda de sua carteira de beneficiários (BOAVENTURA, 2019).

O ressarcimento é um processo administrativo burocrático que gera gastos para sua identificação, notificação e impugnação. Apesar dos diversos avanços no processo do ressarcimento advindos da informatização do processo evidencia-se diversas notificações equivocadas. Para se ter uma ideia, 39% dos valores de atendimentos identificados no período de 2001 a 2017 foram impugnados pelas operadoras e acatados pela ANS. Se faz necessário um sistema de notificação mais eficiente de validação das informações dos beneficiários e de seus contratos para que os desperdícios da ANS e das OPS's sejam evitados (INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR [IESS], 2019). Assim, um sistema unificado de registro de utilização de serviços públicos e privados, acompanhado de uma identificação única dos indivíduos, minimizaria as ineficiências e desigualdades do sistema de saúde brasileiro.

Em relação à efetividade de pagamento, no período de 2001 a junho 2020, existe cerca de R\$ 4,48 bilhões pagos ou parcelados pelas operadoras. Esse montante correspondeu a 69,7% do valor cobrado pela ANS R\$ 6,43 bilhões. Mesmo incorporando o total pago com o parcelado ainda há um montante expressivo que deveria ter sido ressarcido. Silva (2013) expõe que parte dessa inefetividade pode ser atribuída aos âmbitos jurídico, institucional e/ou operacional. Novas reformas que visem a revisão e aperfeiçoamento do ressarcimento precisam ser feitas para melhorar os índices de efetividade de pagamento e consolidação do ressarcimento (SILVA, 2013).

O objetivo desse trabalho é analisar os serviços que são objeto do ressarcimento ao SUS. Esse entendimento se torna importante ao identificar as falhas das operadoras no que se refere à prestação e cobertura de serviços. Os estudos existentes sobre o ressarcimento ao SUS são escassos. Oliveira (2009) analisa a utilização de serviços de saúde financiados pelo SUS por beneficiários de planos de saúde. Aguiar e Souza (2018) descrevem o ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos de saúde, segundo o volume de procedimentos e os valores

correspondentes com algumas avaliações que trazem os tipos de serviços utilizados, fatores demográficos, *ticket* médio e taxas de utilização.

Como produto técnico desta pesquisa, foi elaborado um instrumento para monitoramento da rede de serviços da operadora a partir dos indicadores do ressarcimento ao SUS para melhor entendimento das falhas de cobertura das operadoras de planos de saúde no Brasil. A avaliação considerou tanto o perfil dos procedimentos, como as diferenças regionais e porte das operadoras observadas na utilização dos serviços públicos pelos beneficiários de planos de saúde privados.

2 OBJETIVO GERAL

Analisar e caracterizar os serviços de saúde que são objeto do ressarcimento ao SUS.

2.1 Objetivos específicos

- . Caracterizar o perfil dos serviços e procedimentos que são objeto do ressarcimento ao SUS.
- . Caracterizar o perfil dos usuários que são beneficiários de planos privados de saúde e receberam atendimento no SUS.
- . Analisar as diferenças regionais observadas no ressarcimento ao SUS entre as Unidades da Federação;

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Breve histórico do sistema de saúde brasileiro

O sistema de saúde brasileiro está segmentado em dois subsetores: público e privado. O sistema público, denominado SUS, garante à população atenção integral, acesso universal e gratuito às ações e serviços de saúde. O setor privado compreende a oferta de serviços privada, sendo financiado mediante dois mecanismos: 1) oferta de planos e seguros de saúde, intermediada pelas operadoras de saúde; e 2) desembolso direto, compreendendo os serviços de saúde adquiridos pelos indivíduos ou famílias mediante gastos diretos (BAHIA; SCHEFFER, 2018).

O SUS foi criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988), tendo sido regulamentado em setembro por intermédio da Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990a), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Considerado hoje um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde públicos do mundo, o SUS oferece desde procedimentos simples, como os cuidados preventivos ofertados pela atenção primária, até serviços mais complexos, como transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. O sistema é financiado pelos três entes, União, Estados e Municípios. A oferta de serviços de saúde é realizada por instituições públicas ou privadas contratadas (BRASIL, 2007).

Com a expansão significativa das formas privadas de assistência reconhecidas na Constituição Federal de 1988, foram aprovadas as Leis nº 9.656 (BRASIL, 1998) e nº 9.961 (BRASIL, 2000), que criaram a ANS. A ANS é responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde. Sua criação marcou a atual etapa da regulamentação de um setor que se transformou em uma relevante atividade econômica na área da saúde. O Valor Adicionado Bruto (VAB) pelas atividades de saúde oferece um panorama sobre a dimensão do setor de saúde privada. O VAB trata-se de uma medida de geração de renda em cada atividade econômica em determinado período. No ano de 2010, o VAB referente à saúde era de R\$ 202,3 bilhões e, em 2019, de R\$ 497,1 bilhões. Nesses períodos, a saúde privada

representou respectivamente 34,4% e 41,2%, contra 33,2% e 28% da saúde pública (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE], 2022).

A saúde suplementar é composta pelos serviços ofertados pelas operadoras de saúde com financiamento e gestão privados. Os prestadores privados podem ser de três tipos: 1) credenciados pelos planos e seguros de saúde ou pelas cooperativas médicas; 2) serviços próprios dos planos e seguros de saúde; e 3) serviços conveniados que fazem parte de sua rede credenciada privada. As operadoras que compõem o setor de saúde suplementar são classificadas em: medicinas de grupo; seguradoras; cooperativas médicas; filantropias; autogestões; odontologias de grupo; cooperativas odontológicas; e administradoras de benefício (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008).

Por sua vez, o sistema de desembolso direto é composto por serviços particulares autônomos, em que os profissionais da saúde estabelecem diretamente com os usuários as condições de tratamento e de sua remuneração (BRASIL, 2007).

3.2 O Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro

O mix público privado, definido no texto constitucional brasileiro, é complexo. De um lado, há um reconhecimento da saúde privada como complementar ao sistema público, na medida em que se permite a contratação de prestadores privados pelo SUS, visando ampliar sua capacidade instalada. De outro lado, permite a livre iniciativa da saúde suplementar, havendo, inclusive, incentivos fiscais, conforme a Instrução Normativa RBF nº 1.500, de 29 de outubro de 2014 (RECEITA FEDERAL DO BRASIL, 2014) e a Lei nº 8.112/90 (BRASIL, 1990b), que dispõe sobre a dedução tributária das despesas médicas de pessoas jurídicas feitas por pessoas físicas (art. 5º e o 94º) e sobre o financiamento de planos privados de saúde para servidores civis da União, respectivamente.

Nesse contexto, o imbricamento público-privado no Brasil se torna bastante particular quando comparado a outros sistemas de saúde (Pimentel *et al.*, 2017; Santos, 2011). O duplo papel do setor privado, complementar ao SUS na rede de serviços e, ao mesmo tempo, suplementar na oferta de seguro-saúde, traz desafios que precisam ser minimizados por meio de mecanismos regulatórios. O SUS e o sistema privado dividem a disponibilidade de profissionais de saúde, especialmente os médicos. A presença de uma capacidade instalada constituída em sua maioria

por hospitais privados e o fato de grande parte dos médicos atuarem nos dois sistemas fragilizam a centralidade do governo federal no planejamento e gestão da oferta de serviços de saúde (Bahia, 2005). Nessa perspectiva, dissociar o público do privado e entender a relação entre esses sistemas tem sido objeto de estudo de diversos autores.

Para Chernichovsky (2000), a classificação de um sistema como público ou privado pode ser realizada conforme seu financiamento e provimento dos serviços. Um sistema de saúde com financiamento e provimento público pode ser caracterizado como sistema “Público Puro” e será “Privado Puro” quando tiver financiamento e provimento privado. Dessa maneira, o mix público-privado é a combinação das duas possibilidades de financiamento. Isso acontece quando o financiamento tem sua origem no privado e o provimento dos serviços no público e quando o financiamento é público, mas o provimento ocorre em instituições privadas.

A Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico (OCDE, 2004) propõe um modelo de classificação dos sistemas de saúde que considera o mix público-privado, ou seja, a participação do Estado e do setor privado no financiamento. Segundo essa tipologia, a importância dos seguros público e privado no sistema de saúde varia segundo a composição dos tipos de financiamento, elegibilidade e cobertura de serviços. A elegibilidade se refere ao direito dos indivíduos de obter cobertura no sistema de saúde, podendo a adesão ser compulsória ou voluntária. A definição da cobertura dos serviços tem como base o pacote de benefícios ofertado pelos seguros público ou privado. A OCDE caracteriza o papel do setor privado em quatro categorias: Principal/Substitutivo (primário); duplicador; complementar; e suplementar (OCDE, 2004). O quadro 1 sintetiza cada uma dessas categorias.

Quadro 1 - Categorias setor privado em saúde

CATEGORIA	CARACTERÍSTICA
PRINCIPAL E SUBSTITUTIVO (PRIMÁRIO):	O seguro de saúde privado representa a única forma de acesso aos serviços de saúde. Ele é principal quando não há opção do sistema público para a maior parte dos indivíduos e, substitutivo, quando existe a possibilidade do sistema público ou seguro social, mas, o indivíduo opta pelo seguro privado. A escolha por um sistema exclui a possibilidade de participação no outro.
COMPLEMENTAR	O seguro privado de saúde que paga a totalidade ou uma proporção dos custos de determinados serviços de saúde, que podem ou não estar cobertos pelo sistema público. Objetivo de ampliar o acesso a serviços não cobertos ou que exijam copagamento.
SUPLEMENTAR	Ocorre nos casos em que o seguro privado oferece elementos de sofisticação associados aos serviços de saúde, diferenciando-os do sistema público: hotelaria, cirurgia estética, possibilidade de escolha de medicamento não genérico e de procedimentos feitos com diferentes equipamentos.
DUPLICADO	Acontece sempre que os mesmos serviços são cobertos pelo seguro privado e pelo sistema público, isto é, quando o sistema privado desempenha o papel de duplicar a cobertura do sistema público. No entanto, ele não isenta os indivíduos de contribuir para o sistema público, ou seja, ele não é igual ao substituto, em que é possível escolher não contribuir.

Fonte: OCDE (2004)

No sistema de saúde brasileiro, o setor privado duplica a oferta do SUS, pois a cobertura dos planos de saúde privados oferece grande parte dos serviços garantidos pelo setor público. Além disso, os indivíduos que contratam planos privado de saúde no Brasil não são dispensados de contribuir para o sistema público e continuam com o direito de acessá-los (OLIVEIRA, 2009). Para Ocké-Reis (2015), a interação atual entre setor público e privado de saúde favorece a uma relação em que o setor privado parasita o SUS, na medida em que um possui alta lucratividade e, o outro, conta com recursos cada vez mais escassos.

Além da cobertura pelo sistema privado não excluir a possibilidade de utilização de serviços no sistema público, existem no Brasil incentivos fiscais para pessoas físicas e jurídicas para a utilização de serviços no setor privado. As pessoas físicas podem deduzir da base de cálculo do imposto de renda suas despesas com serviços privados de saúde e, as pessoas jurídicas, tributadas pelo lucro real, podem abater dos impostos as despesas com saúde privada de seus funcionários, como no Imposto de Renda sobre a Pessoa Jurídica (IRPJ) e a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL). Há ainda a desoneração para incentivo da indústria farmacêutica e a imunidade tributária para os prestadores de serviços privados sem

fins lucrativos (OCKÉ-REIS; GAMA, 2016). Ao permitir tais incentivos o Estado favorece, ainda que de forma indireta, o crescimento da iniciativa privada.

O papel duplicado atribuído aos planos privados de saúde também é observado em outros países com sistema de saúde predominantemente público como por exemplo a Espanha, Portugal, Reino Unido e Itália. Nesses países, no entanto, a parcela da população que tem acesso a planos e seguros privados é pequena comparada ao caso Brasileiro (SANTOS, 2011). Em alguns países, para evitar essa duplicação, são adotados critérios de exclusão, onde os cidadãos que contratam planos privados tornam-se inelegíveis ao sistema público como é o caso do Chile. Um caso paradigmático que mostra a magnitude do setor privado pode ser exemplificado pelo Estados Unidos da América (EUA), onde o seguro público atende a grupos específicos mais vulneráveis da população, pobres, idosos, crianças e grávidas, enquanto o setor privado torna-se a única forma de acesso aos trabalhadores formais e à população em idade ativa de forma geral (PIMENTEL *et al.*, 2017).

Existem visões contrárias sobre a influência dos planos de saúde privados sobre a disponibilidade e demanda dos sistemas nacionais de saúde. De um lado, o senso comum argumenta de que o fato de parte da população estar coberta por seguro privado desoneraria o sistema público pela diminuição da demanda. Na contramão, vê-se na expansão dos seguros privados de saúde a redução de influência do sistema público de saúde, haja vista a percepção dos usuários em relação à qualidade, facilidade de atendimento, escolha de prestadores, o que poderia reduzir o grau de confiança nos serviços públicos (SANTOS, 2011).

Nos EUA, quando existe aumento do investimento público e da cobertura populacional do programa público *Medicaid*, destinado às pessoas de baixa renda, verifica-se a saída de pessoas da cobertura privada em direção a nova cobertura do *Medicaid* e, conseqüentemente, a redução do investimento privado realizado por cidadãos e empresas (MARQUIS; LONG, 2003), apoiando a ideia de que a relação de espaço ocupado pelo sistema público determina a proporção do sistema privado.

Os motivos que levam os cidadãos a contratarem serviços privados, mesmo diante da oferta pública, são diversos, destacando-se a possibilidade de escolha do prestador, diferencial de hotelaria e maior disponibilidade de agenda. Evidências empíricas sugerem, por exemplo, que em sistemas duplicados o tempo de espera para cirurgias eletivas é menor quando se utiliza planos privados, se comparado ao

serviço público. Além disso, nesse tipo de sistema, indivíduos com cobertura privada de saúde tendem a continuar usando o sistema público, principalmente para os serviços de maior complexidade, que possuem custos mais elevados (OCDE, 2004).

No Brasil, o setor público, além de ser um regulador do privado, amortece os vazios de oferta do setor privado. Nessa perspectiva do SUS atender demandas reprimidas do serviço privado, as operadoras de saúde podem ter tendências a incluir em seus contratos a existência de uma rede que não é suficiente para atender a demanda de sua carteira de clientes (BAHIA; LAZZARINI; SCHEFFER, 2019). Na ausência de uma política pública, as operadoras de saúde sempre vão ter incentivos, deixando para o SUS os serviços mais complexos e localidades com baixa escala populacional.

Este trabalho se aproveita dessa janela de oportunidade para identificar as nuances dessa relação no que se refere à cobertura e prestação de serviços. O ressarcimento ao SUS se torna um importante mecanismo para detectar problemas da rede de assistencial da operadora. Além disso, tende a desestimular o descumprimento dos contratos celebrados entre operadora e usuário, impedir o subsídio, ainda que de forma indireta, de atividades lucrativas com recursos públicos (PORTAL BLOG DA SAÚDE, 2012). Com base na resolução 502, de 30 de março de 2022 (ANS, 2022), os planos de saúde devem ressarcir financeiramente o SUS quando os seus beneficiários utilizarem os seus serviços em procedimentos previstos no contrato de prestação de serviços (PORTAL BLOG DA SAÚDE, 2012).

3.3 O processo administrativo do ressarcimento ao SUS

A cobrança do ressarcimento ao SUS teve início em 2001, sendo a primeira ABI lançada no final de maio, abrangendo os meses de fevereiro, março e abril do mesmo ano. Em março de 2003, houve uma reemissão da cobrança dos procedimentos que compreendem o período de setembro de 1999 a janeiro de 2001. Nesse período, apenas os atendimentos de AIH eram objeto de cobrança. A partir do 54º ABI, lançado em 2015, iniciou-se o processo de cobrança das APAC's, compreendendo, inicialmente, o período de janeiro a março de 2014. Por determinação do Tribunal de Contas da União (TCU), em 2017, foi promovida a cobrança dos atendimentos ambulatoriais de abril de 2012 a dezembro de 2013 (ANS, 2021). Os valores cobrados no ressarcimento vêm aumentando no longo dos

anos, passando de R\$ 71 milhões em 2001 para cerca de R\$ 583 milhões em 2019, destaque para inclusão dos atendimentos de APAC (ANS, 2020a).

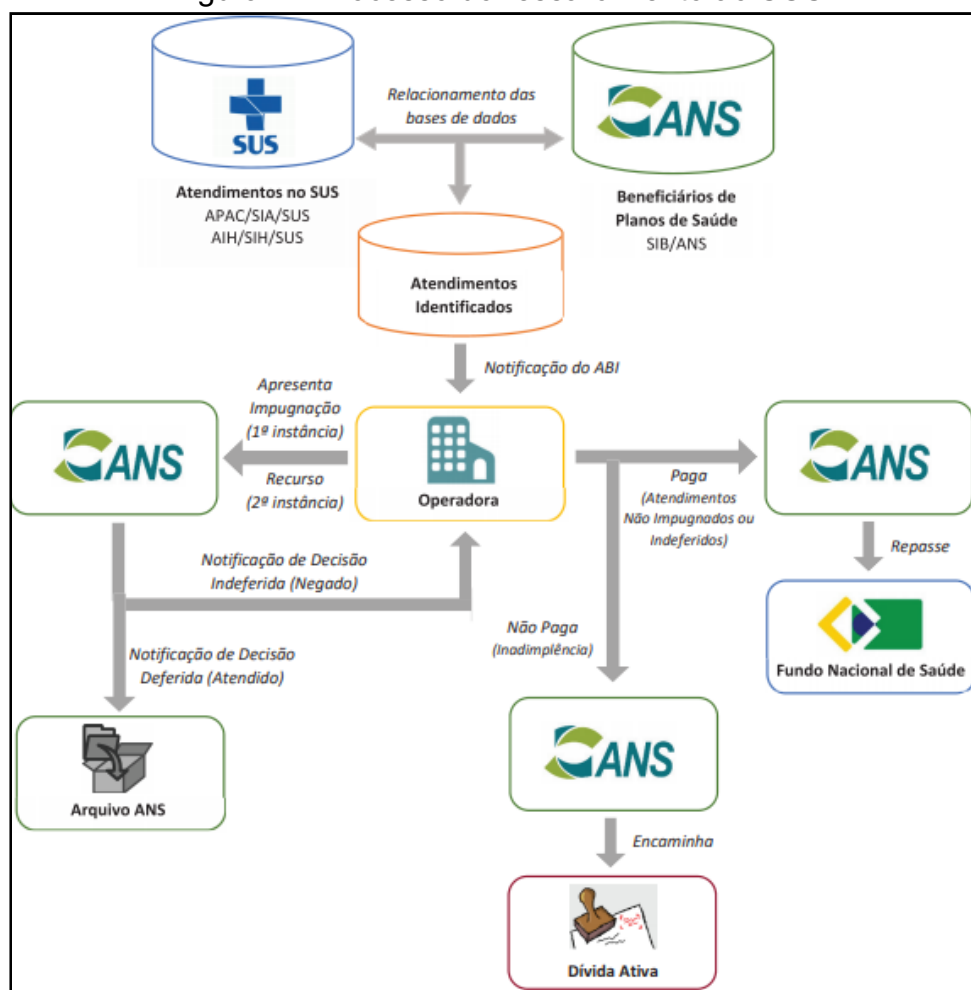
O fluxo do processo de ressarcimento inicia-se quando o usuário de plano de saúde privado utiliza a rede pública para atendimentos que estão previstos em seus contratos do plano de saúde. Existe um trânsito de informações para identificação dos beneficiários que utilizaram o SUS. A ANS recebe do Departamento de Informática do SUS a base de dados com informações sobre os atendimentos ocorridos na rede do SUS e faz a busca dessas informações com o seu banco de dados de beneficiários de planos de saúde (ANS, 2019a).

Após a verificação e constatação de que beneficiários utilizaram os serviços do SUS, a ANS emite o Aviso de Beneficiário Identificado (ABI) e encaminha às operadoras para que o valor seja pago. Caso a operadora entenda se tratar de uma cobrança indevida pode realizar a contestação em duas instancias administrativas (ANS, 2019a). Na primeira, protocola-se a impugnação, em que a operadora alega os motivos pelos quais o ressarcimento é indevido e, nos casos em que há impugnação, após a apreciação for indeferida, existe a possibilidade de recurso. Caso a operadora comprove que o procedimento não tem cobertura contratual, a identificação é anulada e naqueles em que há cobertura parcial, a identificação é retificada.

As análises de recurso são realizadas de forma individualizada e a operadora pode alegar um ou mais motivos de impugnação para um mesmo procedimento. Caso um ou mais motivos permitam o deferimento analisa-se apenas um motivo para aceitar a impugnação. Já nos casos de indeferimento é necessário avaliar todos os motivos antes da emissão do parecer fundamentando.

Após a etapa de contestação e recursos, são emitidas Guias de Recolhimento da União (GRU) para pagamento pelas operadoras e os valores arrecadados são repassados ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) do Ministério da Saúde (MS). As operadoras inadimplentes são inscritas em dívida ativa e no Cadastro Informativo de Créditos não quitados do Setor Público Federal (CADIN), estando sujeitas à cobrança judicial (Figura, 1).

Figura 1 - Processo do ressarcimento ao SUS



Fonte: ANS (2019a)

Todo esse volume de identificações e a multiplicidade de formas de entrada tornam o processo de ressarcimento mais complexo e a análise das informações mais difícil. Em evento na Ordem dos Advogados do Brasil – Rio de Janeiro (OAB-RJ), a ANS reforçou que existem grandes desafios associados à quantidade insuficiente de servidores e ao alto volume de identificações, análise de recursos, emissão de pareceres, etc. (ALIANÇA BRASILEIRA DA INDÚSTRIA INOVADORA EM SAÚDE [ABIIS], 2019).

3.4 O Ressarcimento ao SUS

A ANS determina que toda a sistemática do processo deve ser inserido na lógica de regulação do setor de saúde suplementar, na medida em que desestimula o não cumprimento dos contratos celebrados e impede o subsídio, ainda que

indireto, de atividades lucrativas com recursos públicos. Desta forma, o ressarcimento pode ser visto como um importante mecanismo que possibilita identificar como as operadoras estão procedendo em relação ao cumprimento dos contratos dos beneficiários e se possuem uma rede de atendimento adequada (BRASIL, 1998).

Com o objetivo de dar transparência ao processo de ressarcimento, a ANS divulga anualmente o Mapa do Ressarcimento contendo as proporções de atendimentos identificados, taxas e procedimentos mais frequentes de internações e atendimentos ambulatoriais.

Em relação aos atendimentos realizados pelo SUS e passíveis de cobrança das operadoras destacam-se as internações para realizar exames e alguns atendimentos de alta complexidade (quimioterapia, radioterapia, hemoterapia ou hemodiálise). Esses serviços são predominantemente mais utilizados no SUS por segurados de planos de saúde. Evidencia-se ainda outros de baixa complexidade como: injeção, vacinação, curativo ou pronto atendimento, procedimentos, geralmente, não cobertos pelos planos de saúde. Portanto, não são passíveis de ressarcimento (ANS, 2020a). As consultas médicas, consulta de agente comunitário ou parteira são proporcionalmente menos usados no SUS pelos beneficiários das OPS's (SANTOS, 2011).

No ano de 2015, 2,16% das internações hospitalares do SUS foram identificadas pela Agência Nacional de Saúde como de beneficiários de planos de saúde, gerando R\$ 220,59 milhões em GRU emitidas para Ressarcimento ao SUS (ANS, 2020a). Se compreendido o período de 2014-2018 o valor das GRU emitidas soma-se R\$3,20 bilhões tendo a ANS repassado ao Fundo Nacional de Saúde R\$2,47 bilhões de reais e levando R\$615,58 milhões para inscrição na dívida ativa.

3.5 Índice de pagamento ao SUS

O Índice de Efetivo Pagamento ao Ressarcimento ao SUS foi criado em 2014, atendendo determinação do item 6.3 da Agenda Regulatória 2013/2014 da ANS, que versa sobre a integração da Saúde Suplementar com o SUS. O acompanhamento do percentual de adimplência realizado mensalmente pela agência corresponde ao resultado do cálculo de $(\text{valores pagos} + \text{valores em parcelamento} \times 100 / \text{valores cobrados})$ (ANS, 2020a).

O acompanhamento desse índice vem sendo considerado um importante mecanismo regulatório que busca a devolução aos cofres públicos dos valores gastos no tratamento de beneficiários de planos de saúde no SUS. Além disso, a inclusão no Planejamento Plurianual de incentivos aos servidores da ANS baseados na produtividade da apuração do ressarcimento teve impacto positivo no Índice de Pagamento conforme Relatório de Gestão da ANS (ANS, 2019b).

O ano de 2019 foi marcado pela implantação do Sistema de Gestão do Ressarcimento (SGR WEB), que permitiu a reunião das várias informações necessárias ao julgamento das impugnações e recursos em uma única tela, dando mais celeridade à análise e processamento nas rotinas. Ainda em 2019, houve a descentralização das atividades do ressarcimento para os núcleos da ANS, observando-se o aumento de 6,18% na produtividade de análises de impugnações e recursos em relação ao período anterior (ANS, 2020a).

A partir desses processos de melhorias operacionais, a agência atingiu a meta de Produtividade Mensal de Ressarcimento ao SUS por colaborador proposta em seu planejamento plurianual. Houve aumento de 46,95% na arrecadação e repasse ao SUS, passando de R\$783,38 milhões em 2018 para R\$1,15 bilhões no ano de 2019 (ANS, 2020a).

A ANS enfrenta uma carência de servidores para avaliação dos processos de impugnação e vem adotando medidas para minimizar os impactos. Em 20 de agosto de 2020 foi publicada a Nota Técnica nº 6/2020/GEIRS/DIRAD-DIDES/DIDES, que sintetiza uma análise de impacto da carência de servidores no ressarcimento ao SUS e traz alternativas para a redução do passivo de processos. Além disso, iniciou uma consulta pública para alterar a Resolução Normativa nº 358, de 27 de novembro de 2014. A alteração tem como objetivo a implementação do Ajuste de Identificação por Coparticipação e Franquia (AIC) no processo de ressarcimento ao SUS, diminuindo o número de análises e mantendo a arrecadação e a eficiência.

A partir da implantação do AIC, as operadoras que possuem, pelo menos, 40% dos atendimentos não impugnados poderão selecionar até 25% dos atendimentos da ABI para obter um ajuste de até 20% em razão de coparticipação ou franquia nos contratos dos beneficiários. Na nova proposta há a previsão de auditorias amostrais para verificar a pertinência das coparticipações e, se verificado irregularidades, a operadora ficará impedida de requerer a AIC por dois ABI's consecutivos (ANS, 2020b).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional, de recorte transversal, com abordagem descritiva e analítica. Foram analisados os registros de ressarcimento ao SUS do ano de 2019, considerando os tipos de procedimento e as localidades do atendimento.

Esta análise considerou o Brasil como um todo e dois recortes. O primeiro recorte segue um critério espacial e desagregou os procedimentos segundo as Unidades da Federação e Grandes Regiões. Nesta etapa foi analisada possíveis perfis regionais de utilização do SUS entre beneficiários do setor privado. O segundo recorte considerou o critério de tamanho populacional adotado por Catapan, Willemann e Calvo (2021), sendo os municípios classificados nas seguintes categorias: pequeno (com menos de 25.000 habitantes); médio (25.000 a 100.000 habitantes); e grande (com mais de 100.000 habitantes).

4.2 Base de dados

Neste trabalho foram utilizados dados secundários, oriundos de fontes de informação publicamente disponibilizados.

Referente aos microdados disponibilizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). No Portal Brasileiro de Dados Abertos foram utilizadas as bases de dados para o ano de 2019.

“Aviso de Beneficiários Identificados (ABI)” de 2019, que contempla todos os registros de ressarcimento. O ano de 2019 foi escolhido por ser a última informação disponível já consolidada. Desde a implementação do ressarcimento ao SUS, ocorreram mudanças significativas no processo administrativo para execução do seu pagamento pelas operadoras, comprometendo a comparação temporal. Essas mudanças envolveram alteração na coleta de informações, mecanismo de cobrança das operadoras e mudança do registro que antes era realizado por intermédio de meio físico e, atualmente, eletrônico. Os Dados do Ressarcimento ao SUS do ABI estão disponíveis no Portal Brasileiro de Dados Abertos no site <https://dados.gov.br/dataset/beneficiarios-identificados-sus-abi>.

A base de dados contém as variáveis listada no quadro 1.

Quadro 2 - Variáveis disponíveis na base de dados do Aviso de Beneficiário Identificado

Nome do campo	Descrição
COMPETENCIA	Ano e mês do atendimento (AAA-MM)
ABI	Aviso de Beneficiário Identificado
ANO_ABI	Data do ABI
NUM_ATENDIMENTO	Identificador do atendimento para os dados do ressarcimento ao SUS por operadora e Beneficiários Identificados SUS/ABI
REGISTRO_OPERADORA	Número do registro da operadora na ANS
TIPO_ATENDIMENTO	Identificação entre AIH ou APAC 1 - AIH 2 - APAC
UF_BENEFICIARIO	SIGLA UF
CONTRATAÇÃO_PLANO	Época do contrato; Anterior à Lei - Anterior à Lei 9.656/98; Posterior à Lei - Posterior à Lei 9.656/98; Vazio - Não Informado
ABRANGENCIA_PLANO	Abrangência Geográfica do plano do beneficiário
TIPO_CONTRATAÇÃO	Tipo de Contratação: Individual ou Familiar; Coletivo Empresarial; Coletivo por adesão; Coletivo não identificado; Vazio - Não Informado.
SEGMENTAÇÃO_PLANO	Segmentação Grupo: Ambulatorial – inclui Ambulatorial / Ambulatorial + odonto
FATOR_MODERADOR	Tipo de fator moderador (mecanismo de regulação de utilização) do plano: Ausente; Coparticipação; Franquia; Franquia+coparticipação; Não identificado
SEXO_BENEFICIARIO	Sexo: M - Masculino; F - Feminino; Vazio - Não informado
FAIXA_ETARIA	Faixa Etária
ESPECIALIDADE	Especialidade que foi realizada o procedimento.
COD_PROCEDIMENTO	Código do procedimento principal no SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS)
COD_CID	Código CID (Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde)
DIAS_PERM_INTERN	Dias de permanência na internação - TIPO_ATENDIMENTO = 2 (APAC's), o valor apresentado neste campo diz respeito ao intervalo entre as datas de início e fim do tratamento
CD_CNES	Código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do prestador do atendimento
UF_ESTAB	UF do estabelecimento
MUNICIPIO_ESTAB	Município do estabelecimento
ESFERA_ESTAB	Esfera Administrativa do estabelecimento: 1 Federal, 2 Estadual; 3 Municipal; 4 Privada; 0 Não informado
NATUREZA_ESTAB	Natureza jurídica do estabelecimento
VL_ATENDIMENTO	Valor do atendimento (vírgula como delimitador de decimais)
VL_RESSARC	Valor cobrado com GRU (vírgula como delimitador de decimais)
VL_PAGO_RESSARC	Valor pago no ressarcimento (vírgula como delimitador de decimais)
DT_ATUALIZACAO	Data de atualização do arquivo (AAA-MM-DD)

Fonte: Aviso de Beneficiário Identificado (2019)

- 1) “Beneficiários por Município” que contém a informação do número de beneficiários por municípios.

Quadro 3 - Variáveis disponíveis na base de dados do Beneficiários por município

Nome do Campo	Descrição
ID_CMPT	Identificação da data, por ano e mês
SEXO	Sexo do beneficiário: M = Masculino F = Feminino
TP_VIGENCI	Época de contratação do plano: A = Antigos (Anteriores à Lei 9656/1998) P = Novos (Posteriores à Lei 9656/1998)
SG_UF	Sigla da Unidade de Federação de residência do beneficiário
CD_MUNICIP	Código (IBGE) do município de residência do beneficiário
CD_CAPITAL	Código (IBGE) da capital de residência do beneficiário
CD_RM	Códigos da região metropolitana de residência do beneficiário
CD_CONTR	Tipo de contratação do plano 1 = individual/familiar 2 = coletivo empresarial 3 = coletivo por adesão 4 = coletivo não identificado 0 = não informado
CD_FAIXA_E	Faixas etárias de beneficiários
NR_BENEF_T	Número de beneficiários de planos de assistência médica + planos exclusivamente odontológicos
NR_BENEF_M	Número de beneficiários de planos de assistência médica
NR_BENEF_O	Número de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos

Fonte: Aviso de Beneficiário Identificado (2019)

- 2) “Beneficiários por Operadora”, onde foi extraída a informação da quantidade de beneficiários total por operadora.

Quadro 4 - Variáveis disponíveis na base de dados dos Beneficiários por operadora

Nome do Campo	Descrição
ID_CMPT	Identificação da data, por ano e mês (aaaamm), de referência do dado.
CD_OPERADO	Código de registro da operadora de Plano de Saúde na ANS
MODALIDADE	Modalidade da operadora, conforme seu estatuto jurídico: 21 = Administradora 22 = Cooperativa Médica 23 = Cooperativa Odontológica 24 = Autogestão 25 = Medicina de Grupo 26 = Odontologia de Grupo 27 = Filantropia 28 = Seguradora Especializada em Saúde 29 = Seguradora 55 = Administradora de Beneficiários
PORTE	Porte da operadora, em relação ao número de beneficiários
LG_CAPITAL	Indica se o município é a Capital de residência do beneficiário
CD_RM_O	Código da região metropolitana da sede da operadora
SG_UF_O	Sigla da Unidade de Federação da sede da operadora
SG_UF	Sigla da Unidade de Federação de residência do beneficiário.
LG_CAPITA0	Indica se o município é a capital da sede da operadora
CD_CAPITAL	Código (IBGE) da Capital de residência do beneficiário
CD_RM	Códigos da região metropolitana de residência do beneficiário
NR_BENEF_O	Número de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos
NR_BENEF_M	Número de beneficiários de planos de assistência médica
NR_BENEF_T	Número de beneficiários de planos de assistência médica + planos exclusivamente odontológicos
OPS_ATV	Indica se a operadora está ativa ou cancelada
OPS_BEN	Indica se a operadora possui beneficiários ativos

Fonte: Aviso de Beneficiário Identificado (2019)

- 3) “Operadoras com registro ativo” para avaliação das modalidades de operadora.

Quadro 5 - Variáveis disponíveis no base de dados das Operadoras com registro ativo

Nome do Campo	Descrição
ID_CMPT	Identificação da data, por ano e mês (aaaamm), de referência do dado.
CD_OPERADO	Código de registro da operadora de Plano de Saúde na ANS
MODALIDADE	Modalidade da operadora, conforme seu estatuto jurídico: 21 = Administradora 22 = Cooperativa Médica 23 = Cooperativa Odontológica 24 = Autogestão 25 = Medicina de Grupo 26 = Odontologia de Grupo 27 = Filantropia 28 = Seguradora Especializada em Saúde 29 = Seguradora 55 = Administradora de Beneficiários
PORTE	Porte da Operadora, em relação ao número de beneficiários
SG_UF	Sigla da Unidade de Federação da Sede da operadora
ANO_REG	Ano de registro. Corresponde ao ano em que a operadora obteve o registro obrigatório (provisório ou definitivo) junto à ANS
OPS_ATV	Indica se a operadora está ativa ou cancelada
OPS_BEN	Indica se a operadora possui beneficiários ativos

Fonte: Aviso de Beneficiário Identificado (2019)

- 4) Receita de contraprestações e Despesas”

Quadro 6 - Variáveis disponíveis no base de dados Receita de contraprestações e Despesas

Nome do Campo	Descrição
ANO	Ano a que se referem os dados
MODALIDADE	Modalidade da operadora, conforme seu estatuto jurídico: 21 = Administradora 22 = Cooperativa Médica 23 = Cooperativa Odontológica 24 = Autogestão 25 = Medicina de Grupo 26 = Odontologia de Grupo 27 = Filantropia 28 = Seguradora Especializada em Saúde 29 = Seguradora 55 = Administradora de Benefícios
CD_OPERADO	Código de registro da operadora de Plano de Saúde na ANS
RECEITA	Soma das receitas de contraprestações informadas pelas operadoras à ANS
DESP_AST	Soma das despesas relacionadas à prestação direta dos serviços de assistência à saúde informadas pelas operadoras à ANS
DESP_ADM	Soma das despesas não relacionadas à prestação direta dos serviços de assistência à saúde informadas pelas operadoras à ANS.

Fonte: Aviso de Beneficiário Identificado (2019)

No que se refere às informações referentes ao SUS, elas foram extraídas utilizando o Datasus-Tabnet considerando os seguintes sistemas:

- 1) “Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS)”, que registra todas as internações hospitalares financiadas pelo SUS.
- 2) “Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS)”, que registra todos os procedimentos ambulatoriais financiados pelo SUS.
- 3) “Demográficas e Socioeconômicas – População Residente”, utilizada para buscar população.

Estas fontes de informação foram importantes para comparar o padrão de utilização da população beneficiária de planos de saúde no SUS em relação ao universo dos pacientes atendidos pelo SUS.

4.3 Métodos de análise

A análise dos dados desde trabalho pode ser dividida em quatro momentos. Inicialmente, foi traçado um perfil dos atendimentos que são objeto do ressarcimento das operadoras ao SUS. Para tal, foram utilizadas as informações da ABI que classifica cada ocorrência como AIH ou APAC. Foi calculada a taxa de utilização do SUS por 1000 beneficiários dos planos de saúde, o valor total e o *ticket* médio destes atendimentos nas cinco grandes regiões do Brasil. Estes indicadores foram calculados também por especialidade médica, capítulo da CID-10 e subgrupo de procedimento relatado na ABI, sempre considerando AIH's e APAC's separadamente.

No segundo foi traçado um perfil dos beneficiários de planos de saúde que utilizaram o SUS em 2019. As informações presentes permitem uma comparação por sexo e faixa etária desses indivíduos com o total de beneficiários dos planos e com a população total usuária do SUS, cujos dados sem identificação dos pacientes são disponibilizados no SIH e SIA. Foram construídas pirâmides etárias para oferecer uma visualização mais clara destas comparações.

Em seguida, foi analisado o perfil das operadoras com beneficiários que utilizaram serviços do SUS. Neste momento, foram excluídas 163 operadoras cuja modalidade é administradora de benefícios e, desta forma, não possuem ressarcimento vinculado e 18 que são exclusivas de cuidado odontológico. Foram

excluídas outras 69 que não tinham uma modalidade definida nem número de beneficiários registrados nas bases públicas.

Com os dados complementares da ANS, foi possível avaliar a distribuição do ressarcimento por modalidade da operadora (Autogestão, Cooperativa Médica, Filantropia, Medicina de Grupo e Seguradora Especializada em Saúde), por porte do município (pequeno, médio e grande), como também por porte da operadora classificadas em cinco *quintis* de quantidade de beneficiários de seus planos: 1 (1 a 3.164), 2 (3.183 a 9.783), 3 (9.863 a 20.593), 4 (20.597 a 55.276), 5 (55.481 a 3.357.257).

Por fim, foi realizada uma análise de taxa de utilização e *ticket* médio dos atendimentos de beneficiários dos planos de saúde no SUS por unidades federativas da sede das operadoras.

Todo o tratamento e análise de dados foi realizado utilizando o software Stata 14 para o sistema operacional Windows. Para a geração dos mapas que complementam as análises descritivas dos tickets médios dos procedimentos e da taxa de utilização do SUS por beneficiários de planos de saúde (Quadro 7). Para tanto, foi utilizado o *software* QGIS 3.22 para Windows, aplicando o sistema de referência espacial WGS84.

Quadro 7 - Mapas do Ressarcimento segundo UF, Brasil, 2019

Mapa 1	Ticket médio da utilização do SUS por beneficiários de planos de saúde
Mapa 2	Ticket médio da utilização de AIH no SUS por beneficiários de planos de saúde
Mapa 3	Ticket médio da utilização de APAC no SUS por beneficiários de planos de saúde
Mapa 4	Taxa de utilização do SUS por beneficiários de planos de saúde
Mapa 5	Taxa de utilização de AIH no SUS por beneficiários de planos de saúde
Mapa 6	Taxa de utilização de APAC no SUS por beneficiários de planos de saúde

Fonte: Elaborado pelo autor (2022)

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em 2019, foram registrados 535.070 processos objeto do ressarcimento ao SUS, sendo 64% referentes a APAC e 36% a AIH. Para realizar esses atendimentos, o sistema público despendeu cerca de R\$ 829.487.962,00 (em valores correntes), o que representou 0,7% dos gastos totais do Ministério da Saúde em 2019. Essa distribuição dos atendimentos a pacientes com planos de saúde difere daquela observada para o total de pacientes atendidos no SUS, cujos percentuais são 98% (APAC) e 2% (AIH). Em relação à participação nos gastos, a composição AIH/APAC dos beneficiários de planos de saúde também difere do observado para o total de pacientes atendidos no SUS, mas, a magnitude dessa diferença se mostra menos acentuada. Enquanto no total de pacientes atendidos pelo SUS o gasto com AIH responde em 2019 por 67% e com APAC 33%, no volume de gastos com ressarcimento, esses percentuais são 47% e 53%, respectivamente.

No Brasil, para cada 1000 beneficiários de planos e seguros privados de saúde, registram-se, em média, 11,38 processos de ressarcimento ao SUS. Essa taxa é maior no Sul (13,34) e no Nordeste (12,40) e mais baixa no Centro-Oeste (9,83). Analisando segundo tipo de atendimento (AIH ou APAC), há uma variação importante entre as regiões. Relativamente à média brasileira, a taxa de utilização de serviços de alta complexidade (APAC) no SUS se mostra mais elevada entre os beneficiários das regiões Sul e Nordeste, e menor no Centro-Oeste. No Sul, por exemplo, o número de ressarcimentos devido a esse tipo de atendimento foi igual a 8,7 para cada 1000 beneficiários, contra 5,3 no Centro-Oeste e 7,3 no Brasil. Em relação às internações, as maiores taxas são observadas no Norte (4,8), Sul (4,6) e Centro-Oeste (4,6) (Tabela 1).

Tabela 1 - Taxa de utilização do SUS (por 1000) de beneficiários de planos privados segundo AIH e APAC e grandes regiões, Brasil, 2019

Região	Beneficiários saúde suplementar	Nº de ressarcimentos			Taxa de utilização (por mil hab)		
		Total	AIH	APAC	Total	AIH	APAC
Centro-oeste	3.247.447	31.916	14.822	17.094	9,8	4,6	5,3
Nordeste	6.589.006	81.748	28.569	53.179	12,4	4,3	8,1
Norte	1.701.898	19.707	8.183	11.524	11,6	4,8	6,8
Sudeste	28.540.453	309.298	110.143	199.155	10,8	3,9	7,0
Sul	6.904.009	92.076	31.734	60.342	13,3	4,6	8,7
NI	38.453	325	109	216	8,5	2,8	5,6
TOTAL	47.021.266	535.070	193.560	341.510	11,4	4,1	7,3

Fonte: Dados da pesquisa (2022)

Além do número de atendimentos, importa dimensionar a magnitude do gasto com o ressarcimento no Brasil. Em média, 3,5% do total dos gastos realizados pelo SUS com internações hospitalares e cuidados ambulatoriais de alta complexidade referem-se aos atendimentos a beneficiários de planos de saúde (Tabela 2).

Tabela 2 - Valor total dispendido com procedimentos de AIH e APAC pelos beneficiários de planos de saúde comparado com o total gasto pelo SUS com AIH e APAC e despesas assistenciais total das operadoras

TIPO	Ressarcimento (R\$)	SUS	Despesa assistencial operadoras	Ressarcimento/SUS (%)	Ressarcimento/Operadoras (%)
AIH	389.402.876	15.816.050.493	-	2,5%	-
APAC	440.085.086	7.725.823.222	-	5,7%	-
TOTAL	829.487.964	23.541.873.715	172.720.788.033 *	3,5%	0,5%

Nota * refere-se ao valor total da despesa assistencial das operadoras em 2019.

Fonte: Dados da pesquisa (2022)

Esse percentual é mais elevado quando a análise se restringe aos gastos com cuidado ambulatorial de alta complexidade, 5,7% contra 2,5% para internações hospitalares. Em relação às despesas assistenciais das operadoras privadas de saúde, os gastos de todos os atendimentos objetos do ressarcimento representam 0,5% desse total. Essas proporções, entretanto, não são comparáveis uma vez que no caso do SUS foram contabilizadas apenas as despesas com AIH e APAC. No caso das operadoras de saúde, foi considerado o total dos gastos assistenciais.

5.1 Perfil dos atendimentos que são objeto do Ressarcimento

A maior parte dos atendimentos hospitalares que são objeto do ressarcimento refere-se à especialidade cirúrgica, respondendo por 36,9% do total, seguida da clínica médica (29,1%) e obstetrícia (15,4%). A especialidade de cirurgia apresenta ainda o maior *ticket* médio (R\$ 3.117,00) e responde por 57,15% do total dos gastos com atendimentos objetos de ressarcimento. A clínica médica e obstetrícia, apesar de serem conjuntamente responsáveis por 44,5% do volume de atendimentos, respondem por apenas 30,45% dos gastos. Os resultados evidenciam que podem existir lacunas assistenciais que precisam ser observadas pelas operadoras de saúde, ao passo que os beneficiários realizam as cirurgias com custos elevados e internações clínicas no SUS (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição do número e valor total dos atendimentos hospitalares e ticket médio realizados no SUS para os beneficiários de planos de saúde segundo especialidade médica, Brasil, 2019

Especialidade	N	%	Valor (R\$)	%	Ticket médio (R\$)
Cirurgia	71.408	36,90	222.561.117	57,15	3.117
Clínica médica	56.389	29,14	92.545.892	23,77	1.641
Obstetrícia	29.752	15,38	26.008.375	6,68	874
Pediatria	22.433	11,59	34.035.375	8,74	1.517
Psiquiatria em hospital dia	5.675	2,93	4.288.729	1,10	756
Psiquiatria	4.117	2,13	5.544.514	1,42	1.347
Reabilitação	1.535	0,79	1.454.263	0,37	947
Pacientes sob cuidados prolongados	413	0,21	867.262	0,22	2.100
Tisiologia	55	0,03	127.851	0,03	2.325
Total Geral	191.722	100,00	387.433.378	100,00	2.021

Fonte: Dados da pesquisa (2022)

Além da especialidade clínica, interessa estratificar os atendimentos hospitalares segundo os capítulos da CID-10, que permitem a comparação com o universo dos atendimentos realizados no SUS. A distribuição das internações que são objeto de ressarcimento segundo capítulos da CID mostra perfil similar ao total das internações realizadas pelo SUS. As seis primeiras causas principais coincidem nas duas populações analisadas. O maior volume de AIH objeto de ressarcimento

concentra-se nas internações para gravidez, parto e puerpério (18%), lesões, envenenamento e causas externas (12%) e doenças do aparelho respiratório (9%).

Os resultados para gravidez, parto e puerpério, apesar de próximo ao observado para o total das internações no SUS, surpreendem, uma vez que a cobertura desses serviços é prevista na maior parte dos contratos comercializados (Tabela 4). Considera-se pouco provável que esse percentual seja resultado de uma fricção dessas gestantes no espaço. Ou seja, gestantes que estejam fora da área de cobertura dos planos de saúde. No que se refere às APACs, verifica-se que a maior utilização está no tratamento de doenças crônicas sendo 51,7% nos procedimentos vinculados às neoplasias e 19,4% nos do aparelho geniturinário.

Tabela 4 - Distribuição das AIH e APAC realizadas no SUS para os beneficiários de planos de saúde (Ressarcimento) e para o total da população segundo capítulo da CID-10, Brasil, 2019

(Continua...)

Capítulo CID	Ressarcimento				SUS Geral (**)	
	AIH	%	APAC	%	AIH	%
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	11.196	5,8	8	0,0	815.136	6,6
II - Neoplasmas [tumores]	17.150	8,9	176413	51,7	883.430	7,1
III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	1.967	1,0	23	0,0	110.915	0,9
IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	4.225	2,2	114	0,0	247.263	2,0
V - Transtornos mentais e comportamentais	5.858	3,0	161	0,0	356.128	2,9
VI - Doenças do sistema nervoso	5.976	3,1	166	0,0	237.645	1,9
VII - Doenças do olho e anexos	2.901	1,5	14220	4,2	134.997	1,1
VIII - Doenças do ouvido e da apófise mastóide	695	0,4	29958	8,8	21.725	0,2
IX - Doenças do aparelho circulatório	14.436	7,5	2389	0,7	1.187.149	9,6
X - Doenças do aparelho respiratório	17.597	9,1	0	0,0	1.192.070	9,6
XI - Doenças do aparelho digestivo	15.838	8,2	0	0,0	1.210.441	9,8
XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	4.841	2,5	39	0,0	285.410	2,3
XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	4.359	2,3	4	0,0	221.047	1,8
XIV - Doenças do aparelho geniturinário	14.227	7,4	66336	19,4	873.401	7,1
XV - Gravidez, parto e puerpério	34.601	17,9	0	0,0	2.451.903	19,8

Fonte: Dados da pesquisa (2022)

Tabela 4 - Distribuição das AIH e APAC realizadas no SUS para os beneficiários de planos de saúde (Ressarcimento) e para o total da população segundo capítulo da CID-10, Brasil, 2019

(Conclusão)						
XVI - Algumas afecções originadas no período perinatal	506	0,3	0	0,0	306.732	2,5
XVII - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	4.217	2,2	269	0,1	91.049	0,7
XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	3.570	1,8	0	0,0	216.405	1,8
XIX - Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	22.946	11,9	2256	0,7	1.242.978	10,1
XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade	0	0,0	0	0,0	7	0,0
XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	6.454	3,3	49154	14,4	270.430	2,2
Total	193.560	100	341.510	100	12.356.261	100

Nota: *Capítulo XX foi excluído por não apresentar registros de ressarcimento em 2019.

** Dado referente às APAC geral do SUS não disponíveis por CID.

Fonte: Dados da pesquisa (2022)

Apesar das distribuições do volume de AIH serem semelhantes no SUS e Ressarcimento, nota-se que o valor médio das internações que são objeto do ressarcimento é sempre superior ao observado no SUS. Em média, o valor dos procedimentos do Ressarcimento são 57% maiores que os ofertados no SUS. Enquanto o valor médio gasto no SUS geral com AIH de doenças do aparelho geniturinário foi de R\$949, vê-se que aqueles que foram objeto do ressarcimento custaram em média R\$2.238. Essa diferença é mais acentuada para as doenças de ouvido (5,34 vezes maior, ou seja 434% maior), doenças endócrinas (2,66 vezes), nutricionais e metabólicas e doenças do aparelho geniturinário (2,35 vezes).

Os atendimentos de AIH do ressarcimento vinculados às doenças endócrinas apresentou *ticket* médio de R\$2.729 enquanto o *ticket* médio observado no SUS geral é de R\$1.025 (Tabela 5). Para os procedimentos APAC a informação da CID não estava disponível para o total de beneficiários do SUS, impossibilitando a comparação.

Tabela 5 - Valor do *ticket* médio dos procedimentos de APAC e AIH, segundo capítulo da CID-10 no Brasil, 2019

CAPITULO CID	Ressarcimento		SUS Geral
	AIH (R\$)	APAC (R\$)	AIH (R\$)
I _ algumas doenças infecciosas e parasitárias	2.265	399	1.462
II _ Neoplasmas [tumores]	3.001	909	2.087
III _ Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	1.102	1.200	712
IV _ Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	2.729	916	1.025
V _ Transtornos mentais e comportamentais	1.210	1.170	977
VI _ Doenças do sistema nervoso	1.708	1.092	1.455
VII _ Doenças do olho e anexos	1.899	1.076	1.359
VIII _ Doenças do ouvido e da apófise mastóide	14.914	254	2.791
IX _ Doenças do aparelho circulatório	4.504	923	2.609
X _ Doenças do aparelho respiratório	1.553	0	1.099
XI _ Doenças do aparelho digestivo	1.346	0	1.008
XII _ Doenças da pele e do tecido subcutâneo	725	2.006	566
XIII _ Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	2.274	890	1.630
XIV _ Doenças do aparelho geniturinário	2.238	3.603	949
XV _ Gravidez, parto e puerpério	815	0	587
XVI _ algumas afecções originadas no período perinatal	4.988	0	2.661
XVII _ Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	4.380	1.181	3.383
XVIII _ Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	1.749	0	1.062
XIX _ Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	1.933	378	1.249
XX _ Causas externas de morbidade e de mortalidade	0	0	1.785
XXI _ Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	1.079	282	680
TOTAL	2.012	1.289	1.280

Nota: *Capítulo XX foi excluído por não apresentar registros de ressarcimento em 2019.

Fonte: Dados da pesquisa (2022)

Os procedimentos APAC realizados no SUS podem também ser desagregados segundo os subgrupos de procedimento. A tabela 6 mostra que os maiores gastos com APAC, em geral, são vinculados aos cuidados de nefrologia (42,9%) e oncologia (34,2%). Os *tickets* mais altos são de diagnóstico por tomografia (R\$2.107,22) e transplante de órgãos, tecidos e células (R\$2.229,66). Essa informação está em consonância com os dados do ressarcimento estratificados segundo os capítulos da CID-10, onde o maior *ticket* médio era referente ao capítulo do cuidado geniturinário.

Tabela 6 - Distribuição e *ticket* médio das APAC's realizadas no SUS, segundo subgrupo de procedimento, Brasil, 2019

(Continua...)

Subgrupo procedimento	Número de Procedimentos		Valor R\$		Ticket Médio
	N	%	R\$	%	
0202 Diagnóstico em laboratório clínico	14.800.672	31,7	71.546.530,79	1,0	4,83
0204 Diagnóstico por radiologia	10.205	0,0	98.990,95	0,0	9,70
0205 Diagnóstico por ultrassonografia	5.542	0,0	160.086,40	0,0	28,89
0206 Diagnóstico por tomografia	23.709	0,1	49.960.078,98	0,7	2.107,22
0211 Métodos diagnósticos em especialidades	1.586.303	3,4	136.259.500,83	1,9	85,90
0301 Consultas / atendimentos / acompanhamentos	1.298.186	2,8	53.407.199,39	0,7	41,14
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	2.006.325	4,3	173.105.587,95	2,4	86,28
0304 Tratamento em oncologia	8.271.478	17,7	2.477.243.403,42	34,2	299,49
0305 Tratamento em nefrologia	15.663.264	33,5	3.109.635.166,89	42,9	198,53
0307 Tratamentos odontológicos	8.725	0,0	1.294.438,35	0,0	148,36
0309 Terapias especializadas	211.452	0,5	35.070.993,50	0,5	165,86
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	5	0,0	149,30	0,0	29,86
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	2.480	0,0	166.568,85	0,0	67,16
0405 Cirurgia do aparelho da visão	966.943	2,1	567.994.987,19	7,8	587,41
0407 Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	119	0,0	2.579,92	0,0	21,68
0408 Cirurgia do sistema osteomuscular	888	0,0	25.231,70	0,0	28,41
0409 Cirurgia do aparelho geniturinário	26.172	0,1	7.433.985,23	0,1	284,04
0413 Cirurgia reparadora	126.394	0,3	5.755.500,03	0,1	45,54
0414 Bucomaxilofacial	16.223	0,0	3.898.432,80	0,1	240,30
0418 Cirurgia em nefrologia	141.463	0,3	45.995.542,67	0,6	325,14
0501 Coleta e exames para fins de doação de órgãos, tecidos e células e de transplante	330.631	0,7	14.961.831,15	0,2	45,25
0503 Ações relacionadas à doação de órgãos e tecidos para transplante	28.689	0,1	6.767.873,70	0,1	235,90
0504 Processamento de tecidos para transplante	58.895	0,1	10.558.169,01	0,1	179,27
0505 Transplante de órgãos, tecidos e células	4.147	0,0	8.416.983,20	0,1	2.029,66
0506 Acompanhamento e intercorrências no pré e pós-transplante	397.264	0,9	54.501.880,00	0,8	137,19

Fonte: Dados da pesquisa (2022)

Tabela 6 - Distribuição e *ticket* médio das APAC's realizadas no SUS, segundo subgrupo de procedimento, Brasil, 2019

(Conclusão)

Subgrupo procedimento	Número de Procedimentos		Valor R\$		Ticket Médio
	N	%	R\$	%	
0701 Órteses, próteses e materiais especiais não relacionados ao ato cirúrgico	391.583	0,8	233.237.725,53	3,2	595,63
0702 Órteses, próteses e materiais especiais relacionados ao ato cirúrgico	318.765	0,7	177.428.741,73	2,4	556,61
Total	46.696.522	100	7.244.928.159,46	100	155,15

Fonte: Dados da pesquisa (2022)

Para o cuidado hospitalar, a análise por subgrupo de procedimentos mostra que as internações para tratamento clínico corresponderam ao maior volume, 39,7% do total de internações e 34,5% do total de gastos da AIH (tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição e *ticket* médio das AIHs realizadas no SUS, segundo subgrupo de procedimento, Brasil, 2019

(Continua...)

Subgrupo procedimento	Número de Procedimentos		Valor R\$		Ticket Médio
	N	%	R\$	%	
0201 Coleta de material	11.771	0,1	6.709.307,85	0,0	569,99
0209 Diagnóstico por endoscopia	7.767	0,1	14.502.450,04	0,1	1.867,19
0211 Métodos diagnósticos em especialidades	8.788	0,1	6.043.115,66	0,0	687,66
0301 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	385.912	3,1	44.391.293,03	0,3	115,03
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	4.906.022	39,7	5.453.292.787,58	34,5	1.111,55
0304 Tratamento em oncologia	350.532	2,8	350.475.215,46	2,2	999,84
0305 Tratamento em nefrologia	250.732	2,0	269.736.214,70	1,7	1.075,79
0308 Tratamento de lesões, envenenamentos e outros, decorrentes de causas externas	261.118	2,1	133.687.612,44	0,8	511,98
0310 Parto e nascimento	1.095.185	8,9	628.135.027,04	4,0	573,54
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	130.099	1,1	42.360.013,74	0,3	325,60

Fonte: Dados da pesquisa (2022)

Tabela 7 - Distribuição e *ticket* médio das AIHs realizadas no SUS, segundo subgrupo de procedimento, Brasil, 2019

(Conclusão)

Subgrupo procedimento	Número de Procedimentos		Valor R\$		
	N	%	R\$	%	Ticket Médio
0402 Cirurgia de glândulas endócrinas	12.629	0,1	8.354.610,83	0,1	661,54
0403 Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	92.793	0,8	307.967.586,37	1,9	3.318,87
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	137.585	1,1	206.394.155,02	1,3	1.500,12
0405 Cirurgia do aparelho da visão	120.606	1,0	154.144.424,51	1,0	1.278,08
0406 Cirurgia do aparelho circulatório	301.556	2,4	1.768.758.374,73	11,2	5.865,44
0407 Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	817.194	6,6	822.397.460,08	5,2	1.006,37
0408 Cirurgia do sistema osteomuscular	800.973	6,5	891.444.441,45	5,6	1.112,95
0409 Cirurgia do aparelho geniturinário	538.452	4,4	301.097.960,09	1,9	559,19
0410 Cirurgia de mama	36.010	0,3	20.012.961,55	0,1	555,76
0411 Cirurgia obstétrica	1.090.598	8,8	772.325.694,46	4,9	708,17
0412 Cirurgia torácica	60.532	0,5	180.515.235,58	1,1	2.982,15
0413 Cirurgia reparadora	61.598	0,5	85.323.730,39	0,5	1.385,17
0414 Bucomaxilofacial	15.214	0,1	6.209.992,17	0,0	408,18
0415 Outras cirurgias	621.504	5,0	2.063.517.039,49	13,0	3.320,20
0416 Cirurgia em oncologia	159.620	1,3	536.029.998,84	3,4	3.358,16
0501 Coleta e exames para fins de doação de órgãos, tecidos e células e de transplante	755	0,0	3.779.136,41	0,0	5.005,48
0503 Ações relacionadas à doação de órgãos e tecidos para transplante	23.654	0,2	51.195.671,21	0,3	2.164,36
0504 Processamento de tecidos para transplante	1.641	0,0	1.737.481,60	0,0	1.058,79
0505 Transplante de órgãos, tecidos e células	14.861	0,1	595.892.604,33	3,8	40.097,75
0506 Acompanhamento e intercorrências no pré e pós-transplante	40.582	0,3	89.618.896,24	0,6	2.208,34
Total	12.356.283	100	15.816.050.492,89	100	1.280,00

Fonte: Dados da pesquisa (2022)

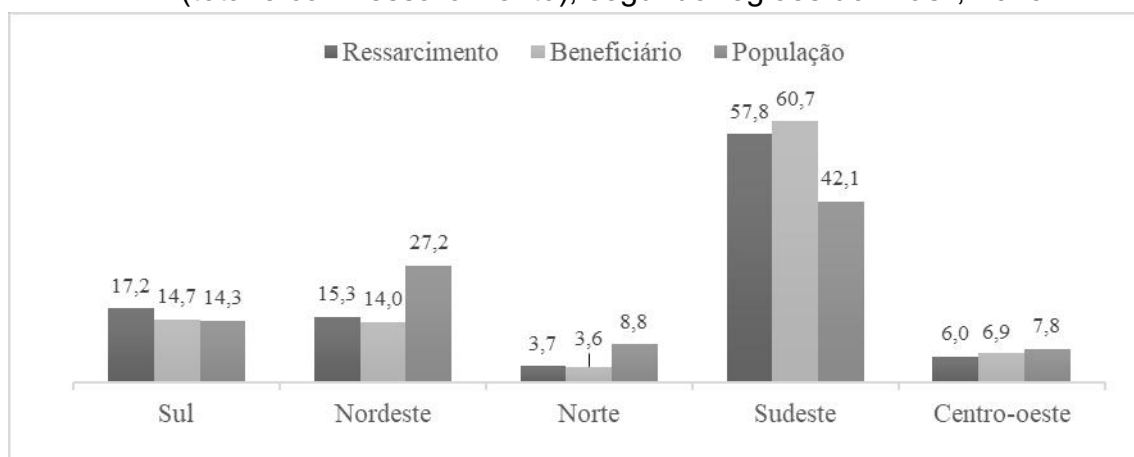
Os transplantes e as cirurgias do aparelho circulatório apresentam o maior *ticket* médio, sendo R\$40.097,75 e R\$5.865,44, respectivamente. Tais procedimentos, apesar de representarem uma pequena parcela no volume de atendimentos, são responsáveis por quase 15% dos gastos totais.

5.2 Perfil dos Beneficiários de planos de saúde que utilizam o SUS

Em relação às características individuais, considerou-se possível analisar o perfil dos beneficiários que utilizam a rede pública comparativamente ao total de beneficiários de planos de saúde e à população geral, segundo região de residência, idade e sexo.

De forma geral, a distribuição de beneficiários por região acompanha a de ressarcimento. Relativamente à população total, no entanto, existem disparidades, evidenciando a menor cobertura de planos de saúde privados nas regiões Norte e Nordeste do país em contraposição ao Sudeste. Considerando o total de beneficiários, o peso daqueles que utilizam a rede pública é maior nas regiões Sul e Nordeste. A região Sul responde por 17,2% do total de ressarcimentos, mas, por apenas 14,7% do total de beneficiários do país. Na região Sudeste, em contraposição, a proporção dos ressarcimentos (57,8%) se mostrou inferior à proporção de beneficiários (60,7%) (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição da população total e dos beneficiários de planos de saúde (total e com ressarcimento), segundo regiões do Brasil, 2019



Fonte: Dados da pesquisa (2022)

Tabela 8 - Taxa de utilização de procedimentos hospitalares (AIH) e procedimentos APAC por mil habitantes, segundo usuários totais do SUS e população do ressarcimento

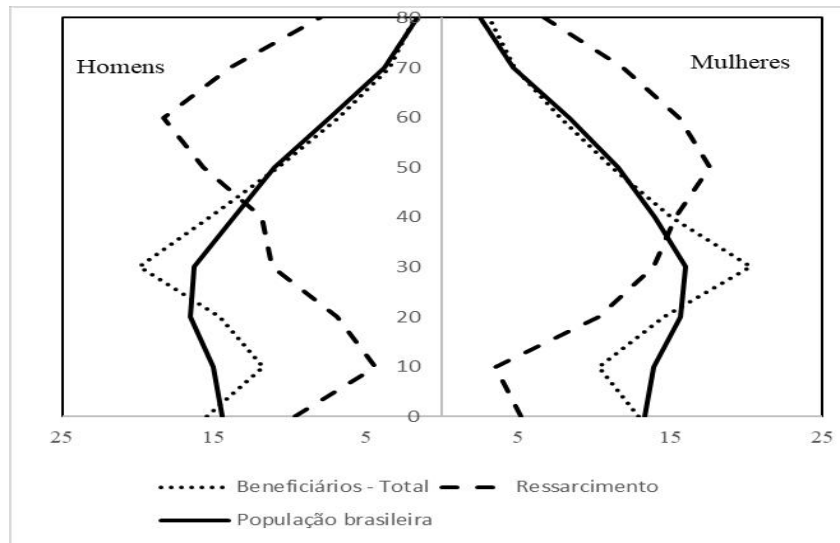
Faixa Etária	SUS		Ressarcimento	
	APAC (*)	AIH	APAC	AIH
0-4	12,03	79,71	0,99	6,15
05-34	46,53	46,11	1,67	4,03
35-49	201,38	45,29	5,93	3,28
50-59	441,46	57,34	14,07	3,47
60+	733,87	107,94	24,43	5,30
Total	220,52	58,35	7,26	4,11

Nota: *Excluído da análise o subgrupo 0604 Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
Fonte: Dados da pesquisa (2022)

Como esperado, verifica-se uma relação crescente entre a taxa de atendimentos e a idade. Esse padrão pode ser verificado tanto para os atendimentos hospitalares como para os ambulatoriais de alta complexidade nas duas populações (total e ressarcimento). No caso dos atendimentos hospitalares, a tradicional curva em “J” foi verificada ratificando uma taxa mais elevada entre crianças e idosos. Para os procedimentos APAC a relação pode ser considerada crescente, mas, as crianças utilizam poucos procedimentos de alta complexidade.

Em relação à distribuição por sexo e idade, há diferenças importantes entre a população referente ao ressarcimento e a população geral brasileira e de beneficiários de saúde suplementar. A pirâmide etária do grupo que envolveu ressarcimento apresentou um padrão inverso relativamente aos demais grupos analisados, com um peso maior nos grupos de idade mais avançada, acima de 50 anos e, menor, nas idades mais jovens, inferior a 35 anos. Esse padrão pode ser observado para homens e mulheres. Claramente, o grupo referente ao ressarcimento apresenta uma composição bem mais envelhecida do que os beneficiários totais e a população geral, indicando que os beneficiários de planos de saúde que mais utilizam a rede pública tendem a ser aqueles que estão em idade mais avançada (Gráfico 2).

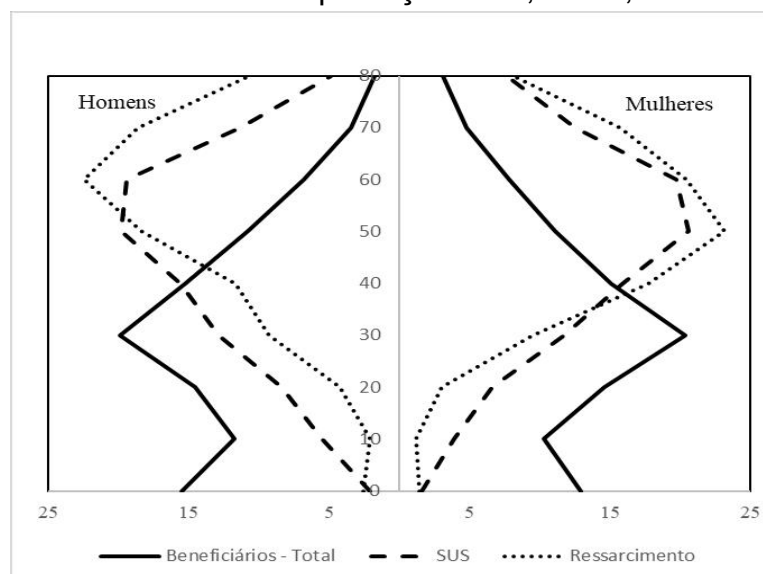
Gráfico 2 - Pirâmide etária para o total dos beneficiários de plano de saúde, beneficiários alvo do ressarcimento e população total, Brasil, 2019



Fonte: Dados da pesquisa (2022)

No Gráfico 3, verifica-se que a população do ressarcimento se apresenta mais envelhecida relativamente à carteira de beneficiários privados e também à população SUS, com uma proporção maior de homens acima de 50 anos e de mulheres acima de 35. A base da pirâmide também é bem mais estreita, evidenciando que as crianças realizam poucos procedimentos de alta complexidade fora da rede privada.

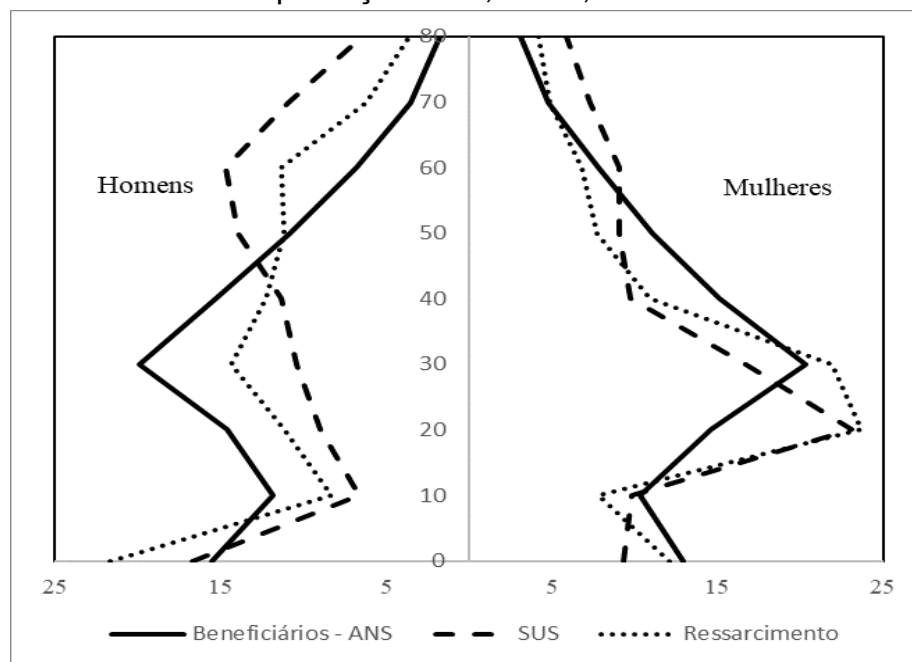
Gráfico 3 - Pirâmide etária de APAC para o total dos beneficiários de plano de saúde, beneficiários alvo do ressarcimento e produção SUS, Brasil, 2019



Fonte: Dados da pesquisa (2022)

A distribuição etária e de sexo das internações hospitalares (AIH), por outro lado, têm comportamento similar entre os dois grupos analisados (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Pirâmide etária de AIH para o total dos beneficiários de plano de saúde, beneficiários alvo do ressarcimento e produção SUS, Brasil, 2019



Fonte: Dados da pesquisa (2022)

Dois resultados, entretanto, chamam atenção. Primeiro, a proporção relativamente mais alta de mulheres em idade reprodutiva no grupo de ressarcimento comparativamente ao total de pacientes SUS. Isso reflete a alta proporção de mulheres beneficiárias que utilizam os serviços do SUS para gravidez, parto e puerpério. Segundo este resultado refere-se à maior proporção de homens jovens beneficiários de planos de saúde com até 40 anos de idade. Este resultado, provavelmente, está associado às internações hospitalares por causas externas, como acidentes e violência.

5.3 Perfil das operadoras cujos beneficiários utilizaram serviços através do SUS

Em relação à modalidade das operadoras, a distribuição daquelas com registro de ressarcimento ao SUS se mostrou similar à distribuição do total de operadoras. Observa-se apenas uma representação ligeiramente maior da modalidade

Cooperativa Médica dentre as que tiveram ressarcimento (38,5%) relativamente ao universo de operadoras desta modalidade. Além disso, o percentual de operadoras que realizam ressarcimento é superior a 96% em todas as modalidades, evidenciando o uso disseminado da rede pública por beneficiários do setor privado.

No que se refere ao número de ressarcimentos e respectivo valor dos procedimentos, há uma maior representatividade da Medicina de Grupo, sobretudo quando comparado com a parcela de beneficiários que essa modalidade responde. A Medicina de Grupo é responsável por 49% e 51% do número e valor dos ressarcimentos ao SUS, mas responde por cerca de 39% do total de beneficiários de planos e seguros privados de saúde no Brasil.

Como resultado, a taxa de utilização (total de ressarcimentos por 1000 beneficiários) se mostrou mais elevada entre as operadoras dessa modalidade, igual a 14,18, seguida das operadoras Filantrópicas (12,94), de Autogestão (11,78) e Cooperativa Médica (10,37). Em contraposição, as seguradoras, que respondem por 12,6% do total de beneficiários, são responsáveis por 6% e 5,6% da quantidade e valor de ressarcimento ao SUS, apresentando uma taxa de utilização de apenas 5,21 por mil beneficiários (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição do ressarcimento por modalidade da operadora, número de beneficiários e taxa de utilização

Modalidade operadora	Operadora							Valor Ressarcimento			
	Total OPS	%	Total beneficiários	%	Operadoras com ressarcimento	%	% de OPS com ressarcimento em cada modalidade	Total de atendimentos com ressarcimento	Taxa de Utilização (p/1000)	Valor ressarcimento (R\$)	Ticket médio (R\$)
Medicina de Grupo	252	34,4	18.395.547	39,1	242	34,4	96,0	260.930	14,18	426.394.416	1.634
Cooperativa Médica	281	38,3	17.201.727	36,6	271	38,5	96,4	178.417	10,37	257.289.725	1.442
Autogestão	155	21,1	4.442.370	9,4	148	21,0	95,5	52.323	11,78	79.485.276	1.519
Seguradora Esp. em Saúde	9	1,2	6.139.059	13,0	9	1,3	100,0	31.982	5,21	46.464.149	1.453
Filantropia	36	4,9	882.382	1,9	34	4,8	94,4	11.418	12,94	19.854.401	1.739
Total	733	100	47.061.085	100	704	100	96,0	535.070	11,37	829.487.967	1.550

Nota*Foi excluída da análise 69 (22.262 processos de ressarcimento) operadoras que foram desativadas e não possuía beneficiários vinculado.

Fonte: Dados da pesquisa (2022)

A Tabela 10 apresenta os resultados segundo tamanho das operadoras que foram classificadas em *quintis*, excluindo aquelas que possuíam zero beneficiários. As operadoras classificadas no 1º *quartil* são as de menor porte, apresentando entre um e 3.164 beneficiários, e as do 5º *quartil*, de maior porte, com 55.481 a 3.357.257 de beneficiários.

Para todos os grupos, o percentual de operadoras que registrou beneficiários com ressarcimento se mostrou elevado, acima de 96%. Em relação ao total de ressarcimentos e respectivo valor dos procedimentos, observa-se uma maior representatividade das operadoras de menor porte relativamente à sua respectiva parcela de beneficiários. As operadoras de menor porte (1º *quartil*) respondem por 1,09% e 1,18% do total e valor de ressarcimento, mas são responsáveis por 0,42% do total de beneficiários.

Entre aquelas classificadas no 2º *quartil*, esses percentuais são iguais a 2,96%, 3,11% e 2,06% respectivamente. Como resultado, a taxa de utilização é mais elevada entre essas operadoras, chegando a 29,67 por mil beneficiários no 1º *quartil* e 16,35 no 2º *quartil*. Em contraposição, as operadoras de maior porte (5º *quartil*) respondem por 82,2% dos beneficiários e são responsáveis por 76,48% dos ressarcimentos (quantidade e valor total dos procedimentos), apresentando uma taxa de utilização de 10,63 por mil beneficiários, a mais baixa dentre todos os *quintis*.

O *ticket* médio também varia segundo o porte das operadoras, sendo mais elevado nas operadoras de menor porte, em especial as do 1º *quartil*. Para esse grupo, o *ticket* médio é igual a R\$ 1682,00, 8% superior ao observado para as operadoras do 5º *quartil*. Esses resultados sugerem que os beneficiários das operadoras de menor porte, além de apresentarem uma taxa mais elevada de utilização, tendem a utilizar o SUS para procedimentos mais caros se comparados às demais operadoras. Sugere ainda que as operadoras menores, por não terem escala como as maiores, acabam não investindo na oferta de alguns serviços/procedimentos.

Tabela 10 - Distribuição do ressarcimento por porte da operadora, taxa de utilização e ticket médio

Quartil (Número de beneficiários)	Operadora					Valor Ressarcimento			
	Total opera doras	Total beneficiários	Operadoras com ressarcimento	Frequência (%)	% de OPS com ressarcimento	Total de ressarcimentos	Taxa de utilização (p/1000)	Valor ressarcimento (R\$)	Ticket médio (R\$)
1	147	196.367	122	17,3%	82,99%	5.826	29,67	9.798.719	1.682
2	147	969.845	145	20,6%	98,64%	15.861	16,35	25.828.607	1.628
3	146	2.239.051	145	20,6%	99,32%	32.732	14,62	48.773.257	1.490
4	147	5.159.020	147	20,9%	100,00%	71.502	13,86	110.694.691	1.548
5	146	38.496.802	145	20,6%	99,32%	409.149	10,63	634.392.692	1.551
Total	733	47.061.085	704	100,0%	96,04%	535.070	11,37	829.487.967	1.550

Nota: Limites dos quintis: 1 (1 a 3.164), 2 (3.183 a 9.783), 3 (9.863 a 20.593), 4 (20.597 a 55.276), 5 (55.481 a 3.357.257)

Fonte: Dados da pesquisa (2022)

Em relação a localização das operadoras que tiveram beneficiários objeto do ressarcimento, a maior parte (77%) possui sede registrada nos municípios de grande porte populacional (mais de 100.000 habitantes) e concentra 95% dos beneficiários. O percentual de operadoras com ressarcimento ao SUS é de 96%, e supera 90% em todos os grupos de municípios, sendo mais elevado naqueles de pequeno porte.

A taxa de utilização dos serviços do SUS também varia segundo o porte do município. As operadoras localizadas em municípios menores (com até 25.000 habitantes) apresentam taxa de utilização dos serviços do SUS mais elevada, 14,7 por mil beneficiários, bem como maior valor do *ticket* médio, R\$ 1841,00. Entre aquelas localizadas em municípios de grande porte, esses valores são menores, iguais a 11 por mil e R\$ 1550,00.

Esse resultado é similar ao encontrado para o porte da operadora. Operadoras menores, ou operadoras localizadas em municípios de pequeno porte, tem maior taxa de utilização de serviços de seus beneficiários no SUS e esses serviços, em geral, são mais caros. Esse padrão, provavelmente, reflete a menor rede de serviços de saúde nessas localidades. Operadoras menores, em geral, estão atuando em menores municípios (Tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição do ressarcimento e taxa de utilização segundo porte do município e taxa de utilização

Porte do município sede da operadora	Operadora					Valor Ressarcimento			
	Total operadoras	Total beneficiários	Operadoras com ressarcimento	Frequência (%)	% de OPS com ressarcimento	Total de ressarcimentos	Taxa de utilização (p/1000)	Valor ressarcimento (R\$)	Ticket médio (R\$)
Grande	569	44.705.411	542	77,0%	95,25%	501.634	11,22	777.386.903	1.550
Médio	158	2.300.215	156	22,2%	98,73%	32.620	14,18	50.598.987	1.551
Pequeno	6	55.459	6	0,9%	100,00%	816	14,71	1.502.076	1.841
Total	733	47.061.085	704	100,0%	96,04%	535.070	11,37	829.487.967	1.550

Nota: Limites dos portes: Pequeno (< 25000), Médio (25000 a 99999), Grande (>= 100000)

Fonte: Dados da pesquisa (2022)

Os resultados, considerando apenas os cuidados hospitalares, são muito similares ao encontrado para o total dos atendimentos. Municípios de grande porte respondem por quase a totalidade dos ressarcimentos ao SUS referentes à internação hospitalar, refletindo a maior concentração das operadoras e da oferta desses serviços nessas localidades. No entanto, os municípios de pequeno porte apresentam maior taxa de utilização (4,60) e *ticket* médio (R\$ 3065,87), sendo esse valor 53% superior ao de municípios de grande porte (R\$ 2001,15). Em relação aos serviços de alta complexidade, apesar da taxa de utilização ser mais elevada nas operadoras localizadas em municípios menores (10,12 contra 7,11 nos municípios de grande porte), o *ticket* médio se mostrou muito similar entre os grupos, não variando segundo porte populacional (Tabela 12).

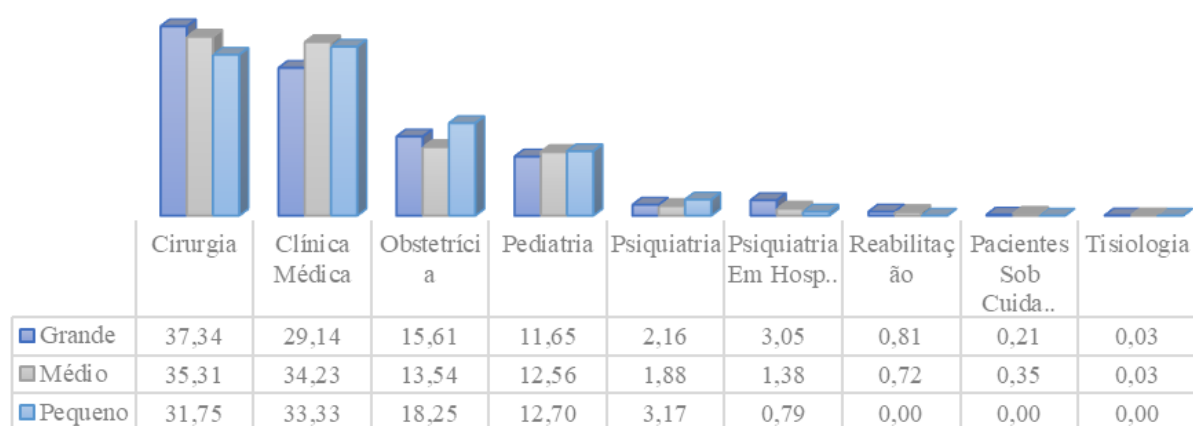
Tabela 12: Taxa de utilização de AIH e APAC segundo porte do município, Brasil, 2019

Porte	AIH				APAC			
	N	(R\$)	Taxa utilização p/1000	Ticket médio	N	(R\$)	Taxa utilização p/1000	Ticket médio
grande	183.671	367.552.615,00	4,11	2.001,15	317.963	409.834.284,00	7,11	1.288,94
médio	9.634	21.068.466,00	4,19	2.186,89	22.986	29.530.522,00	9,99	1.284,72
pequeno	255	781.796,00	4,60	3.065,87	561	720.280,00	10,12	1.283,92
Total	193.560	389.402.876,00	4,11	2.011,79	341.510	440.085.086,00	7,26	1.288,64

Fonte: Dados da pesquisa (2022)

Em relação à distribuição das AIH's, considerando as especialidades e porte de municípios, observa-se que em todas as categorias as especialidades Cirurgia, Clínica Médica e Obstetrícia estão no top três (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Frequência utilização de AIH no ressarcimento, segundo especialidade e porte do município



Fonte: Dados da pesquisa (2022)

Apesar das semelhanças entre as taxas das três primeiras especialidades, existem diferenças que precisam ser consideradas. Enquanto os municípios de médio e grande porte apresentam o maior volume de AIH vinculados à Cirurgia 37,3% e 35,3, respectivamente, a distribuição dos municípios de porte pequeno mostram como maior volume as AIH da Clínica Médica 33,3%.

Há que se considerar ainda a distribuição de partos nos municípios de pequeno porte, 18,2% superior aos demais portes. Na psiquiatria, os de pequeno porte, também demonstram uma maior utilização se comparado aos demais portes de municípios utilizando em média 1,47 e 1,68 vezes a mais que os de grande e médio porte. Quando se observa a psiquiatria em hospital, o cenário se altera e os municípios de grande porte apresentam utilização 2,21 e 3,86 vezes superior aos municípios de médio e pequeno porte respectivamente.

Conforme apresenta a tabela 13, o capítulo referente às neoplasmas (II) é o mais utilizado em todos os portes de município com destaque para os de pequeno e médio porte onde a utilização foi de cerca de 48%. Esse dado reforça que os beneficiários de planos de saúde realizam no SUS procedimentos e acompanhamentos de alta complexidade. Na CID XXI (Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde) nota-se maior utilização dos

municípios de grande porte, sendo 1,61 e 1,97 vezes superior aos municípios de médio e pequeno porte respectivamente (Tabela 13).

Tabela 13 - Distribuição do ressarcimento segundo código CID e porte do município, Brasil, 2019

Capítulo	Descrição	Grande		Médio		Pequeno		Total
		N	%	n	%	n	%	
**	CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido ou inválido	60.063	11,97	3.960	12,14	105	12,87	64.128
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	10.544	2,10	639	1,96	21	2,57	11.204
II	Neoplasmas [tumores]	177.670	35,42	15.494	47,50	399	48,90	193.563
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	1.885	0,38	102	0,31	3	0,37	1.990
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	4.094	0,82	242	0,74	3	0,37	4.339
V	Transtornos mentais e comportamentais	5.779	1,15	232	0,71	8	0,98	6.019
VI	Doenças do sistema nervoso	5.870	1,17	262	0,80	10	1,23	6.142
VII	Doenças do olho e anexos	16.208	3,23	886	2,72	27	3,31	17.121
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastoide	29.238	5,83	1.401	4,29	14	1,72	30.653
IX	Doenças do aparelho circulatório	15.865	3,16	934	2,86	26	3,19	16.825
X	Doenças do aparelho respiratório	16.563	3,30	1.015	3,11	19	2,33	17.597
XI	Doenças do aparelho digestivo	14.983	2,99	832	2,55	23	2,82	15.838
XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	4.661	0,93	217	0,67	2	0,25	4.880
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	4.114	0,82	246	0,75	3	0,37	4.363
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	15.475	3,08	940	2,88	20	2,45	16.435
XV	Gravidez, parto e puerpério	32.982	6,57	1.573	4,82	46	5,64	34.601
XVI	Algumas afecções originadas no período perinatal	474	0,09	32	0,10	0	0,00	506
XVII	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	4.316	0,86	165	0,51	5	0,61	4.486
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	3.363	0,67	200	0,61	7	0,86	3.570
XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	24.087	4,80	1.084	3,32	31	3,80	25.202
XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0
XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	53.400	10,65	2.164	6,63	44	5,39	55.608
	Total	501.634	100,00	32.620	100,00	816	100,00	535.070

Fonte: Dados da pesquisa (2022)

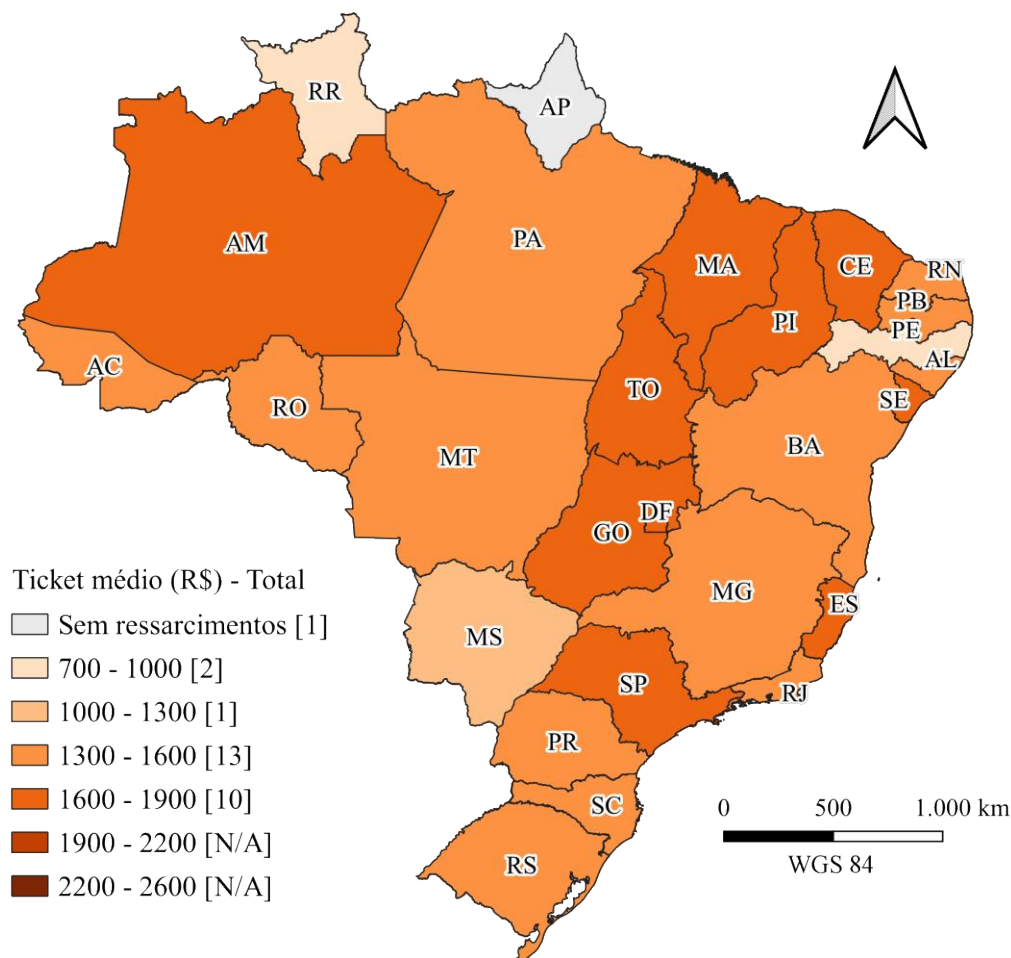
5.4 Perfil de utilização do ressarcimento por Unidade da Federação

O conhecimento dos valores despendido pelo SUS para atendimentos de beneficiários de planos de saúde por estado tem sua importância para mensurar em que medida esses beneficiários estão utilizando o SUS e quais os procedimentos, se usam para procedimentos corriqueiros ou mais complexos. A taxa de utilização também traz informações valiosas para compreender o perfil desses beneficiários.

5.4.1 *Ticket* médio ressarcimento ao SUS

No que se refere ao custo dos procedimentos hospitalares, os *tickets* médios variaram entre R\$700,00 a R\$1.900,00 entre os estados. O estado do Amapá foi o único que não apresentou processos de ressarcimento. Já os estados de Alagoas, região Nordeste, e Roraima, região Norte, foram os com menor valor *ticket* médio. Nota-se que apesar da concentração dos beneficiários e volume de ressarcimento estar na região Sudeste, os estados de Minas Gerais e Rio de Janeiro possuem *ticket* médio inferior se comparado à São Paulo e Espírito Santo. Na região Norte, o Amazonas apresenta maior custo médio (Mapa 1).

Mapa 1 - *Ticket* médio da utilização do SUS por beneficiários de planos de saúde, segundo UF, Brasil, 2019

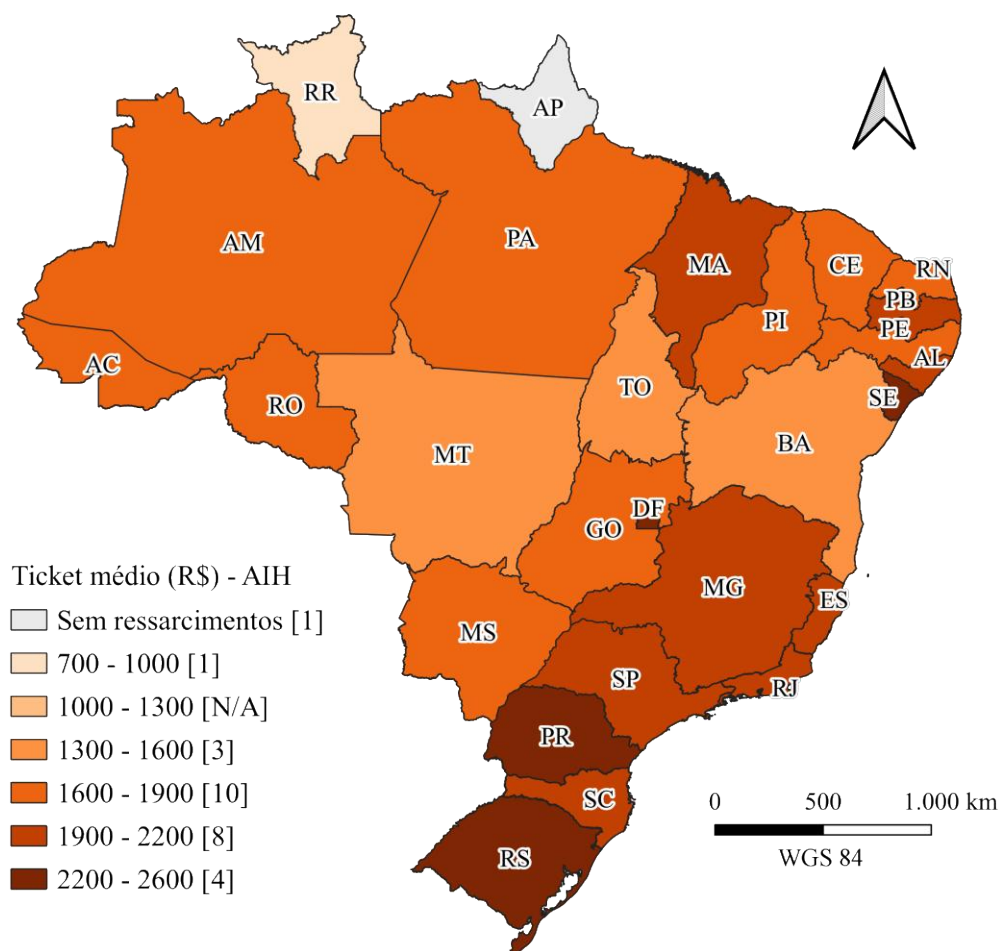


Fonte: Dados da pesquisa (2022)

Conforme apresenta o mapa 2, os maiores *tickets* médios de AIH (entre R\$2.200-R\$2.600) foram observados em dois estados da região Sul - Paraná e Rio Grande do Sul e no estado do Sergipe, região Nordeste e no Distrito Federal, Centro-Oeste. Toda região Sudeste apresentou *ticket* médio de AIH entre R\$1.900,00 a R\$2.200,00.

O estado do Amazonas deixa de ocupar o maior valor médio dos procedimentos na região Norte e se iguala aos demais estados da região. Nesse sentido, é possível inferir que os beneficiários dos estados da região Sul, Sudeste e alguns estados do Nordeste tem buscado o SUS para realizar procedimentos de AIH com os custos mais elevados se comparado à média do Brasil e dos demais estados.

Mapa 2 - *Ticket* médio da utilização de AIH no SUS por beneficiários de planos de saúde, segundo UF, Brasil, 2019

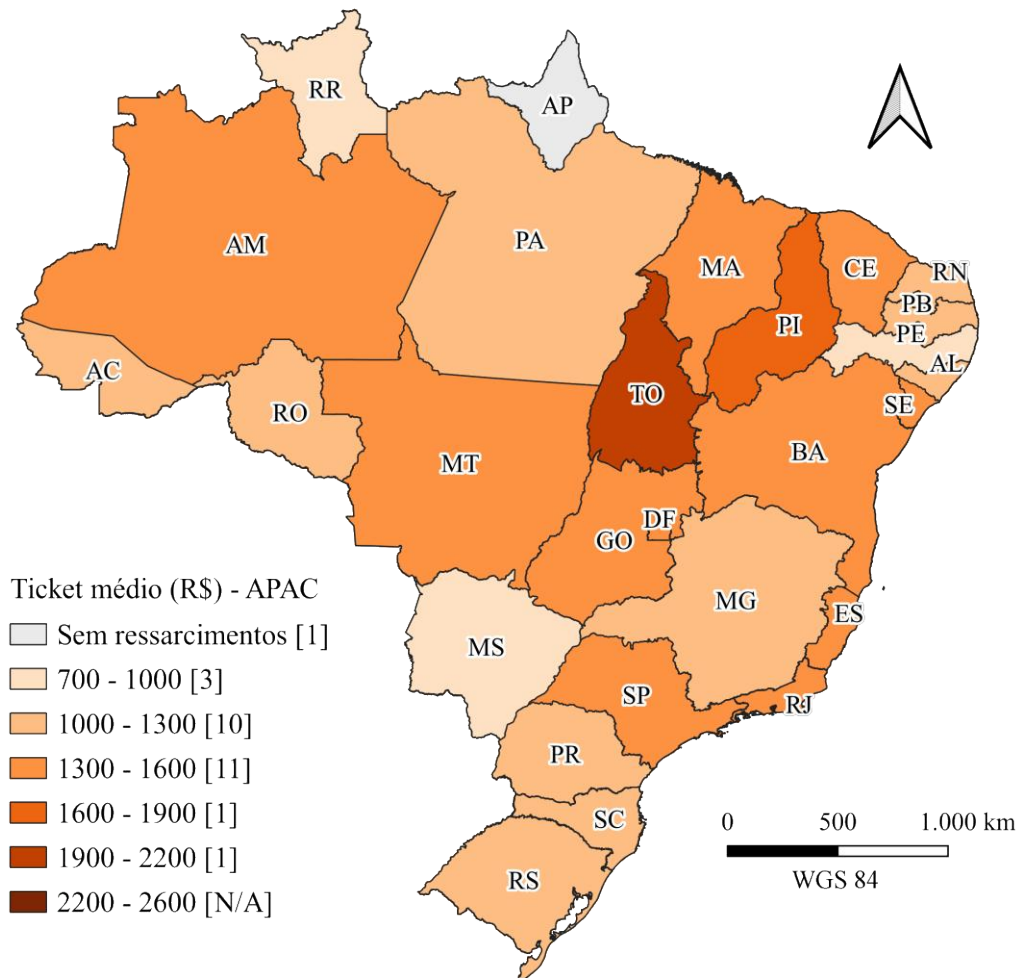


Fonte: Dados da pesquisa (2022)

O mapa 3 apresenta a distribuição por estado do *ticket* médio dos procedimentos de APAC no SUS por beneficiários de planos de saúde. Importante ressaltar que, para a maior parte dos estados, o valor médio de APAC compreende R\$1.000,00 a R\$1.600,00. No entanto, os estados que apresentam maiores valores médios das APAC foram Tocantins e Piauí respectivamente, onde observou-se um valor médio entre R\$1.600,00 a R\$2.200,00 por procedimento.

Na região Sul, nota-se que os valores médios de APAC são bem inferiores aos observados de AIH no mesmo estado, trazendo um menor custo para os tratamentos de doenças crônicas se comparado às AIH.

Mapa 3 - *Ticket* médio da utilização de APAC no SUS por beneficiários de planos de saúde, segundo UF, Brasil, 2019



Fonte: Dados da pesquisa (2022)

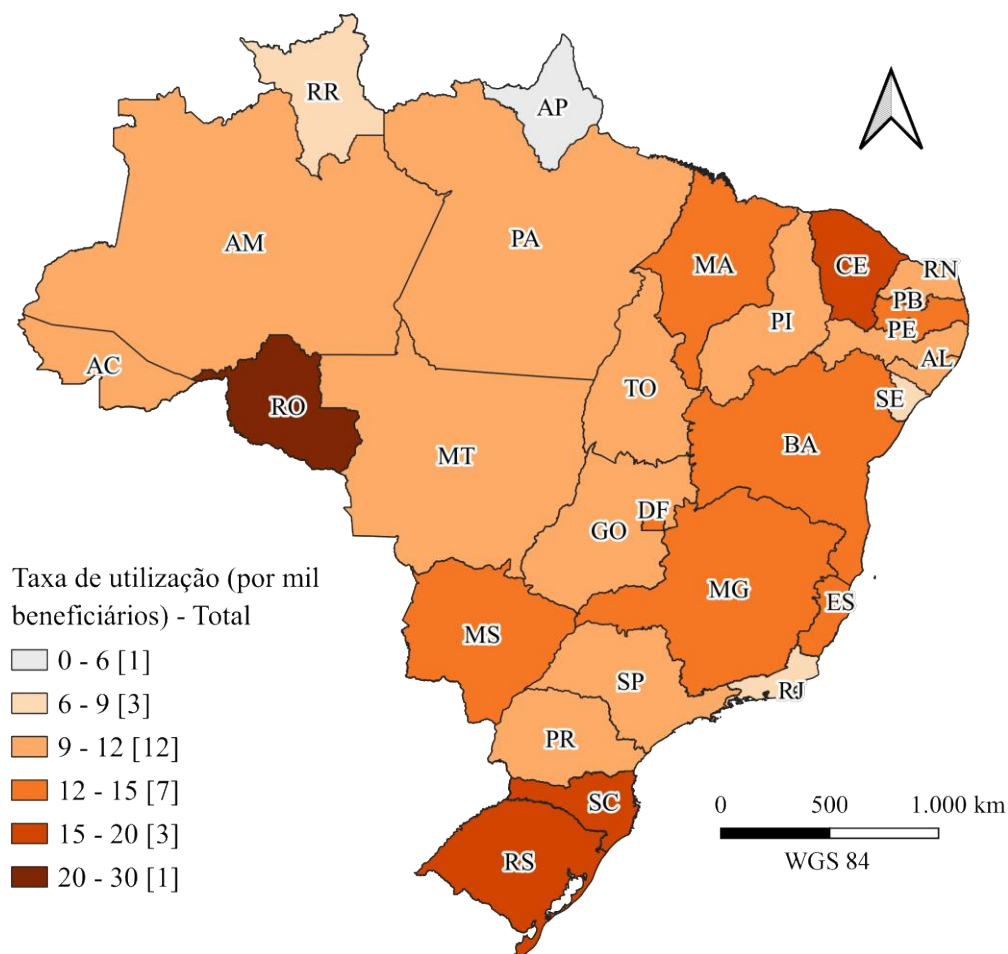
5.4.2 Taxa de utilização

A taxa de utilização do SUS por 1000 beneficiários de planos de saúde oferece um panorama sobre como a proporção de beneficiários que utilizam o SUS para procedimentos. Conforme mapa 4, o estado com a maior taxa de utilização é Rondônia, onde a cada 1.000 beneficiários 20-30 utilizaram o SUS. As menores taxas são observadas nos estados Roraima, Rio de Janeiro e Sergipe (6 a 9 por mil). Na região Norte os estados apresentam taxas similares, com exceção de Rondônia, Roraima e Amapá.

Destaca-se o estado do Ceará, na região Nordeste, que apresentou taxas de utilização semelhante aos estados Santa Catarina e Rio Grande do Sul, os únicos estados com taxas de utilização entre 15 e 20 por mil beneficiários. Os estados da

região Sudeste, onde concentra-se maior volume de beneficiários, observa-se taxas de utilização menores (6 a 15). Os resultados demonstram que beneficiários dos estados das regiões Sul e Sudeste tem utilizado mais o SUS, com exceção dos estados de Roraima e Ceará, localizados no Norte e Nordeste.

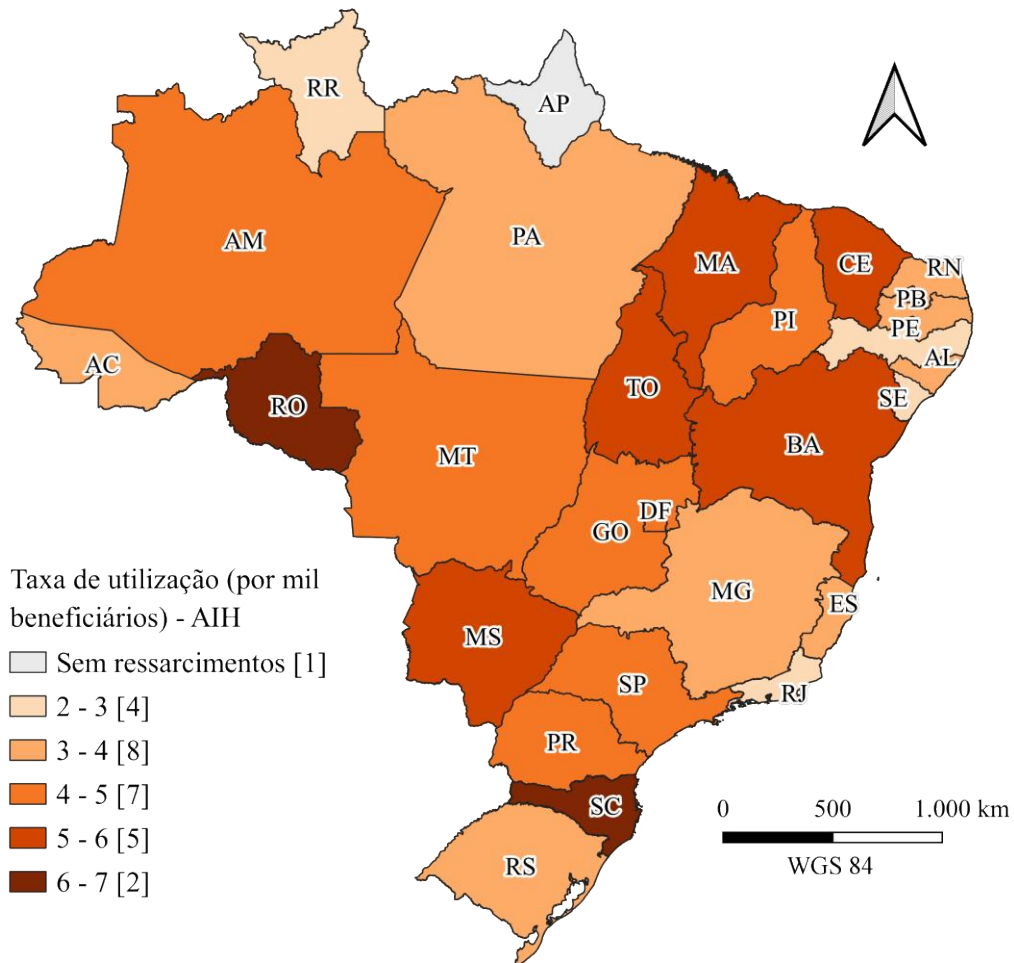
Mapa 4 - Taxa de utilização do SUS por beneficiários de planos de saúde segundo UF, Brasil, 2019



Fonte: Dados da pesquisa (2022)

Avaliando as taxas de utilização apenas para os procedimentos de AIH nota-se, conforme apresenta o mapa 5, que Rondônia mantém-se entre as maiores taxas juntamente com o estado de Santa Catarina. Os estados de Rondônia e Ceará apresentam as menores maiores taxas de utilização do SUS por beneficiários de planos de saúde para AIH.

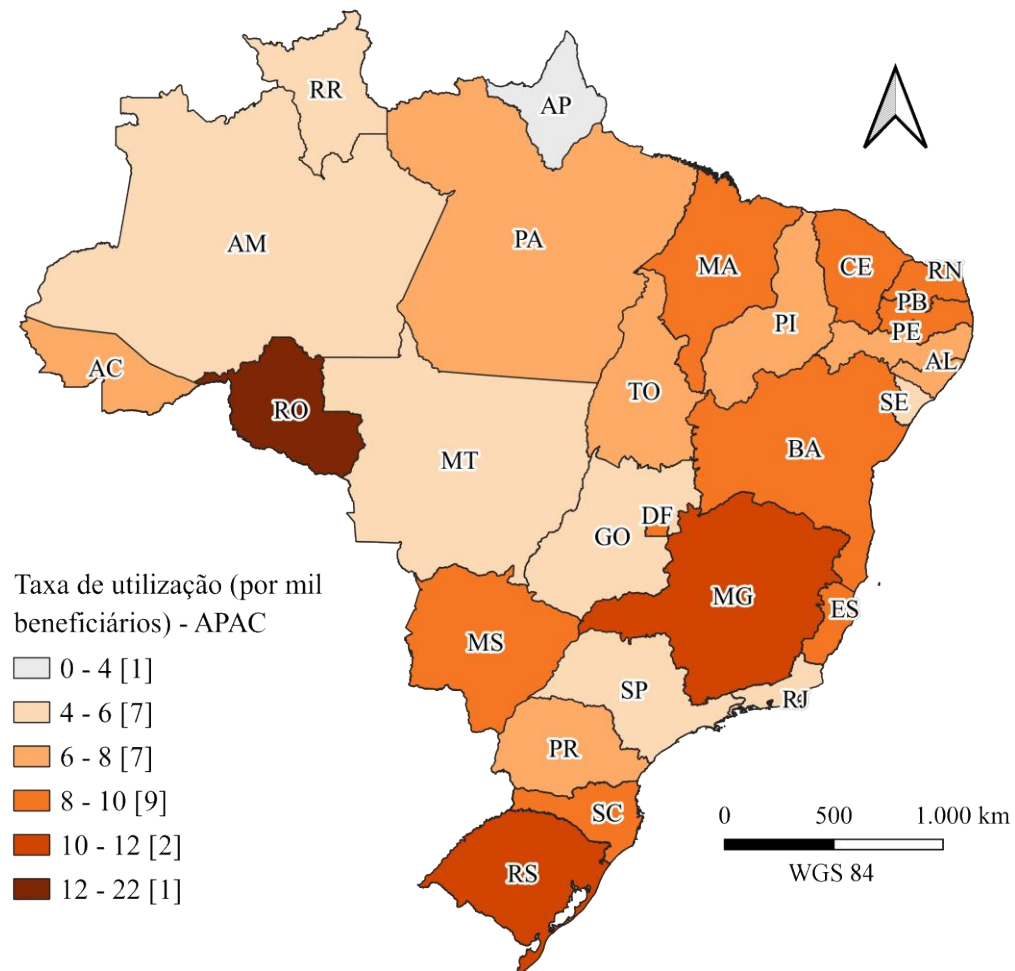
Mapa 5 - Taxa de utilização de AIH no SUS por beneficiários de planos de saúde segundo, UF, Brasil, 2019



Fonte: Dados da pesquisa (2022)

No que se refere à taxa de utilização das APAC por beneficiários de planos de saúde, vê-se que a maior parte dos estados da região Norte e Centro-Oeste utilizaram menos o SUS para procedimentos de APAC. O estado com maior taxa de utilização segue sendo Rondônia, que vem seguido de Minas Gerais e Rio Grande do Sul. Nesses três estados a utilização do SUS foi de 10 a 22 por mil beneficiários (Mapa 6).

Mapa 6 - Taxa de utilização de APAC no SUS por beneficiários de planos de saúde segundo, UF, Brasil, 2019



Fonte: Dados da pesquisa (2022)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como o objetivo analisar e caracterizar os serviços de saúde que são objetos do ressarcimento ao SUS destacando suas diferenças regionais. Em 2019, para cada 1.000 beneficiários de planos de saúde observou-se 11,38 processo de ressarcimento. Nesse mesmo ano, o sistema público dispendeu cerca de R\$ 829 milhões para atendimento desses beneficiários no SUS. Destaca-se que as regiões Sul e Nordeste foram as que apresentaram maior taxa de utilização por mil 8,7 e 8,1 respectivamente.

A distribuição de APAC (64%) e AIH (36%) observada no ressarcimento diferenciou-se da distribuição do SUS geral, 98% e 2% respectivamente. Observou-se a maior parcela das AIH nas especialidades Cirurgia (36,9) e Clínica Médica (29,1). A especialidade Cirurgia representa ainda 57% dos gastos com AIH que foram objeto do ressarcimento.

No que se refere às APAC, foi observado que o maior volume está relacionado a oncologia (52%) e nefrologia (19,4%), geralmente, tratamentos prolongados. Os valores médios dos procedimentos utilizados por beneficiários de planos de saúde são, em média, 57% mais caros se comparado aos observados no SUS o que corrobora que os beneficiários procuram o SUS para realizar procedimentos mais caros.

Em relação ao perfil dos beneficiários que utilizam o SUS, vê-se uma população mais envelhecida, apresentando um padrão inverso ao observado no SUS com um peso maior nas idades acima de 50 e menor abaixo de 35. Em relação à distribuição das APAC's, nota-se que as crianças usam menos os procedimentos de alta complexidade.

A distribuição etária das AIH, por sua vez, apresenta comportamento similar entre ressarcimento e SUS geral, no entanto, chama atenção o alto índice de mulheres em idade reprodutiva que utilizam o SUS para gravidez, parto e puerpério e, também, a de homens jovens beneficiários que, provavelmente, está associado às causas externas e violência.

A modalidade Medicina de Grupo representou o maior volume de ressarcimentos (48%) e maior taxa de utilização (14%). A menor taxa de utilização foi observada nas Seguradoras de Saúde (5%). Observou-se ainda que, quanto menor o porte da operadora e de seu município sede maior a taxa de utilização.

Ressalta-se o conhecimento dos custos e taxas de utilização por Unidade da Federação para entender em que medida os beneficiários estão utilizando o SUS.

Em relação aos *tickets* médios destaca-se que os custos de AIH dos estados do Paraná, Rio Grande do Sul, Sergipe e Distrito Federal são superiores media do Brasil e demais estados. No que se refere às APAC's, os estados do Tocantins e Piauí apresentam maiores custos com tratamentos de doenças crônicas no SUS. A maior utilização de AIH é observada no estado de Rondônia e Santa Catarina e as APAC's mantém Rondônia com taxa elevada seguido de Minas Gerais.

Fica evidenciado que os beneficiários utilizam o SUS para aqueles procedimentos que são mais complexos e exigem acompanhamento de longa permanência. Outro ponto importante são as altas taxas de utilização das operadoras de pequeno porte. Cabe ressaltar, no entanto, que ressarcimento ao SUS é pouco abordado em estudos científicos e eventos da área da saúde, apesar da relevância do tema. Dessa forma, faz-se necessário estudos que avaliem a rede de atendimento das operadoras e busquem explicar em que medida a elevada utilização do SUS para procedimentos mais caros/de longa permanência estão associados à ausência de capacidade de atendimento das operadoras. A informatização do processo de ressarcimento e a inclusão das APAC's são avanços importantes na busca da consolidação do ressarcimento ao SUS como mecanismo regulador que visa inibir o enriquecimento da saúde suplementar em detrimento do SUS.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Guia do Ressarcimento ao SUS: Impugnações e recursos**. Rio de Janeiro: Diretoria de Desenvolvimento Setorial, 2019a. 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/guia-ressarcimento-ao-sus-2019-versao-2a-pdf>. Acesso em: 21 mar. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Mapa de utilização do SUS por beneficiário de planos privados de assistência à saúde, 2020**. Rio de Janeiro: Diretoria de Desenvolvimento Setorial, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/centrais-de-conteudo/mapa-de-utilizacao-do-sus-2020-errata-2-pdf>. Acesso em: 21 mar. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Nota Técnica nº 6/2020**. 2020b. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/coronavirus-covid-19/notas-tecnicas_covid-19/nota-tecnica-6-2020-dirad-dides-dides.pdf. Acesso em: 25 mar. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Relatório de Gestão**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/transparencia-institucional/prestacao-de-contas/relatorios-por-periodos-de-gestao/relatorio_gestao_dides_20182019_semgov.pdf. Acesso em: 25 mar. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resolução Normativa RN Nº 502 de 30 de março 2022**. Dispõe sobre os procedimentos administrativos físico e híbrido de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656. 2022. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2022/res0502_01_04_2022.html. Acesso em: 6 abr. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Ressarcimento ao SUS**. Rio de Janeiro: Diretoria de Desenvolvimento Setorial, 2021. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/18-planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/263-ressarcimento-ao-sus> . Acesso em: 25 mar. 2021.

AGUIAR, J.; SOUZA, L. E. 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**, n. 58, p. 86-100, jul. 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/29855/1/Artigo%20Luis%20Eugenio%20Portela.%202018.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2021.

ALIANÇA BRASILEIRA DA INDÚSTRIA INOVADORA EM SAÚDE. Ressarcimento ao SUS é tema de oficina da ANS e OAB-RJ. 2019. Disponível em: <https://abiis.org.br/ressarcimento-ao-sus-e-tema-de-oficina-da-ans-e-oab-rj/>. Acesso em: 30 dez. 2021.

BAHIA, L. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do sistema de saúde brasileiro: impacto sobre as relações entre o público e privado. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 2, p. 9–30, ago. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ZQc9P5z4LVh8HF9dYdGQy7J/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 maio 2021.

BAHIA, L.; SCHEFFER, M. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 158–171, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S312>. Acesso em 22 maio 2021.

BAHIA, L.; LAZZARINI, M.; SCHEFFER, M. Análise preliminar da proposta de nova lei elaborada pelas empresas de planos de saúde. 2019. Disponível em: https://idec.org.br/sites/default/files/analise_pl_planos.pdf. Acesso em 22 maio 2021.

BOAVENTURA, A. C. Custos no Sistema Único de Saúde: uma análise sobre o ressarcimento nos gastos provenientes da saúde suplementar no Brasil. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão da Saúde) – Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/201759>. Acesso em: 31 jul. 2021.

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

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966**. Dispõe sobre o Sistema Tributário Nacional e institui normas gerais de direito tributário aplicáveis à União, Estados e Municípios. Brasília, 1966. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5172compilado.htm. Acesso em 3 abr. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 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. Brasília, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 4 jun. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 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. Brasília, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8112compilado.htm. Acesso em: 4 jun. 2021

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm. Acesso em: 17 mar. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências, Brasília, 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9961.htm. Acesso em: 17 mar. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

CATAPAN, S. C.; WILLEMANN, M. C. A.; CALVO, M. C. M. Estrutura e processo de trabalho para implantação da teleconsulta médica no Sistema Único de Saúde do Brasil, um estudo transversal com dados de 2017-2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 1. p. 1-12, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100015>. Acesso em: 5 mar. 2022.

CHERNICHOVSKY D. The public-private mix in the modern health care system – concepts, issues, and policy options revisited. **NBER – National Bureau of Economic Research**, p. 1-35, 2000. Disponível em: <http://www.nber.org/papers/w7881>. Acesso em: 3 dez. 2021.

GARFINKEL, A. Natureza jurídica da obrigação de ressarcimento dos planos de saúde ao Sistema Único de Saúde – SUS. **Revista Direito GV**, v. 2, n. 2, p. 139-148, 2006. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/revdireitogv/article/view/35146>. Acesso em: 8 ago. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. CSS - Conta-satélite de saúde: 2010 – 2019. **Contas Nacionais**, n. 87, 2022. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101928_informativo.pdf. Acesso em: 4 ago. 2022.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Reflexões sobre a política de ressarcimento ao SUS. **Análise Especial**, p. 1-8, 2019. Disponível em: <https://www.iess.org.br/sites/default/files/2021-07/ES27-REFLEX%C3%95ES%20SOBRE%20A%20POL%C3%8DTICA%20DE%20RESSARCIMENTO%20AO%20SUS.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2021.

MARQUIS, M. S.; LONG, S. H. Public insurance expansions and crowd out of private coverage. **Medical Care**, v. 41, n. 3, p. 344–356, mar. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000053017.14257.00>. Acesso em: 22 out. 2021.

RECEITA FEDERAL DO BRASIL. **Instrução Normativa RFB Nº 1500**. Dispõe sobre normas gerais de tributação relativas ao Imposto sobre a Renda das Pessoas Físicas. Brasília, 2014. Disponível em: <http://normas.receita.fazenda.gov.br/sijut2consulta/link.action?idAto=57670>. Acesso em: 4 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO DE COOPERAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. **Towards High-Performing Health Systems**. Paris: OCDE, 2004. Disponível em: <https://www.oecd.org/els/health-systems/31785551.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2020

OCKÉ-REIS, C. O. Gasto privado em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 1351–1353, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPT280221>. Acesso em: 5 fev. 2022.

OCKÉ-REIS, C. O.; GAMA, F. N. DA. **Radiografia do gasto tributário em saúde: 2003-2013**: Nota Técnica IPEA/DIEST n. 19, IPEA, 2016. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/6528>. Acesso em: 9 jan. 2020

OLIVEIRA, C. M. F. **Utilização de serviços do Sistema Único de Saúde por beneficiários de planos de saúde**. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde pública) – Fiocruz, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/2335/ENSP_Disserta%c3%a7%c3%a3o_Oliveira_Celina_Maria_Ferro_de.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 16 fev. 2022.

PIETROBON, L.; PRADO, M. L.; CAETANO, J. C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 767–783, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000400009>. Acesso em: 24 nov. 2021.

PIMENTEL, V. P.; BARBOSA, L.; MCHADO, L. ADÃO, L. F.; REIS, C. Sistema de saúde brasileiro: gestão, institucionalidade e financiamento. **BNDES Setorial**, n. 46, p. 7–77, 2017. Disponível em: https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/bitstream/1408/14134/2/BNDES-Setorial-46_Saude_P_BD.pdf. Acesso em: 24 nov. 2021.

PORTAL BLOG DA SAUDE. **Entenda como funciona o ressarcimento dos planos de saúde ao SUS**. 2012. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/31341-entenda-como-funciona-o-ressarcimento-dos-planos-de-saude-ao-sus>. Acesso em: 23 jun. 2021.

REIS, O M L S. **Ressarcimento ao SUS**: fundamento jurídico da cobrança. Viçosa: Universidade Federal de Viçosa, 2005. Disponível em: . https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/monografia_ressarcimento_ao_sus.pdf. Acesso em: 25 abr. 2021.

SANTOS, I. S. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2743–2752, jun. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600013>. Acesso em: 2 ago. 2021.

SCATENA, M. A. N. **O ressarcimento ao SUS**: análise do perfil de utilização do sistema único de saúde segundo período da contratação dos planos. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-420904>. Acesso em: 16 set. 2021.

SILVA, J. L. M. **Ressarcimento ao SUS**: tendência histórica e causas da baixa efetividade na cobrança. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: <https://bdm.unb.br/handle/10483/7725>. Acesso em: 7 maio 2021.

APÊNDICE A – Avaliação dos *missings*

O quadro 8 apresenta o percentual de informações faltantes (*missing*) em cada uma das variáveis selecionadas do banco de Aviso de Beneficiário Identificado (ABI). Em, praticamente, todas as variáveis, o percentual de *missings* é muito baixo, não comprometendo a análise realizada neste estudo.

As variáveis Especialidade e CÓD-CID destacam-se como aquelas que apresentam o maior percentual, 64,2% e 12% respectivamente. No caso da variável Especialidade, quase a totalidade dos *missings* referem-se às APAC's, por ser informada somente no formulário da AIH.

Quadro - Proporção de *missings* (informações faltantes) em cada variável selecionada da base de Aviso de Beneficiário Identificado (ABI)

Variável	Descrição	Missing (%)
ESPECIALIDADE	Especialidade	64,2
COD_CID	Código CID (Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde)	12,0
UF_ESTAB	UF do estabelecimento	3,2
MUNICIPIO_ESTAB	Município do estabelecimento	3,2
CONTRATAÇÃO_PLANO	Época do contrato	0,4
ABRANGENCIA_PLANO	Abrangência Geográfica do plano do beneficiário	0,4
TIPO_CONTRATAÇÃO	Tipo de Contratação	0,4
SEGMENTAÇÃO_PLANO	Segmentação Grupo	0,4
UF_BENEFICIÁRIO	UF do beneficiário	0,1
REGISTRO_OPERADORA	Número do Registro ANS	0,0
TIPO_ATENDIMENTO	Identificação entre AIH ou APAC	0,0
SEXO_BENEFICIÁRIO	Sexo	0,0
FAIXA_ETARIA	Faixa Etária Quinquenal	0,0
COD_PROCEDIMENTO	Código do procedimento principal no SIGTAP	0,0
DIAS_PERM_INTERN	Dias de permanência na internação - TIPO_ATENDIMENTO = 2 (APAC's), o valor apresentado neste campo diz respeito ao intervalo entre as datas de início e fim do tratamento	0,0
CD_CNES	Código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do prestador do atendimento	0,0
ESFERA_ESTAB	Esfera Administrativa do estabelecimento	0,0
NATUREZA_ESTAB	Natureza jurídica do estabelecimento	0,0
VL_ATENDIMENTO	Valor do atendimento	0,0

Fonte: Dicionário do Aviso de Beneficiários Identificados (2019).

Do total de *missings*, apenas 0,03% estão relacionados à AIH. Em relação aos Códigos CID, a totalidade dos *missings* se refere a procedimentos relacionados ao

tratamento de doença renal crônica, sendo possível imputar a informação do código CID aos dados faltantes (Quadro 9).

Quadro 9 - Distribuição dos *missings* (informações faltantes) da variável código CID, segundo procedimentos

Descrição procedimento	Código	Frequência (%)	Cid principal
Hemodiálise (máximo 3 sessões por semana)	03.05.01.010-7	91,24	N180
Hemodiálise em paciente com sorologia positiva para hiv e/ou hepatite b e/ou hepatite c (máximo 3 sessões por semana)	03.05.01.011-5	4,87	
Manutenção e acompanhamento domiciliar de paciente submetido a dpa /dpac	03.05.01.016-6	1,81	
Confeccao de fistula arterio-venosa p/ hemodiálise	04.18.01.003-0	1,68	
Treinamento de paciente submetido a dialise peritoneal - dpac-dpa (9 dias)	03.05.01.018-2	0,27	
Hemodiálise pediátrica (máximo 4 sessões por semana)	03.05.01.020-4	0,12	
Diálise peritoneal intermitente dpi	03.05.01.002-6	0,02	

Nota: Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP).

Fonte: Aviso de Beneficiários Identificados (2019) e Sistema de Gerenciamento da Tabela de

APÊNDICE B – Produto Técnico

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Wallace Santos Costa

**PRODUTO TÉCNICO DA PESQUISA
RESSARCIMENTO AO SUS: perfil de utilização dos serviços públicos de
saúde por beneficiários de planos de saúde entre as unidades da federação.**

Belo Horizonte
2022

Wallace Santos Costa

PRODUTO TÉCNICO DA PESQUISA

RESSARCIMENTO AO SUS: perfil de utilização dos serviços públicos de saúde por beneficiários de planos de saúde entre as unidades da federação.

Produto técnico apresentado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Linha de pesquisa: Política, Planejamento e Avaliação em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Mônica Viegas Andrade

Coorientadora: Profa. Dra. Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Distribuição dos <i>missings</i> (informações faltantes) da variável código CID, segundo procedimentos	71
Tabela 1 - Quantitativo de AIH e APAC de beneficiários de planos de saúde comparado com o total de pacientes atendidos pelo SUS em 2019, segundo Unidade da Federação (UF)	77

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	76
MÉTODOS	76
MATERIAL SUPLEMENTAR	77

INTRODUÇÃO

Este Relatório Técnico é parte integrante da dissertação de mestrado do curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. O produto técnico é também uma exigência da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) para os cursos de mestrados profissionais. O objetivo de um relatório técnico é oferecer um produto de fácil acesso para consulta das instituições, gestores e sociedade, conectando as atividades realizadas no âmbito da universidade com os serviços. O produto trata de uma série de indicadores que auxiliam no monitoramento do ressarcimento ao SUS.

O autor tem como linha de pesquisa Política, Planejamento e Avaliação em Saúde e foi orientado pela professora doutora Monica Viegas e coorientado pela professora doutora Kenya Noronha.

MÉTODOS

Ao longo da dissertação foram construídos indicadores para avaliação do perfil do beneficiário que utiliza o SUS, conforme descritos no quadro 1.

Quadro 1 - Indicadores de monitoramento ressarcimento ao SUS

Indicador	Interpretação	Forma de Cálculo
Taxa de utilização do SUS (por 1000) de beneficiários de planos privados segundo AIH e APAC e grandes regiões.	Utilização do SUS por beneficiários de planos de saúde.	n° total de (AIH ou APAC) ressarcimento por região/ n° total de beneficiários na região *1000
Distribuição das AIH e APAC realizadas no SUS para os beneficiários de planos de saúde (Ressarcimento) e para o total da população segundo capítulo da CID-10	Proporção de ressarcimentos de AIH e APAC por código da CID.	n° total de procedimentos (AIH ou APAC) por código CID/ total de procedimentos
Valor do Ticket médio dos procedimentos de APAC e AIH segundo capítulo da CID-10	Valor médio gasto com AIH e APAC por código CID.	n° total de procedimentos (AIH ou APAC) por código CID/ custo total de (AIH ou APAC) por código
Taxa de utilização de procedimentos hospitalares (AIH) e procedimentos APAC por mil habitantes segundo usuários totais do SUS e população do ressarcimento	Utilização de AIH e APAC por mil beneficiários segundo faixa etária.	n° total de (AIH ou APAC) por faixa etária/ total de beneficiários por faixa etária *1.000

Fonte: Elaborado pelo autor

MATERIAL SUPLEMENTAR

Tabela 2 - Quantitativo de AIH e APAC de beneficiários de planos de saúde comparado com o total de pacientes atendidos pelo SUS em 2019, segundo Unidade da Federação (UF)

UF	Ressarcimento				Realizado SUS Geral			
	AIH	AIH (%)	APAC	APAC (%)	AIH	AIH (%)	APAC	APAC (%)
AC	177	39	276	61	43.614	3	1.689.647	97
AL	1.201	30	2.751	70	174.109	2	10.089.712	98
AM	2.668	52	2.484	48	199.987	3	6.024.160	97
AP	211	30	504	70	39.561	6	637.771	94
BA	8.033	42	10.996	58	848.840	2	37.174.443	98
CE	4.940	35	9.023	65	526.122	1	38.317.397	99
DF	3.169	49	3.340	51	181.575	1	16.947.058	99
ES	3.747	29	8.983	71	246.479	1	35.481.769	99
GO	5.406	46	6.365	54	388.693	1	36.822.315	99
MA	2.447	37	4.232	63	463.781	5	8.303.848	95
MG	21.122	28	54.476	72	1.292.099	1	99.236.899	99
MS	3.586	46	4.255	54	180.897	2	11.123.913	98
MT	2.661	46	3.134	54	197.739	3	7.602.038	97
PA	3.461	42	4.803	58	490.743	10	4.660.614	90
PB	1.495	29	3.583	71	192.479	1	17.249.034	99
PE	5.817	31	13.077	69	568.846	2	30.597.501	98
PI	1.422	37	2.447	63	212.019	2	10.010.363	98
PR	13.324	42	18.333	58	874.943	1	91.973.882	99
RJ	15.486	27	42.151	73	729.935	2	38.189.490	98
RN	2.279	30	5.394	70	181.487	1	14.517.845	99
RO	920	25	2.709	75	122.153	3	4.565.899	97
RR	151	48	162	52	45.677	7	630.381	93
RS	10.301	27	28.479	73	768.302	2	49.364.031	98
SC	8.109	37	13.530	63	513.617	1	62.702.858	99
SE	935	36	1.676	64	93.001	1	6.392.969	99
SP	69.788	43	93.545	57	2.521.385	1	426.666.136	99
TO	595	50	586	50	83.643	4	1.925.331	96
Total	193.451	36	341.294	64	12.181.726	1	1.068.897.304	99

Nota: Sistema de Informações Ambulatoriais de Saúde (SIA).

Fonte: Aviso de Beneficiários Identificados (2019), Sistema de Informações Hospitalares (SIH)