



# estudo técnico



Abramge . Sinamge . Sinog

Ano IV . Nº 07 . Setembro 2019

## Ressarcimento ao SUS

Desafios e Oportunidades



abramge • sinamge • sinog

# Ressarcimento ao SUS: Desafios e Oportunidades

# estudo técnico

Abramge . Sinamge . Sinog

Ano IV . Nº 07 . Setembro 2019

## *Apresentação*

O tema “Ressarcimento ao SUS” está no cerne de muitas discussões da saúde suplementar. Especialmente porque o atual modelo operacional de remuneração dos procedimentos realizados por beneficiários no sistema público é repleto de deficiências.

Ao se utilizar de dados passados por meio de cobrança por atendimento de saúde que já aconteceu, este modelo se mostra contraproducente e prejudica tanto a administração da rede de atendimento quanto a gestão assistencial, uma vez que, a operadora passa a deter a informação sobre o atendimento na rede pública muito tempo depois do ocorrido, não sendo mais possível fazer ajustes na rede ou, se for o caso, incluir o beneficiário em um programa de atenção mais qualificada.

E para analisar o assunto de forma mais ampla, esta edição do Estudo Técnico apresenta:

- 1) o histórico do surgimento dos planos de saúde e a criação do sistema público;
- 2) as dificuldades operacionais, o custo financeiro do processo de cobrança e a volumetria do atendimento;
- 3) e concluí com proposição de política pública que objetive aumentar a integração entre os sistemas público e privado.

## Ressarcimento ao SUS – Desafios e Oportunidades

A operadora de plano de saúde somente toma conhecimento de que o beneficiário foi internado no SUS anos após a realização do procedimento, dificultando a avaliação das razões que levaram a essa internação e comprometendo a própria gestão da operadora, que não tem acesso a informação que poderia indicar eventual necessidade de ajuste na rede de atendimento ou na inclusão do beneficiário em programas de atenção à saúde.

Este parecer técnico avalia o tema “Ressarcimento ao SUS” de forma ampla, apresentando

as deficiências do modelo conforme é operacionalizado nos dias de hoje, as dificuldades operacionais, o custo financeiro do processo de cobrança e a volumetria de atendimento, concluindo com proposta de política pública que objetive aumentar a integração entre os sistemas público e privado, reduzir ineficiência e melhorar o aproveitamento da infraestrutura de saúde.

## Surgimento dos planos de saúde em 1940 e a criação do Sistema Público em 1988

O sistema público como um direito universal e de acesso integral foi instituído na Constituição Federal de 1988, enquanto que os planos de saúde remontam a década de 1940, quando o Banco do Brasil criou a Caixa de Aposentadoria e Pensão - CASSI, o mais antigo plano de saúde ainda em operação no país. Já na década de 1950 começam a surgir os planos de saúde comerciais, por meio da modalidade Medicina de Grupo, no ABC paulista<sup>1</sup>.

A partir de 1988, tem início o processo para estruturar o SUS, com o objetivo de atender todos em solo brasileiro, somando em 2017 mais de 200 milhões de habitantes e 6,5 milhões de visitantes, configurando a maior população do mundo elegível a um Sistema Público de Saúde. A iniciativa representava na época, e ainda hoje, um enorme desafio tendo em vista o montante de recursos necessários para cumprir com a determinação constitucional.

Em seguida, foi publicada a Lei Nº 8.080/90, organizando o aparato estatal e as empresas que prestam serviços ao Sistema Público de Saúde, regulando e organizando o sistema e instituindo suas principais características: descentralização, hierarquização e regionalização da assistência.

Tanto a Constituição Federal quanto a Lei Nº8.080 versam sobre a criação e organização do SUS, mas também preveem que a saúde é livre à iniciativa privada, que o Sistema Público poderá recorrer à iniciativa privada mediante convênio ou contrato e que o ente privado poderá participar do atendimento público em caráter complementar.

Em 1998 é publicada a Lei Nº9.656/98, que regulamenta os planos de saúde no Brasil. Na época, foi instituído um único ponto de relacionamento entre os Sistemas Público e Privado, o Ressarcimento ao SUS.

<sup>1</sup> História dos planos de saúde. <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>

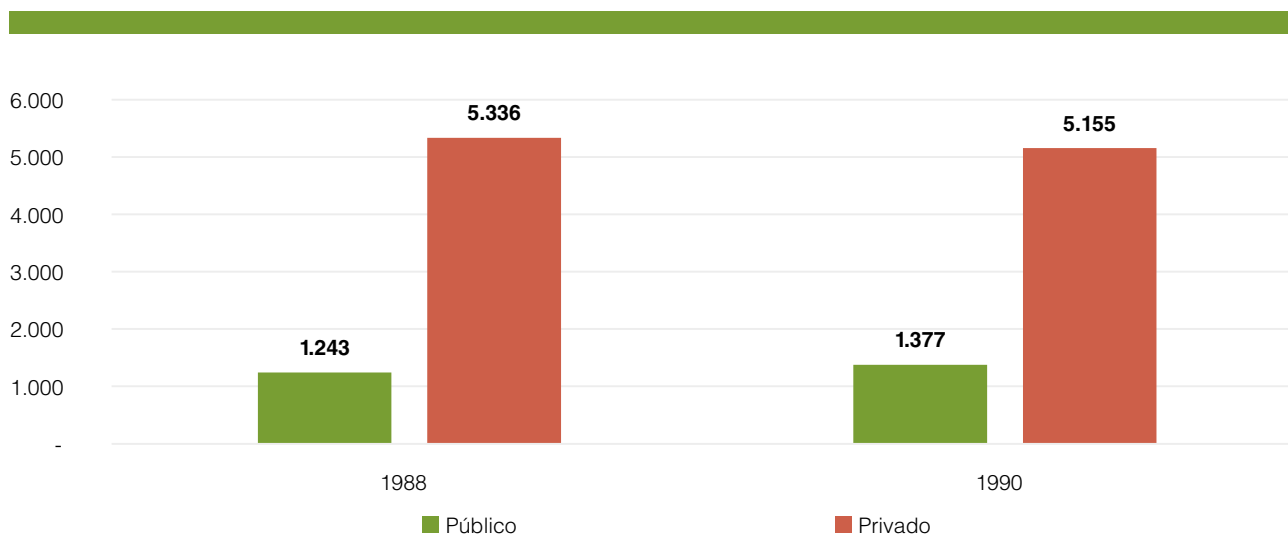
Desde a sua concepção, o Sistema Público tem pouca interseção com o Privado, ficando restrita a prestação de serviços públicos de saúde por hospitais filantrópicos e ao ressarcimento ao SUS, devido por operadoras de planos de saúde.

Importante ressaltar também que muito antes das mudanças promovidas pela Constituição de 1988, o segmento privado já ofertava serviços por meio do atendimento direto em consultórios, clínicas,

laboratórios e hospitais ou por intermédio de planos de saúde.

Além disso, a regulamentação do SUS trata o setor privado como acessório sendo que a maior parte da infraestrutura de saúde do país era e continua sendo privada. Em 1988, apenas 19% do total de hospitais do país eram públicos, totalizando 1.243 unidades públicas contra 5.336 privadas.

**Gráfico 1 - Quantidade de Hospitais por esfera administrativa – 1988 e 1990**



Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Tabnet/DataSUS. Acessado em agosto de 2018.

Ainda hoje a infraestrutura de saúde continua sendo predominantemente privada, como pode ser verificado no Gráfico 2 ao evidenciar a predominância de leitos privados vis-à-vis ao público em dezembro de 2017, especialmente em leitos cirúrgicos, onde 64,9% dos leitos são privados.

Esse cenário denota o quanto é importante tratar da interação entre os setores público e privado, ultrapassando a simples noção de ressarcimento ao SUS e alcançando o objetivo de eficiência na utilização da infraestrutura instalada, evitando duplicidade e aproveitando melhor o parque tecnológico instalado e o capital humano.

“

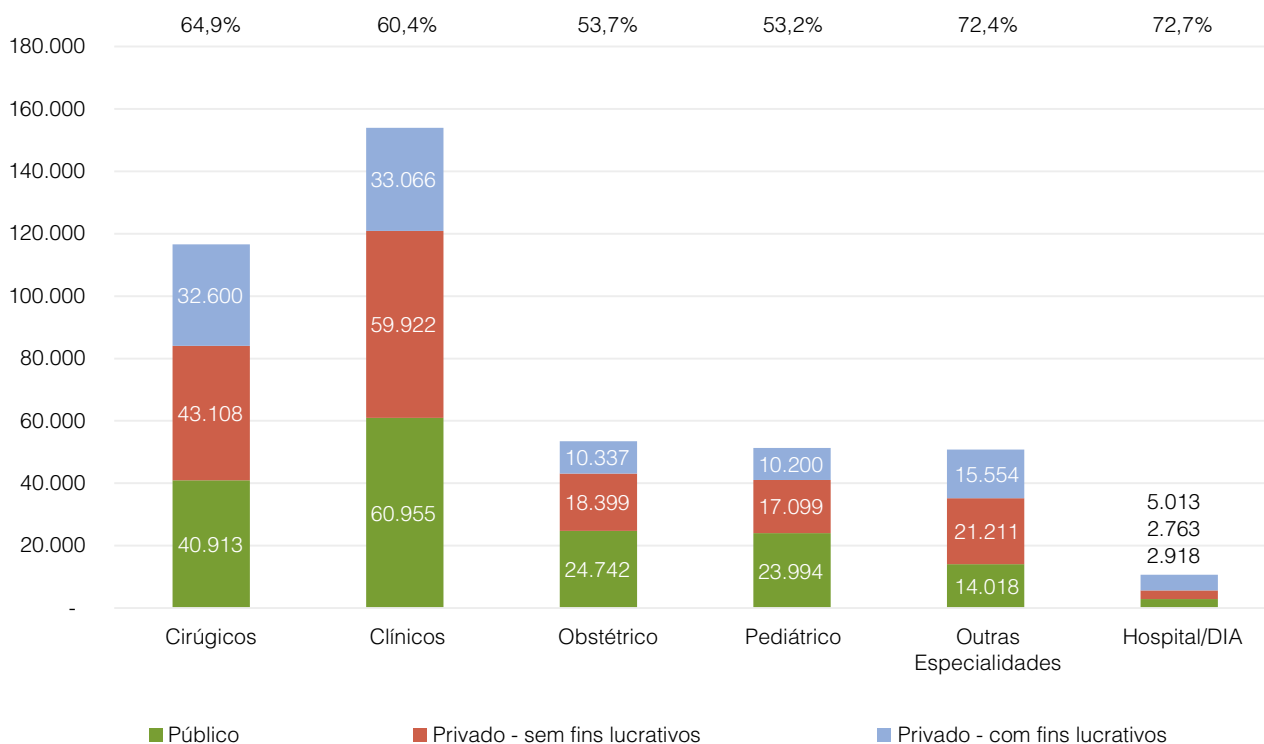
Ainda hoje a infraestrutura de saúde continua sendo predominantemente privada, onde 64,9% dos leitos cirúrgicos são privados.

”

**Gráfico 2 - Total de leitos de internação disponíveis no país – dez/17**

Por tipo de estabelecimento: público, privado com e sem fins lucrativos

**Participação dos leitos privados no total**



## Ineficiência do processo de cobrança e a quantidade de procedimentos elegíveis ao ressarcimento ao SUS

Cabe a ANS cruzar os bancos de dados de atendimento realizados por prestador público ou privado, conveniado ou contratado, integrante do SUS, com as informações cadastrais das operadoras constantes no banco de dados da agência, com vistas a identificar o volume de atendimentos de beneficiários na rede pública, bem como valorar o montante devido pela operadora.

O processo é confuso, burocrático e excessivamente caro para todos os envolvidos, Estado e operadoras de planos de saúde. É necessário reunir toda a informação de atendimento do Sistema Público em uma base de dados, cruzar essa informação com o cadastro de beneficiários, filtrar e identificar se o procedimento realizado era coberto pelo plano, se o beneficiário estava fora do período de carência e em região de abrangência do contrato.

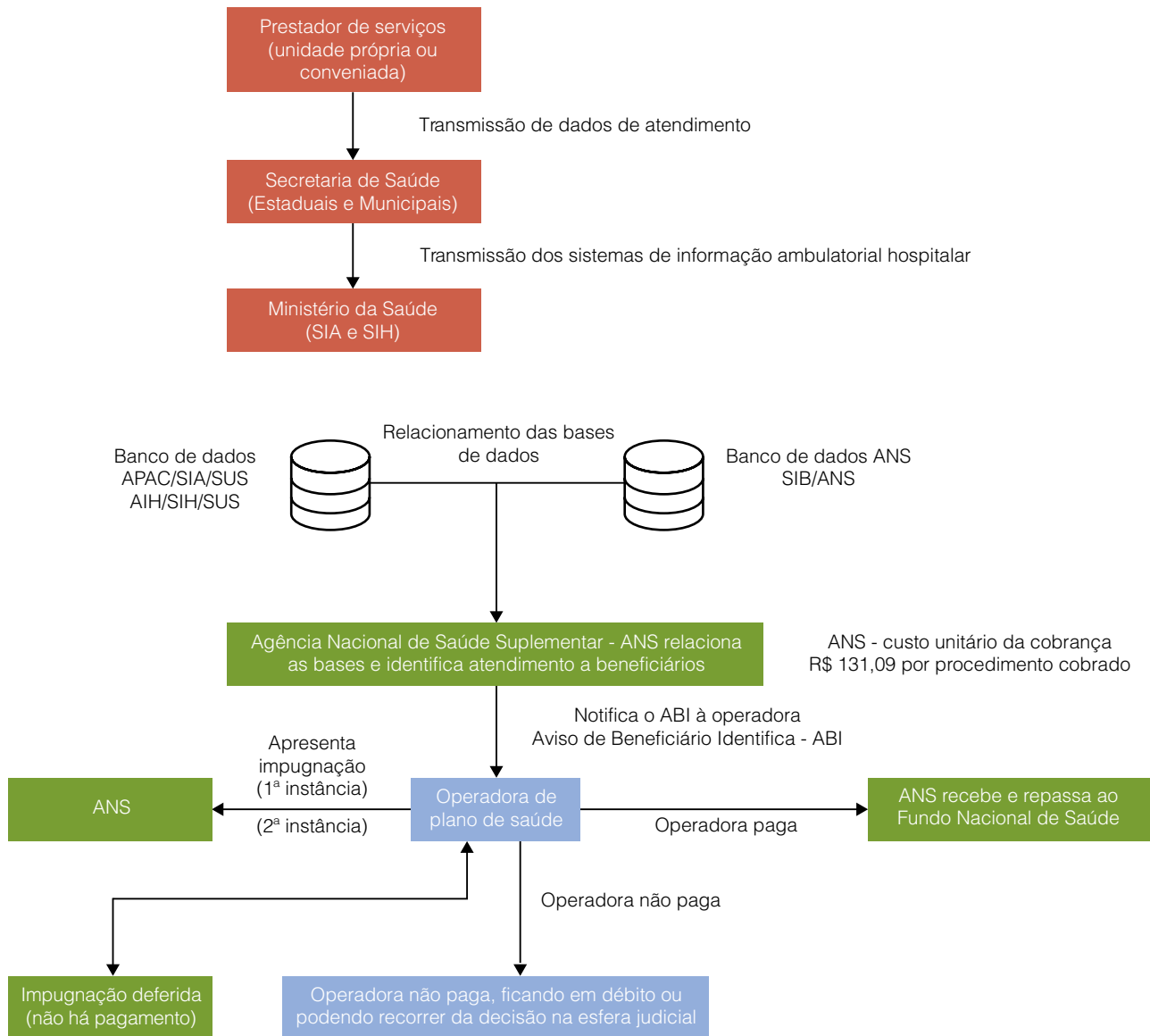
Importante mencionar que o Sistema Público de Saúde é descentralizado, sendo que parte

dos atendimentos é feito em unidades federais, estaduais ou municipais, próprias ou conveniadas, o que dificulta o processo de consolidação da informação. Esse cenário faz com que a operadora seja notificada e cobrada por procedimentos que aconteceram a muitos anos atrás, dificultando a avaliação da cobrança. Mesmo hoje, após melhoria de processos, a Agência cobra por procedimentos que foram realizados a pelo menos dois anos atrás.

De posse do resultado de levantamento inicial, a ANS notifica a operadora a respeito dos atendimentos identificados, devendo a companhia avaliar se o montante é realmente devido, e, se eventualmente não for, contestar e impugnar a cobrança.

Findo o prazo de impugnação e contestação e mantida a identificação apresentada pela ANS, a Agência encaminha a notificação de cobrança dos valores devidos à operadora, que tem prazo de 15 dias para pagamento ou parcelamento.

**Figura 1 – Detalhamento do processo de ressarcimento ao SUS**





Segundo informações da própria ANS registradas em relatório do Tribunal de Contas da União, o processo de identificação e cobrança custa ao Estado R\$ 131,09 por atendimento de beneficiário no SUS<sup>2</sup>. A operação é longa e tem muitas interações entre ANS e operadora para fins de averiguar se o valor é de fato devido, conforme demonstrado na Figura 1.

A título de comparação o valor médio de uma internação e de um procedimento ambulatorial de alta complexidade no SUS é de cerca de R\$ 2.000,00 e R\$ 1.200,00, respectivamente. O que implica em dizer que o simples processo de cobrança custa ao Estado 11% do valor do procedimento ambulatorial de alta complexidade e 7% do valor da internação<sup>3</sup>.

As operadoras de planos de saúde também incorrem em gastos administrativos consideráveis

uma vez que, devem consumir recursos financeiros e humanos para:

- Identificar os beneficiários;
- Separar os contratos;
- Contatar o beneficiário e verificar se o atendimento foi realizado;
- Avaliar se o contrato é de pré ou pós-pagamento;
- Avaliar se tem coparticipação ou franquia;
- Avaliar se o prazo de carência ainda estava vigendo;
- Avaliar se o atendimento foi feito dentro da área de abrangência da cobertura;
- Fazer auditoria médica da conta hospitalar e ambulatorial;
- Apresentar a defesa em 1º instância;
- Analisar recurso, se houver, e apresentar defesa em 2º instância, se necessário.

**Se somados os valores gastos pelo Estado e pelas operadoras de planos de saúde certamente a despesa de cobrança de cada procedimento representa um valor considerável quando comparado ao valor efetivamente cobrado, onerando demasiadamente todo o sistema e embutindo custo transacional e ineficiência no contrato de plano de saúde.**

O volume de atendimento passível de ressarcimento é baixo, especialmente quando comparado ao total de procedimentos realizados nas unidades públicas. Em 2017, último ano com informações completas disponíveis, menos de 0,1% dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade pagos pelo SUS, chamados de APACs (Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade), foram realizadas por beneficiários de planos de saúde.

No mesmo ano, as operadoras de planos de saúde propiciaram a cobertura de 1,3 bilhão de procedimentos ambulatoriais, sendo que parte destes eram procedimentos de alta complexidade. Mais uma vez, o volume evidencia que o atendimento de beneficiários no sistema público é residual, representando menos de 0,1% do total de atendimentos cobertos pela operadora.

<sup>2</sup> Página 8 do Relatório de Monitoramento do Tribunal de Contas da União, Processo Nº TC 021.280/2016- 9.

<sup>3</sup> Valor médio cobrado por procedimento foi apurado a partir de informações do Boletim Informativo - Utilização do Sistema Público por Beneficiários de Planos de Saúde e Ressarcimento ao SUS N. 05 de abril de 2018.

**Tabela 1 – Volume de Procedimentos: Beneficiários na Rede Pública x Total SUS x Total Saúde Suplementar**

**APAC (Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade)**

	2014	2015	2016	2017
APAC - Beneficiários de Planos de Saúde	520.347	361.913	393.204	380.691
APAC - Total SUS	861.625.359	886.540.221	913.290.629	976.113.051
<b>Representatividade (%)</b>	<b>0,06%</b>	<b>0,04%</b>	<b>0,04%</b>	<b>0,04%</b>
Atendimento ambulatorial Saúde Suplementar	1.190.697.197	1.198.611.040	1.280.880.281	1.320.706.162
<b>Representatividade (%)</b>	<b>0,04%</b>	<b>0,03%</b>	<b>0,03%</b>	<b>0,03%</b>

Fonte: ANS e DataSUS (Busca realizada em Set/2019).

A situação se repete quando contabilizado o volume de internações de beneficiários de planos de saúde no Sistema Público. Em 2017, foram apenas 205 mil internações em um universo de 11,5 milhões, ou seja, em somente 1,8% dos casos de internações hospitalares, ou AIHs (Autorização de Internações Hospitalares), o paciente era beneficiário de plano de saúde.

Sob outro prisma, o total de internações de beneficiários no SUS representa apenas 2,6% do total de internações cobertas pelas operadoras de planos de saúde, o que reforça a percepção de que a utilização do sistema público é a exceção e não a regra, ou seja, não há uma tendência de direcionamento para o setor público.

**Tabela 2 – Volume de Procedimentos: Beneficiários na Rede Pública x Total SUS x Total Saúde Suplementar**

**AIH (Autorização de Internação Hospitalar)**

	2014	2015	2016	2017
AIH - Beneficiários de Planos de Saúde	286.839	249.282	221.962	205.386
AIH - Total SUS	11.320.287	11.377.716	11.297.068	11.469.861
<b>Representatividade (%)</b>	<b>2,50%</b>	<b>2,20%</b>	<b>2,00%</b>	<b>1,80%</b>
Internações hospitalares Saúde Suplementar	7.584.670	7.924.127	7.833.282	7.977.131
<b>Representatividade (%)</b>	<b>3,80%</b>	<b>3,10%</b>	<b>2,80%</b>	<b>2,60%</b>

Fonte: ANS e DataSUS (Busca realizada em Set/2019).

“

O total de internações de beneficiários no SUS representa apenas 2,6% do total de internações cobertas pelas operadoras de planos de saúde, o que reforça a percepção de que a utilização do sistema público é a exceção e não a regra, ou seja, não há uma tendência de direcionamento para o setor público.

”

## Considerações e apontamentos de política pública

O ressarcimento ao SUS, conforme estabelecido, atua sempre com dados passados por meio de cobrança por atendimento de saúde que já aconteceu. O modelo é contraproducente e prejudica tanto a administração da rede de atendimento quanto a gestão assistencial, uma vez que, a operadora passa a deter a informação sobre o atendimento na rede pública muito tempo depois do ocorrido, não sendo mais possível fazer ajustes na rede ou, se for o caso, incluir o beneficiário em um programa de atenção mais qualificada.

A título de exemplo, no segundo semestre de 2019 a ANS ainda estava identificando beneficiários de planos de saúde que foram atendidos no SUS em 2017.

Outro ponto importante, que denota a necessidade de melhorias no processo de ressarcimento, é que a infraestrutura pública acaba sendo ocupada

por paciente que poderia ser transferido para a rede privada, liberando a capacidade instalada do Sistema Público para que possa priorizar o atendimento da fração da população que não possui plano de saúde.

Nesse sentido, considerando o total de internação de beneficiários de planos de saúde no SUS em 2016 e 2017, período mais recente com dados completos disponíveis, bem como o tempo médio de permanência desses pacientes, é possível afirmar que o direcionamento do beneficiário de plano de saúde para a rede privada teria potencial para liberar até 3,7 mil leitos em 2016 e 3,3 mil<sup>4</sup> leitos em 2017 para o atendimento da população que não possui plano de saúde.

Essa capacidade liberada seria equivalente a cerca de 22 hospitais de grande porte, com 150 leitos de internação.

<sup>4</sup> Para o cálculo foi considerada a taxa média de ocupação de leitos de 80%

**Tabela 3 – Quantidade de Internações, Tempo Médio de Permanência, Pacientes-Dia, Quantidade de Leitos e Hospitais**

**(Beneficiários na Rede Pública)**

	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Quantidade de internações	286.839	249.282	221.962	205.386
Tempo médio de permanência	4,87	4,89	4,8	4,73
Total de pacientes-dia	1.396.906	1.218.989	1.065.418	971.476
<b>Total de leitos</b>	<b>4.784</b>	<b>4.175</b>	<b>3.649</b>	<b>3.327</b>
<b>Quantidade equivalente de hospitais de grande porte (150 leitos)</b>	<b>32</b>	<b>28</b>	<b>24</b>	<b>22</b>

Fonte: ANS e DataSUS (Busca realizada em Set/2019).

O direcionamento do beneficiário para a rede privada também traria benefícios para a gestão assistencial da operadora, que integraria melhor o beneficiário à sua rede e teria uma visão mais ampla da demanda por atendimento de saúde.

O processo de ressarcimento ao SUS conforme está estruturado é ineficiente, o custo da cobrança é elevado tanto para o Estado quanto para a operadora, bem como a defasagem de tempo entre o atendimento e a cobrança impossibilita uma atuação mais ativa da operadora em ampliar e adaptar a sua rede de atendimento.

O aprimoramento da comunicação sobre agendamento ou internação de beneficiário no SUS pode ser o início de um processo mais amplo que no longo prazo contribui para ampliar a interface entre o SUS e a Saúde Suplementar, eliminando sobreposição, impondo regras e padrões para interação e troca de dados, prontuários, compartilhamento de informação sobre infraestrutura instalada, entre outros.

Portanto, para contribuir com uma agenda propositiva, com vistas a melhorar o processo de ressarcimento ao SUS, a ampliar a integração entre os sistemas público e privado e ser mais eficiente na utilização da infraestrutura instalada, sugere-se:

a) notificação célere a respeito do atendimento de beneficiário no Sistema Público de Saúde, de modo que, seja possível a operadora disponibilizar alternativamente a rede privada do plano e até mesmo acompanhar o processo junto ao beneficiário;

b) ficaria a cargo da operadora de plano de saúde o contato com o paciente com vistas à sua transferência para a rede própria ou credenciada, respeitados os limites contratuais;

c) a operadora devidamente notificada que não providenciar a transferência do beneficiário, respeitados os limites contratuais, deve ressarcir o Sistema Único de Saúde (SUS) no valor gasto com o atendimento do segurado;

d) a natureza é de ressarcimento, logo, deve ser cobrado valor equivalente ao custo do atendimento no sistema público, e não como é hoje, em que a ANS cobra valor 50% maior que o custo do serviço prestado, descaracterizando a natureza restituidora;

e) é preciso aprimorar o relacionamento entre a operadora e a rede pública, integrando melhor os sistemas, adotando prontuário portátil, acompanhando melhor os processos de autorização na rede pública e desenvolvendo mecanismos para contratação direta da rede pública pela operadora;

f) é importante também ter soluções que auxiliem o setor a resolver o passivo de cobrança de ressarcimento ao SUS, o que poderia ser feito revertendo o montante devido e ainda em questionamento em investimentos na ampliação da rede privada ou até mesmo na prestação de serviço público de atendimento à população.

“

O ressarcimento ao SUS, conforme estabelecido, atua sempre com dados passados por meio de cobrança por atendimento de saúde que já aconteceu. O modelo é contraproducente e prejudica tanto a administração da rede de atendimento quanto a gestão assistencial, uma vez que, a operadora passa a deter a informação sobre o atendimento na rede pública muito tempo depois do ocorrido, não sendo mais possível fazer ajustes na rede ou, se for o caso, incluir o beneficiário em um programa de atenção mais qualificada.

”

## Estudo Técnico



Utilize o leitor de **QR Code** de seu celular para acessar outras edições do **Estudo Técnico** e ficar atualizado com o que acontece no mercado de saúde suplementar.

Estudo Técnico é uma publicação de circulação nacional produzida pelo Sistema Abramge – Associação Brasileira de Planos de Saúde, Sinamge – Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo e Sinog – Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo, destinada aos executivos e colaboradores das operadoras de planos médicos e odontológicos; associações e entidades de classe; autoridades e servidores federais, estaduais e municipais; prestadores e fornecedores de serviços médicos e odontológicos; hospitais; laboratórios farmacêuticos; laboratórios de imagem e análises clínicas; sindicatos de trabalhadores e patronais; órgãos e veículos de comunicação.

---

A reprodução, total ou parcial desta publicação somente é permitida com citação da fonte

---

### Comitê Executivo Sistema Abramge/Sinamge/Sinog

---

Reinaldo Camargo Scheibe - Presidente da Abramge

Cadri Massuda - Presidente do Sinamge

Geraldo Almeida Lima - Presidente do Sinog

Carlito Marques - Secretário Geral da Abramge

Paulo Gabriel - Diretor da Abramge

Lício Cintra - Diretor do Sinamge

Antonio Laskos - Diretor Executivo do Sistema Abramge

### Expediente Editores Responsáveis

---

**Economista Chefe:** Marcos Novais

**Economista:** Gustavo Bruschi

**Jornalista Responsável:** Gustavo Sierra. Mtb 76.114

**Gerente de Marketing e Eventos:** Keiko Otsuka Mauro

**Projeto Gráfico:** Roney Dionizio

**Impressão:** Gráfica Referência





abramge • sinamge • sinog

Rua Treze de Maio, 1540 . Bela Vista  
013027-002 . São Paulo . SP

11 3289.7511 . [imprensa@abramge.com.br](mailto:imprensa@abramge.com.br)

[abramge.com.br](http://abramge.com.br) | [sinamge.com.br](http://sinamge.com.br) | [sinog.com.br](http://sinog.com.br)