

Ressarcimento ao SUS: uma análise do perfil de utilização do Sistema Único de Saúde por portadores de planos de saúde

SUS refund: an analysis of the profile of utilization of the Unified Health System by carriers of private health insurance

Jéssica Aguiar¹, Luís Eugênio de Souza²

RESUMO Este artigo tem como objetivo descrever o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) pelas operadoras de planos de saúde, segundo o volume de procedimentos e os valores correspondentes. A pesquisa se baseou em publicações da Agência Nacional de Saúde (ANS) no tocante ao volume de utilização de serviços do sistema público por beneficiários de planos de saúde e em dados coletados no Datasus da quantidade e do valor totais de internações e procedimentos, com base nas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) e nas Autorizações de Procedimento de Alto Custo (Apac), no período de 1999 a 2015. Esses dados foram comparados com os dados de utilização do SUS por usuários com planos de saúde. Observou-se que, em média, 36% dos procedimentos utilizados por portadores de planos de saúde foram cobrados, entre 2001 e 2015. Do total de notificações cobradas, em média, 40% foram pagas, o que representou R\$ 1,2 milhão acumulado no período. O procedimento mais utilizado e mais dispendioso foi a hemodiálise II, com mais de 39 mil procedimentos (máximo de três sessões por semana) realizados em 2015. Em conclusão, pode-se afirmar que os portadores de planos de saúde utilizam do SUS, principalmente, serviços de alto custo e que o ressarcimento pago é de apenas 21,3% do valor identificado.

PALAVRAS-CHAVE Sistema Único de Saúde. Saúde suplementar. Compensação e reparação.

ABSTRACT *This paper aims to describe the reimbursement to the Unified Health System (SUS) by health insurance companies, according to the volume of procedures and the corresponding values. The present descriptive study consulted the National Supplementary Health Agency (ANS) publications regarding the volume of use of the public system by beneficiaries of health insurances and their respective values. Datasus data were also collected referred to hospitalizations (Hospital Inpatient Authorization – AIH) and High Cost Procedures (Apac), from 1999 to 2015, in order to compare data with the SUS utilization by health insurances holders. As a result, it was observed that on average 36% of the procedures used by health plan carriers were charged between 2001 and 2015. Of the total charged notifications, 40%, on average, have been paid, which represented R\$ 1.2 million accumulated in the period. The most used and most expensive procedure was hemodialysis II, with more than 39 thousand procedures (maximum of three sessions per week) performed in 2015. In conclusion, it can be said that those with private health insurances use the SUS to do especially high-cost services and the refund paid is only 21.3% of the identified amount.*

KEYWORDS *Unified Health System. Supplemental health. Compensation and redress.*

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. jessicaaguiar@hotmail.com

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. luiseugenio@ufba.br

Introdução

No Brasil, os planos privados de saúde são regulados pela Lei nº 9.656/98¹. Além dela, existe a Lei nº 9.961/00² que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia especial do Ministério da Saúde com a função de regular, normatizar, controlar e fiscalizar as atividades da assistência suplementar.

Entre os institutos regulatórios criados por essas leis, cabe ressaltar o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), previsto no art. 32 da Lei nº 9.656/98¹, que estabelece que os valores gastos com procedimentos realizados no SUS em pacientes cobertos por planos privados de saúde devem ser devolvidos ao Sistema pelas operadoras, desde que o serviço prestado esteja previsto no contrato.

Tal instituto é de suma importância, pois visa ao controle do mercado, evita o enriquecimento sem causa das operadoras, protege os consumidores de práticas abusivas por parte dos planos de saúde e previne o descumprimento dos contratos celebrados por parte das operadoras^{3,4}.

Vale registrar que tal instituto não é inovador, pois, em 1975, já existia uma norma do Instituto Nacional de Previdência Social que tinha objetivos semelhantes e previa a restituição dos atendimentos realizados por beneficiários de 'convênios de empresa' na rede financiada pelo Instituto. Essa norma, contudo, não chegou a ser implantada⁴.

Desde a sua instituição, o ressarcimento foi questionado quanto à violação dos dispositivos constitucionais⁴, à ilegitimidade da realização da cobrança pela ANS e da inscrição das operadoras no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal (Cadin), à retroatividade da lei, aos valores para cobrança pela Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (Tunep) e à indefinição de sua natureza jurídica (imposto, contribuição ou multa). Estes questionamentos fizeram parte da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 1.931/1998⁵.

Como consequência da ADI nº 1.931/98, em 2001⁵, foi publicada a Medida Provisória (MP) nº 2.177-44/01 que alterou o caput e os §§ 2º, 4º, 5º, 6º e 8º do art. 32 da Lei nº 9.656/98⁶. Essa MP culminou na aprovação da Lei nº 12.469, de 2011, que incluiu o § 9º e alterou os §§ 1º, 3º e 7º do art. 32⁷.

A alteração proposta no caput do artigo confere legitimidade à ANS para editar normas que regulam o instituto do ressarcimento. O § 1º sofreu alterações significativas, buscando sanar os questionamentos quanto à legalidade da Tunep e do direcionamento dos valores do ressarcimento⁶.

O questionamento da legitimidade da ANS em cobrar o ressarcimento foi embasado no § 2º, que relacionava o processo de cobrança ao Ministério da Saúde. Com a alteração proposta, foi legitimada a ANS para a realização das cobranças⁶.

Relativo à tabela de pagamento, o texto original do § 1º determinava que o Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) aprovaria a tabela cujos valores não poderiam ser superiores à tabela praticada pelo SUS e pelos planos e operadoras. O texto atual define que a regra de valoração utilizada será aprovada e divulgada pela ANS. Para esclarecer os limites de valores, foi acrescentado o § 8º, definindo que os valores cobrados não seriam inferiores aos cobrados pelo SUS nem superiores aos praticados pelos planos e operadoras. Esses parágrafos validaram a criação da Tunep pela ANS e a tornaram um instrumento legal⁷.

A alteração nos §§ 3º e 4º relacionou-se a prazos e acréscimos de juros de mora, sendo que o prazo para o pagamento dos valores foi reduzido de 30 para 15 dias^{6,7}.

Os §§ 5º e 6º foram acrescentados para afastar o questionamento da inscrição das operadoras de planos de saúde no Cadin em caso de inadimplência.

A inclusão do § 7º autorizou a ANS a definir o processo de glosa e impugnação⁶.

A conclusão do julgamento da ADI nº 1.931/98 se deu no dia 7 de fevereiro de 2018,

quando o Supremo Tribunal Federal (STF) considerou constitucional o ressarcimento ao SUS⁸.

Com essa base legal, o processo administrativo do ressarcimento começa pelo cruzamento dos dados das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) e Autorizações de Procedimento de Alto Custo (Apac) do SUS com o banco de dados de beneficiários de planos da ANS. Em seguida, são filtrados os procedimentos, de acordo com a cobertura prevista no contrato do beneficiário do plano de saúde, para identificar casos passíveis de ressarcimento³.

Por fim, a ANS compila o resultado desse cruzamento por três meses e notifica os atendimentos possivelmente realizados pelos beneficiários de determinada operadora por meio de um Aviso de Beneficiário Identificado (ABI), que é seguido da emissão de uma Guia de Recolhimento da União (GRU). Todo o processo do ressarcimento ocorre on-line⁹.

Ao receber um ABI e a GRU correspondente, a operadora pode efetuar o pagamento referente ao procedimento identificado, solicitando ou não o parcelamento do valor. Alternativamente, pode discordar da cobrança, instaurando um processo administrativo de defesa na ANS, que tramita por duas instâncias⁹.

Na primeira instância, a operadora apresenta seus argumentos contra o ressarcimento solicitado em um protocolo de impugnação. Caso seja indeferido seu pedido de impugnação da cobrança, a operadora pode recorrer a uma segunda instância, em que são apresentados recursos para decisão proferida em primeira instância na ANS³.

Em caso de não pagamento, tendo sido indeferida a impugnação, as empresas são inscritas na Dívida Ativa da União e no Cadin³.

Até dezembro de 2007, o ressarcimento embasava-se na Tunep. Em 2008, o cálculo para o ressarcimento passou a ser embasado nos valores dos procedimentos do SUS multiplicados pelo Índice de Valoração do Ressarcimento (IRV)⁹.

Os valores relacionados com o ressarcimento são recebidos pela ANS e repassados ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), servindo como recursos extras para o SUS³.

O volume de atendimentos no SUS de beneficiários de planos de saúde é significativo, tendo chegado a um total de 3.056.291 atendimentos desde 2000 até março de 2016, cerca de 200 mil atendimentos por ano. Excluindo-se os pedidos de impugnação ainda em análise e os pedidos deferidos, resta um total de 1.593.910 atendimentos considerados passíveis de ressarcimento, somando um montante de R\$ 2.616.649.261,30. Deste valor, 1,2 bilhão (46%) foi repassado ao FNS, R\$ 623,2 milhões (24%) foram encaminhados para dívida ativa e R\$ 793,4 milhões (30%) encontram-se judicializados ou em processo de encaminhamento para a dívida ativa³.

Haja vista a quantidade expressiva de atendimentos de portadores de planos de saúde no SUS, é útil e relevante conhecer o perfil do consumo destes no Sistema. Assim, este trabalho tem como objetivos descrever o ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos de saúde, segundo o volume de procedimentos e os valores correspondentes, observando a quantidade de procedimentos e seus valores identificados, cobrados e pagos a título de ressarcimento ao SUS identificando os principais procedimentos do SUS utilizados pelos beneficiários dos planos de saúde e calculando a proporção de procedimentos realizados para beneficiários de planos de saúde que utilizaram serviços do sistema público no total de procedimentos registrados nas AIH.

Estratégica metodológica

Trata-se de uma pesquisa descritiva, em que foram consultadas as seguintes publicações da ANS: os ‘Cadernos de Informação de Ressarcimento e Integração com o SUS’ dos anos de 2005 e 2006 e o ‘Boletim

Informativo: utilização do sistema público por beneficiários de planos de saúde e ressarcimento ao SUS' de 2016.

O principal instrumento foi o 'Boletim Informativo', publicado no ano de 2016, sendo que dele foram extraídas as seguintes informações: número de notificações identificadas de atendimento no SUS por beneficiários de planos de saúde, valor total de atendimentos identificados, quantidade de notificações cobradas, valor cobrado, *status* das notificações (não impugnados, em análise, deferidos e indeferidos), lista dos procedimentos ambulatoriais mais utilizados por beneficiários de planos de saúde, valores repassados ao FNS, valores inscritos na dívida ativa, evolução das impugnações por ABI e evolução do pagamento por ABI. Além disso, o Boletim traz dados sobre as quantidades de procedimentos e os valores identificados, cobrados e pagos pelos principais municípios e os valores das notificações por estado.

Dos 'Cadernos de Informação de Ressarcimento e Integração com o SUS', publicados nos anos de 2005 e 2006, foram extraídos dados relacionados com as notificações identificadas, cobradas e pagas dos anos de 1999 a 2001 e dados que permitiram identificar os procedimentos associados às internações mais utilizados por beneficiários de planos de saúde, como: as listas de procedimentos mais utilizados no SUS por beneficiários de planos de saúde, no período de 1999 a 2004, procedimentos mais utilizados no SUS por beneficiários de planos de saúde, até 2005, e quantidade de internações no SUS de beneficiários por especialidade (AIH), de setembro de 1999 a dezembro de 2005.

Do trabalho de Silva¹⁰, denominado 'Ressarcimento ao SUS: tendência histórica e causas da baixa efetividade na cobrança', publicado no ano de 2013, foi extraído uma comparação entre a tabela SUS, Tunep e a atual forma de cobrança do ressarcimento.

Ademais, foram obtidos dados para calcular a proporção de procedimentos realizados

para beneficiários de planos de saúde que utilizaram serviços do SUS, no total de procedimentos registrados nas AIH, no Datasus, no Sistema de Informações Hospitalares do SUS por local de internação. Nesse sistema de informação, foram coletados dados de produção de AIH e valores das AIH no Brasil no período de 2001 a 2015.

Para analisar esses dados, foram consultadas normas reguladoras que influenciaram as mudanças de quantidades de notificações e seus respectivos valores, bem como foram realizadas comparações com dados constantes das seguintes publicações: 'Ressarcimento ao SUS: tendência histórica e causas da baixa efetividade na cobrança'¹⁰, 'Qual é a Magnitude Do Gasto Tributário em Saúde?'¹¹, 'Mensuração dos Gastos Tributários em saúde – 2003-2006'¹², e 'O Sistema de Gestão do Ressarcimento ao SUS: análise de seu desempenho no período 2011-2014'⁹.

Ainda rara fins de análise, foi determinado que o valor por procedimento é igual à divisão do valor total dos procedimentos identificados pela quantidade de procedimentos identificados. Este cálculo não foi realizado no ano de 2015, pois foi o ano em que se iniciou a cobrança de juros de mora, inviabilizando sua comparação com os anos anteriores.

Para fins de comparação, foi utilizada a proporção entre as quantidades e os valores de notificações identificadas, cobradas e pagas. Ademais, foi calculada a proporção do valor identificado como utilizado por beneficiários de planos de saúde em relação aos gastos do SUS com AIH. Também foi calculada a proporção do valor repassado ao FNS em relação ao valor pago de ressarcimento. Registre-se que os valores, em reais, são aquelas correntes, não tendo sido realizado nenhum processo de deflação.

Como se trata de informações de acesso público, não foi necessária submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados/discussão

O início da cobrança do ressarcimento deu-se em setembro de 1999, as etapas do ressarcimento eram regidas pela Resolução Normativa (RN) nº 05/00¹³. Assim, a identificação de procedimentos de setembro de 1999 até janeiro de 2001 foi denominada RE 05.

Nesse sentido, na RE 05, foram identificadas 168.131 AIH, correspondendo ao valor de R\$ 229.605.807,31. Destas, foram cobradas 83.736 AIH (49,8% do total), somando um montante de R\$ 110.876.891,07. Das AIH cobradas, foram pagas 20.107 (24%), apresentando um valor de R\$ 22.932.393,44. Por fim, 51.807 AIH (61,9% das cobradas) venceram e não foram pagas, representando um montante de R\$ 71.341.585,52¹³.

Em relação aos valores, 48% do total identificado foi cobrado, 20,7% do valor cobrado foi pago e 64,3% do valor cobrado não foi pago. Os 15% restantes encontravam-se em parcelamento ou em processo judicial.

Com a publicação da RN 06, em março de 2001, passou-se a realizar as cobranças por ABI de forma trimestral¹³. Nesse sentido, a *tabela 1* apresenta os dados de ressarcimento desde o primeiro ABI, em 2001, até 2015.

Pode-se observar que nos três primeiros anos, a quantidade de procedimentos era relativamente pequena. Em 2004, o número de notificações aumenta aproximadamente 80%, voltando a se reduzir pela metade em 2006, chegando a zero no ano de 2009.

Como não houve mudanças nas regras que justificassem a variação na quantidade de notificações identificadas no período de 2001 a 2008, é possível supor apenas que tenha decorrido de variações informais nas práticas de controle da ANS.

Em 2010, ocorre um aumento de mais de sete vezes, comparado a 2008. Nos anos seguintes, as notificações continuaram a crescer, apresentando o maior volume em 2014.

Pode-se atribuir esse aumento à implantação de um sistema informatizado denominado Sistema de Extração Dinâmica de Dados

(Sisrel), no ano de 2009, pela Instrução Normativa (IN) nº 37¹⁴ com o objetivo de eliminar o uso do papel e tornar o processo mais rápido, barato e eficaz¹⁰.

Essa instrução normativa, entretanto, foi revogada no ano de 2014, alterando também o sistema utilizado e o protocolo do ressarcimento, passando a valer a IN nº 54 que instituiu o Protocolo Eletrônico do Ressarcimento ao SUS (Persus)¹⁴.

Segundo a ANS, o Persus

possibilitou uma análise mais eficiente, econômica e célere das impugnações e recursos encaminhados pelas operadoras, evitando a utilização excessiva de papel, erros de protocolo e as cobranças indevidas¹⁴⁽¹⁴⁾.

E reduziu cerca de “80% do tempo de operacionalização da cobrança e/ou geração dos documentos de pagamento” ³⁽¹⁴⁾.

Outro fator que pode ter influenciado no aumento de identificação é a publicação da Lei nº 12.469/11, que alterou a Lei nº 9.656/98, principalmente os artigos que tratavam do ressarcimento. Com isso, muitos dos questionamentos sobre o ressarcimento foram sanados⁵⁻⁷.

O aumento, a partir de 2011, também se deve à implantação do Cartão Nacional de Saúde (CNS) pela Portaria GM/MS nº 940/11. A implantação ampliou a base de dados do SUS, melhorando e aumentando o registro de atendimento, influenciando diretamente na quantidade de notificações identificadas e na qualidade da informação fornecida às operadoras⁹.

Apesar de, em 2015, ter havido uma redução de notificações de procedimentos realizados em internações hospitalares, nesse ano, a ANS passou a cobrar também as Apac³.

Ao comparar a quantidade de atendimento no SUS de portadores de planos de saúde com a quantidade de AIH aprovadas, pode-se perceber que a utilização do SUS por portadores de planos de saúde é pequena, com uma proporção variando de 0,35% a 4% da

sua produção, excluindo-se o ano de 2009 para o qual não há registros. No entanto, é relevante ressaltar que os procedimentos utilizados por beneficiários de planos de saúde são, em geral, procedimentos mais dispendiosos.

Assim como a quantidade de procedimentos teve um aumento, pode-se verificar que os valores tiveram um aumento no mesmo padrão, com um aumento significativo a partir de 2010, possivelmente devido à implantação do Sisrel, sendo que o maior valor notificado foi no ano de 2014 (R\$ 1.805 milhão), o mesmo ano da implantação do Persus.

Como foi apresentado na *tabela 1*, o ano de 2009 não apresenta valores de ressarcimento possivelmente devido à implantação do Sisrel¹⁴. Em relação aos valores cobrados de ressarcimento, é importante lembrar que, até 2007, as cobranças eram baseadas na Tunep, que tem valores maiores do que a tabela do SUS. No entanto, a partir de 2008, o ressarcimento passou a ser cobrado a partir dos valores dos procedimentos do SUS multiplicados pelo IRV⁹.

Assim como a participação dos beneficiários de planos consome uma pequena parte da produção de serviços no SUS, os valores também são uma pequena porcentagem do que é gasto com internações hospitalares. Como se pode

observar na *tabela 2*, os valores identificados para ressarcimento representam entre 0,69% e 8,11% do valor total de AIH aprovadas no SUS.

Apesar de não representar proporções significativas, os valores ressarcidos exercem uma forma de controle de mercado SUS⁵ ao recompor o erário, evitando, assim, o enriquecimento sem causa por parte das operadoras⁴.

É relevante lembrar que a saúde suplementar recebe subsídios do poder público, como, por exemplo, a renúncia fiscal, que estimula o crescimento de oferta privada e a expansão do mercado de planos de saúde¹².

Apenas no ano de 2011, os gastos com a renúncia fiscal chegaram a alcançar 22,5% do total de recursos aplicados pelo governo federal no SUS, correspondendo a aproximadamente R\$ 16 bilhões. Ressalte-se que, desse valor, R\$ 7,7 bilhões correspondem a deduções relacionadas com planos de saúde¹¹. Estes quase R\$ 8 bilhões corresponderam, segundo Ocké-Reis¹¹, a 9,18% do lucro das operadoras de planos privados.

Também é importante considerar que o financiamento do SUS é escasso diante das necessidades da população¹⁵. Ademais, principalmente com a aprovação da Emenda Constitucional nº 95 de 2016, que congelou o orçamento federal por 20 anos (com exceção do pagamento da dívida pública), essa renúncia

Tabela 1 Quantidade de atendimento de portadores de planos privados de saúde no SUS, número absoluto de AIH aprovadas no SUS, proporção de uso do SUS por beneficiários de planos de saúde, valor das notificações identificadas no processo de ressarcimento, valor total das AIH aprovadas e proporção do gasto do SUS com beneficiários de planos de saúde no período de 2001-2015

| | Notificações Identificadas | AIH Aprovadas | % do uso | Valor das notificações Identificadas (R\$) | Valor total das AIH Aprovadas (R\$) | % do gasto |
|------|----------------------------|---------------|----------|--|-------------------------------------|------------|
| 2001 | 82.000 | 12.227.236 | 0,67 | 117.000.000 | 5.096.155.505 | 2,30 |
| 2002 | 80.000 | 12.233.702 | 0,65 | 170.000.000 | 5.406.391.841 | 3,14 |
| 2003 | 90.000 | 12.094.875 | 0,74 | 136.000.000 | 5.861.712.487 | 2,32 |
| 2004 | 163.000 | 11.953.856 | 1,36 | 236.000.000 | 6.581.213.334 | 3,59 |
| 2005 | 167.000 | 11.861.494 | 1,41 | 241.000.000 | 6.956.764.584 | 3,46 |
| 2006 | 82.000 | 11.721.412 | 0,70 | 118.000.000 | 6.998.043.548 | 1,69 |
| 2007 | 92.000 | 11.739.258 | 0,78 | 130.000.000 | 7.617.769.442 | 1,71 |
| 2008 | 39.000 | 11.107.155 | 0,35 | 57.000.000 | 8.286.055.941 | 0,69 |

Tabela 1 (cont.)

| | | | | | | |
|-------|------------|--------------|------|---------------|----------------|------|
| 2009 | 0 | 11.511.559 | 0,00 | 0 | 10.124.918.629 | 0,00 |
| 2010 | 278.000 | 11.724.834 | 2,37 | 478.000.000 | 10.740.754.368 | 4,45 |
| 2011 | 341.000 | 11.643.468 | 2,93 | 584.000.000 | 11.308.412.465 | 5,16 |
| 2012 | 393.000 | 11.439.889 | 3,44 | 754.000.000 | 11.656.121.322 | 6,47 |
| 2013 | 378.000 | 11.520.837 | 3,28 | 827.000.000 | 12.698.359.918 | 6,51 |
| 2014 | 494.000 | 11.612.715 | 4,25 | 1.085.000.000 | 13.370.407.626 | 8,11 |
| 2015 | 373.000 | 11.638.853 | 3,20 | 612.000.000 | 13.787.982.842 | 4,44 |
| Total | 5545000000 | 136491063852 | 4,06 | | | |

Fonte: Sistema de Internação Hospitalar/SUS, Brasil³.

fiscal representa menos investimento no SUS¹⁶.

Cabe ressaltar que, com a mudança de cobrança da Tunep para a tabela SUS multiplicada pelo IVR, em 2008.

No entanto, ao observar o valor por procedimento, que é igual a razão do valor total de notificações identificadas pelo total de notificações identificadas (*tabela 1*), nota-se que o valor por procedimento do ano de 2007 foi igual a R\$ 1.413,04 e no ano de 2008, R\$ 1.461,54.

Nos anos seguintes, o valor por procedimento teve um aumento. Em 2010, o valor por procedimento foi igual a R\$ 1.719,43, chegando a R\$ 2.196,36 em 2014.

No entanto, segundo Silva¹⁰, houve uma redução dos valores cobrados por procedimento após a mudança da tabela de cobrança. Possivelmente, essa redução foi implantada como uma medida para reduzir o número de demandas judiciais que questionavam os valores cobrados de ressarcimento.

Ao comparar os dados das notificações identificadas (*tabela 1*) com as notificações cobradas (*tabela 3*), pode-se observar que, em 2001 e 2010, houve as menores porcentagens (de aproximadamente 7%) de cobrança das notificações identificadas. É notório um aumento de cobrança a partir de 2011, possivelmente devido à publicação da Lei nº 12.469/11 e à implantação do Sisrel.

Em contrapartida, o ano de 2015 evidenciou mais notificações cobradas que

notificadas, apresentando uma proporção de 118% de cobrança das notificações identificadas, seguido pelo ano de 2014, com uma proporção de 66% de cobrança das notificações identificadas. Esse valor maior no ano de 2015 se deve ao início das cobranças de juros³.

Em média, no período todo, cerca de 40% das notificações apresentadas foram cobradas. Portanto, é possível inferir que a maior parte dos beneficiários de planos que procura o SUS realiza procedimentos que não estão previstos ou estão fora da área de abrangência de seus contratos.

Ao confrontar os dados de valor notificado (*tabela 1*) com os dados de valor cobrado (*tabela 2*), pode-se observar que o ano em que houve uma menor proporção de pagamento foi o primeiro ano, 2001, com apenas 5% de pagamento das notificações identificadas. Assim como foi relatado acima, foram também apresentados valores de pagamento no ano de 2009, sendo que não havia dados de valores de notificações, conforme mostra a *tabela 1*.

Também foi apresentada uma proporção alta para o ano de 2015, de 116% de pagamento das notificações identificadas, pelos menos motivos apresentados, seguido pelo ano 2007, que apresentou uma proporção de 44%.

Em média, 36% dos valores das notificações apresentadas foram cobrados, sendo que essa proporção é baixa devido ao ano de 2009 apresentar o número de notificações igual a zero.

Tabela 2. Quantidade total e valor total de atendimentos realizados por usuários de planos de saúde cobrados por ano

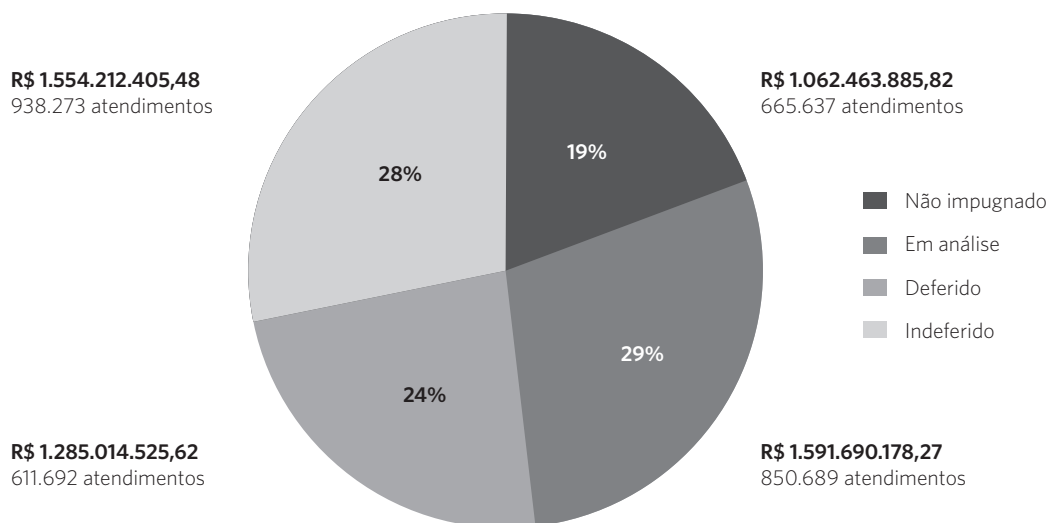
| Ano | Quantidade cobrada (Nº) | Valor cobrado (R\$) |
|------|-------------------------|---------------------|
| 2001 | 5.494 | 6.030.000 |
| 2002 | 34.310 | 48.520.000 |
| 2003 | 26.338 | 37.650.000 |
| 2004 | 31.923 | 45.270.000 |
| 2005 | 40.273 | 56.940.000 |
| 2006 | 51.591 | 72.370.000 |
| 2007 | 41.121 | 57.260.000 |
| 2008 | 16.193 | 22.590.000 |
| 2009 | 8.127 | 11.610.000 |
| 2010 | 18.307 | 27.680.000 |
| 2011 | 124.101 | 195.260.000 |
| 2012 | 116.129 | 181.980.000 |
| 2013 | 214.420 | 343.890.000 |
| 2014 | 323.712 | 573.690.000 |
| 2015 | 439.485 | 708.990.000 |

Fonte: Brasil³.

No entanto, o *gráfico 1* demonstra que, dos procedimentos passíveis de ressarcimento, apenas 19,3% não entraram com processo administrativo para questionar o pagamento; e 29% encontram-se em análise em primeira

ou em segunda instância, sendo que 23,4% das notificações foram deferidas em processo administrativo, e 28,3%, indeferidas, mantendo o pagamento dos valores.

Gráfico 1. Status das notificações no período de 2001 a 2016

Fonte: Brasil³.

A partir de 2015, mais precisamente da 54ª ABI, a ANS também passou a identificar e a cobrar o ressarcimento de procedimentos ambulatoriais utilizados por portadores de planos privados de saúde³.

De acordo com a ANS³, a quantidade de procedimentos identificados mais que dobrou no período do último bimestre de 2014 para o primeiro bimestre de 2015. Além disso, é possível que o valor do ressarcimento aumente significativamente nos próximos anos, devido à inclusão dos procedimentos ambulatoriais que são mais dispendiosos.

Em relação à utilização do SUS por beneficiários nos estados brasileiros, pode-se observar que a identificação de notificações ocorre majoritariamente no estado de São Paulo (R\$ 2.442,17 milhões), apresentando um montante quatro vezes maior que Minas Gerais (R\$ 598,45 mil), que se encontra em segundo lugar. Do total, 64% das notificações identificadas são da região Sudeste. O estado de Roraima (R\$ 2,6 milhões) representa o ente com menor quantia identificada³.

A *tabela 3* apresenta os dados do ressarcimento em diversos municípios, com as quantidades e os valores de notificações identificadas, da cobrança e do pagamento/parcelamento.

Observa-se que, no total, 37% dos procedimentos identificados são cobrados. Sendo que os procedimentos que não foram cobrados foram aqueles filtrados e excluídos por

conta da cobertura contratada pelo beneficiário ou por questões de carência, portanto, não são passíveis de ressarcimento³.

Nesse sentido, é possível supor que os procedimentos mais dispendiosos não estão previstos no contrato dos beneficiários de planos de saúde. Assim, a maior parte dos beneficiários busca o SUS por não ter determinados procedimentos contratados com plano de saúde.

Da quantidade de notificações cobradas, 55% são pagas, correspondendo ao pagamento de 58% do valor cobrado.

Dos municípios apresentados, Fortaleza foi o aquele com a maior porcentagem de cobrança das notificações identificadas, com 52,9% delas. A menor porcentagem foi encontrada em Piracicaba, com 24,4% de cobrança das notificações identificadas.

Em relação à quantidade de notificações cobradas que foram pagas da 1ª ABI até a 55ª, o município de São José do Rio Preto apresentou a maior porcentagem, representando 88,6% desse pagamento. A menor porcentagem foi de Santos, com 28% de pagamento das notificações cobradas, o qual também apresentou a menor porcentagem de valor pago do valor cobrado, 31,1%.

São José do Rio Preto apresentou uma porcentagem de pagamento do valor identificado igual a 48,3%; e 98% do valor cobrado foi pago. A menor porcentagem de pagamento do valor identificado foi igual a 19,4%.

Tabela 3. Ressarcimento nos municípios

| Cidade | Notificações/Identificações | | Cobrança (GRU) | | Pago ou Parcelado | |
|----------------|-----------------------------|---------|----------------|---------|-------------------|---------|
| | Valor (R\$) | Nº | Valor (R\$) | Nº | Valor (R\$) | Nº |
| São Paulo | 1.350.969.583,64 | 488.691 | 502.048.855 | 205.052 | 321.083.707 | 126.101 |
| Belo Horizonte | 257.421.217,11 | 114.488 | 105.541.912 | 55.033 | 46.342.883 | 22.781 |
| Rio de Janeiro | 241.538.371,31 | 140.895 | 108.832.702 | 68.453 | 67.510.447 | 42.226 |
| Curitiba | 195.272.368,77 | 82.894 | 60.762.589 | 31.132 | 28.136.403 | 12.813 |
| Porto Alegre | 173.607.102,84 | 61.823 | 50.721.317 | 22.267 | 23.497.097 | 9.723 |
| Recife | 151.357.432,32 | 68.432 | 49.325.703 | 25.508 | 26.999.068 | 12.262 |
| Fortaleza | 139.129.497,01 | 65.179 | 66.968.792 | 34.448 | 39.615.476 | 16.506 |

Tabela 3. (cont.)

| | | | | | | |
|-----------------------|----------------|--------|------------|--------|------------|--------|
| Campinas | 129.542.353,83 | 52.807 | 48.177.356 | 24.285 | 25.543.302 | 11.962 |
| Ribeirão Preto | 114.045.330,25 | 44.967 | 32.527.381 | 15.466 | 15.142.570 | 6.761 |
| Salvador | 96.939.262,57 | 51.642 | 40.550.814 | 22.917 | 25.093.363 | 12.627 |
| Goiânia | 60.092.552,00 | 28.339 | 22.534.894 | 11.968 | 12.898.901 | 6.957 |
| Brasília | 57.815.986,04 | 37.907 | 30.468.379 | 20.319 | 21.209.465 | 14.174 |
| Bauru | 51.833.295,81 | 20.733 | 17.246.395 | 7.313 | 9.735.152 | 3.586 |
| Natal | 50.007.626,85 | 22.274 | 18.073.148 | 8.530 | 10.645.090 | 4.597 |
| Blumenau | 47.758.924,08 | 8.763 | 11.136.239 | 3.631 | 8.962.697 | 2.330 |
| São José do Rio Preto | 47.307.886,90 | 17.580 | 11.758.706 | 5.218 | 5.916.449 | 2.304 |
| Belém | 47.096.598,50 | 26.083 | 17.698.953 | 9.808 | 6.023.034 | 2.887 |
| Vitória | 45.986.242,61 | 29.674 | 22.049.563 | 15.171 | 13.621.954 | 9.229 |
| Campina Grande do Sul | 44.377.822,60 | 7.412 | 10.383.240 | 2.350 | 5.852.351 | 1.169 |
| Santos | 41.552.413,52 | 26.652 | 13.248.909 | 8.505 | 4.119.681 | 2.379 |
| Florianópolis | 40.668.311,29 | 23.439 | 18.082.386 | 11.091 | 15.500.577 | 9.027 |
| Barretos | 40.253.273,46 | 17.852 | 11.643.388 | 6.036 | 5.783.592 | 2.890 |
| Guarulhos | 39.422.447,04 | 28.976 | 15.609.167 | 10.987 | 8.462.280 | 5.948 |
| Uberlândia | 39.062.455,40 | 18.620 | 13.461.479 | 7.258 | 6.696.764 | 3.497 |
| Santo André | 38.177.456,02 | 27.436 | 13.559.327 | 10.677 | 8.895.797 | 6.984 |
| Juiz de Fora | 35.527.929,98 | 17.010 | 8.773.565 | 4.930 | 5.297.017 | 2.692 |
| Jau | 34.330.976,58 | 9.384 | 9.392.231 | 3.280 | 5.244.584 | 1.706 |
| Manaus | 31.369.773,85 | 25.398 | 13.509.520 | 11.567 | 5.599.864 | 4.563 |
| Joinville | 30.174.844,55 | 14.132 | 13.174.145 | 6.796 | 10.908.849 | 5.534 |
| Passo Fundo | 29.924.014,56 | 8.132 | 7.829.385 | 3.065 | 5.383.192 | 2.265 |
| Caxias do Sul | 29.580.028,08 | 17.588 | 9.485.266 | 6.647 | 4.099.492 | 2.659 |
| Londrina | 27.057.863,85 | 12.083 | 6.917.779 | 3.560 | 2.816.889 | 1.537 |
| São José dos Campos | 26.388.226,14 | 15.093 | 8.536.451 | 6.213 | 4.169.805 | 2.873 |
| Sorocaba | 25.640.434,87 | 17.607 | 7.588.992 | 5.823 | 4.278.176 | 3.182 |
| São Luís | 25.296.916,86 | 17.001 | 11.230.752 | 7.379 | 4.769.644 | 3.288 |
| Campo Grande | 24.914.506,45 | 11.066 | 7.695.233 | 3.716 | 4.730.721 | 2.222 |
| São Bernardo do Campo | 23.438.306,11 | 20.865 | 8.540.986 | 8.282 | 5.536.820 | 5.326 |
| Botucatu | 22.113.648,33 | 9.265 | 7.205.397 | 3.475 | 5.090.995 | 2.394 |
| Vila Velha | 21.832.356,72 | 11.735 | 8.355.584 | 4.923 | 5.087.280 | 2.968 |
| João Pessoa | 21.715.632,40 | 13.108 | 9.347.707 | 6.182 | 7.395.075 | 4.558 |
| São José | 21.156.775,76 | 8.651 | 10.210.843 | 4.430 | 9.392.426 | 3.925 |
| Piracicaba | 20.973.936,77 | 8.479 | 4.059.756 | 2.069 | 2.016.460 | 969 |
| Maceió | 20.097.131,25 | 16.985 | 6.266.266 | 6.798 | 3.472.977 | 3.649 |
| Maringá | 19.926.963,50 | 11.130 | 4.007.399 | 2.909 | 1.951.845 | 1.476 |
| Montes Claros | 18.222.663,16 | 10.459 | 6.225.786 | 3.677 | 3.500.316 | 1.998 |

Tabela 3. (cont.)

| | | | | | | |
|-------------|------------------|-----------|---------------|---------|-------------|---------|
| Jundiá | 18.011.589,18 | 13.435 | 4.785.864 | 3.423 | 2.732.141 | 1.914 |
| Divinópolis | 17.545.461,83 | 10.153 | 6.442.909 | 3.852 | 3.709.569 | 2.013 |
| Cariacica | 16.717.040,19 | 2.983 | 5.104.018 | 1.204 | 4.014.625 | 760 |
| Diadema | 16.464.010,11 | 16.278 | 6.530.195 | 6.521 | 4.312.621 | 4.373 |
| Teresina | 15.994.610,05 | 10.353 | 5.917.938 | 3.956 | 3.823.963 | 2.418 |
| Total | 4.135.651.452,90 | 1.841.931 | 1.509.545.561 | 768.100 | 882.623.446 | 422.982 |

Fonte: Brasil³.

Em relação ao pagamento, foi observado que, nos últimos ABI, o pagamento das cobranças está aumentando, variando de 73% de pagamento na 53º ABI a 81% de pagamento na 50º ABI.

Embora, em termos absolutos, os valores pagos e parcelados no 54º ABI tenham crescido cerca de quatro vezes, quando comparado aos últimos quatro ABIs anteriores, o Índice de Efetivo Pagamento apresentou uma leve queda³⁽²⁰⁾.

Como não está disponível a evolução da cobrança e do pagamento de todo o período estudado, não é possível identificar fatores que possam ter influenciado no aumento do pagamento. No entanto, fazendo esse cálculo baseado na *tabela 3*, observa-se que, de 2001 a 2015, apenas 58% do valor cobrado foi pago, e 36,5% do valor identificado foi pago.

É possível que tanto as mudanças no protocolo de pagamento, tornando-o eletrônico, como as alterações nas leis durante o período e a possibilidade de inclusão de juros nos valores, mais recentemente, tenham contribuído para o aumento dos valores ressarcidos.

A fim de reduzir as impugnações intempestivas, a ANS³ publicou a Norma Operativa nº 358/2014, que determinou a interposição de juros de mora mesmo durante os processos administrativos, considerando-se como marco inicial para a contagem a data do vencimento para pagamento do valor devido. Como resultado, foi possível notar uma redução das impugnações a partir da

54º ABI, que apresentou uma porcentagem de 82,4% na 50º ABI caindo para 63,9% na 54º ABI, chegando a 57,2% na 55º ABI³.

Ao observar os valores inscritos na dívida ativa, segundo a ANS³, o montante de R\$ 623,2 milhões, ou 24% do valor cobrado, encontra-se inscrito na dívida ativa. Foi observado que, em 2010, foram inscritos na dívida ativa R\$ 10,95 milhões; em 2011, R\$ 35,90 milhões; e em 2012, R\$ 110,10 milhões. Portanto, pode-se observar que os valores inscritos mais que triplicaram de um ano para o outro. A inscrição se manteve crescendo até o ano de 2014, apresentando um montante de R\$ 195,45 milhões nesse ano, seguindo por uma redução de quase quatro vezes em 2015 (R\$ 49,11 milhões). Em 2016, foi apresentado um montante de R\$ 21,40 milhões, menos da metade do montante apresentado no ano anterior.

Para tratar do destino do ressarcimento ao SUS, até 2011, vigorou a Medida Provisória nº 2.177-44 que alterou o § 1º do art. 32, determinando que os valores seriam repassados à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria⁶.

Segundo a ANS¹⁷, os valores recebidos do ressarcimento ao SUS e transferidos são creditados no FNS à unidade prestadora do serviço ou à entidade mantenedora, de acordo com o ato da Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde.

Nesse sentido, os valores repassados, no período de 2000 a 2006, eram partilhados e destinados: ao FNS, a hospitais filantrópicos, a hospitais estaduais, a entes federativos, às

secretarias estaduais e municipais, hospitais universitários e unidades contratadas¹⁷.

Contudo, com a publicação da Lei nº 12.469, em 2011, o destino do repasse foi alterado, passando a ser efetuado mediante crédito ao FNS⁷. De 2000 até 2010, os valores repassados diretamente ao FNS variaram de R\$ 0 até R\$ 21,19 milhões. Foi observado o aumento do repasse no ano de 2011, que teve um montante de R\$ 76,18 milhões repassados ao FNS, chegando a R\$ 399,85 milhões no ano de 2015.

Quanto à judicialização do ressarcimento ao SUS, a ANS³ informa que aproximadamente R\$ 793,4 milhões encontram-se judicializados ou em processo de inscrição na dívida ativa, até 2015, correspondendo a 30% do valor cobrado. No entanto, não foram encontrados dados sobre a variação de quantidade e valores que representem apenas as notificações que se encontram em julgamento no Poder Judiciário.

No que concerne aos principais procedimentos ambulatoriais do SUS utilizados por beneficiários de planos de saúde, encontra-se atualizada apenas uma lista, com atendimentos identificados nas 54^o e 55^o ABI, ou seja, nos dois primeiros trimestres de 2015, sendo os três primeiros da lista: Hemodiálise II (máximo 3 sessões por semana) – 39.209 atendimentos, correspondendo ao valor de R\$ 131 milhões; Hormonioterapia do adenocarcinoma de próstata avançados/supressão cirúrgica prévia (1^a linha) – 17.657, correspondendo ao valor de R\$ 8 milhões; Quimioterapia de leucemia mieloide crônica em fase crônica – marcador positivo (2^a linha) – 1.306, correspondendo a

aproximadamente R\$ 8 milhões³.

Segundo a ANS³, a hemodiálise corresponde a cerca de 40% das Apac notificadas, sendo o procedimento mais utilizado e mais dispendioso.

Ao levar em consideração que cada ABI representa o consumo de três meses, observa-se o quanto os procedimentos ambulatoriais possuem um maior consumo do que as internações hospitalares, apresentando o somatório de 102.577 procedimentos no período de seis meses, elevando assim os gastos com pessoas que dispõem de planos de saúde³.

Em relação aos procedimentos de internação hospitalar, os mais utilizados por portadores de planos de saúde no período de 1999 a 2004 estão relacionados com a obstetrícia. O procedimento mais utilizado foi o parto normal, representando 10,6% dos procedimentos identificados no período, seguido pela cesariana, com 6,3% dos procedimentos identificados, e curetagem pós-aborto, com 10,6% dos procedimentos identificados¹³.

Ao observar a quantidade de procedimentos de 1999 até junho de 2006, nota-se que os mais utilizados permanecem ligados à especialidade obstétrica, psiquiatria e clínica médica.

Dos procedimentos identificados, o parto normal permaneceu em primeiro lugar, representando 23% das notificações do total identificadas no período e 15% do total produzido do SUS. Em segundo lugar, a cesariana, com 14% das notificações do período e 5% da produção do SUS. Já em terceiro lugar, entre os mais recorrentes, estava a curetagem pós-aborto, apresentando 6% das notificações do período e 2% da produção do SUS¹⁷.

Tabela 4. Procedimentos mais utilizados no SUS por beneficiários de planos de saúde, até 2005

| Procedimento | Atendimento Identificado | % em relação ao total identificado | Atendimento no SUS | % em relação ao total do SUS |
|---|--------------------------|------------------------------------|--------------------|------------------------------|
| Parto Normal | 86.865 | 23,37% | 10.213.830 | 14,97% |
| Cesariana | 52.794 | 14,20% | 3.542.637 | 5,19% |
| Curetagem pós-aborto | 23.929 | 6,44% | 1.399.499 | 2,05% |
| Insuficiência cardíaca | 18.337 | 4,93% | 2.192.030 | 3,21% |
| Tratamento em hospital psiquiátrico | 16.130 | 4,34% | 778.486 | 1,14% |
| Crise asmática | 15.650 | 4,21% | 2.098.991 | 3,08% |
| Diagnóstico e/ou primeiro atendimento em clínica médica | 12.560 | 3,38% | 1.591.161 | 2,33% |
| Pneumonia em adulto | 11.793 | 3,17% | 559.725 | 0,82% |
| Intercorrências clínicas em paciente oncológico | 10.552 | 2,84% | 477.897 | 0,70% |

Fonte: Brasil⁸.

Apesar dos procedimentos relacionados com a obstetria serem os mais frequentes, a clínica médica foi a especialidade que teve o maior número de internações de usuários com planos de saúde, representando 30% das internações no período de 1999 a 2005. As demais especialidades são: obstetria, cardiologia, psiquiatria, oncologia e pediatria¹³.

É importante ressaltar que o ressarcimento apenas é incidido nos procedimentos ambulatoriais e nos procedimentos de internação hospitalar. Ainda não são ressarcidos os procedimentos utilizados por beneficiários de planos de saúde na Atenção Básica (AB), portanto, o ressarcimento ainda não representa a restituição de todos os procedimentos utilizados por beneficiários de planos de saúde.

Devido à restrição de dados disponíveis, não é possível saber se há uma grande utilização da AB por parte dos beneficiários, no entanto, a inclusão do ressarcimento de procedimentos nela realizados representaria o ressarcimento de todo o gasto de beneficiários de planos privados no SUS.

Considerações finais

Observou-se que cerca de metade dos procedimentos identificados não é passível de ressarcimento, o que permite concluir que os portadores de planos de saúde estão buscando o SUS para ter acesso a procedimentos que não estão previstos em seus contratos ou estão fora da sua área de cobertura geográfica.

Em relação ao pagamento das notificações cobradas, verificou-se que apenas 55% delas foram pagas. Relativamente ao pagamento dos valores cobrados, se viu que apenas 58,5% deles foram pagos.

Quanto aos procedimentos mais utilizados, observou-se que os procedimentos ambulatoriais utilizados são de alto custo. Entre estes, destacou-se a hemodiálise II, que representou 40% das Apac identificadas nas 54^o e 55^o ABI e representando um montante de R\$ 131 milhões. Os demais procedimentos ambulatoriais utilizados por beneficiários de planos de saúde estão relacionados com a oncologia, correspondendo a R\$ 54 milhões.

Dos procedimentos realizados em

internações hospitalares, destacaram-se os procedimentos relacionados com a obstetrícia: parto normal, cesariana e curetagem pós-aborto, representando, respectivamente, 23,4%, 14,2% e 6,4% dos procedimentos identificados no período de 1999 a 2005.

É importante lembrar que ressarcimento ao SUS é pouco abordado em estudos científicos, apesar de ser um tema relevante. Novos estudos para avaliar o perfil do ressarcimento são necessários, haja vista a recente inserção da cobrança das Apac, que pouco pode ser analisada neste estudo. O perfil também pode apresentar alterações devido à crise que se instaurou no Brasil em 2015. Podem ainda ocorrer mudanças do perfil de pagamento e redução de recursos administrativos, devido à cobrança de juros de mora.

Além disso, será necessário observar os

efeitos da recente conclusão do julgamento da ação direta de inconstitucionalidade⁸, no levantamento de procedimentos, no pagamento das ABI e na quantidade de demandas judiciais.

Por fim, o ressarcimento tem-se apresentado como uma importante forma de regular a saúde suplementar e evitar enriquecimento das operadoras sobre o SUS, visto que o poder público fomenta a saúde suplementar. No entanto, o ressarcimento ainda não representa a restituição de todos os procedimentos utilizados por beneficiários de planos de saúde uma vez que muitos procedimentos não são contemplados pelos contratos. Pode-se prever, portanto, que se a proposta de ‘planos populares’ ou ‘planos acessíveis’¹⁸ vingar, a utilização de serviços do SUS por beneficiários de planos de saúde vai aumentar sem que seja passível de ressarcimento.■

Referências

1. Brasil. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União. 3 jun 1998.
2. Brasil. Lei nº 9.961/00, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União. 28 jan 2000.
3. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Boletim informativo: utilização do sistema público por beneficiários de planos de saúde e ressarcimento ao SUS. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2016.
4. Scatena MAN. O Ressarcimento ao SUS: Análise do perfil de utilização do Sistema Único de Saúde segundo período de contratação dos planos [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2004.
5. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1931-8 [internet]. Supremo Tribunal Federal 21 ago 2003 [acesso em 2016 set 30]. Disponível em: www.stf.jus.br/portal/inteiroTeor/obterInteiroTeor.asp?id=347335.
6. Brasil. Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de Agosto de 2001. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de as-

- sistência à saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 24 ago 2001.
7. Brasil. Lei nº 12.469, 26 de agosto de 2011. Altera os valores constantes da tabela do Imposto sobre a Renda da Pessoa Física e altera as Leis nº 11.482, de 31 de maio de 2007, 7.713, de 22 de dezembro de 1988, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.656, de 3 de junho de 1998, e 10.480, de 2 de julho de 2002. Diário Oficial da União. 26 ago 2011.
 8. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Certidão de Julgamento [internet]. 2018. [acesso em 2018 ago 17]. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=1741189>.
 9. Fernandes RBT. O Sistema de Gestão do Ressarcimento ao SUS: análise de seu desempenho no período 2011-2014 [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas; 2015.
 10. Silva JLM. Ressarcimento ao SUS: tendência histórica e causas da baixa efetividade na cobrança [monografia]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2013.
 11. Ocké-Reis CO. Qual é a Magnitude do Gasto Tributário em Saúde? In: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Boletim de Análise Político-Institucional. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2014; (1):71-76.
 12. Ocké-Reis CO, Santos FP. Mensuração dos Gastos Tributários em saúde - 2003-2006 [internet]. Brasília, DF: IPEA; 2011 [acesso em 2016 fev 24]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_1637.pdf.
 13. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação de Ressarcimento e Integração com o SUS. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2005.
 14. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Instrução Normativa nº 37, de 9 de junho de 2009. Dispõe sobre o procedimento eletrônico de ressarcimento ao SUS, previsto no artigo 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e na Resolução Normativa nº 185, de 30 de dezembro de 2008. Diário Oficial da União. 9 jun 2009.
 15. Santos L. Uma reflexão para a desjudicialização ou como lidar com essa questão no SUS. In: Anais do 6º Seminário Internacional de Atenção Básica; 2012 jun 30. Rio de Janeiro; 2012.
 16. Brasil. Emenda Constitucional nº 95, 16 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 16 dez 2016.
 17. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação de Ressarcimento e Integração com o SUS. Rio de Janeiro: ANS; 2006.
 18. Barbosa RS. Plano de saúde “acessível”, a salvação do mercado... Ou dos ricos. Carta Capital. 2018 mar 1. [acesso em 2018 maio 28]. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/blogs/brasil-debate/plano-de-saude-2018acessivel2019-a-salvacao-do-mercado-ou-dos-ricos>.