



Universidade de Brasília (UnB)
Faculdade de Ceilândia (FCE)
Bacharelado em Saúde Coletiva

Jéssica Lorryne Mares da Silva

Ressarcimento ao SUS: tendência histórica e causas da baixa efetividade na
cobrança

Ceilândia – DF, 2013

Jéssica Lorryne Mares da Silva

Ressarcimento ao SUS: tendência histórica e causas da baixa efetividade na cobrança

Trabalho apresentado à Universidade de Brasília,
Faculdade de Ceilândia como requisito para
obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador:

Prof. Dr. Everton Nunes da Silva

Ceilândia – DF, 2013.

Ressarcimento ao SUS: tendência histórica e causas da baixa efetividade na cobrança

Jéssica Lorryne Mares da Silva

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, como exigência para obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em 10 de Dezembro de 2013

Prof. Dr. Everton Nunes da Silva
Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Orientador

Prof. Dr. Carla Pintas Marques
Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Avaliadora

Prof. Dr. José Antônio Iturri
Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Avaliador

Ceilândia – DF, 10 de Dezembro de 2013.

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar este trabalho me reporto neste espaço a todas as pessoas que foram essenciais para a conclusão desta etapa da minha vida. Por isto dedico a elas meus sinceros agradecimentos.

Agradeço primeiramente a Deus por ser, em todos os momentos da minha vida, a minha fortaleza e por sempre me guiar por todos os caminhos.

Agradeço aos meus pais, Reginaldo e Edilene, pelo amor e compreensão ilimitados em todos os momentos de minha vida, em especial à minha mãe, que nunca mediu esforços para que eu chegasse até aqui.

Agradeço ao meu irmão Gabriel Lorrán por alegrar meus dias.

Agradeço ao meu orientador, professor Everton Silva, por ter me sugerido este tema e ter colaborado de forma fundamental na construção deste trabalho. Sinto-me lisonjeada pela oportunidade de ter sido sua orientanda.

Agradeço à especialista em regulação de saúde suplementar, Ana Carolina Rios, pela disposição em me ajudar na construção desta obra.

Agradeço à Mariana Costa, não apenas pela ajuda na elaboração deste trabalho, mas por ter se tornado uma amiga verdadeira. Obrigado pela paciência e pela mão estendida sempre que precisava. Esta caminhada não teria sido a mesma sem você.

Agradeço às minhas amigas, Érika Bruna e Riane Alencar, por estarem, mesmo que distante, sempre ao meu lado.

Agradeço a todos que, mesmo não citados, contribuíram para a conclusão desta etapa da minha vida.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.” (Charles Chaplin)

RESUMO

O ressarcimento ao SUS, criado pelo artigo 32 da Lei nº 9.656 de 1998 e regulamentado pelas normas da ANS, é a obrigação legal das operadoras de planos privados de assistência à saúde de restituir as despesas do Sistema Único de Saúde no eventual atendimento de seus beneficiários que estejam cobertos pelos respectivos planos. Apesar de a política do ressarcimento ao SUS subsistir há 15 anos, a ANS ainda encontra muitas dificuldades para sua implementação e cobrança efetiva. Nessa perspectiva, o presente estudo buscou construir *uma série histórica dos anos de 2000 a 2013* dos valores financeiros ligados ao ressarcimento, a fim de quantificar a arrecadação do ressarcimento desde a sua implantação e compreender quais são as falhas que limitam a efetiva cobrança do ressarcimento. A metodologia utilizada baseou-se inicialmente em uma revisão de literatura com o objetivo de enriquecer a discussão e, posteriormente, foi realizado um estudo descritivo de natureza quantitativa dos dados referente ao processo de ressarcimento ao SUS. Como resultado, verificou-se que o ressarcimento ao SUS arrecadou desde sua implantação apenas R\$ 238,4 milhões dos R\$ 1.002,40 milhões cobrados, o que representa menos de 25%. Conclui-se assim que a arrecadação da cobrança do ressarcimento ainda é tímida e que os fatores que limitam a sua efetividade estão dispostos tanto no âmbito jurídico, quanto no âmbito institucional e operacional.

Palavras-chave: Ressarcimento ao SUS; Política do Ressarcimento ao SUS; Regulação em Saúde Suplementar; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The repayment to SUS (*Sistema Único de Saúde*, Unified Health System) created by the Article 32 of Law 9656 in 1998 and regulated by the norms of ANS (*Agência Nacional de Saúde Suplementar*, National Health Agency) is a legal obligation of the operators of private health care plans to reimburse the expenses of the Unified Health System in any care recipients who are covered by their plans. Despite the reimbursement policy for SUS stands for 15 years, ANS still finds many difficulties in its implementation and effective charge. In this perspective, this study sought to build a history of financial values linked to reimbursement in order to quantify the collection of compensation since its implantation and understand what are the faults that hedge the effective reimbursement charge. The methodology used was based on a literature review with the aim of enriching the discussion, and subsequently a descriptive study of quantitative nature of the data related to the SUS reimbursement process was performed. As a result, it was found that the reimbursement to SUS since its inception has raised only \$ 238.4 million from R\$ 1,002.40 million charged, which represents less than 25%. It was also observed that the factors that limit the effectiveness of the policy are arranged in the legal scope, the institutional and operational scope as well.

Keywords: Reimbursement to SUS; SUS Reimbursement Policy; Regulation in Supplementary Health; Unified Health System.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Sistema Brasileiro de Saúde.....	16
Figura 2 - Processo de Identificação de beneficiário	22
Figura 3 – Pilares do novo processo de ressarcimento ao SUS.....	24
Figura 4 – Linha do Tempo- Processo de Implementação da Política do Ressarcimento ao SUS.....	25
Figura 5 – Situação das impugnações, durante o período de 1999 a 2005, Brasil	35

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Taxa de crescimento (%) do número de beneficiários durante o período de Janeiro de 2003 a Janeiro de 2012, Brasil.....	19
Gráfico 2 – Quantitativo de ocorrência de internações de beneficiários no SUS e valor total das AIH identificadas, durante o período de 2001 a 2011, Brasil.....	27
Gráfico 3 – Valor Cobrado das AIH e Valor das AIH pagas durante o período de 2001 a 2011, Brasil.....	28
Gráfico 4 – Valor Total das AIH, valor Cobrado das AIH e valor das AIH pagas, durante o período de 2001 a 2011, Brasil (R\$ milhões).....	29
Gráfico 5 – Receitas realizadas referente às cobranças do ressarcimento, durante o período de 2000 a 2012, Brasil.....	33
Gráfico 6 – Valores repassados provenientes do Ressarcimento ao SUS durante o período de 2000 a 2012, Brasil.....	34
Gráfico 7 – Consolidado Geral do movimento financeiro do ressarcimento ao SUS, durante o período de 2000 a 2012, Brasil.....	35
Gráfico 8 – Inscrição das operadoras de planos privados de saúde em Dívida Ativa, durante o período de 2006 a 2012, Brasil.....	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de beneficiários de planos privados de saúde de Assistência médica e taxa de cobertura dos planos privados de saúde do Brasil durante o período de 2003 a 2012.....	18
Tabela 2 – Gasto Tributário em Saúde, durante o período de 2003 a 2011, Brasil	20
Tabela 3 – Número de internações de beneficiários do SUS por especialidade AIH, durante o período de 2001 a 2011, Brasil.....	31
Tabela 4 – Procedimentos mais freqüentes identificados no Sistema de Internações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) para beneficiários de Planos Privados de Saúde e os valores dos procedimentos, segundo regra de cobrança, durante o período de 2001 a 2011, Brasil.....	32

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABI	Aviso de Beneficiário Identificado
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMB	Associação Médica Brasileira
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APAC	Autorizações de procedimentos ambulatoriais
CADIN	Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal
CF	Constituição Federal
CNS	Cartão Nacional de Saúde
DIDES	Diretoria de Desenvolvimento Setorial
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FSESP	Fundações de Serviços Especiais de Saúde Pública
GG SUS	Gerência Geral de Integração com o SUS
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IN	Instrução Normativa
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IVR	Índice de Valoração do Ressarcimento
MS	Ministério da Saúde
NBI	Notificação de Beneficiário Identificado
OPS	Operadora de plano privado de saúde
RN	Resolução Normativa
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SGR	Sistema de Gestão do Ressarcimento
SIB	Sistema de Informações de Beneficiários
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SISREL	Sistema de Ressarcimento Eletrônico ao SUS
STF	Supremo Tribunal Federal
SSCI	Sistema de Controle de Impugnações
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TUNEP	Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	14
2.1 Objetivo Geral.....	14
2.2 Objetivos Específicos.....	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
3.1 A conquista do SUS e a sua relação com o Mercado da Saúde Suplementar: o <i>mix</i> público privado.....	15
3.3 O Mercado Suplementar de Saúde.....	17
3.4 Compreendendo a lógica do processo de Ressarcimento ao SUS.....	20
2.5 Processo de identificação de beneficiário.....	21
2.6 Resolução Normativa N° 185: otimizando o processo da cobrança do Ressarcimento ao SUS pela ANS.....	23
4 METODOLOGIA.....	26
5 RESULTADOS.....	27
6 DISCUSSÃO.....	37
7 CONCLUSÃO.....	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal (CF) de 1988 concebeu para o campo da saúde uma verdadeira transformação no modelo de saúde brasileiro, já que se institui a partir da sua promulgação um modelo sedimentado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade

Nesse cenário, estabelece-se o Sistema Único de Saúde (SUS), que só passa a ser regulamentado em 1990 com a criação da Lei 8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, recuperação da saúde, além da organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

A criação do SUS possibilitou avanços inegáveis para o cenário assistencial brasileiro, entretanto, falhas na sua montagem e implantação suscitaram no decorrer dos anos um crescimento expressivo do setor da saúde suplementar, além de uma baixa regulação do mercado de planos de saúde (FREITAS, 2011).

Montone e Castro (2004) afirmam que, até o final da década de 90, o mercado de planos de saúde atuava segundo a sua própria lógica e estabelecia suas próprias regras, e isto demonstrava a frágil regulação do setor e expunha a necessidade da intervenção do Estado neste mercado. Nasce nesse contexto à urgência da criação de um instrumento regulador do setor suplementar. Institui-se, então, em 1998, a Lei 9.656 que, além de dispor sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, estabelece em seu art. 32 o processo de ressarcimento ao SUS. Com a necessidade de fiscalizar a aplicabilidade da lei dos planos de saúde, criou-se, em 2000, por meio da Lei 9.961, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), uma autarquia especial do Ministério da Saúde (MS), de caráter regulatório, normativo e fiscalizador das atividades que garantam assistência suplementar à saúde (SCATENA, 2004).

Compreende-se por ressarcimento ao SUS, a obrigação legal das operadoras de planos privados de assistência à saúde de restituir as despesas do SUS no eventual atendimento de seus beneficiários que estejam cobertos pelos respectivos planos. Percebe-se nesse contexto, que o ressarcimento não configura apenas uma medida para ressarcir os cofres públicos pelos gastos de saúde de beneficiários com cobertura contratual, mas também é uma medida que protege os direitos dos beneficiários de planos de saúde, já que a cobrança reprime a omissão das operadoras no que tange ao efetivo cumprimento dos contratos (CONDE, 2004).

Segundo Freitas (2011), o ressarcimento foi de fato a primeira proposta de regulação das interfaces entre o setor público e o privado que adquiriu normatização após a CF de 1988.

Apesar de a política do ressarcimento se perdurar há 15 anos, ainda são escassos os estudos científicos sobre o tema, o que impossibilita compreender o real impacto do ressarcimento ao SUS no sistema de saúde nacional. Nessa perspectiva, o presente estudo busca construir uma série histórica capaz de identificar o aumento ou a diminuição dos valores financeiros ligados ao ressarcimento e compreender quais são as falhas que limitam a efetiva cobrança do ressarcimento.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o processo de cobrança de recursos financeiros da Saúde Suplementar ao SUS no que se refere ao ressarcimento de procedimentos realizados por beneficiários de planos de saúde em instituições vinculadas ao SUS no período de 2001 a 2012.

2.2 Objetivos Específicos

- Quantificar os valores financeiros referentes ao ressarcimento ao Sistema Único de Saúde;
- Identificar pontos críticos que limitam a cobrança efetiva do ressarcimento.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A conquista do SUS e a sua relação com o Mercado da Saúde Suplementar: o *mix* público privado

Antes da criação do SUS, o Ministério da Saúde, em parceria com os estados e municípios, desenvolvia quase que exclusivamente as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Na área de assistência à saúde, o MS atuava apenas por meio de alguns poucos hospitais especializados nas áreas de psiquiatria e tuberculose, além de contar com as ações desenvolvidas pelas Fundações de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) em algumas regiões específicas (PAIM, 1993).

A maior atuação do poder público na área da saúde se dava por meio do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que depois passou a ser denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), uma autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social, que tinha como responsabilidade prestar assistência à saúde a seus associados. A assistência à saúde desenvolvida pelo INAMPS beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, logo, só tinha acesso à saúde aqueles que possuíam carteira assinada e seus dependentes, os demais recebiam assistência à saúde por meio do pagamento direto pelo serviço ou na condição de caridade (BRASIL, 2003).

Como forma de oposição ao regime militar e a esse modelo político assistencial brasileiro instituído até então, inicia-se na década de 1970 o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, o qual possuía como proposta principal a criação de uma política de saúde efetivamente democrática e que considerasse como elementos essenciais a descentralização, universalização e unificação (AZEVEDO, 2012). Nesse cenário de reivindicações, acontece em 1986 a 8ª Conferência Nacional da Saúde, na qual se consagram os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária e dá embasamento para a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que se caracterizava por um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais (BRAVO, 2004).

O SUDS foi uma consolidação das Ações Integradas de Saúde (AIS) que adotaram como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, além da integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras, a implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos. Percebe-se que com a

criação do SUDS começa a estabelecer no Brasil um sistema de saúde com tendência à cobertura universal (BRASIL, 2003).

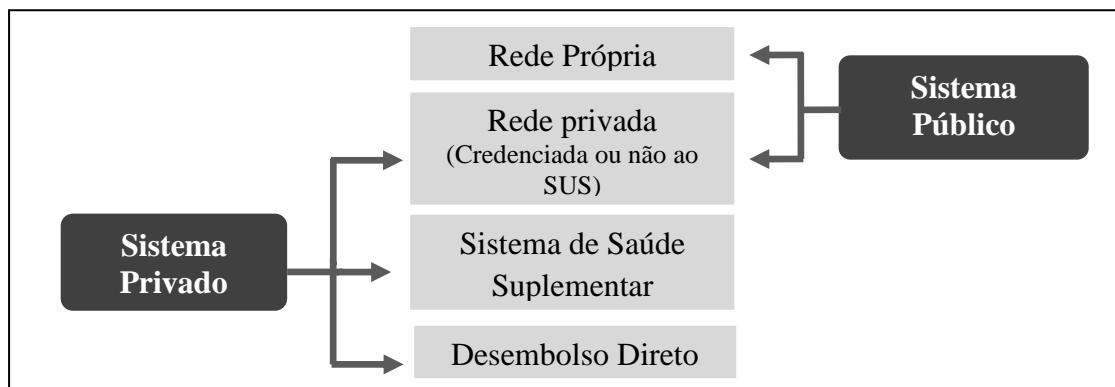
Em outubro de 1988, com a promulgação da CF, instaura-se um modelo assistencial brasileiro sedimentado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade (SCATENA, 2004). Para garantir esses direitos, a Carta Magna determinou a criação do SUS no seu art. 198, onde as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.

Embora os princípios e diretrizes gerais do SUS tenham sido instituídos na CF de 1988, o mesmo só passa a ser regulamentado em 1990, com a criação da Lei 8.080 que além de dispor sobre as condições para a promoção, proteção, recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços da rede, institui a livre atuação da iniciativa privada de forma complementar na assistência pública à saúde.

Diante dessa nova legislação, o sistema de saúde brasileiro se segmenta em público e privado, tendo o sistema público o dever de garantir à população atenção integral, acesso universal e gratuito às ações e serviços de saúde e o sistema privado configurando o sistema de saúde suplementar (operadoras de planos e seguros de saúde) e o sistema de desembolso direto. Entende-se por desembolso direto os serviços de saúde adquiridos em prestadores privados mediante gastos diretos dos bolsos das pessoas (BRASIL, 2003).

A figura 1 exemplifica a conformação do segmento público e privado na área da saúde brasileira:

Figura 1 – Sistema Brasileiro de Saúde



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados da publicação do CONASS, 2006.

Observa-se nesse novo cenário o que Santos (2011) define como sistema duplicado, ou seja, dois sistemas de saúde com forte expressão no cenário assistencial de um país. Esse *mix* para a autora é resultado da falha do sistema de saúde central, ou seja, embora o sistema nacional de saúde preconize uma cobertura de serviços abrangente, na prática não são ofertados todos os serviços por diversos motivos.

É evidente que todo esse cenário é uma herança, já que quando instaurado o modelo inspirado nos sistemas nacionais de saúde de acesso universal e integral, já havia na realidade um setor privado robusto, tanto no campo da prestação de serviços (com um parque hospitalar predominantemente privado), como no que tange ao asseguração privado no país (SANTOS et. al, 2008).

3.3 O Mercado Suplementar de Saúde

A implantação do SUS significou a extensão da assistência médico-sanitária a expressivos contingentes de brasileiros, entretanto, juntamente com este movimento de oferta gratuita de serviços de saúde se deu também o crescimento gradativo do mercado privado de saúde, condição esta que criou uma nova conformação na área da saúde brasileira (ACIOLI, 2006).

Neto (2002) e Freitas (2011) afirmam que as dificuldades para implementação de um modelo ousado como SUS, acabou criando um ambiente propício para o desenvolvimento das operadoras de planos privados de assistência à saúde. Já que com a baixa efetividade da assistência médica prestada pelo SUS criou-se um ambiente propício para o desenvolvimento das operadoras de planos de saúde.

O crescimento desenfreado do setor suplementar faz surgir à necessidade da criação de um instrumento regulador do setor, a partir daí institui-se então a Lei 9.656 em 1998, que além de dispor sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, estabelece o processo de ressarcimento ao SUS. O setor só passa a ter uma agência reguladora em 2000, com a instituição da Lei 9.961, que define a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (DUARTE, 2001).

Com a regulação do setor suplementar de saúde estabelecida pelas Leis 9.656/98 e 9.961/2000, a ANS passa a ter a função de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde por meio da regulamentação das operadoras, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores.

Até dezembro de 2012, segundo dados disponibilizados no Sistema ANS TabNet, havia 1.499 operadoras com registros ativos e aproximadamente 48.695.327 beneficiários de planos privados de saúde no Brasil, o que representava uma taxa de cobertura de 25,1% da população, como demonstra os dados da Tabela 1.

Tabela 1 – Número de beneficiários de planos privados de saúde de Assistência médica e taxa de cobertura dos planos privados de saúde do Brasil durante o período de 2003 a 2012

Ano	Número de Beneficiários de planos privados de saúde de Assistência médica	Taxa de cobertura dos planos privados de saúde
2003	32.074.667	17,6
2004	33.840.716	17,9
2005	35.441.349	18,2
2006	37.248.388	18,9
2007	39.316.313	19,6
2008	41.472.818	20,7
2009	42.603.477	21,4
2010	45.389.937	22,5
2011	47.031.928	24,6
2012	48.695.327	25,1

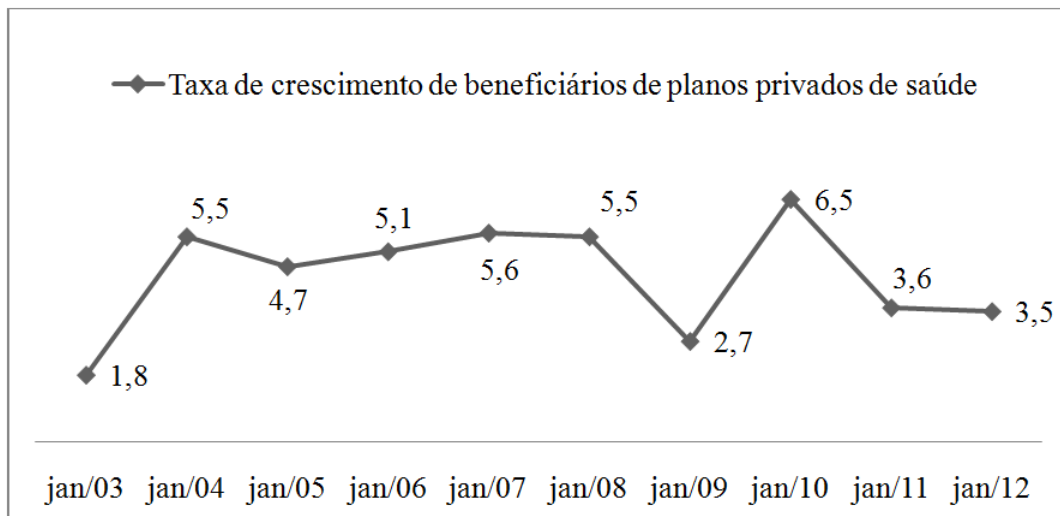
Fonte: SIB/ANS/MS - 06/2013/População – IBGE/DATASUS/2013

Notas: 1. O termo beneficiário refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo;

2. Beneficiários de planos privados de saúde de Assistência médica com ou sem odontologia

Nota-se a partir do Gráfico 1 que os anos de 2011 e 2012 deram mostras de redução no ritmo do crescimento da taxa de novos beneficiários de planos privados de saúde, ocorrendo uma queda de aproximadamente 3 pontos percentuais nos últimos dois anos se comparado à 2010. O cenário de forte inflação médica e o enfraquecimento do ciclo econômico brasileiro podem ser fatores determinantes desse processo de desaceleração do ritmo do crescimento da contratação/renovação de planos de saúde. Observa-se, porém, que em 2012, apesar das mostras de redução nos anos descritos, a cobertura populacional de beneficiários de planos de saúde era de 25,1% (Tabela 1), o que representava um quarto da população brasileira.

Gráfico 1 - Taxa de crescimento (%) do número de beneficiários de planos privados de saúde, durante o período de Janeiro de 2003 a Janeiro de 2012, Brasil



Fonte: SIB/ANS/MS

Costa e Castro (2004) afirmam que a insatisfação de indivíduos com a qualidade dos serviços disponibilizados pelo SUS é um fator determinante para a escolha da contratação de um plano de saúde privado, os autores defendem que os consumidores contratam planos de saúde porque, apesar de pagarem seus tributos, o SUS não assegura a prestação de serviços adequados de saúde.

É evidente que a presença do privado e sua dimensão no sistema de saúde não é resultado apenas da ineficiência do serviço prestado pelo SUS, cabe apontar nessa perspectiva a utilização de recursos públicos no financiamento do setor privado e o incentivo do poder público no mercado suplementar como importantes fatores do crescimento do setor privado, a exemplo da renúncia fiscal. Entende-se por gastos tributário ou renúncia fiscal o imposto que o Estado deixa de recolher ao permitir que os contribuintes deduzam os gastos com planos e serviços privados de saúde.

Ocké-Reis (2013) afirma que não está clara a funcionalidade desta renúncia no âmbito da saúde, mas salienta que em tese, o gasto tributário tem os seguintes objetivos governamentais: (I) promover benefício fiscal; (II) reestruturar padrão de competição do mercado (questão regulatória); (III) patrocinar o consumo de planos privados de saúde; (IV) reduzir filas de espera do setor público; (V) diminuir carga tributária dos contribuintes que enfrentam gastos catastróficos em saúde.

A Tabela 2 apresenta o gasto tributário em saúde entre 2003 e 2011. Observa-se que entre 2003 e 2011 o governo deixou de arrecadar mais de R\$ 100 bilhões, logo, se torna evidente que a renúncia fiscal dada pelo governo a empresas e pessoas físicas que pagam por serviços de saúde privados favorece o crescimento das empresas do setor privado, já que a dedução dos gastos com planos e serviços privados de saúde acaba por incentivar a população a contratar esse tipo de serviço. Nota-se que diversos fatores podem ser apontados como responsáveis pelo crescimento do setor suplementar no cenário nacional, porém, o objeto de estudo dessa obra não se pondera nessa temática.

Tabela 2 - Gasto Tributário em Saúde, durante o período de 2003 a 2011, Brasil

Ano	Gasto Tributário (R\$ milhões)
2003	7.172
2004	8.819
2005	9.563
2006	12.453
2007	12.185
2008	13.770
2009	13.595
2010	14.422
2011	15.807

Fonte: Receita Federal do Brasil (RFB) - Elaboração: DIEST-IPEA

3.4 Compreendendo a lógica do processo de Ressarcimento ao SUS

Estando disposto no artigo 32 da Lei 9.656/98, a política de ressarcimento ao SUS é disciplinada ainda por, ao menos, 30 normas, dentre Leis, Portaria, Resoluções de Diretoria Colegiada, Resoluções Normativas e Instruções Normativas.

O artigo 32 da Lei 9.656/98 estabelece que:

Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 1o O ressarcimento a que se refere o caput será efetuado pelas operadoras à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao SUS, mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pela ANS.

§ 1o O ressarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde - FNS. (Lei 9.656, de 03 de junho de 1998).

Cunha (2002) explica o ressarcimento com uma filosofia simples: uma vez contratado um plano privado de saúde junto a uma operadora, está se obriga a prestar os serviços de atendimento médico com as coberturas a ele inerentes, por meio próprio ou por seus prestadores de serviço, porém, o beneficiário do plano, enquanto cidadão tem direito a ser atendido em uma das unidades do SUS, logo, caso o SUS venha prestar um atendimento pelo qual a operadora cobrou do beneficiário, esta tem a obrigação de ressarcir ao poder público às despesas pagas pelos cofres públicos.

Em 18 de março de 2005, a ANS editou a Resolução Normativa– RN N° 93, passando assim a considerar objeto de ressarcimento todos os procedimentos previsto pelos contratos de planos e seguros de saúde, logo, houve uma ampliação do modelo de ressarcimento, já que antes o mesmo estava restrito aos casos de internação e atendimento de urgência e emergência.

Atualmente, o processo físico do Ressarcimento ao SUS está expresso na Resolução Normativa N° 253, de 05 de maio de 2011, concomitantemente a Instrução Normativa – IN N° 57, de 05 de maio de 2011, que considera atendimento a ser ressarcido pela operadora de plano privado de assistência à saúde, a utilização de serviços de atendimento à saúde por beneficiário em prestador público ou privado, conveniado ou contratado, integrante do SUS, desde que cobertos pelo plano privado de assistência à saúde ao qual está vinculado o beneficiário, ainda que o prestador não integre a rede assistencial da operadora de plano de saúde.

Os valores arrecadados relativos ao ressarcimento ao SUS recebidos pela ANS e ainda não transferidos nos termos da Lei 9.656 de 03 de junho de 1998 deverão ser creditados ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) assim como dispõe o artigo 5º da Lei 12.469, de 26 de agosto de 2011. Ressalta-se que anteriormente os valores que eram recolhidos pela Agência eram distribuídos entre os prestadores de serviço.

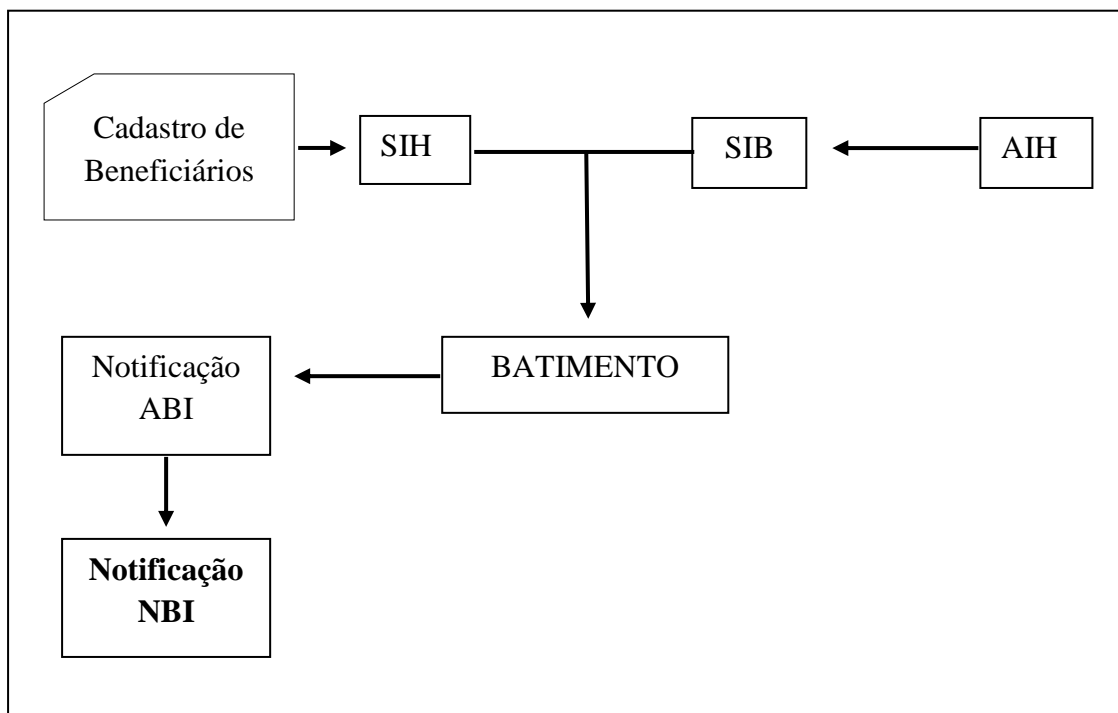
2.5 Processo de identificação de beneficiário

O processo de Ressarcimento inicia-se a partir do cruzamento dos dados relativos aos atendimentos hospitalares e procedimentos realizados no SUS com as informações do cadastro de beneficiários de planos privados de assistência à saúde que constam no banco de dados da ANS (SECCHIN, 2010). No cadastro, é estabelecida uma rotina de críticas,

submetendo os dados a filtros que procuram excluir os casos não passíveis de cobrança do ressarcimento, na busca de identificação dos procedimentos passíveis de ressarcimento por parte das operadoras. Estes procedimentos identificados geram as notificações de beneficiários identificados (NBI), anteriormente denominado de aviso de beneficiário identificado (ABI). Quando notificadas, as operadoras têm um determinado prazo para efetuar impugnações a essas cobranças, sejam de caráter técnico ou administrativo (BRASIL, 2011).

As impugnações técnicas são encaminhadas pela ANS à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde. Dentre os principais motivos de impugnação de caráter técnico estão: procedimento considerado desnecessário; procedimento não realizado; quantidade do procedimento considerada desnecessária, dentre outros. As impugnações de caráter administrativo são analisadas pela ANS e a operadora tem pleno direito de contestação por meio de interposição de recursos nas diversas instâncias do processo. Dentre os principais motivos de impugnação por caráter administrativo destacam-se: procedimento não está coberto pelo contrato; contrato não cobre internação; cobertura parcial temporária; beneficiário em carência; atendimento já pago pela operadora, dentre outros (BRASIL, 2011).

Figura 2 - Processo de Identificação de beneficiário



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados da ANS.

2.6 Resolução Normativa N° 185: otimizando o processo da cobrança do Ressarcimento ao SUS pela ANS

A Instrução Normativa N° 37, de 09 de Junho de 2009, dispõe sobre o procedimento eletrônico de ressarcimento ao SUS, previsto na Resolução Normativa 185, de 30 de dezembro de 2008.

Art. 1° O Sistema de Ressarcimento Eletrônico ao SUS (SISREL) é o sistema informatizado por meio do qual são praticados, comunicados e autuados os atos nos processos administrativos de ressarcimento ao SUS, bem como os relativos ao recolhimento dos valores devidos a título de ressarcimento ao SUS.

Art. 2° As operadoras de planos privados de assistência à saúde - OPS poderão acessar os seguintes módulos do SISREL:

I - Módulo de processo administrativo eletrônico, por meio do qual poderão tomar ciência de notificações, ter a vista dos autos e peticionar nos processos administrativos de ressarcimento ao SUS, bem como gerenciar as contas de usuários do sistema; e

II - Módulo de recolhimento, por meio do qual poderão consultar débitos e créditos do ressarcimento ao SUS, e gerar Guias de Recolhimento da União para o pagamento de débitos.

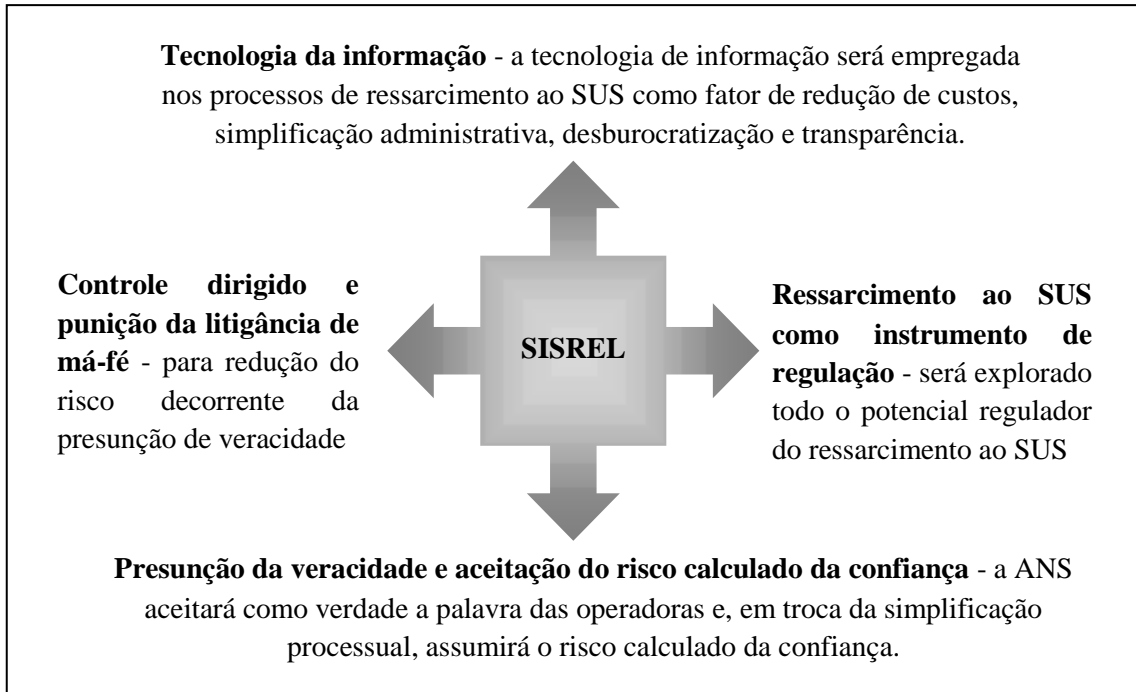
Art. 3° O SISREL poderá ser acessado a partir do sítio na Internet <http://www.ans.gov.br> por representantes de OPS previamente credenciados. (Instrução Normativa N° 37, de 09 de junho de 2009)

Em 2009, a ANS instituiu o procedimento eletrônico de ressarcimento ao SUS por meio do sistema SISREL, tornando obrigatório seu uso. O novo sistema é uma solução informatizada desenvolvida pela ANS e capaz de eliminar integralmente o uso do papel, tornando o processo de ressarcimento mais rápido, barato e eficaz.

O SISREL se assemelha com a operacionalidade utilizada pela Receita Federal no processo de declaração de imposto de renda. Infere-se que com a implantação efetiva do SISREL ocorra uma otimização do processo do ressarcimento, já que se anteriormente as operadoras usavam os meios processuais de defesa para retardar a cobrança, com o novo processo de fiscalização por amostragem, as mesmas vão querer que o processo se encerre logo por causa da restituição da cobrança prévia. Cabe ressaltar que o desenho do SISREL previu o atendimento das demandas de outros setores da ANS, inclusive quanto as Relações com os Prestadores de Serviço, possibilitando maior velocidade na análise e nas respostas efetivas e eficientes à sociedade.

Com o funcionamento do SISREL, a ANS espera estabelecer novos pilares do processo do ressarcimento ao SUS (Figura 4).

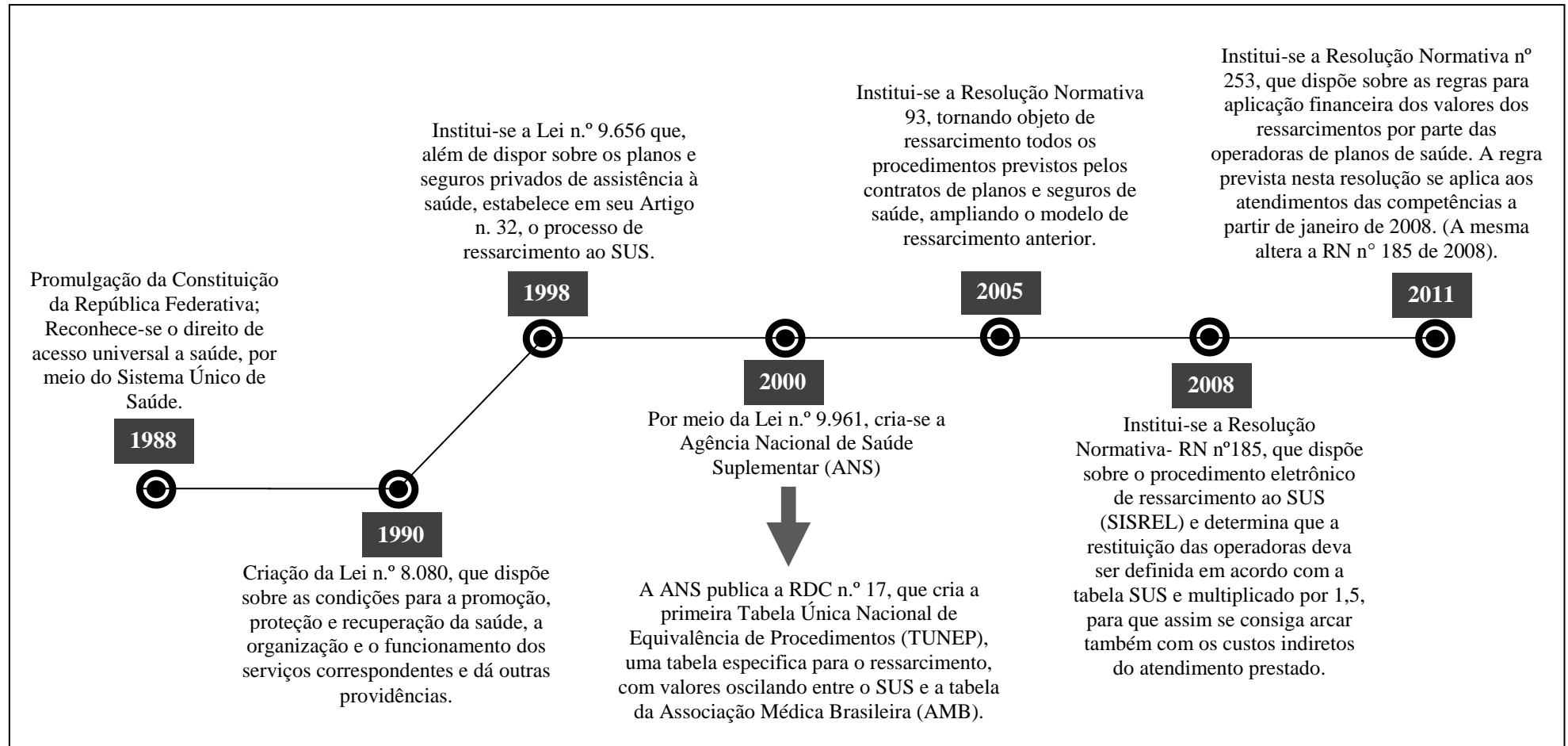
Figura 3 - Pilares do novo processo de ressarcimento ao SUS



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados da ANS.

Cabe ressaltar que apesar da instituição e da obrigatoriedade do uso do SISREL como novo mecanismo de cobrança do ressarcimento ao SUS, até a realização desta obra o sistema ainda não estava disponível.

Figura 4 – Linha do Tempo – Processo de implementação da Política do Ressarcimento ao SUS



Fonte: Elaboração própria, com base na CF de 1988, Lei n.º 8.080, Lei n.º 9.656, Resolução Normativa 93, Resolução Normativa- RN n.º185 e Resolução Normativa n.º 253.

4 METODOLOGIA

Este estudo foi realizado em duas etapas: a etapa inicial consistiu-se de uma revisão de literatura e a segunda etapa de um estudo descritivo de natureza quantitativa dos documentos oficiais disponibilizados na página oficial da Agência Nacional de Saúde Suplementar e na base de dados ANS TabNet. Não foi necessário a submissão deste trabalho ao Comitê de Ética em Pesquisa por tratar-se de dados secundários.

Realizou-se no decorrer do ano de 2013 uma revisão bibliográfica com o objetivo de embasar a discussão acerca da política do ressarcimento ao SUS. Foram utilizadas as bases de dados do acervo da Biblioteca Virtual da Agência Nacional de Saúde Suplementar, SciELO e Lilacs, utilizando os seguintes descritores: Ressarcimento ao SUS, Sistema Único de Saúde, Saúde Suplementar, Políticas Públicas, Legislação Sanitária, Planos de Pré-pagamento em Saúde, Reforma Sanitária Brasileira e Ressarcimento eletrônico. O período analisado foi de 1988 a 2013. Foram obtidas mais de 50 publicações, entre artigos e periódicos, dos quais 24 foram considerados relevantes para compor a revisão bibliográfica desta obra.

Seguem abaixo os dados levantados nas bases de dados da ANS

- Número de beneficiários de planos privados de saúde de Assistência médica e taxa de cobertura dos planos privados de saúde do Brasil
- Taxa de crescimento (%) do número de beneficiários
- Quantitativo de ocorrência de internações de beneficiários no SUS e valor total das AIH identificadas
- Número de internações de beneficiários do SUS por especialidade AIH
- Valor Cobrado das AIH e Valor das AIH pagas
- Valor Total das AIH, valor Cobrado das AIH e valor das AIH pagas,
- Procedimentos mais frequentes identificados no Sistema de Internações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) para beneficiários de Planos Privados de Saúde e os valores dos procedimentos, segundo regra de cobrança
- Receitas realizadas referentes às cobranças do ressarcimento
- Valores repassados provenientes do ressarcimento ao SUS
- Consolidado Geral do movimento financeiro do ressarcimento ao SUS
- Situação das impugnações das cobranças do ressarcimento ao SUS
- Operadoras inscritas em Dívida Ativa

Os dados coletados foram trabalhados utilizando-se o programa Excel 2013® e apresentados no formato de figura, gráficos e tabelas.

5 RESULTADOS

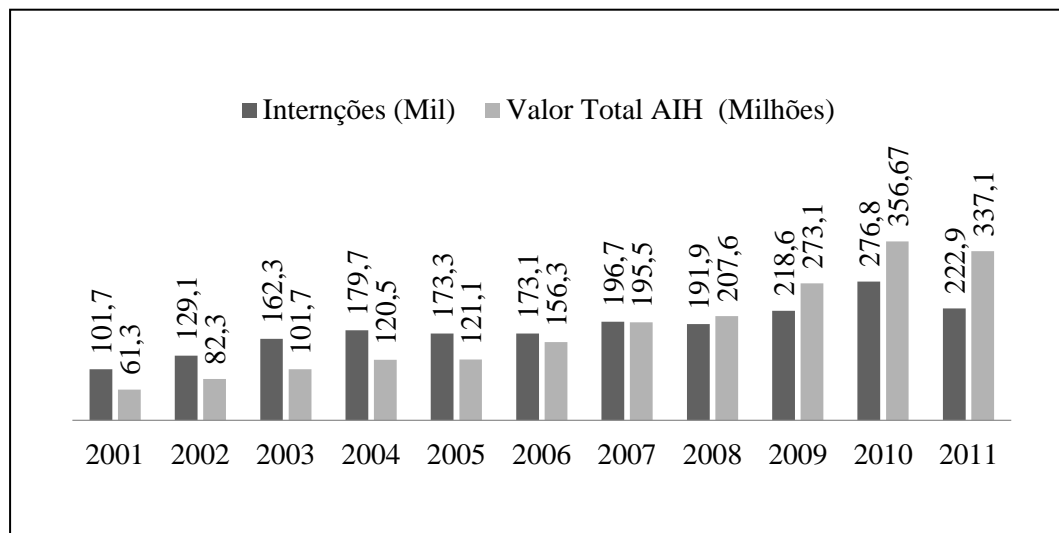
Os resultados desta pesquisa caracterizam o comportamento dos valores financeiros ligados ao ressarcimento ao SUS. As informações aqui expressas fundamentam-se nos dados disponibilizados pelos bancos de dados da ANS.

O processo do ressarcimento baseia-se na identificação dos beneficiários de planos de saúde privados que utilizaram o SUS.

O Gráfico 2 mostra que entre os anos de 2001 e 2011, em média, 184 mil internações de beneficiários de planos de saúde no SUS foram identificadas pela ANS. Os valores dessas internações oscilaram entre R\$ 61,3 milhões, em 2001, e R\$ 356,67 milhões, em 2010. É importante salientar que não há como estabelecer uma relação fixa entre o número de internações de beneficiários no SUS e o valor total das AIH identificadas, já que as especialidades das internações e o número de procedimentos realizados variam ano a ano.

Ressalta-se que o valor total das AIH não refere ao valor final cobrado, já que é realizada uma análise para identificar se de fato o procedimento deve ser ressarcido pela operadora ao SUS.

Gráfico 2 - Quantitativo de ocorrência de internações de beneficiários no SUS e valor total das AIH identificadas, durante o período de 2001 a 2011, Brasil



Fonte: SCI/ANS/MS- SGR/ANS/MS e SIB/ANS/MS

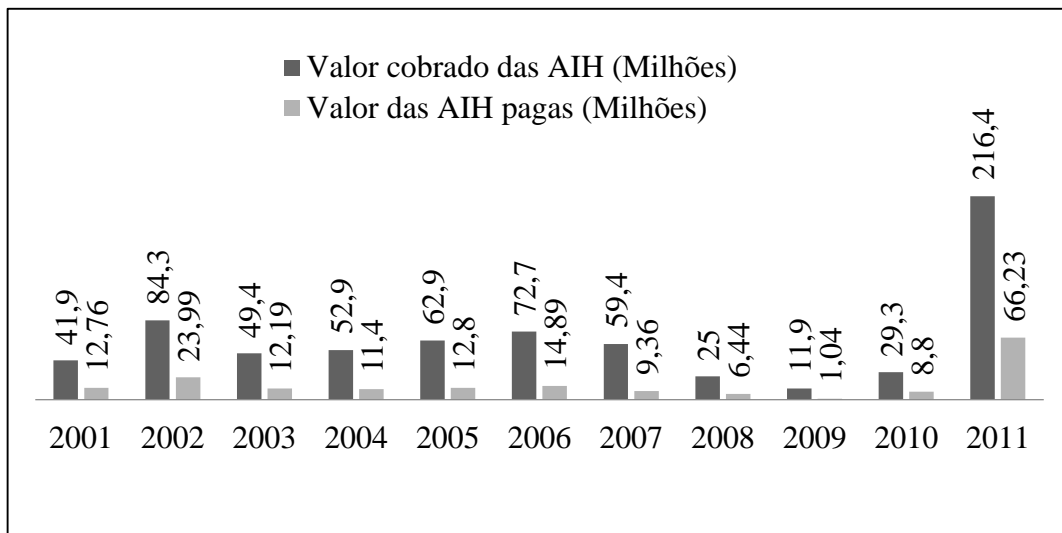
Nota: Os dados referem-se ao ano de identificação da cobrança e não da internação.

O valor cobrado das AIH corresponde ao total de AIH cobradas no processo de análise do ressarcimento ao SUS que não foram impugnadas ou indeferidas no processo de

impugnação; já o valor das AIH pagas refere-se ao valor recebido pela ANS como pagamento da cobrança realizada às operadoras. O Gráfico 2 revela que o ano de 2010 registrou a maior quantidade de internações identificadas (276,8 mil), assim como o maior valor total de AIH (R\$ 356,67 milhões); porém, o mesmo ano apresentou um dos menores valores de AIH cobradas e pagas, como demonstra o Gráfico 3.

Nota-se que, a partir do Gráfico 3, o ano de 2011 apresentou o maior valor cobrado das AIH (R\$ 216,4 milhões), mas se observa no mesmo gráfico que o pagamento das AIH no mesmo ano representou apenas 30% do valor total cobrado (R\$66,23 milhões). Entretanto, no que se refere ao pagamento das AIH pelas operadoras, o ano de 2011 apresentou o maior valor pago. O Gráfico 2 demonstra que, em 2001, foram identificadas os menores números de internações de beneficiários no SUS (107,7 mil). Ao se comparar o número de internações do de 2001 com o de 2011, percebe-se um aumento de 119%.

Gráfico 3 – Valor Cobrado das AIH e Valor das AIH pagas durante o período de 2001 a 2011, Brasil

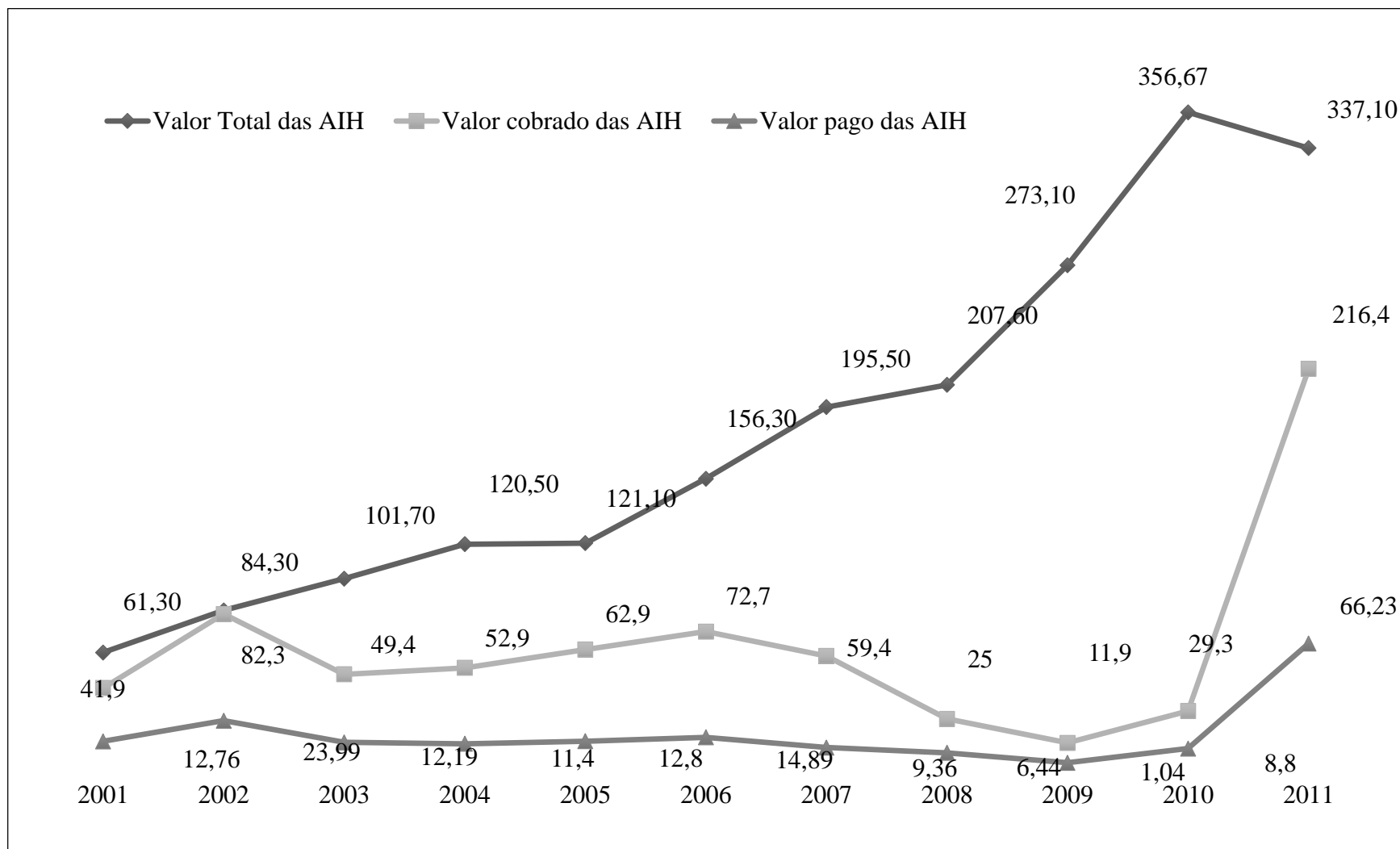


Fonte: SCI/ANS/MS- SGR/ANS/MS e SIB/ANS/MS

Nota: Os dados referem-se ao ano de vencimento e não da internação.

. Constata-se que no período de 2001 a 2002, o valor total das AIH se aproximava do valor cobrado; porém, houve um afastamento entre esses valores no decorrer dos anos seguintes. No entanto, observa-se uma tendência de aproximação nos últimos anos (2010-2011). Nota-se ainda que o comportamento da curva de pagamento sofre oscilações positivas (crescimento) e negativas (redução).

Gráfico 4 – Valor Total das AIH, valor Cobrado das AIH e valor das AIH pagas, durante o período de 2001 a 2011, Brasil (R\$ milhões)



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados das bases de dados SCI/ANS/MS- SGR/ANS/MS e SIB/ANS/MS

Nota-se que no início do período analisado não havia informações quanto à especialidade das internações, tendo, nos anos de 2001 e 2002, 100% das especialidades não especificadas. Observa-se que a partir de 2005 todas as especialidades das internações foram corretamente declaradas, tendo um pequeno aumento na ausência de precisão nos anos de 2008 a 2011, porém com pouca proporção se comparado às outras especialidades.

A Tabela 3 aponta um total de 2.026.881 AIH de beneficiários de planos privados de saúde no Brasil, entre 2001 e 2011. Os dados demonstram que cirurgia e clínica médica são as especialidades responsáveis pelos maiores números de internações. Já as especialidades de pacientes sob cuidados prolongados e reabilitação apresentam a menor quantidade de internações nos anos analisados; apesar de a especialidade de reabilitação ser um componente pouco expressivo, esta apresentou um dos maiores crescimento ao longo dos anos.

Tabela 3 - Número de internações de beneficiários do SUS por especialidade AIH, durante o período de 2001 a 2011, Brasil

Especialidade AIH	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Cirurgia	0	0	9.230	14.524	64.344	70.140	76.690	73.576	82.026	103.882	87.645
Obstetrícia	0	0	5.821	9.560	34.054	29.508	37.766	33.045	39.783	49.862	36.619
Clínica Médica	0	0	8.560	13.067	45.371	45.231	47.536	52.568	59.694	74.444	63.246
Pacientes sob cuidados prolongado	0	0	120	158	882	529	422	432	379	574	582
Psiquiatria	0	0	1.677	2.507	11.022	8.231	8.055	7.108	6.746	8.009	7.487
Tisiologia	0	0	25	42	173	138	110	108	145	144	128
Pediatria	0	0	2.809	4.337	15.835	17.354	23.084	20.908	24.340	32.073	19.853
Reabilitação	0	0	18	31	254	1.043	1.333	798	1.601	2.304	1.934
Psiquiatria em hospital dia	0	0	160	241	1.394	1.533	1.729	830	1.194	2.246	2.425
Não informado	101.747	129.087	133.886	135.213	0	0	0	2.511	2.714	3.312	3.025
TOTAL	101.747	129.087	162.306	179.680	173.329	173.707	196.725	191.884	218.622	276.850	222.944

Fonte: SCI/ANS/MS- SGR/ANS/MS

Tabela 4 – Procedimentos mais frequentes identificados no Sistema de Internações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) para beneficiários de Planos Privados de Saúde e os valores dos procedimentos, segundo regra de cobrança, durante o período de 2001 a 2011, Brasil

Código/ Procedimento	Valor (SUS)	Valor (TUNEP)	Valor (IVR)
74300270- Entero Infecções	787,29	1.956,35	1.180,93
77300050- Insuficiência Cardíaca	635,87	1.221,68	953,80
76500063- Pneumonia em adulto	554,69	610,42	832,03
35009012- Cesariana	545,73	1.445,75	818,59
76300102- Crise Asmática	437,10	610,26	655,65
35001011- Parto Normal	403,9	973,9	605,85
35014016- Curetagem Pós- aborto	171,07	391,85	256,60

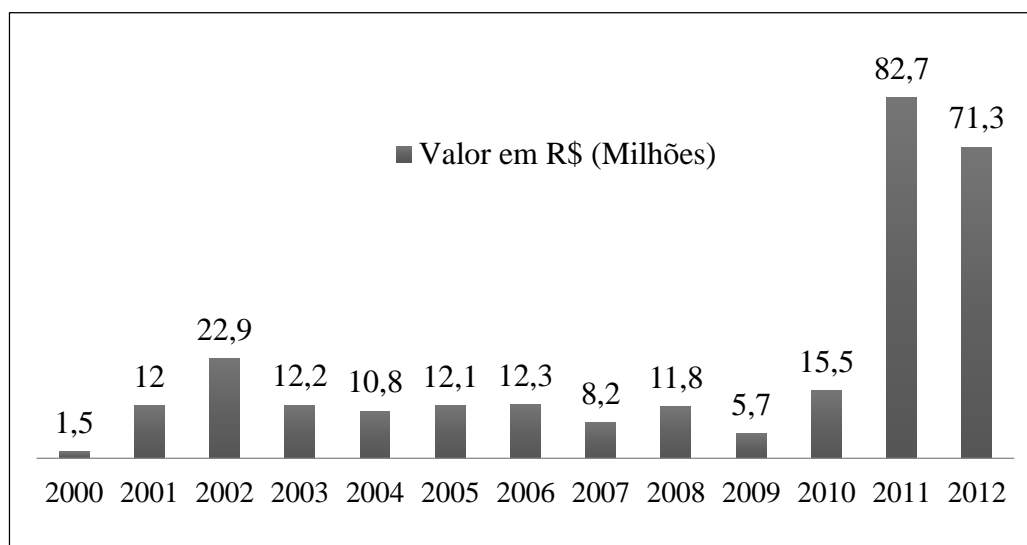
Fonte: SCI/ANS/MS- SGR/ANS/MS e SIB/ANS/MS

A Tabela 4 demonstra os procedimentos mais frequentes identificados no sistema de internações hospitalares do SUS utilizados por beneficiários de planos privados de saúde, segundo regra de cobrança. Observa-se que os valores cobrados às operadoras são sempre superiores aos valores reembolsados pelo SUS em cada procedimento.

De acordo com a Resolução Normativa Nº 253, de 2011, da ANS, as regras para aplicação financeira dos valores do ressarcimento por parte das operadoras de planos de saúde serão definidas em acordo com a tabela SUS e multiplicado por 1,5, para que assim se consiga arcar também com os custos indiretos do atendimento prestado. Ressalta-se que esta regra se aplica aos atendimentos das competências a partir de janeiro de 2008; os procedimentos e internações realizadas anteriormente ainda serão cobrados com base na TUNEP.

Observa-se uma redução dos valores cobrados para a maioria dos procedimentos selecionados ao se comparar os valores cobrados de acordo com a TUNEP e os com base no IVR, oscilando entre 27% (insuficiência cardíaca) e 76% (cesariana). Em dois procedimentos selecionados, houve aumento do valor cobrado: pneumonia em adulto (27%) e crise asmática (7%).

Gráfico 5 – Receitas realizadas referentes às cobranças do ressarcimento, durante o período de 2000 a 2012, Brasil

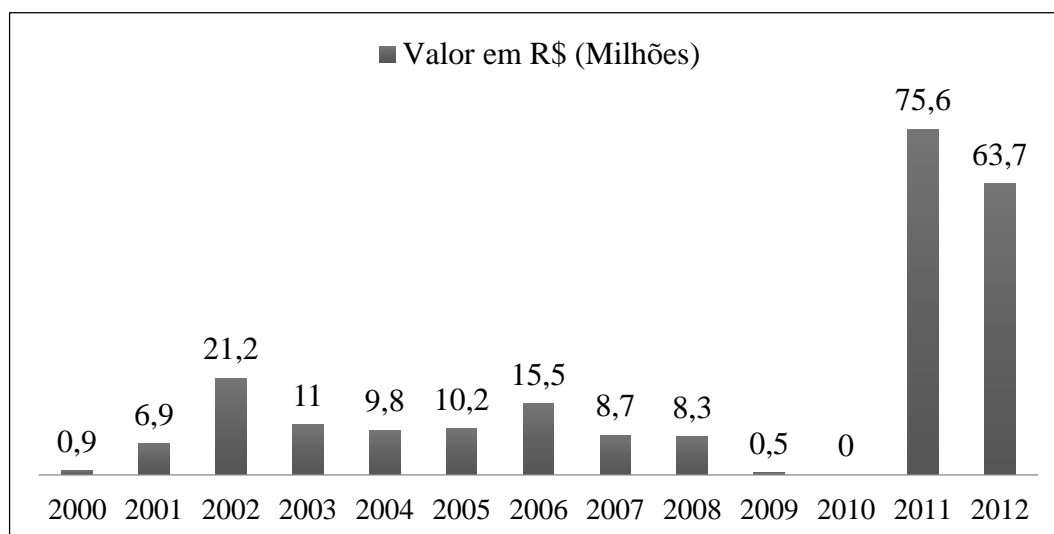


Fonte: Foco Saúde Suplementar, ANS Março/2013.

Notas: 1. Refere-se ao ano de pagamento das GRU e não das internações. 2. Os valores incluem juros e multas.

O Gráfico 5 traz informação sobre as receitas realizadas pela ANS referentes às cobranças do ressarcimento. Entre os anos de 2000 e 2012, o total de receita realizada foi de R\$ 290,8 milhões. Verifica-se certa constância de valores nas receitas realizadas entre os anos de 2003 e 2008. Nota-se que os anos de 2011 e 2012 apresentaram os maiores valores, sendo respectivamente R\$ 82,7 milhões e R\$ 71,3 milhões. Houve um aumento de aproximadamente 50 vezes nas receitas realizadas, ao comparar o ano de 2000 com o último ano analisado (2012).

Gráfico 6 – Valores repassados provenientes do Ressarcimento ao SUS durante o período de 2000 a 2012, Brasil



Fonte: Caderno Foco Saúde Suplementar, ANS Março/2013.

Notas: 1. Refere-se ao ano de pagamento de repasse. 2. Os valores incluem juros e multas

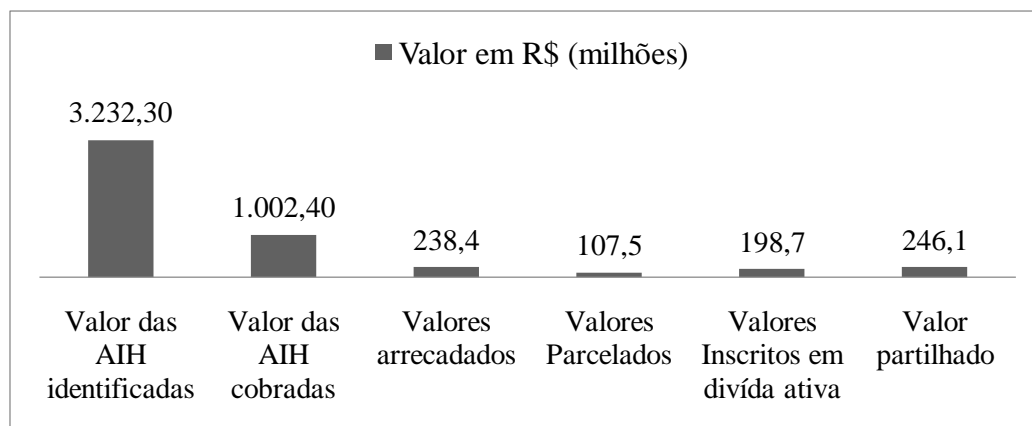
Com o Gráfico 6, observa-se que no ano de 2010 não ocorreram repasses para o SUS, apesar de a receita realizada no mesmo ano ter chegado a R\$ 15,5 milhões, como aponta o Gráfico 5. Esse movimento inverso pode ser explicado por razões operacionais, ou seja, nem todo valor que dá entrada como receita reúne condições operacionais de ser repassado no exato momento em que se transforma em receita para a ANS.

O Gráfico 7 traz o resumo financeiro do ressarcimento ao SUS desde a criação da ANS. Nesse período, foram arrecadados R\$ 238,4 milhões, representando menos de 25% do valor das AIH cobradas (R\$1.002,40 milhões) no mesmo período.

Até 2013, foram partilhados R\$ 246,1 milhões referentes ao ressarcimento. É importante salientar que atualmente os valores arrecadados não são repartidos por unidades federativas, mas creditados no Fundo Nacional de Saúde, como disposto no art. 5 da Lei 12.469, de 26 de Agosto de 2011.

Ao se analisar os dados dos Gráficos 7, observa-se que foram cobrados no período de 2000 a 2013 um total de R\$1.002,4 milhões, sendo pagos R\$238,4 milhões e parcelados R\$107,5 milhões, totalizando R\$345,9 milhões. Em relação ao valor inscrito em dívida ativa, o mesmo período apresentou o valor de R\$198,7 milhões. Do total que deveria ser pago (R\$1.002,40 milhões), apenas R\$444,6 milhões foram de fato cobrados e apenas R\$238,4 milhões foram pagos, ressaltando que R\$107,5 milhões estão processo de pagamento.

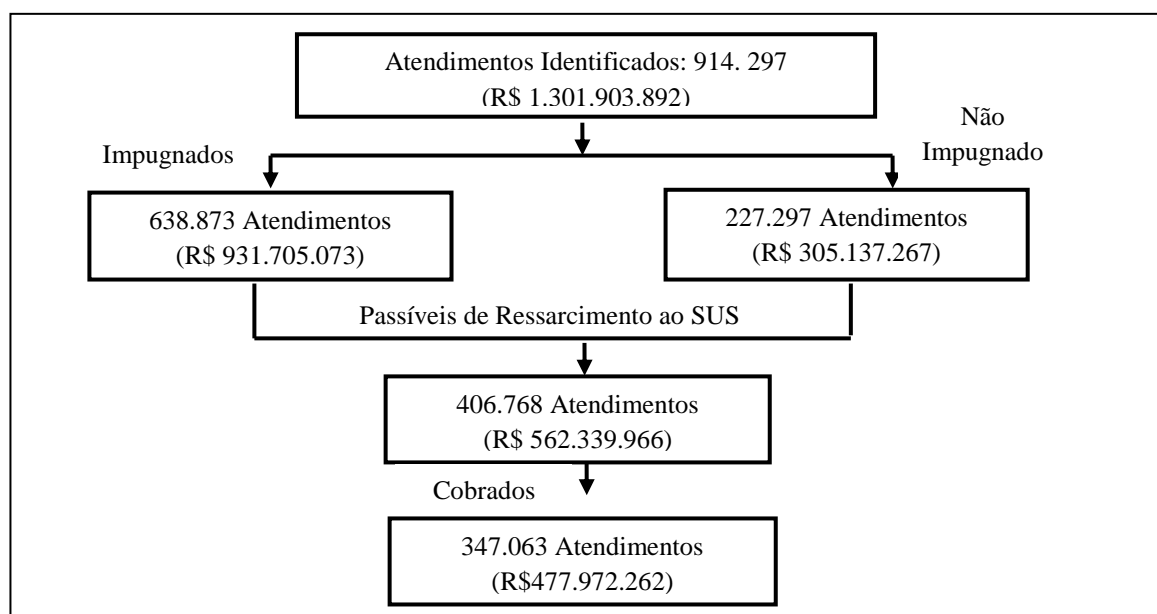
Gráfico 7 - Consolidado geral do movimento financeiro do ressarcimento ao SUS, durante o período de 2000 a junho de 2013, em R\$ (milhões), Brasil



Fonte: Caderno Foco Saúde Suplementar, ANS Março/2013.

A Figura 4 demonstra a situação das impugnações, durante o período de 2000 a 2005, visto que não foi possível desenvolver um panorama mais atual por falta de disponibilidade dos dados. Ressalta-se que os valores declarados podem ter sofrido alterações no decorrer dos anos, porém a Figura 6 trará embasamento para se compreender o cenário das impugnações referente ao ressarcimento.

Figura 5 - Situação das impugnações das cobranças, durante o período de 2000 a 2005, Brasil



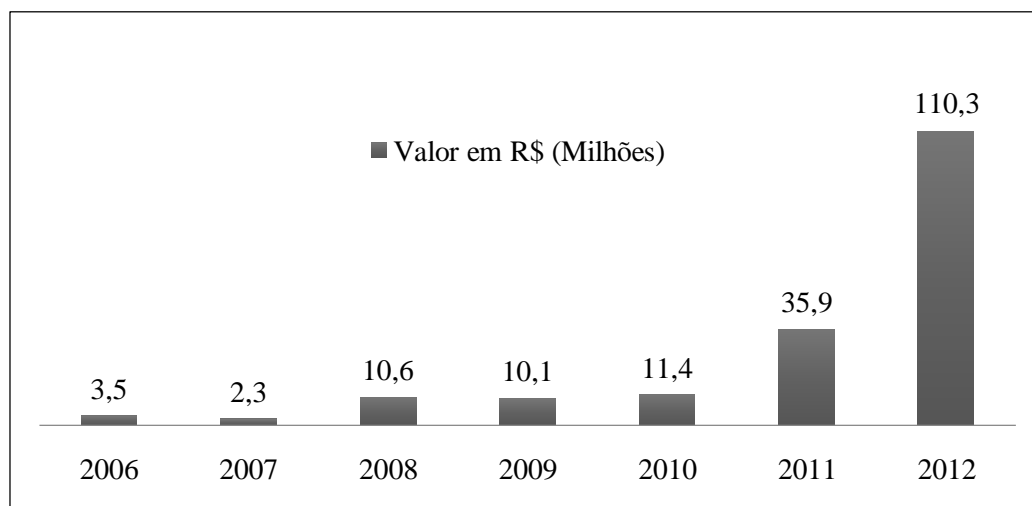
Fonte: Elaboração própria com base no Caderno de Informação de Ressarcimento e Integração com o SUS, ANS Dezembro/2006.

Observa-se a partir da Figura 4, que dos 914.297 mil atendimentos identificados, apenas 347.063 mil reuniram condições operacionais para cobrança, o que representa menos de 40%.

O Gráfico 8 apresenta dados sobre o processo de inscrição das operadoras de planos privados de saúde em dívida ativa. No período de 2006 a 2012, quase R\$ 200 milhões foram encaminhados para inscrição em dívida. Em 2012, segundo dados disponibilizados pela ANS, 575 operadoras de saúde foram inscritas no CADIN; o mesmo ano apresentou um valor total de R\$ 110,3 milhões inscritos em dívida ativa.

Nota-se que o ano de 2012 apresentou o maior crescimento. Essa tendência pode ser explicada pelo aperfeiçoamento do processo de identificação e monitoramentos realizado pela ANS às operadoras de saúde. Observa-se que o mesmo ano (2012) apresentou melhora nas diversas variáveis apresentadas nesta obra.

Gráfico 8 – Inscrição das operadoras de planos privados de saúde em Dívida Ativa, durante o período de 2006 a 2012, Brasil



Fonte: Caderno Foco Saúde Suplementar, ANS Março/2013.

Nota: Refere-se ao ano de inscrição e não das internações.

6 DISCUSSÃO

A Lei 9.656/98 trouxe inovações positivas no que se refere à regulação do mercado suplementar no país, entretanto, fez surgir diversas lacunas a serem superadas. O art. 32 que institui a cobrança do ressarcimento ao SUS é sem dúvida uma das lacunas da presente lei.

Observa-se a partir do Gráfico 7 que do total cobrado referente ao ressarcimento no período de 2000 a 2013 (R\$1.002,40 milhões) apenas R\$238,4 milhões foram pagos. Nota-se que o valor arrecadado fica muito aquém do valor cobrado, logo, percebe-se que a cobrança ainda não é efetiva.

Por diversas vezes, a cobrança do ressarcimento ao SUS foi judicialmente contestada, inclusive por meio de uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (Adin), de nº 1931-8/98, proposta pela Confederação Nacional de Saúde. Os autores da ação alegaram que com o texto do Artigo 32 da Lei 9.656/98, o Estado expunha a intenção de transferir para a iniciativa privada o ônus de assegurar saúde para todos, além de configurar uma violação da garantia constitucional da livre iniciativa no sistema de saúde pelas operadoras de planos e seguros. Ainda argumentaram que o ressarcimento teria caráter tributário, ou seja, se trataria de uma fonte destinada a garantir a manutenção ou expansão da seguridade social. Assim sendo, violaria o § 4º do Art. 195, combinado com o Art. 154, ambos da Constituição Federal, que exige lei complementar para tal fim, e não lei ordinária e medidas provisórias, como a que institui o ressarcimento.

Garfinkel (2006) alinha-se à argumentação da Confederação Nacional, ao arguir que o art. 32 não foi previsto no art. 153 da Constituição Federal; assim, ele só poderia ser instituído mediante lei complementar e como a Lei 9.656/1998 foi instituída por lei ordinária o imposto do art. 32 seria inconstitucional.

Frente a tais arguições, a ANS defendeu a tese da constitucionalidade do ressarcimento ao SUS e alegou que o referido instituto em nada compromete o atendimento universal estabelecido na CF de 1988, já que não altera a relação entre o cidadão e o Estado, mas sim cria uma relação obrigacional entre o Estado e as operadoras. Afirmou ainda que o ressarcimento ao SUS trata-se de uma obrigação civil, destinada à recomposição do erário, de caráter indenizatório, decorrente do enriquecimento sem causa a ser experimentado pelas operadoras no caso do não cumprimento dos termos contratuais ao auferirem valores sem a correspondente contraprestação no custeio dos procedimentos realizados, já que na prática os custeios estão sendo suportados pelo Estado (BRASIL, 2011)

Diante das alegações das partes, o Supremo Tribunal Federal (STF) rejeitou a alegação da inconstitucionalidade formal da norma e passou a posicionar-se no sentido de considerar ressarcimento como tendo natureza civil e não tributária, como imposta pela Confederação Nacional de Saúde. Perante tal decisão, a jurisprudência do STF passa a ser pacífica quanto à constitucionalidade da cobrança, como demonstra a Ação Cautelar 200251010097126:

AGRAVO INTERNO. RESSARCIMENTO AO SUS. INSCRIÇÃO NO CADIN. I (...) III - Há de se destacar, todavia, que tal questão já foi devidamente conhecida pelo STJ, o qual decidiu que o ressarcimento devido pelas operadoras de planos de saúde à Agência Nacional de Saúde Suplementar, em decorrência de atendimentos a beneficiários de seus planos pelo Sistema Único de Saúde, tem natureza indenizatória, não se considerando débito referente a "preços de serviços públicos ou a operações financeiras que não envolvam recursos orçamentários", para fins do art. 2º, § 8º, da Lei 10.522/02. IV- Agravo Interno improvido. (BRASIL, 2011).

Surge, nesse contexto, outro questionamento judicial: o prazo prescricional das dívidas provenientes das cobranças feitas pela a ANS referente ao ressarcimento. As operadoras passam a sustentar, após a alegação do STF, a lógica de que se o ressarcimento ao SUS tem caráter indenizatório, deve-se aplicar o prazo prescricional de três anos previsto no art. 206, § 3º, IV do Código Civil e não o prazo de cinco anos determinado pela ANS (CONDE, 2004).

Reis (2007) alega que a aplicação dessa regra do art. 206, § 3º, IV do Código Civil somente seria possível se fosse desconsiderada a força jurídica autônoma do art. 32 da Lei nº 9.656/98, criadora da obrigação, logo, o ressarcimento legal ao SUS não se confunde com uma pretensão de ressarcimento por enriquecimento sem causa, inaplicável, portanto, o prazo do art. 206, § 3º, IV, do Código Civil. Contrário a essa posição, a juíza federal Tania Lika Takeuchi, substituta da 6ª Vara Federal Cível em São Paulo/SP foi favorável à alegação da operadora, determinando assim a prescrição da dívida após três anos:

Uma vez que o termo inicial é a data do atendimento prestado pelo SUS, é evidente a prescrição da pretensão estatal no caso concreto. Nos atendimentos prestados até 12/2007, a notificação da autora só poderia ter ocorrido validamente até 12/2010. Uma vez que o poder público deixou de exercer seu direito no prazo legal, forçoso o reconhecimento da prescrição”, concluiu a magistrada. Cabe recurso da decisão. (BRASIL, 2012).

Diante disso observa-se que os dados disponibilizados pela ANS referem-se sempre ao ano de identificação e não ao ano de internação/procedimento, o que se pode deduzir que a ANS encontra empecilhos no processo de identificação dos procedimentos e internações de beneficiários no SUS. Infere-se que essas falhas operacionais resultam em um maior número de dívidas prescritas, já que o tempo que a ANS leva para identificar os beneficiários faz com que a notificação emitida pela ANS seja tardia. É notório que atualmente o fator tempo é sempre favorável às operadoras de saúde, já que toda a fase do processo acaba por não efetivar o ressarcimento ao SUS. Portanto, apesar da decisão do Poder Legislativo reafirmado pelo Poder Judiciário a favor da legalidade do ressarcimento ao SUS, a ANS ainda não despande esforços suficientes para a efetivação deste mecanismo que visa sanar o indevido uso de recursos públicos pelos planos de saúde privados.

A questão da prescrição das dívidas ainda é um tema que gera distintas opiniões no âmbito jurídico, não podendo assim, nesse momento, esgotá-la. Percebe-se que o processo do ressarcimento mostrou-se uma tarefa mais difícil do que o imaginado, já que por se tratar de um processo administrativo o mesmo exige a observância de princípios constitucionais. Dessa forma, todos esses princípios se materializam em um processo com diversas fases de impugnações, instruções e recursos, o que conseqüentemente resulta em um processo moroso e muitas vezes ineficiente (GOUVEIA, 2004).

Ainda no âmbito judicial, destaca-se outro tema responsável por um grande número de ações judiciais: a regra de cobrança dos valores do ressarcimento. Atualmente a RN N° 253 de 2011 dispõe sobre a regra de cobrança acerca do ressarcimento (IVR). Nota-se que os valores cobrados às operadoras não seguem a lógica dos valores pagos pelo SUS aos seus conveniados, mas sim por um valor diferenciado. Anteriormente a instituição do IVR, a cobrança era feita com base na TUNEP, uma tabela específica com valores oscilando entre o SUS e a tabela da Associação Médica Brasileira (AMB). Como já enfatizado nesta obra, as cobranças realizadas até o ano de 2008 ainda segue a regra de cobrança com base na TUNEP.

A Tabela 4 demonstrou que ao comparar os valores cobrados por procedimentos, segundo regra de cobrança (TUNEP/IVR), há uma redução na maioria dos valores cobrados com base no IVR, oscilando entre 27% (insuficiência cardíaca) e 76% (cesariana). Pode inferir-se que a ANS instituiu o IVR como uma medida para reverter o grande número de ações judiciais movidas pelas operadoras, entretanto, observa-se na mesma tabela que os valores gastos pelo SUS são sempre inferiores aos valores cobrados pela ANS às operadoras. Para Bahia & Vianna (2002), as regras para cobrança propostas pela ANS somam para dificultar a implantação do ressarcimento ao SUS. Porém há de destacar, nesse contexto, que se os

valores cobrados pela a ANS seguirem a Tabela SUS, as operadoras se beneficiariam de tal medida em razão de, ressarcindo os atendimentos de seus beneficiários pelos valores SUS, se desonerariam dos custos indiretos associados aos atendimentos hospitalares (instalações, recursos humanos), que teriam de suportar caso esses atendimentos fossem diretamente prestados por elas.

É evidente que as ações judiciais resultam em atraso do processo de arrecadação do ressarcimento pela ANS, e assim contribuem para as falhas no processo de cobrança. Porém, Gerschman (2008) defende que as ações judiciais movidas pelas operadoras contra as cobranças da ANS não são o único fator responsável pela ineficiência do processo de ressarcimento, ele aponta o mau desempenho da ANS no processo de identificação e cobrança dos procedimentos como um fator determinante no resultado final do processo.

As impugnações também comprometem a efetividade do ressarcimento ao SUS, já que se percebe, a partir da Figura 4, que não há um filtro eficiente de identificação de atendimentos, visto que muitos são impugnados durante o processo, logo, isso resulta em desperdício de tempo e de recursos humanos.

Dessa forma, destacam-se as ações que visam melhorar o procedimento de identificação dos beneficiários no SUS: O SISREL e o Cartão Nacional de Saúde (CNS). Como já discorrido nesta obra, o SISREL trata-se de uma solução informatizada desenvolvida pela ANS capaz de tornar o processo de ressarcimento mais rápido, barato e eficaz, mas como já enfatizado, até o momento o mesmo ainda não está disponível para uso.

A Portaria MS/GM nº 940, de 28 de Abril de 2011, regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde, que é uma base de dados nacional que permite a identificação dos usuários dos serviços de saúde suplementar (planos de saúde/convênio) e do Sistema Único de Saúde.

Segundo a ANS, o uso do CNS por todos os cidadãos brasileiros é uma estratégia para integrar os cadastros do SUS e da Saúde Suplementar, proporcionando melhorias na gestão da saúde no país, como o ressarcimento ao SUS pelos atendimentos prestados na rede pública a beneficiários de planos de saúde. Para o cidadão, o número do cartão possibilitará o registro eletrônico único nas bases de dados dos hospitais públicos e privados, bem como nos planos de saúde. A RN Nº 250 de 2011 obriga as operadoras de planos de saúde a informar à ANS os números do Cartão Nacional de seus beneficiários, além de estabelecer que nenhum beneficiário de plano de saúde poderá ter seu atendimento negado por parte dos prestadores de serviços caso não esteja de posse do Cartão. Da mesma forma, nenhum beneficiário poderá ter seu plano de saúde cancelado devido à ausência do número do CNS. É evidente que o uso

deste possibilitará uma aceleração na devolução dos valores ao SUS, mas também proporciona ao usuário, seja do plano privado de saúde ou do SUS, uma continuidade na assistência.

Muitos são os questionamentos acerca do ressarcimento, não podendo apontar assim um único fator como responsável pela sua baixa arrecadação. Porém, observa-se um aumento na receita do ressarcimento nos últimos anos. O Gráfico 6 demonstrou que em 2011 e 2012 houve um crescimento substancial do ressarcimento ao SUS, o que representou um total maior do que a somatório de todos os demais anos desde da criação da ANS (2000-2010). Esse crescimento pode estar relacionado às ações organizativas desenvolvidas a partir do levantamento das pendências existentes do fluxo operacional do ressarcimento ao SUS, dos recursos logísticos, humanos e tecnológicos existentes realizados no final de 2009 pelos então gestores responsáveis por essa área.

Segundo informações disponibilizadas em 2011 no *Site* institucional da ANS¹, foram tomadas as seguintes medidas: 1) contratação de 89 servidores temporários para tratar o passivo existente pendente de análise e demais atos pertinentes ao fluxo de trabalho do ressarcimento ao SUS (a equipe continha apenas 30 pessoas, entre servidores efetivos e colaboradores de contratos de terceirização); 2) padronização dos procedimentos de forma a consolidar, homogeneizar e padronizar entendimentos e rotinas em manuais, os quais serão anualmente reeditados para que estejam sempre atualizados frente à legislação vigente; 3) reorganização de local e de estrutura com reforma e ampliação da área física e de arquivos; 4) criação da Gerência-Geral de Ressarcimento ao SUS, na qual se inseriu a Gerência de Ressarcimento ao SUS e demais equipes do Arquivo, Protocolo, Análise de 1ª e 2ª instâncias, recolhimento e sistemas; 5) melhoria do parque de equipamentos de informática e dos sistemas de informação, de modo a simplificar e viabilizar as tarefas, aumentar o controle, a gestão e a produtividade do processo; 6) elaboração de nova metodologia para valoração do ressarcimento, com vistas à simplificação e transparência das cobranças e homogeneização de critérios; 7) estudo preliminar do ressarcimento de autorizações de procedimentos ambulatoriais (Apac) para futura operacionalização; 8) melhoria dos algoritmos de identificação de atendimentos passíveis de ressarcimento; 9) consolidação e atualização de normativos; 10) implementação do atendimento a operadoras de plano de saúde; 11) organização dos processos de parcelamento e providências para o encaminhamento daqueles sem pagamento para a inscrição em Dívida Ativa e 12) organização de arquivo e protocolo

¹ Texto “Ressarcimento ao SUS”, publicado em 02 de Fevereiro de 2011, disponível em: <http://www.ans.gov.br/a-ans/sala-de-noticias-ans/integracao-com-o-sus/317-ressarcimento-ao-sus>

para tratamento do extenso volume de documentos. Percebe-se que este cenário descrito acima explica o decréscimo dos valores dos anos de 2009 e 2010, seguidos de um aumento nos anos seguintes, demonstrados nos Gráficos 5 e 6.

Nota-se uma melhora no empenho da ANS no que refere-se à arrecadação dos valores ligados ao presente processo de cobrança, porém, é importante compreender o ressarcimento SUS não caracteriza uma segunda fonte de financiamento ao SUS, mas sim é uma medida para inibir o enriquecimento sem causa das operadoras de planos privados. Assim, o aumento na identificação realizado pela ANS demonstra uma melhora no que diz respeito à operacionalidade do processo, mas em contrapartida caracteriza a política do ressarcimento como ineficiente, já que se a política do ressarcimento ao SUS tem como proposta inibir o uso inapropriado de beneficiários de planos privados no SUS, o crescimento das identificações demonstra o inverso da proposta do referido processo. Porém, uma limitação deste estudo se encontra na falta de informações sobre o real valor das AIH geradas por ano, para que assim houvesse subsídios para se construir um série histórica capaz de revelar se de fato está havendo um crescimento do uso de beneficiários no SUS, ou se o aumento identificado refere-se as AIH de anos anteriores.

7 CONCLUSÃO

Das reflexões desenvolvidas no presente trabalho, percebe-se que a política do ressarcimento caracteriza uma estratégia de integração e articulação entre o SUS e a saúde suplementar, tendo esse tema grande importância no cenário da saúde coletiva. Verificou-se que a implementação do ressarcimento ao SUS ainda é falha, tendo o mesmo arrecadado desde sua implantação apenas R\$ 238,4 milhões dos R\$ 1.002,40 milhões cobrados, o que representa menos de 25% do valor cobrado.

Observou-se que diversos são os fatores que limitam a efetividade da política do ressarcimento, estando esses fatores dispostos tanto no âmbito jurídico, quanto no âmbito institucional e operacional. Assim, é imprescindível rever o processo de ressarcimento e estabelecer novas metodologias que visem aperfeiçoar do mesmo. É importante ressaltar que a ANS já depende de um novo processo de otimização de resultados: o Sisrel. O mesmo caracteriza uma ferramenta de otimização do processo com um baixo custo e maior efetividade, porém previsto desde de 2008, o mesmo ainda não foi disponibilizado para uso. Nesse contexto observa-se uma tímida articulação da ANS para potencializar o ressarcimento, já que a mesma possui subsídios tecnológicos para aperfeiçoar o processo, e mesmo assim não o faz.

O presente estudo representou um avanço nessa temática, já que foi possível construir uma série histórica acerca da arrecadação do ressarcimento ao SUS e delimitar os principais fatores que contribuem para a ineficiência do presente processo. Porém, por falta de disponibilidade de dados, não foi possível identificar se está ocorrendo um aumento no crescimento do uso de beneficiários no SUS. Diante desta lacuna, se faz necessário um estudo futuro, com o intuito de quantificar a identificação de AIH de beneficiários no SUS anualmente, para assim estabelecer a efetividade ou não da presente política.

Por fim, observa-se que o ressarcimento ao SUS é uma importante ferramenta de regulação a serviço da saúde suplementar e do SUS, já que trata-se de uma grande fonte de informações para a regulação da saúde suplementar, para a organização do sistema público e, também, para a gestão dos planos de saúde. Porém é importante ressaltar que o ressarcimento não representa uma fonte de financiamento ao SUS, mas sim se trata de uma política com o objetivo de inibir o enriquecimento sem causa das operadoras de planos privados de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIOLI, G.G. *A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado*. São Paulo: Hucitec, 2006.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação de Ressarcimento e Integração com o SUS. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em:<
http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoess/Caderno_Ressarcimento_dez_2006.pdf.>
Acesso em: 10 jun. 2013.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Instrução Normativa N° 37, de 09 de Junho de 2009.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Instrução Normativa N° 57, de 05 de maio de 2011.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa N° 93 de 18 de Março de 2005.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa 185, de 30 de dezembro de 2008.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa N° 253, de 05 de maio de 2011.

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: 20 jun. 2013.

AZEVEDO, M. V. R. Escolaridade versus conhecimento dos direitos e deveres dos usuários do SUS: Contribuição do Serviço Social no âmbito do hospital Monsenhor Walfredo Gurgel/ Pronto Socorro Clóvis Sarinho. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do

Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Sociais aplicadas. Departamento de Serviço Social. Natal, 2012.

BAHIA. L. *Padrões e Mudanças no Financiamento e Regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o Público e Privado*. Rio de Janeiro: Saúde e Sociedade v.14, n.2, p.9-30, 2005.

BAHIA, L.; VIANA. A. L. **Regulação e saúde** - estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro:ANS/Ministério da Saúde, 2002. (Nota sobre a regulação dos planos de saúde de empresas no Brasil. Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n.76).

BRASIL. Código Civil. Lei nº 10406, de 10 de janeiro de 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Saúde Suplementar/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Coleção Progestores: Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

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

BRASIL. Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 jan. 2000.

BRASIL. Lei 12.469, de 26 de agosto de 2011. Altera os valores constantes da tabela do Imposto sobre a Renda da Pessoa Física. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar Integração do setor de saúde suplementar ao sistema de saúde brasileiro / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar - Rio de Janeiro: ANS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM Nº 940, de 28 de Abril de 2011.

BRASIL. Tribunal Federal Regional da 2ª Região. Ação Cautelar Nº 200251010097126. Página: 299. 2011. Disponível em <<http://trf-2.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/20148048/apelacao-civel-ac-200251010097126-rj>> 20025101009712-6> Acesso em: 25 out. 2013.

BRASIL. Tribunal Federal Regional da 6ª Região. Ação Cautelar Nº 0014298-25.2011.403.6100. Página: 6. 2012. Disponível em <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/30261331/pg-249-judicial-i-capital-sp-tribunal-regional-federal-da-3-regiao-trf-3-de-05-09-2011>> Acesso em: 10 nov. 2013.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: Elementos para o Debate. In: Saúde e Serviço Social BRAVO, M. I. S et alli (Orgs). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

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, N. R.; CASTRO, A. J. W. *O Regime Regulatório e a Estrutura do Mercado de Planos de Assistência à Saúde no Brasil*. In: MONTONE, J.; CASTRO, A. J. W. 2004.

CUNHA, Paulo César Melo da. O Parcelamento de Crédito Fiscal como Instrumento de Regulação. **Revista Diálogo Jurídico**, Salvador, CAJ - Centro de Atualização Jurídica, nº. 14, junho/agosto, 2002. Disponível na Internet: <http://www.direitopublico.com.br/pdf_14/DIALOGO-JURIDICO-14-JUNHO-AGOSTO-2002-PAULO-CESAR-MELO-CUNHA.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2013.

DUARTE, M.C.R. A assistência suplementar no Brasil: história e características da cooperativa de trabalho Unimed In: NEGRI, B.; GIOVANNI, G. *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: Unicamp, 2001.

FREITAS, M. A. **A avaliação da efetividade da política do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde**. 2011. 96 f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getulio Vargas, São Paulo, 2011.

GARFINKEL, Ana. Natureza Jurídica da obrigação de ressarcimento dos planos de saúde ao Sistema Único de Saúde- SUS. *Revista Direito GV*. São Paulo, 2012.

GERSCHMAN, Silvia. Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Européia e Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008.

GOUVEIA, M. T. C. S. **O Modelo de Agência Reguladora e a ANS: construção do regime regulatório na saúde suplementar**. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2004.

MONTONE, J.; CASTRO, A. J. W. (orgs). *Regulação e Saúde: documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003*. Tomo 1. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde / Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2004.

NETO, Antonio Joaquim Fernandes Neto. Plano de Saúde e Direito do Consumidor. Belo Horizonte: Ed. Del Rey, 2002.

OCKÉ-REIS, C. O. **Renúncia de arrecadação fiscal em saúde: a experiência institucional da Austrália, Brasil, Canadá e Estados Unidos**. Rio de Janeiro: IPEA, 2013.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. (org.) *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro, 1993.

REIS, O. M. L. S. **O Ressarcimento ao SUS pelas Operadoras de Planos de Saúde: uma abordagem acerca do fundamento jurídico da cobrança**. Dissertação de Mestrado. Departamento de Direito da Universidade Federal de Viçosa. Rio de Janeiro: 2007.

SANTOS, Isabela Soares. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011, vol.16, n.6, pp. 2743-2752. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600013>.

SANTOS, Isabela Soares; UGA, Maria Alicia Dominguez and PORTO, Silvia Marta. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2008, vol.13, n.5, pp. 1431-1440. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000500009>.

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. 115f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

SECCHIN, L. B. de M. *Ressarcimento ao SUS e os Principais Conceitos.* Rio de Janeiro: [s.n.], set. 2010.