



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (FS)
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA (DSC)
TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO

EMERSON CANUTO GUEDES

A EVOLUÇÃO DO RESSARCIMENTO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO
PERÍODO DE 2016 A 2020 NO BRASIL

Brasília - DF

2023

EMERSON CANUTO GUEDES

A EVOLUÇÃO DO RESSARCIMENTO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO
PERÍODO DE 2016 a 2020 NO BRASIL

Trabalho final de conclusão do curso
Bacharelado em Saúde Coletiva
apresentado à Universidade de Brasília,
Faculdade de Ciências da Saúde.

Prof.: Dr Ivan Ricardo Zimmermann

Brasília

2023

EMERSON CANUTO GUEDES

**A EVOLUÇÃO DO RESSARCIMENTO AO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE NO PERÍODO DE 2016 a 2020 NO BRASIL**

A Comissão Examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão
do Curso de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília do (a)
aluno (a)

Emerson Canuto Guedes

Prof. Dr. Ivan Ricardo Zimmermann

Professor-Orientador

Prof. Dr. Everton Nunes da Silva

Professor-Examinador

Prof^ª. Dr^ª. Avila Teixeira Vidal

Professora-Examinadora

Brasília, 06 de fevereiro de 2023

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ser incrível na minha vida, por me proporcionar capacidade de chegar até aonde cheguei e por me ajudar a enfrentar os obstáculos nessa jornada me dando forças para nunca desistir.

Agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Ivan Ricardo Zimmermann que mesmo com toda a dificuldade que enfrentamos nesse período sempre mostrou ser paciência com os seus ensinamentos e direcionamentos para que este trabalho fosse possível de ser realizado.

Agradeço também à Prof. Dr^a. Rosamaria Giatti Carneiro que fez um papel fundamental no final dessa minha trajetória na universidade sendo sempre muito compreensiva comigo e me ajudando com todos os seus ensinamentos e todo seu apoio e incentivo.

Agradeço aos demais professores da universidade que contribuíram com a minha trajetória acadêmica, pois sem vocês eu não conseguiria chegar aonde cheguei.

Agradeço a todos os meus amigos e familiares que me acompanharam nesse período de graduação mostrando sempre apoio com suas palavras de incentivo, com todas as tardes e noites me auxiliando, por compreenderem a minha ausência durante algum período e também com toda a paciência nos momentos em que eu estava estressado ou chorando por achar que não conseguiria fazer alguma atividade ou trabalho designado, digo que tudo isso foi primordial durante esses anos da minha vida.

A minha mãe Selijanes Canuto de Sousa por todo seu ensinamento em minha vida, pelos puxões de orelha pois isso foi fundamental para que eu me tornasse o homem que sou hoje.

E pelo meu pai Edilson Guedes Dias (*in memoriam*) que mesmo eu não tendo a oportunidade de conhecê-lo muito digo que deixou um legado e com certeza estaria bastante orgulhoso ao me ver formar em um curso onde um dia já foi seu sonho em trabalhar na área.

RESUMO

Estabelecido em 1988 com a aprovação da Constituição da República Federativa do Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é o principal responsável por cuidar da saúde da população brasileira. Trata-se de um sistema universal, público, gratuito e de responsabilidade de todos. Criado para garantir a toda a população acesso às ações e serviços de saúde, promovendo a igualdade de condições para todos. O SUS tem ainda como princípio a humanização do atendimento e a valorização dos profissionais que compõem o sistema. No Brasil, a assistência à saúde é livre à iniciativa privada e esta pode ainda atuar no SUS de forma complementar ao SUS com serviços de saúde que são necessários para a população brasileira e tem como objetivo oferecer aos usuários serviços de saúde de qualidade, rápidos e eficientes, para melhorar a saúde da população brasileira. No âmbito da iniciativa privada, a população tem acesso à saúde por meio de desembolso direto de recursos e por meio da Saúde Suplementar, compreendida como o conjunto ações e serviços desenvolvidos por operadoras de planos e seguros privados de assistência médica à saúde, sendo regulada pelo poder público na figura da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A utilização concomitante dessas duas formas de acesso (pública e privada) às redes de atendimento por beneficiários de planos de saúde tornou necessária a criação do processo de ressarcimento ao SUS compondo legalmente obrigações das Operadoras de Planos de Saúde. O ressarcimento ao SUS ocorre quando os serviços prestados aos beneficiários dos planos de saúde são realizados em estabelecimentos públicos ou privados, conveniados, integrantes do SUS. Toda vez que um beneficiário de plano de saúde é atendido no SUS realizando um procedimento coberto no contrato a operadora deve ressarcir ao SUS o valor daquele atendimento usando. Nesse sentido, o presente estudo buscou descrever a evolução do ressarcimento ao SUS e analisar as tendências de aumento ou redução no período de cinco anos, assim como caracterizar procedimentos mais ressarcidos pelas operadoras de planos de saúde.

Palavras-chaves: Ressarcimento ao SUS, Sistema Único de Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Autorização de Internação Hospitalar, Autorização de Procedimento Ambulatorial.

ABSTRACT

Established in 1988 with the approval of the Constitution of the Federative Republic of Brazil, the Unified Health System (SUS) is primarily responsible for taking care of the health of the Brazilian population. It is a universal system, public, free and everyone's responsibility. Created to guarantee the entire population access to health actions and services, promoting equal conditions for all. The SUS also has as its principle the humanization of care and the appreciation of the professionals who make up the system. In Brazil, health care is free to the private sector and this can also act in the SUS in a complementary way to the SUS with health services that are necessary for the Brazilian population and aims to offer users quality health services, fast and efficient, to improve the health of the Brazilian population. Within the scope of the private initiative, the population has access to health through direct disbursement of resources and through Supplementary Health, understood as the set of actions and services developed by operators of private health care plans and insurance, being regulated by the government in the figure of the National Supplementary Health Agency (ANS). The concomitant use of these two forms of access (public and private) to the care networks by beneficiaries of health plans made it necessary to create a reimbursement process to the SUS, legally composing obligations of the Health Plan Operators. Reimbursement to the SUS occurs when the services provided to beneficiaries of health plans are carried out in public or private establishments, which are part of the SUS. Every time a health plan beneficiary is assisted in the SUS performing a procedure covered in the contract, the operator must reimburse the SUS for the value of that assistance using. In this sense, the present study sought to describe the evolution of reimbursement to the SUS and to analyze the trends of increase or decrease in the five-year period, as well as to characterize the procedures most reimbursed by healthplan operators.

Palavras-chaves: Reimbursement to SUS, Unified Health System, National Supplementary Health Agency, Hospitalization Authorization, Outpatient Procedure Authorization.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma do ressarcimento ao sistema único de saúde 17

Figura 2 - Processos de comparação 20

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1 - AIHs identificadas de beneficiários de planos de saúde realizadas no SUS entre 2016 e 2020 | 22 |
| Gráfico 2 - APACs Identificadas de beneficiários de planos de saúde realizadas no SUS entre 2016 e 2020 | 23 |
| Gráfico 3 - Percentual de atendimentos identificados de beneficiários de planos de saúde realizados no SUS, por ano de atendimento – Brasil, 2016 a 2020..... | 24 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Procedimentos de AIH com maiores valores cobrados (com GRU emitida) – Brasil, 2017 a 2021 | 25 |
| Tabela 2 - Procedimentos de APAC com maiores valores cobrados (com GRU emitida) – Brasil, 2017 a 2021 | 26 |
| Tabela 3 - Índice de Efetivo Pagamento ao Ressarcimento ao SUS das Operadoras de Planos de Saúde 2016 - 2020 | 28 |

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

| Sigla | Significado |
|---------|--|
| ABI | Avisos de Beneficiários Identificados |
| AIH | Autorização de Internação Hospitalar |
| ANS | Agência Nacional de Saúde Suplementar |
| APAC | Autorização de Procedimento Ambulatorial |
| BPA | Boletim de Produção Ambulatorial |
| CADIN | Cadastro de Inadimplentes do Setor Público Federal |
| CADOP | Sistema de Cadastro de Operadoras |
| CF | Constituição Federal |
| CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde |
| DATASUS | Departamento de Informática do SUS |
| FNS | Fundo Nacional de Saúde |
| GG SUS | Gerência Geral de Integração com o SUS |
| GRU | Guias de Cobrança da União ou Guias de Recolhimento da União |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IDH | Índice de Desenvolvimento Humano |
| OPS | Operadora de Planos de Saúde |
| PIB | Produto Interno Bruto |
| PROGE | Procuradoria Geral da República |
| RE | Resolução da Diretoria |
| RN | Resolução Normativa |
| SCI | Sistema de Controle de Impugnações |
| SGR | Sistema de Gestão do Ressarcimento |
| SIB | Sistema de Informação de Beneficiários |

SIH Sistema de Internações Hospitalares

SIP Sistema de Informação de Produtos

SUS Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 12 |
| 1.1 Sistema de Saúde no Brasil | 12 |
| 1.1.1 <i>Sistema Único de Saúde (SUS)</i> | 12 |
| 1.1.2 <i>A iniciativa privada na saúde</i> | 13 |
| 1.1.3 <i>Agência Nacional de Saúde Suplementar</i> | 14 |
| 2 MÉTODOS | 16 |
| 2.1 Contexto e delineamento | 16 |
| 2.2 Fonte de informação | 16 |
| 2.3 Análise estática | 16 |
| 3 RESULTADOS | 17 |
| 3.1 Processo de Ressarcimento ao SUS | 17 |
| 3.1.1 <i>Como funciona o ressarcimento</i> | 19 |
| 3.1.2 <i>Como é feito a cobrança</i> | 20 |
| 3.1.3 <i>Inadimplência</i> | 20 |
| 3.1.4 <i>Impactos do ressarcimento ao SUS</i> | 21 |
| 3.2 Atendimentos identificados por ano | 22 |
| 3.2.1 <i>Procedimentos mais cobrados</i> | 24 |
| 3.2.2 <i>Diferença entre valor cobrado e pago</i> | 28 |
| 4 DISCUSSÃO | 29 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 31 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 33 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 Sistema de Saúde no Brasil

Anteriormente ao modelo universal do SUS o modelo original de saúde no Brasil era o previdencialista, ou seja, a assistência médica baseada nas relações de trabalho vindo do estado visto na ação coletiva e proativa com foco na saúde e produtividade do trabalhador. Ao longo dos anos, no entanto, observou-se o crescimento do setor privado e a demanda por atenção básica em diversos setores da população (PAULUS JÚNIOR, 2006).

Os serviços médicos prestados no Brasil podem ser públicos e privados; públicos por meio do SUS; particulares sendo ele o seguro de saúde privado (planos de saúde), por meio de hospitais e clínicas particulares, e os usuários pagam separadamente por cada serviço necessário por meio de um plano de saúde oferecido por uma Operadora de Planos de Saúde (OPS) ou por meio de seguro saúde (CASTRO, 2012).

1.1.1 Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi estabelecido pela Constituição Federal (CF) de 1988, visando garantir a premissa de que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos” (Art. 196, BRASIL, 1988). Trata-se de um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, garantindo acesso gratuito a todos os brasileiros.

Para tanto, busca a promoção da saúde por meio do atendimento gratuito e contínuo em grupo e individual, seguindo três diretrizes: (i) descentralização através de todas as esferas da União, Estado e Município; (ii) atendimento integral visando as atividades de prevenção e (iii) participação da comunidade no melhoramento da saúde (Art. 198, BRASIL, 1988).

Além disso, o SUS é regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90, que estabelecem três princípios de manutenção: (i) universalização, mostrando que a saúde é de direito de todos, independentemente de sua cor, raça, sexo e ocupação ou qualquer outra característica pessoal ou social, (ii) equidade, reconhecimento imparcial do direito de cada um, ou seja, dar às pessoas o que elas precisam para que todos tenham acesso às mesmas oportunidades e (iii)

integralidade, considerando as pessoas como um todo, assim atendendo as necessidades do indivíduos em todas as escalas da saúde, ou seja, o atendimento de todas as demandas de saúde da população ao longo da vida (SAÚDE, 2020).

1.1.2 A iniciativa privada na Saúde

No Brasil, a CF 1988 estabelece que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”, podendo inclusive atuar de forma complementar ao SUS. A assistência à saúde privada pode ser obtida por meio de desembolso direto ou por meio de planos privados de saúde. Embora o atendimento gratuito e dedicado do SUS resista, o número de pessoas que buscam ajuda do sistema privado continua a aumentar devido a qualidade dos serviços prestados, com reclamações que vão desde atrasos no serviço, insumos insuficiente ou serviço ruim dos fornecedores. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde, um total de 59,7 milhões de pessoas possuem acesso a planos privados de saúde (Agência da Hora, 2021).

Além disso, a população mundial vem passando por mudanças demográficas ao longo dos anos, refletindo melhorias no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), maior expectativa de vida – os indivíduos passam a viver mais e melhor – e também a partir da queda da fecundidade – nascem menos pessoas – de certa forma, entende-se que a transição demográfica é caracterizada por uma redução no crescimento de jovens e por consequente aumento da proporção de idosos na população. Tal fenômeno mudou o perfil etário dos consumidores de planos de saúde (REIS, 2016).

No Brasil, uma população com 65 anos ou mais passou de 3,1% em 1970 para 7,4% em 2010 (IBGE, 2011). Estima-se que essa proporção chegue a 24% até 2050 (IBGE, 2013). Em 2018, pela primeira vez na história, pessoas com mais de 65 anos ultrapassam o número de crianças em todo o mundo, levando a essa tendência nos próximos anos (Nações Unidas, 2019). Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018), no ano de 2018, o número de inscritos em planos de saúde aumentou 0,80% de 2017 para 2018; custos com saúde e cuidados pessoais das famílias brasileiras, apesar da lenta recuperação do Produto Interno Bruto (PIB), ele ainda cresceu 3,95%. Esses percentuais permaneceram estáveis em 2019.

Destaca-se, entretanto, que o mercado de saúde se diferencia dos demais mercados por características próprias: a oferta direciona a demanda, ou seja, quanto mais produtos planejados oferecem, maior a busca por esses procedimentos; a inelasticidade da demanda faz com o que o efeito da variação de preços sobre a quantidade de demandada seja menos proporcional (LUNES, 1995). De acordo com Pindick e Rubinfeld (2005), um mercado oligopolista é um mercado em que algumas empresas competem entre si, e existem barreiras de entrada, indicando que o mercado não é perfeito. Dado o mercado oligopolista, a concentração do mercado e as novas barreiras à entrada limitam o mercado a poucas operadoras.

1.1.3 Agência Nacional de Saúde Suplementar

No âmbito do acesso à saúde por meio de planos privados, temos a configuração da Saúde Suplementar, compreendida como o conjunto ações e serviços desenvolvidos por operadoras de planos e seguros privados de assistência médica à saúde, sendo regulada pelo poder público na figura da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Com a Lei nº 9.656 o setor de saúde suplementar define como operadoras de planos de saúde às pessoas jurídicas constituídas sob o modelo da sociedade civil ou comercial, cooperativa ou entidade de autogestão.

Segundo disposição do art. 3º da Lei 9.961/2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tem a finalidade institucional de “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país”.

Esta contribuição para ações em saúde se traduz em diversas competências conforme art. 4º da Lei 9.961/2000, são atribuídas ao órgão estatal, que dentre as principais e mais notadas pela sociedade são: definição de limites máximos de reajuste para planos individuais e familiares; verificar os ajustamentos aplicáveis aos regimes coletivos e a criação da lista denominada “rol de procedimentos e eventos em saúde”, popularmente conhecido como rol da ANS. As funções da ANS não podem ser mencionadas sem citar o desenvolvimento de resoluções normativas que regulamentam o setor na lei a fim de estabelecer diretrizes e normas para o exercício dos direitos relacionados aos planos de saúde, que são garantidos pela Lei 9.656/1998.

Dentre outras atribuições da ANS, a existência concomitante de duas formas de acesso (pública e privada) às redes de atendimento por beneficiários de planos de saúde tornou necessária a criação do processo de ressarcimento ao SUS. Nesse sentido, o presente estudo buscou descrever o processo de ressarcimento ao SUS e analisar e caracterizar os valores de ressarcimento em um período de cinco anos.

O principal objetivo do trabalho de conclusão do curso é analisar o possível aumento do ressarcimento ao SUS como também objetivar a obrigatoriedade das operadoras de planos privados de saúde a reembolsar os custos incorridos de seus beneficiários que utilizam a rede pública de saúde.

2 MÉTODOS

2.1 Contexto e delineamento

Quanto à natureza da pesquisa pode-se dizer que é uma pesquisa bibliográfica pois foi elaborada através de materiais já publicados e nessa categoria de pesquisa pode afirmar que essa categoria de pesquisa é um tipo de revisão bibliográfica ou levantamento bibliográfico, sendo assim, a pesquisa abrangerá fundamentação teórica de dados entre os anos de 2016 a 2020 exclusivamente por autores brasileiros.

2.2 Fonte de informação

Os dados utilizados para subsidiar este trabalho foram coletados por meio de documentos e bibliografias geradas principalmente por meio de buscas na base de dados eletrônica SciELO. Além disso, foram consultados sites eletrônicos como o da ANS e do Ministério da Saúde onde foi localizado documentos, ofícios, boletins, resoluções e instruções normativas. No site da ANS é possível consultar dados de beneficiários, operadoras, planos privados de saúde, reclamações de consumidores, fiscalizações, indenizações do SUS, etc. As informações utilizadas nesta base de dados referem-se ao período 2016-2020.

Sendo assim, toda a fonte do material apresentado é secundária com a análise realizada e a interpretação dos dados que já foram publicados.

2.3 Análise estática

Quanto ao método de pesquisa e dados coletados, adotou-se o caráter descritivo, ou seja, sem a adoção de testes de hipótese ou inferências estatísticas. Após o levantamento de dados, os valores foram caracterizados em relação aos procedimentos mais cobrados durante os anos e a efetividade de pagamento das operadoras de plano de saúde.

A pesquisa trata-se de um estudo descritivo com o intuito de sumarizar e caracterizar os valores de ressarcimentos históricos, sendo assim, não foi adotado

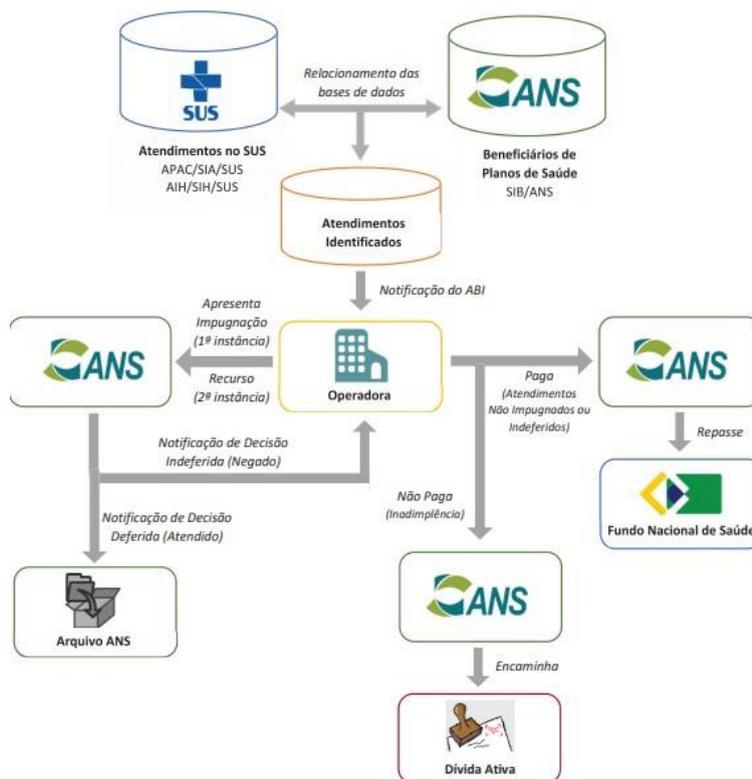
nenhum método de análise qualitativa. Nesse sentido, a pesquisa realizada foi de forma quantitativa uma vez que é restrita à análise e discussão de dados quantitativos.

3 RESULTADOS

3.1 Processo de Ressarcimento ao SUS

O ressarcimento ao SUS ocorre quando os serviços prestados aos beneficiários dos planos de saúde são realizados em estabelecimentos públicos ou privados, conveniados, integrantes do SUS, respeitando as limitações dos contratos firmados, em conformidade com o artigo 32 da lei 9.656/1998. Todo o sistema de ressarcimento insere-se na lógica regulatória do setor de saúde suplementar, na dimensão em que desestimula o descumprimento dos contratos firmados e impossibilita o subsídio, ainda que indireto, de atividades lucrativas com recursos públicos (BRASIL, 2021).

Figura 1: Fluxograma do ressarcimento ao sistema único de saúde



Fonte: Ministério da saúde, 2021.

Em seu processo, a ANS obtém um banco de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), que contém informações sobre a participação na rede SUS e compara essas informações com o banco de dados de beneficiários do plano de saúde. Após a verificação, uma vez que os beneficiários tenham utilizado os serviços do SUS, são enviados avisos denominados avisos de benefícios identificados (ABI) às operadoras de planos de saúde para que elas paguem os valores calculados ou apresentem contestação (BRASIL, 2021).

A proteção dos operadores consiste em dois casos. Inicialmente, é feito um pedido de retificação, onde constam os motivos pelos quais a indenização não é paga. Se as acusações forem rejeitadas, é possível apelar da decisão anterior. As Guias de Cobrança da União (GRUs) são publicadas quando, ao final do processo administrativo, se constata que os serviços identificados foram efetivamente contemplados pelos contratos. As operadoras que não cumprem as instruções constam do cadastro de inadimplentes e do Cadastro de Inadimplentes do Setor Público Federal (CADIN) e estão sujeitas à cobrança judicial. Por fim, os valores

arrecadados pela ANS são encaminhados ao Fundo de Saúde do Ministério da Saúde (FNS) (BRASIL, 2021).

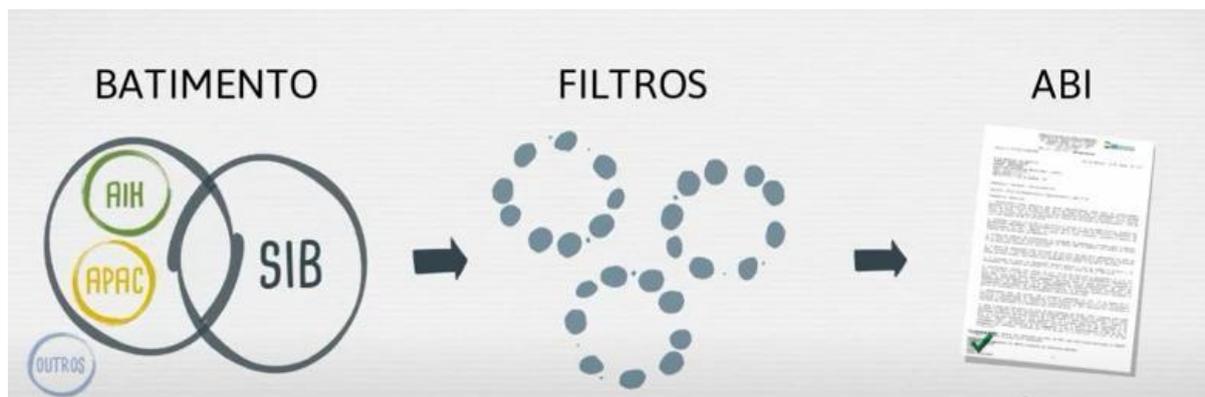
3.1.1 Como Funciona o Ressarcimento

Toda vez que um beneficiário de plano de saúde é atendido no SUS realizando um procedimento coberto no contrato a operadora deve ressarcir ao SUS o valor daquele atendimento usando para tal o Índice de Valoração do Ressarcimento (IVR), que estabelece o ressarcimento como 1,5 vez o valor tabelado do SIGTAP. Para que o ressarcimento ocorra é necessário a identificação de atendimento, no SUS, do beneficiário do plano de saúde. São utilizados diferentes instrumentos de registro para os atendimentos no SUS que são classificados como: as internações são registradas na Autorização de Internação Hospitalar – AIH, alguns procedimentos ambulatoriais não só de alta complexidade e o fornecimento de medicamentos excepcionais são registrados na Autorização de Procedimento Ambulatorial – APAC e ainda há outros tipos como de procedimentos como o Boletim de Produção Ambulatorial – BPA que registra consultas comuns e exames simples (ANS reguladora, 2019).

O Datasus fornece à ANS toda a base de dados com os atendimentos ocorridos no SUS, a ANS cruza as informações das APACs e das AIHs com os dados do Sistema de Cadastro de Beneficiários - SIB. Esse processo de comparação que é denominado “batimento” vai identificar os beneficiários de planos de saúde atendidos no SUS, ao resultado do batimento a ANS aplica filtros para qualificar os dados excluindo procedimentos não cobertos no rol¹. Após essa aplicação dos filtros é gerado então a ABI que corresponde aos atendimentos a beneficiários de planos de saúde identificados no SUS. A ABI é o resultado da identificação dos atendimentos no SUS aos beneficiários de planos de saúde, uma espécie de lista de atendimentos identificados que é gerada com todos os atendimentos por operadora em um trimestre (ANS reguladora, 2019).

¹ O Rol da ANS é responsável por garantir e tornar público o direito assistencial de beneficiários dos planos de saúde. Disposto na Lei nº 9.656, de 1998, o rol da ANS contempla o acompanhamento de doenças, os procedimentos considerados indispensáveis ao diagnóstico e o seu devido tratamento. Definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, o “Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde” trata-se de uma lista de referência básica para cobertura mínima obrigatória dos planos de saúde – estabelecendo consultas, exames e tratamentos. Ou seja, serviços médicos que obrigatoriamente devem ser oferecidos de acordo com cada plano de saúde (POLITIZE, 2022).

Figura 2 - Processos de comparação



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2019.

3.1.2 Como é Feito a Cobrança

A ANS envia um Aviso às Operadoras de Planos de Saúde com uma notificação de ABI e um aviso de cobrança de seus serviços. Após o recebimento dos documentos, as operadoras podem apresentar suas impugnações no prazo de 30 dias ou pagar os valores calculados pela autoridade fiscalizadora no prazo de 15 dias após o término do prazo de defesa.

Com o objetivo de tornar a indenização ao SUS mais efetiva, a ANS alterou suas disposições de cobrança de dívidas, considerando que a obrigação é recuperável desde o início do processo. Portanto, o não atendimento da reclamação e/ou reclamação ou o não pagamento no prazo imediato resulta em atraso de pagamento de 1% ao mês e atraso de pagamento de 10%. Valores não recebidos até o vencimento serão acrescidos como multa diária de 0,33% a 20% após 12 de abril de 2008; atraso de pagamento 1% ao mês ou fração de mês calculado a partir do final de cada mês para atrasos.

3.1.3 Inadimplência

As operadoras inadimplentes com o ressarcimento ao SUS são inscritas no Cadin e Dívida Ativa da ANS, cabendo ao Ministério Público Federal a cobrança do débito judicialmente, por meio de ação de execução judicial. A base legal para tais

atos é a Lei nº 10.522/2002, que dispõe sobre os cadastros de informações de créditos não pagos de órgãos e entidades federais; Lei 6.830/80, que dispõe sobre a cobrança judicial da dívida nacional vencida público e a Lei 9.656/98 que regulamenta os seguros privados e Assistência à saúde; Resolução da Diretoria (RE) nº 06/2001, que estabelece nova sistemática para processar reclamações e resoluções do ressarcimento e a Resolução Normativa (RN) nº 46/2003, relativa à fusão de multas aplicadas pela ANS.

A Gerência-Geral de Integração com o SUS (GGSUS) cuida em notificar a operadora de planos de saúde sobre débitos vencidos e não pagos. Após 75 dias da notificação do Cadin e da Dívida Ativa e sem identificação do pagamento, será analisado o processo de débitos não quitados e encaminhado à Procuradoria Geral da República (PROGE) da ANS para registro no Cadin, dívida voluntária e correspondente cobrança judicial.

3.1.4 Impactos do Ressarcimento ao SUS

O efeito das alterações aos serviços prestados pelos operadores ao abrigo do artigo 32.º é visível a longo prazo. Apesar do aumento da eficiência e praticidade da revisão médica da operadora, o SUS afirma que os custos devem aumentar significativamente quando o órgão aumenta as falhas. No entanto, os beneficiários logo sentirão o aumento das mensalidades do plano. Isso certamente não é muito positivo para os operadores. Porque estão perdendo clientes devido a revisão de preços dos planos (BENNER, 2021).

O dinheiro arrecadado vai para o Fundo Nacional de Saúde (FNS), uma conta com verbas destinadas aos governos federais, estaduais e municipais para diversas finalidades, como a construção de unidades de saúde, a compra de equipamentos e o pagamento de profissionais (BENNER, 2021).

Segundo Sestelo, “as empresas cobram dos seus clientes e incluem a oferta de determinados serviços. Se o paciente usou o hospital público, a operadora está ganhando sem trabalhar, sem gastar com equipe e estrutura, por isso o SUS pede o ressarcimento”.

3.2 Atendimentos Identificados Por Ano

O acompanhamento das negociações por ano de implantação mostra que, entre 2015 e 2019, foram realizadas anualmente uma média de 2,9 milhões de AIHs no SUS e 7,5 milhões de APACs de média ou alta complexidade, totalizando aproximadamente 11,6 milhões de AIHs e 30,0 milhões APACs anualmente (Gráfico 1 e 2). Dessas, aproximadamente 212 mil internações e 368 mil consultas ambulatoriais são para consultas potencialmente ressarcidas por ano, referentes a beneficiários de planos privados de saúde.

Gráfico 1: AIHs identificadas de beneficiários de planos de saúde realizadas no SUS entre 2016 e 2020



Fonte: SIH/SUS e SGR/ANS, 12/2021

Gráfico 2: APACs Identificadas de beneficiários de planos de saúde realizadas no SUS entre 2016 e 2020

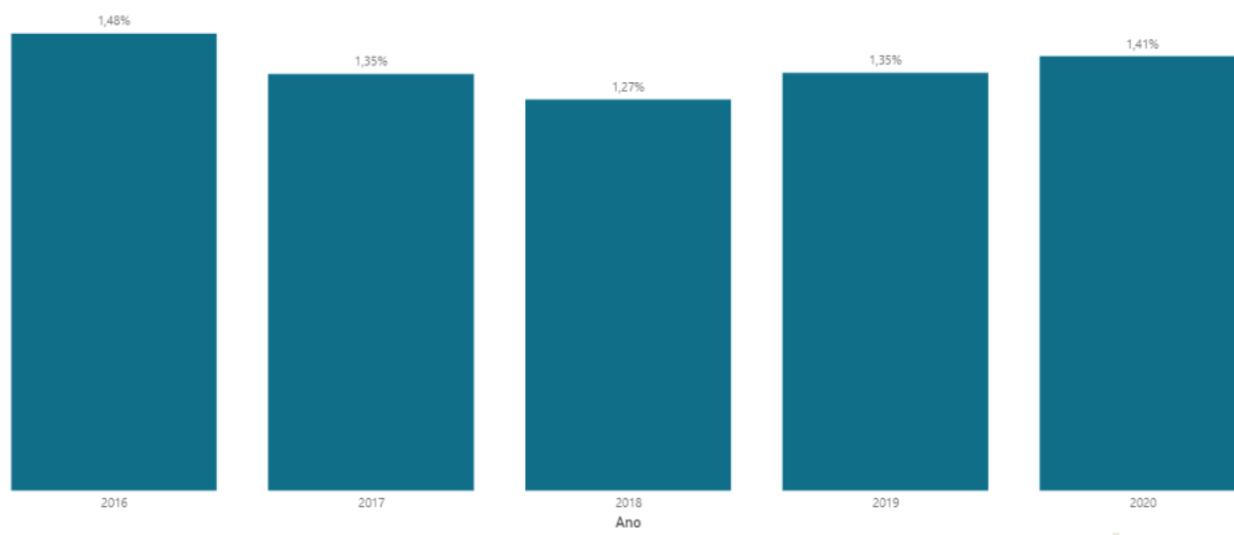


Fonte: SIH/SUS e SGR/ANS, 12/2021

Em 2020, o número de atendimentos do SUS e o número de beneficiários de planos de saúde selecionados no processo de ressarcimento do SUS foram reduzidos (Gráfico 3). O período da pandemia impactou significativamente a utilização do SUS naquele ano, com atendimentos eletivos suspensos ou adiados, e a demanda diminuiu com a segregação dos residentes. Apesar da queda no volume absoluto de uso do SUS e, portanto, no número de serviços identificados como parte do ressarcimento do SUS, a proporção de uso do SUS entre os beneficiários de planos privados de saúde não mudou de forma significativa, mesmo em meio à Covid-19. Portanto, a pandemia não parece ter um efeito diferente sobre o uso do SUS dependendo da cobertura dos planos privados de saúde.

É importante ressaltar que o valor exato do benefício não representa o valor total efetivamente pago, haja vista a possibilidade de recurso das notificações enviadas pelos reguladores às operadoras de planos de saúde durante esse processo.

Gráfico 3: Percentual de atendimentos identificados de beneficiários de planos de saúde realizados no SUS, por ano de atendimento – Brasil, 2016 a 2020.



Fonte: SIA/SUS e SGR/ANS, 12/2021.

3.2.1 Procedimentos Mais Cobrados

A efetiva cobrança do ressarcimento ao SUS, com a emissão da Guia de Recolhimento da União (GRU), pode ocorrer: i) ao fim do prazo de defesa em primeira instância, quando não há a apresentação da respectiva impugnação pela operadora; ou ii) ao fim do processo administrativo, quando a operadora, após o devido contraditório e ampla defesa, não prospera em suas impugnações/recursos (Boletim - Ressarcimento ao SUS, 2021, p. 21).

Desde o início do ressarcimento do SUS, já foram arrecadados mais de R \$7,8 bilhões, o equivalente a 5.163.153 consultas realizadas no SUS. Mesmo com o prazo processual de cinco meses suspenso, os reguladores ainda arrecadaram quase US \$1 bilhão em 2020, envolvendo mais de 626 mil serviços (Boletim - Ressarcimento ao SUS, 2021). Durante o ano de 2021, com a normalização dos prazos processuais e o encerramento dos processos administrativos, foram faturados cerca de 743 mil serviços, totalizando R \$1.120 bilhões economicamente.

A seguir apresenta-se na Tabela 1 os procedimentos de AIH com maiores valores cobrados. É notório que o transplante de rim encontra-se como o primeiro da lista atingindo cerca de 113 milhões de reais. Comparando com o segundo item apresentado nota-se uma diferença de 48 milhões que é o tratamento com cirurgias

múltiplas. Em seguida encontram-se os tratamentos de outras doenças bacterianas. Já em relação aos procedimentos mais realizados de AIH nesta lista nota-se que o parto normal se encontra como o mais realizado, atingindo mais de 41 mil procedimentos, seguido de tratamento de pneumonias ou influenza (gripe) com mais de 33 mil e o parto cesáreo com mais de 30 mil.

Tabela 1: Procedimentos de AIH com maiores valores cobrados (com GRU emitida) – Brasil, 2017 a 2021.

| Procedimento Principal | Quantidade | Valor |
|--|----------------|-----------------------------|
| TRANSPLANTE DE RIM (ORGAO DE DOADOR FALECIDO) | 1.798 | R\$ 113.275.197,33 |
| TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS | 15.609 | R\$ 65.996.569,56 |
| TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS BACTERIANAS | 13.336 | R\$ 63.135.577,92 |
| TRATAMENTO DE PNEUMONIAS OU INFLUENZA (GRIPE) | 33.543 | R\$ 51.231.701,67 |
| PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ONCOLOGIA | 3.527 | R\$ 36.130.914,27 |
| PARTO NORMAL | 41.260 | R\$ 34.982.924,03 |
| PARTO CESARIANO | 30.984 | R\$ 33.787.799,78 |
| TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIA PÓS-TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS / CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS | 9.808 | R\$ 30.194.506,39 |
| OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS | 4.979 | R\$ 25.606.921,99 |
| TRANSPLANTE DE RIM (ORGAO DE DOADOR VIVO) | 536 | R\$ 25.317.501,79 |
| Total | 781.948 | R\$ 1.581.470.942,96 |

Fonte: Elaboração própria através dos dados obtidos pela fonte SCI/ANS e SGR/ANS, 12/2021.

Nota¹: O período abrange os ABIs de 59 até 86, pois os ABIs 87 e 88, lançados em 2021, ainda não haviam alcançado a fase de cobrança no momento da apuração de dados do Boletim.

Nota²: Neste Boletim não foram disponibilizadas informações sobre o ano de 2016.

A Tabela 2 demonstra os procedimentos de APAC com maiores valores cobrados de 2017 a 2021, onde a hemodiálise se destaca atingindo mais de 1 bilhão de reais. Em seguida, a hemodiálise em paciente com sorologia positiva para HIV e/ou hepatite B e/ou C, que atingem mais de 63 milhões de reais. E em terceiro lugar, a quimioterapiado carcinoma de mama avançado que é uma forma de tratamento do câncer com cerca de 54 milhões. Com relação aos procedimentos de APAC que são mais realizados nessa lista em primeiro vem a hemodiálise com cerca de 320 mil procedimentos realizados. Em seguida, o acompanhamento de pacientes pós-transplante de rim, fígado, coração, pulmão, células-tronco hematopoéticas e/ou pâncreas com mais de 208 mil procedimentos e em terceiro lugar a hormonioterapia do adenocarcinoma de próstata avançado atingindo mais de 92 mil procedimentos realizados.

Tabela 2: Procedimentos de APAC com maiores valores cobrados (com GRU emitida) – Brasil, 2017 a 2021.

| Procedimento Principal | Quantidade | Valor |
|--|------------|----------------------|
| HEMODIÁLISE (MÁX. 3 SESSÕES POR SEMANA) | 320.988 | R\$ 1.114.974.736,72 |
| HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (MÁX. 3 SESSÕES POR SEMANA) | 12.893 | R\$ 63.886.922,12 |
| QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO - 2ª LINHA | 14.635 | R\$ 54.519.611,25 |
| ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES POS-TRANSPLANTE DE RIM FIGADO CORACAO PULMAO CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS E/OU PANCREAS | 208.374 | R\$ 53.991.792,28 |
| RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR DE FÓTONS E ELÉTRONS (POR CAMPO) | 21.693 | R\$ 53.662.205,52 |
| QUIMIOTERAPIA DE CANCER NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - 1ª LINHA | 16.466 | R\$ 45.479.626,54 |
| HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA AVANÇADO - 1ª LINHA | 92.162 | R\$ 44.074.255,70 |
| QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA MIELOPROLIFERATIVA RARA - 2ª LINHA | 15.954 | R\$ 42.754.502,19 |
| MANUTENÇÃO E ACOMPANHAMENTODOMICILI | 11.828 | R\$ 39.537.198,44 |

| AR DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA/DPAC | | | |
|--|------------------|------------|-------------------------|
| FACOEMULSIFICACAO C/ IMPANTE DE LENTE INTRA- OCULAR DOBRAVEL | 34.343 | R\$ | 36.826.784,64 |
| Total | 1.852.856 | R\$ | 2.251.628.317,35 |

Fonte: Elaboração própria através dos dados obtidos pela fonte SCI/ANS e SGR/ANS, 12/2021.

Nota¹: O período abrange os ABIs de 59 até 86, pois os ABIs 87 e 88, lançados em 2021, ainda não haviam alcançado a fase de cobrança no momento da apuração de dados do Boletim.

Nota²: Neste Boletim não foram disponibilizadas informações sobre o ano de 2016.

3.2.2 Diferença Entre Valor Cobrado e Pago

Uma forma de avaliar o desempenho do setor no serviço da dívida é por meio do índice de pagamentos efetivos. Este indicador representa a relação entre o somatório do valor total pago pela operadora e o somatório dos prêmios e o somatório das taxas emitidas pela GRU, independentemente do valor apresentado em juízo.

Na tabela 3, demonstra os índices de efetivo pagamento ao ressarcimento ao SUS onde no ano de 2016 houve uma efetivação de pagamento de 38% em relação ao valor cobrado de todas as operadoras de plano de saúde. Em seguida, o ano de 2017 teve 40% de efetivação dos pagamentos. Depois o ano de 2018 com a efetivação de 42% dos pagamentos e por fim, o ano de 2019 com 44%. O ano de 2020 não é contabilizado pois os dados não foram submetidos para o site da ANS.

Tabela 3: Índice de Efetivo Pagamento ao Ressarcimento ao SUS das Operadoras de Planos de Saúde 2016 - 2020.

| Ano | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|----------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|------|
| Valor Cobrado | R\$ 25.277.218.83 | R\$ 34.397.019.93 | R\$ 44.966.332.26 | R\$ 60.781.977.40 | - |

| | | | | | |
|-------------------|----------------|---------------|---------------|---------------|-----|
| | 9,19 | 3,58 | 1,10 | 9,87 | |
| Valor Pago | R\$ | R\$ | R\$ | R\$ | R\$ |
| | 9.700.511.229 | 13.704.163.12 | 18.763.875.61 | 26.725.318.34 | - |
| | ,51 | 6,74 | 4,72 | 0,01 | |
| Débito | | R\$ | R\$ | R\$ | R\$ |
| | R\$15.576.707. | 20.692.856.80 | 26.202.456.64 | 34.056.659.06 | - |
| | 609,68 | 6,84 | 6,38 | 9,86 | |

Fonte: Elaboração própria através dos dados obtidos pelo Índice de Efetivo Pagamento ao Ressarcimento ao SUS (ANS, 2021).

4 DISCUSSÃO

Embora o SUS seja financiado por recursos públicos, ele também recebe a restituição do ressarcimento ao SUS da maneira de fontes externas, como convênios, transferências de recursos de órgãos de saúde estaduais e municipais, e do ressarcimento ao SUS. A discussão sobre a evolução do ressarcimento ao SUS tem como objetivo entender como esses recursos externos estão sendo utilizados para melhorar a saúde da população brasileira. Nesse sentido, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada para promover a qualidade e a equidade no setor de saúde suplementar. Dessa forma, a presente pesquisa mostra como a ANS é responsável por regulamentar os contratos de ressarcimento entre operadoras de planos de saúde e o SUS, bem como as regras e procedimentos para que eles possam ser realizados. Além disso, também discutiremos como os recursos do SUS são usados para o ressarcimento desses serviços e comunicar as informações necessárias para entender o processo de ressarcimento ao SUS na ANS.

Os resultados obtidos nos atendimentos identificados por ano mostraram que os atendimentos mais realizados foram de média e alta complexidade totalizando um aproximado de 41,6 milhões de indivíduos assistidos pelo SUS de 2016 a 2020. Mesmo que o acesso aos serviços de saúde pública através dos usuários que possuem planos privados não sejam interditados, o mais correto seria a utilização dos serviços prestados pela rede privada coberta. Porém, isso mostra que essa quantidade de beneficiários que

possuem o plano de saúde, por algum determinado motivo, em algum determinado tempo não ficou coberta por sua rede de atenção privada.

Quanto à motivação de uso da rede pública, é possível levantar duas hipóteses, uma delas é sobre os beneficiários estarem no período de carência do plano. Basicamente, a carência é o tempo que você tem que esperar após a adesão para começar a usar os benefícios do plano. Essa é a garantia legal das operadoras de saúde aos seus beneficiários. Essa carência impede que o beneficiário tenha alguns atendimentos que não são liberados durante um período fazendo com que ele busque atendimento na rede pública quando precisa.

Outra hipótese estaria relacionada à ausência ou ineficiência da rede privada coberta. Não se pode aceitar que no momento que o beneficiário mais necessita do plano de saúde empresarial este não seja eficiente para seu uso pois isso viola a proteção constitucional destinada a esses. Em conclusão, um plano de saúde celebrado ao abrigo de um contrato constitui um direito adquirido do beneficiário e uma obrigação contratual da operadora. Em sua análise, os autores Dalva Salvalaio e Marcos Antônio chegam à conclusão de que a rede credenciada oferecida pelo plano de saúde tem a capacidade de manter um serviço com no mínimo a mesma qualidade dos serviços prestados pela rede própria.

Em relação aos resultados obtidos nos procedimentos mais cobrados por ano mostram que o SUS pagou um equivalente a mais de 3 bilhões de procedimentos que foram realizados de 2017 a 2021. Esse custeio do SUS dos procedimentos realizados pelos beneficiários de planos de saúde pode-se entender como um aumento da restituição do ressarcimento prestado do SUS pois a rede pública tem um custo por parte dos usuários e outro custo por parte dos beneficiários que poderiam utilizar a rede privada contratada.

Em fechamento, sobre a diferença entre os valores cobrados pelo SUS e os valores pagos pelas operadoras de planos de saúde foi constatado que mais de 95 bilhões dos valores não foram pagos de 2016 a 2020. Esses débitos não tem informações se estão sendo cobrados mediante a processos judiciais, sendo assim, o SUS deixa de receber os recursos que são previstos em lei. Com esse valor não recebido o SUS poderia ter mais recursos para alocar no investimento em melhorias dos serviços prestados, como também em exemplificação em um dos anos analisados no presente trabalho na ajuda da compra das vacinas de COVID-19 onde a população necessitou por um período considerável. Esses valores fazem falta para o sistema de saúde público pois

acaba se tratando de uma injustiça por parte das operadoras e um favorecimento próprio pois em maioria dos casos essas empresas fecham a conta no azul, enquanto o SUS é subfinanciado.

As limitações encontradas ao longo deste estudo podem ser resumidas na indisponibilidade de informações mais detalhadas e recentes acerca do processo de ressarcimento ao SUS. Constatou-se que não há informações do número de beneficiários que utilizam o SUS como também sua faixa etária. Também não há informações sobre o que ocorreu com os valores não pagos pelas operadoras. Por fim, as informações não localizadas não tem um fácil acesso de serem encontradas e os dados obtidos em alguns casos vieram incompletos ou aglomerados em outros anos que não foram utilizados nos estudos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de ressarcimento do SUS teve início no final do século XX. Criado através da ANS pelo Art. 32 da Lei 9.656/98. O principal objetivo do trabalho de conclusão do curso é analisar o possível aumento do ressarcimento ao SUS como também objetivar a obrigatoriedade das operadoras de planos privados de saúde a reembolsar os custos incorridos de seus beneficiários que utilizam a rede pública de saúde.

O presente estudo identificou que no período dos cinco anos analisados não houve um aumento do ressarcimento ao SUS nas operadoras. Portanto essa análise teve um resultado positivo pois com o aumento do ressarcimento ao SUS faz com que o dinheiro utilizado pelo SUS não seja investido em melhorias no serviço público de saúde.

Além disso, o presente estudo analisou a diferença entre os valores cobrados pelo SUS e os valores pagos pelas operadoras o resultado obtido foi que ao passar dos anos por mais que o aumento do ressarcimento ao SUS não está sendo efetivo os valores dos procedimentos estão cada vez mais altos e em todos os anos os pagamentos das operadoras não chegam a 50% de efetividade da liquidação.

As despesas com relação ao ressarcimento ao SUS são tripartite, ou seja, das três esferas de governo: federal, estadual e municipal, por meio da vinculação de orçamento da seguridade social.

Ao longo das análises realizadas neste estudo, foi possível observar também que as despesas relacionadas aos procedimentos de APACs são maiores do que os

procedimentos de AIHs, ou seja, os beneficiários cadastrados em redes de planos privados apresenta uma maior necessidade de atendimentos em procedimentos ambulatoriais.

O presente estudo faz questionar a motivação dos beneficiários de planos de saúde usarem a rede pública. O que se pode deduzir é que há duas possibilidades para essa motivação, e uma delas é sobre os beneficiários estarem no período de carência do plano. Basicamente, a carência é o tempo que você tem que esperar após a adesão para começar a usar os benefícios do plano. Essa é a garantia legal das operadoras de saúde aos seus beneficiários. Essa carência impede que o beneficiário tenha alguns atendimentos que não são liberados durante um período fazendo com que ele busque atendimento na rede pública quando precisa.

Assim, os resultados aqui encontrados corroboram para o entendimento da origem do ressarcimento ao SUS e como isso afeta o setor de saúde suplementar. Pode-se dizer que, pelos resultados obtidos, o ressarcimento do SUS corresponde a um processo que afeta a gestão de recursos e o desempenho econômico-financeiro das operadoras de planos de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AITH, Fernando. Perspectivas do Direito Sanitário no Brasil: as garantias jurídicas do direito à saúde e os desafios de sua efetivação. In: SANTOS, Lenir (Org.). Direito da saúde no Brasil. Campinas: Saberes. Editora, 2010.

ALMEIDA, C. O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. 1998. Disponível em:<http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0599.pdf>. Acesso em: 27 de dez. de 2022.

ANS. Ressarcimento ao SUS: Principais Conceitos. Encontro ANS – Edição São Paulo – 29 e 30/09/2010. Rio de Janeiro: ANS, 2010.

ANS. ANS amplia o ressarcimento com a cobrança de procedimentos de alta e média complexidade. 8 de maio de 2015. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticiasans/integracao-com-o-sus/2841-ans-amplia-o-ressarcimento-com-a-cobranca-de-procedimentos-de-alta-e-media-complexidade>>. Acesso em 27 de dez. de 2022

ANS. Instrução Normativa Conjunta nº 46, de 03 de outubro de 2014. Dispõe sobre as solicitações de substituição de entidade hospitalar e de redimensionamento de rede por redução, altera a Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - IN/DIPRO nº 43, de 5 de junho de 2013, e a Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - IN/DIPRO nº 23, de 1 de dezembro de 2009. Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2014/int0046_03_10_2014.html> . Acesso em: 28 de dez. de 2022.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno Foco da Saúde Suplementar. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em:<http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Foco/20130617_foco_marco_web_2013.pdf> Acesso em: 30 dez. 2022.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Boletim Informativo Utilização do Sistema Único de Saúde por Beneficiários de Planos de Saúde e Ressarcimento ao SUS - 13ª EDIÇÃO. Disponível em:<https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-e-publicacoes-do-ressarcimento-ao-sus/Boletim_ressarcimento_SUS__13a_Edicao_Rev04.pdf> Acesso em: 29 dez. 2022.

BAIRD, Marcello Fragano. Redes de influência, burocracia, política e negócios na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2017.

BENNER. Ressarcimento ao SUS: como funciona o processo nas operadoras?, 26 de fev. de 2021. Disponível em: <<https://www.benner.com.br/ressarcimento-ao-sus/>>. Acesso em: 27 de dez. de 2022.

BRASIL. Lei 9.656, de 3 de junho de 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm Acesso em 27 de dez. de 2022

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm >. Acesso em: 27 de dez. de 2022.

BRASIL, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 27 de dez. de 2022.

BRASIL. Lei nº 9.961 de jan. de 2000. Disponível em : <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm>. Acesso em: 28 de dez. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Espaço Ressarcimento ao SUS, 05 de abr. de 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/compromissos-e-interacoes-com-a-ans-1/espaco-ressarcimento-ao-sus-1>> Acesso em: 29 de dez. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Débitos, pagamento, parcelamento e repasse, 30 de jun. de 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/compromissos-e-interacoes-com-a-ans-1/espaco-ressarcimento-ao-sus-1/debitos-pagamento-parcelamento-e-repasse-1/debitos-pagamento-parcelamento-e-repasse>> Acesso em: 29 de dez. de 2022.

CHEQUIM, Vinicius. Agência da Hora. Maioria dos idosos não tem plano de saúde e depende unicamente do SUS, 01 de set. de 2021. Disponível em: <[https://www.ufsm.br/midias/experimental/agencia-da-hora/2021/09/01/maioria-dos-idosos-nao-tem-plano-de-saude-e-depender-unicamente-do-sus#:~:text=A%20pesquisa%20mostrou%20que%2C%20em,seja%20ele%20m%C3%A9dico%20ou%20odontol%C3%B3gico](https://www.ufsm.br/midias/experimental/agencia-da-hora/2021/09/01/maioria-dos-idosos-nao-tem-plano-de-saude-e-depender-unicamente-do-sus#:~:text=A%20pesquisa%20mostrou%20que%2C%20em,seja%20ele%20m%C3%A9dico%20ou%20odontol%C3%B3gico.)>.

CONDE, L. F. O Ressarcimento ao SUS: À Luz do Direito. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: 2004.

COSTA, Jessica. Os impactos econômico-financeiros do ressarcimento ao SUS para as operadoras de planos de saúde, Belo Horizonte, 2017.

FERNANDES, Rogério Baptista Teixeira. O sistema de gestão do ressarcimento ao SUS: análise de seu desempenho no período 2011-2014. Dissertação (mestrado) - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa. Rio de Janeiro. 2015.

GOLDENBERG, Mirian. A arte de pesquisar como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais, 2001.

MASSA, Roberta. GeHosp. ANS lança 2º boletim sobre dados de ressarcimento ao SUS, 08 de dez. de 2016. Disponível em: <<https://gehosp.com.br/2016/12/08/ansboletimressarcimentosus/>>. Acesso em: 30 de dez. de 2022.

MAIA, Dominique. POLITIZE!. Rol da ANS: cobertura e tratamentos, 15 de jun. de 2022. Disponível em: <<https://www.politize.com.br/rol-taxativo-da-ans/#:~:text=O%20que%20%C3%A9%20o%20rol,e%20o%20seu%20devido%20tratamento.>> Acesso em: 30 de dez. de 2022.

MENICUCCI, T.M.G. Público e privado na política e assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

MV Blog. Impactos da obrigatoriedade do ressarcimento ao SUS para a gestão de operadora de Saúde, 09 de ago. de 2018. Disponível em: <<https://mv.com.br/blog/impactos-da-obrigatoriedade-do-ressarcimento-ao-sus-para-a-gestao-de-operadora-de-saude>> . Acesso em: 30 de dez. de 2022.

OLIVEIRA, Lucas Antonio de. Ressarcimento ao SUS e os custos assistenciais das operadoras de planos de saúde no Brasil, 2006 a 2016. 2018. 53f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Atuariais) - Departamento de Demografia e Ciências Atuariais, Centro de Ciências Exatas e da Terra, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

Planos de saúde devem R\$ 2,9 bi ao SUS; valor compraria 58 milhões de doses de vacina. Repórter Brasil. 29 de jun. de 2021. Disponível em: <<https://reporterbrasil.org.br/2021/06/planos-de-saude-devem-2-9-bi-de-reais-ao-sus-valor-compraria-58-milhoes-de-doses-de->



ATA DE AVALIAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC)

Estudante:

Emerson Renato Mendes

Matrícula: Data de Apresentação: 106/02/23 - 10:00

Orientador:

IVAN RICARDO ZIMMERMANN

Ivan A. Zimmermann

Título do TCC:

A Produção do Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde no período de 2016 à 2020.

Documento assinado digitalmente



AVILA TEIXEIRA VIDAL
Data: 10/02/2023 11:26:19-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

1. Avaliador:

Rubrica

2. Avaliador:

Rubrica

Everton Nones da Silva



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Saúde Coletiva
Coordenação de Graduação

Situação do trabalho:

() APROVAÇÃO

APROVAÇÃO COM CORREÇÕES. PRAZO: 13/02/23

() REPROVAÇÃO

| ITEM | CRITÉRIOS | VALOR |
|------|--|-------|
| 1 | TEMA /PROBLEMA DA PESQUISA Relevância, delimitação; correlação com a área de saúde e densidade/abrangência da contextualização e argumentação teórica) | 0-2 |
| 2 | REVISÃO DE LITERATURA E QUALIDADE DA JUSTIFICATIVA Consistência teórica adotada: profundidade e atualização da revisão de literatura. Quadro teórico-conceitual focalizado no tema/problema da pesquisa com delimitação das possíveis contribuições da pesquisa. | 0-2 |
| 3 | CONSISTÊNCIA E RIGOR METODOLÓGICO Clareza na formulação e coerência entre o(s) problema ou hipótese(s); o (s) objetivo (s); e delineamento metodológico. Descrição fundamentada de todas as etapas, critérios e argumentos metodológicos e éticos da pesquisa. | 0-2 |
| 4 | ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO TEXTUAL Qualidade técnica do projeto com respeito às normas; qualidade da redação: linguagem científica, objetividade, adequação e clareza. | 0-1 |
| 5 | REFERÊNCIAS Adequação, abrangência e atualização. NORMAS ABNT | 0-1 |
| 6 | APRESENTAÇÃO ORAL Organização, objetividade, domínio e segurança na apresentação e arguição. | 0-2 |

2

2

1,5

0,5

0,8

2,8

8,6