



## Utilização do SUS por beneficiários de operadoras privadas no Brasil Utilization of the SUS by beneficiaries of private health insurance companies in Brazil

### Utilización del SUS por beneficiarios de operadoras privadas en Brasil

Renata de Souza Vitorino<sup>1</sup>, João Victor Paulo da Silva <sup>1</sup>, Leonardo Ribeiro da Cruz Gross<sup>1</sup>, Juliano de Souza Gaspar <sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Especialização em Saúde Digital da Universidade Federal de Goiás, Goiás (GO), Brasil.

<sup>2</sup> Professor Dr. na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil

Autor correspondente: Renata de Souza Vitorino

E-mail: [renata.souza.vitorino@gmail.com](mailto:renata.souza.vitorino@gmail.com)

### Resumo

**Introdução:** Este estudo empreende uma análise da utilização do Sistema Único de Saúde (SUS) por beneficiários de operadoras privadas, no contexto da Saúde Suplementar no Brasil. **Método:** Pesquisa, de natureza descritiva, aborda o período de 2018 a 2022, investigando dados nacionais provenientes do Portal de Dados Abertos do Governo Brasileiro. Com foco na identificação de eventuais deficiências na rede de saúde suplementar, a pesquisa emprega indicadores e variáveis que contemplam aspectos sociodemográficos, geográficos e padrões de utilização. **Resultados:** Contribuições para uma compreensão mais profunda da interação entre operadoras privadas e o SUS. **Conclusão:** Faz-se necessário o fomento às pesquisas e análises que forneçam subsídios para melhorias na regulação, governança e na qualidade da assistência em saúde suplementar a partir da análise de dados.

**Palavras-chave:** Saúde Digital; Análise de Dados em Saúde; Ressarcimento SUS



## Abstract:

**Introduction:** This study undertakes a comprehensive analysis of the utilization of the Unified Health System (SUS) by beneficiaries of private health insurance companies, within the context of Supplementary Health in Brazil. **Objective:** The research, of a descriptive nature, covers the period from 2018 to 2022, investigating national data sourced from the Brazilian Government's Open Data Portal. **Method:** With a focus on identifying potential deficiencies in the supplementary health network, the research employs indicators and variables that encompass sociodemographic, geographic, and usage pattern aspects. **Results:** Contributions to a deeper understanding of the interaction between private operators and SUS. **Conclusion:** There is a need to promote research and analyses that provide insights for improvements in regulation, governance, and the quality of care in supplementary health based on data analysis.

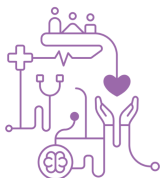
**Keywords:** Digital Health; Health Data Analysis; SUS Reimbursement

**Resumen:** Este estudio emprende un análisis exhaustivo de la utilización del Sistema Único de Salud (SUS) por parte de beneficiarios de compañías de seguros de salud privadas, en el contexto de la Salud Suplementaria en Brasil. **Objetivo:** La investigación, de carácter descriptivo, abarca el período de 2018 a 2022, investigando datos nacionales provenientes del Portal de Datos Abiertos del Gobierno Brasileño. **Método:** Con un enfoque en la identificación de posibles deficiencias en la red de salud suplementaria, la investigación emplea indicadores y variables que abarcan aspectos sociodemográficos, geográficos y patrones de uso. **Resultados:** Contribuciones para una comprensión más profunda de la interacción entre los operadores privados y el SUS. **Conclusión:** Es necesario fomentar la investigación y los análisis que proporcionen información para mejoras en la regulación, gobernanza y calidad de la atención en salud suplementaria a partir del análisis de datos.

**Descriptores:** Salud Digital; Análisis de Datos en Salud; Reembolso del SUS

## Introdução

A transferência de parte da responsabilidade do Estado à iniciativa privada visa garantir assistência universal, gratuita e integral à saúde é sedimentado na Constituição.



A intermediação na prestação da assistência constitui a Saúde Suplementar, responsável pelo atendimento de cerca de 50 milhões beneficiários (1), regulada pela Lei 9.656/1998 (2), e delinea um terreno fértil para investigações acadêmicas fundamentais ao constituir um ponto de convergência que impacta diretamente a saúde de milhões de beneficiários.

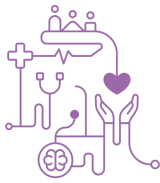
Os contratos celebrados entre beneficiários e Operadoras de Planos de Saúde após a promulgação do marco legal estabelecem padrões rigorosos para a assistência, abrangendo todas as enfermidades listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, com uma revisão bianual do rol de cobertura mínima, tendo, porém, sua amplitude atualizada a cada incorporação (2).

A atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar possui disposições específicas sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde e garantia de disponibilidade de prestador integrante da Rede Assistencial.

Tais disposições visam ainda assegurar que as operadoras se responsabilizam pela utilização do Sistema Único de Saúde para quaisquer atendimentos no SUS, determinando o mecanismo de devolução aos órgãos públicos por despesas decorrentes de atendimentos a beneficiários de planos privados quanto ao ressarcimento ao SUS dos valores por atendimentos prestados em instituições públicas ou privadas (2).

O processo de ressarcimento inicia-se a partir da identificação de beneficiários de planos de saúde que utilizaram os serviços do SUS, por meio de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e de Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC), encaminhado às operadoras ofícios de Aviso de Beneficiário Identificado (ABI), disponibilizados no site da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no Portal Operadoras, referente aos atendimentos ocorridos no SUS em um trimestre.

Por meio de um processo administrativo, individualizado por operadora, são detalhadas as informações sobre os atendimentos realizados e os valores a serem ressarcidos, os quais não devem ser inferiores aos praticados pelo SUS nem superiores aos praticados pelas operadoras de planos de saúde na rede credenciada. Este cálculo é feito de acordo com a incidência do Índice de Valoração do Ressarcimento (IVR) sobre os valores faturados pelo SUS (3).



Esse fenômeno acarreta impactos financeiros diretos às operadoras, que são obrigadas a constituir e manter provisões técnicas para garantir recursos destinados ao cumprimento das obrigações financeiras, como o PEONA – SUS, Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados (3).

O processo é regulamentado, incluindo as regras que devem ser observadas pelas operadoras de planos de saúde (OPS) nas solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial, o valor total das notificações de ressarcimento ao SUS, prazos de impugnação e demais trâmites, oferecendo pouca flexibilidade ou alternativas administrativas (4).

O ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos de saúde apresenta desafios financeiros significativos, exigindo a manutenção de provisões técnicas.

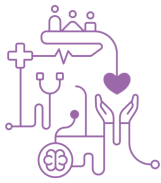
Esta dinâmica evidencia a necessidade de contínuo aperfeiçoamento dos processos operacionais e de gestão para garantir a sustentabilidade do sistema, pela análise dos dados relativos à utilização do SUS por beneficiários de operadoras privadas.

Este cenário reflete as complexidades financeiras e administrativas inerentes ao setor de saúde suplementar, cujo objetivo é assegurar a suficiência da rede para a devida cobertura assistencial e evidencia lacunas na rede de saúde suplementar para a análise de tendências e padrões de utilização ao longo do tempo, a partir de dados fornecidos pelo próprio órgão regulador.

## **Método**

Este é um estudo de abordagem descritiva, a partir das bases disponibilizadas pela ANS, provenientes do Portal de Dados Abertos do Governo Brasileiro, o acesso a informações públicas em conformidade com a Lei de Acesso à Informação (5), devidamente creditadas ao portal e tratadas com respeito às diretrizes éticas e legais que regem a utilização de dados públicos.

Dada a amplitude nacional da pesquisa, a caracterização específica do local não se aplica. No entanto, as informações consideradas englobam dados populacionais, características dos serviços de saúde e informações sociodemográficas e geográficas, fundamentadas em fontes oficiais como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Ministério da Saúde.



O período de análise compreende os anos de 2018 a 2022, proporcionando uma visão longitudinal para identificação de tendências e variações temporais, tipos de procedimentos mais demandados e padrões de recorrência.

As variáveis-chave investigadas incluem a frequência de utilização do SUS por beneficiários de planos de saúde privados, perfil sociodemográfico dos usuários, tipos de procedimentos mais demandados e padrões de recorrência.

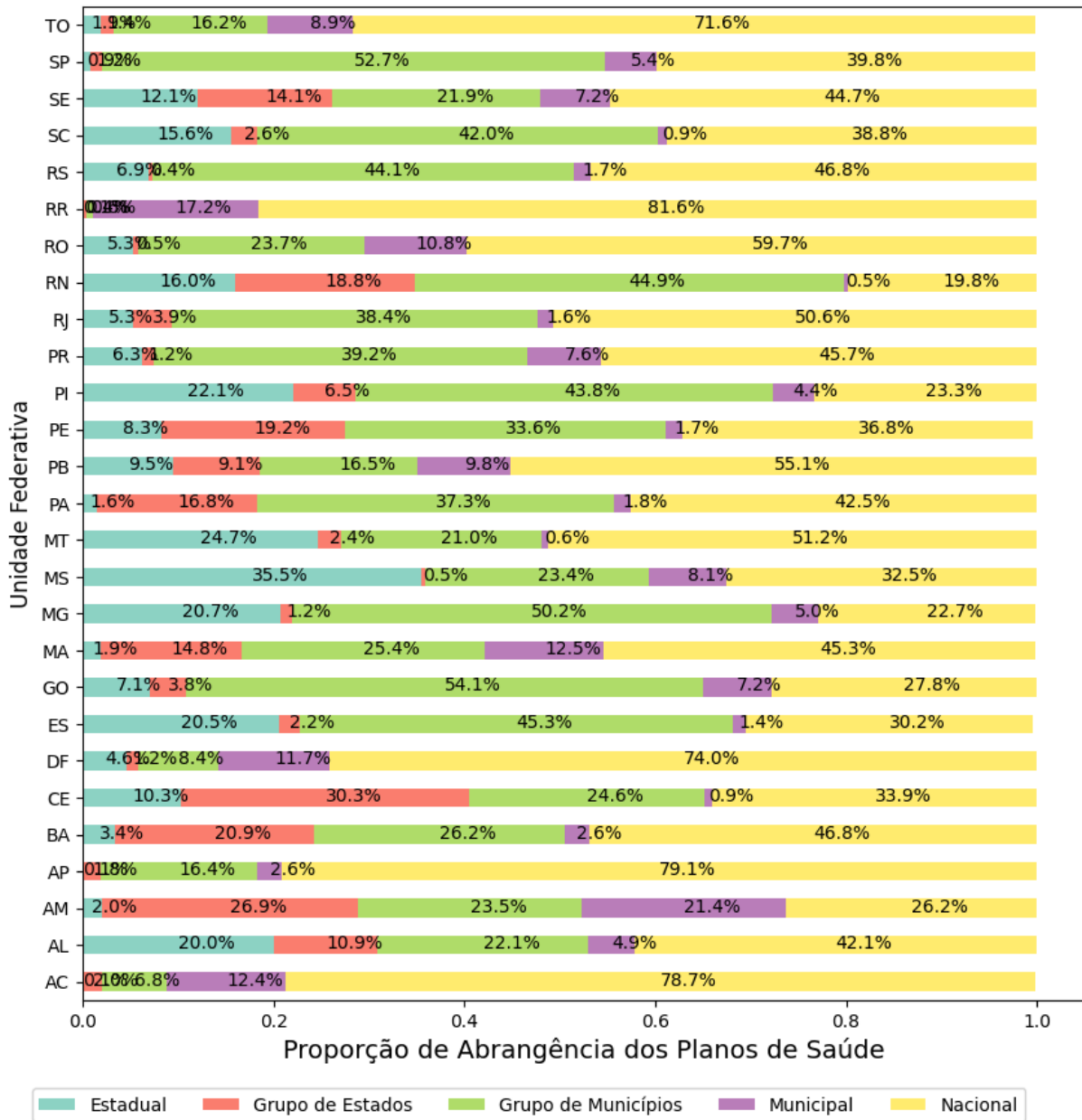
A coleta de dados é realizada por meio de consultas sistemáticas ao Portal de Dados Abertos, utilizando as bases completas disponibilizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil.

## Resultados

A rede assistencial é composta pela rede contratada pela operadora de planos privados de assistência à saúde, podendo ser própria ou contratualizada, determinada a partir da área de atuação do produto, indicada pela operadora no contrato de acordo com a área geográfica de abrangência, que pode ser nacional, estadual, de grupo de estados, municipal ou de grupo de municípios (6).

Na Figura 1, observa-se a proporção da distribuição de abrangência dos planos de saúde no território nacional, notavelmente, heterogênea, destacando-se a prevalência de planos com cobertura nacional e, conseqüentemente, a necessidade de ampla cobertura pelos planos de saúde em todo território nacional, visando a garantia de abrangência contratada pelo beneficiário.

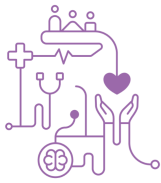
**Figura 1** - Proporção da Abrangência dos Planos de Saúde, entre 2018 e 2022.



Fonte: Desenvolvido pelos autores, com base nos dados por região geográfica, Portal Brasileiro de Dados Abertos.

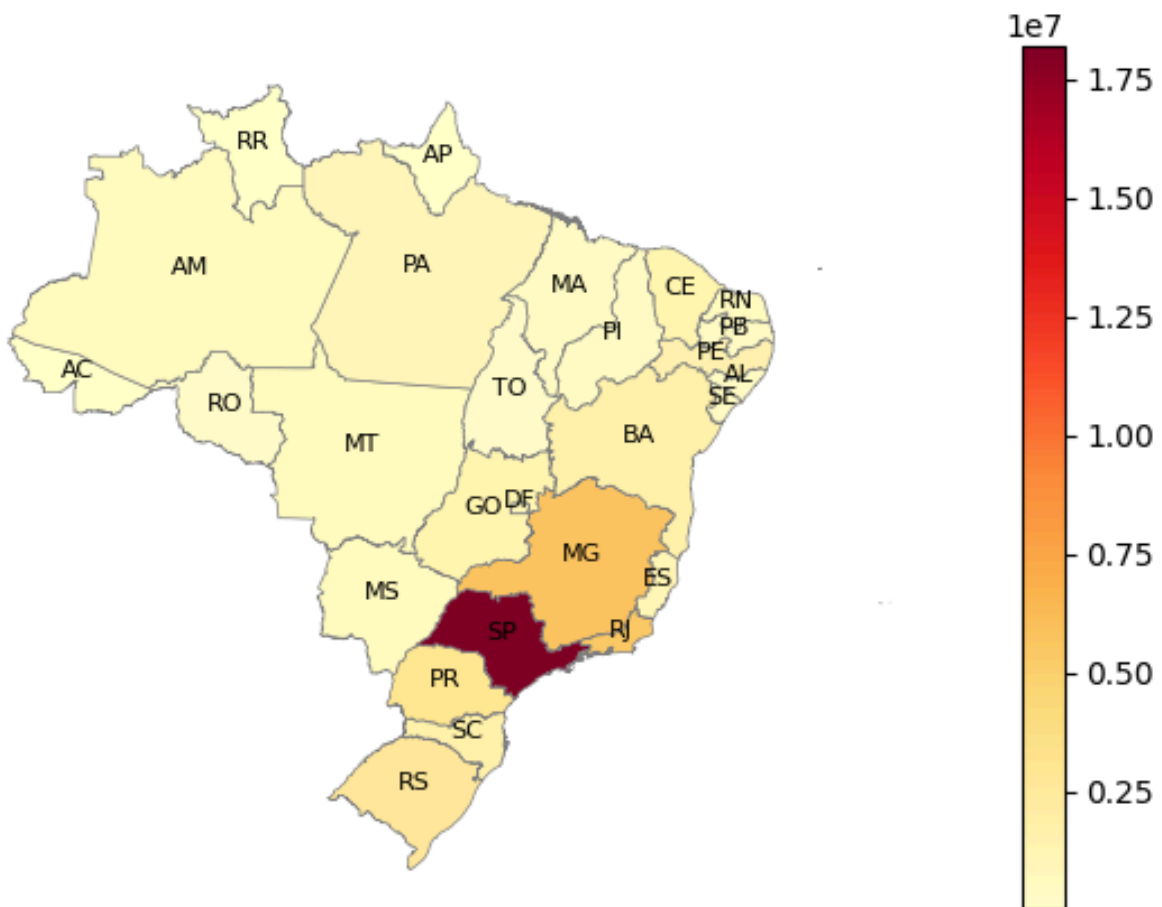
Há uma sobreposição da rede de atendimento do sistema de saúde brasileiro, visto que um mesmo estabelecimento de saúde tem sua prestação de serviços financiada tanto pelo setor público quanto pelo privado, dualidade explicada pela interdependência entre SUS e a Saúde Suplementar (7).

Na Figura 2, observa-se que a grande parte dos beneficiários de Operadoras de Saúde estão localizados na região Sul e Sudeste (8), no entanto, os produtos



disponibilizados em sua maioria possui cobertura assistencial definida como “Nacional”, determinando assim que todo o rol de eventos previsto em normativa sejam disponibilizados a estes beneficiários, independentemente de sua localização, fato que importa quando compara-se a capilaridade de muitas das carteiras.

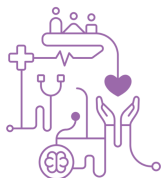
**Figura 2** - Mapa de calor Beneficiários por Estado em 2023.



Fonte: Desenvolvido pelos autores, com base nos dados por região geográfica, Portal Brasileiro de Dados Abertos.

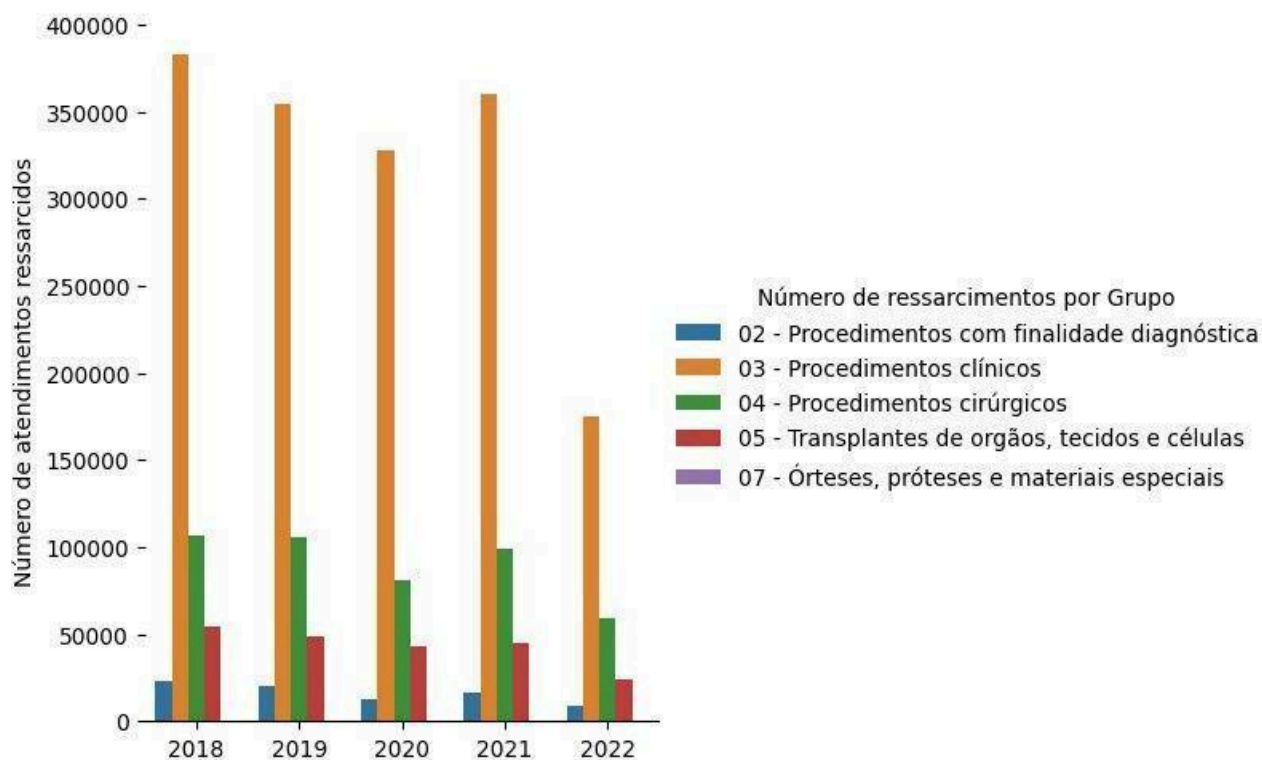
A análise da Figura 3 revela um número expressivo de ressarcimentos referentes a procedimentos clínicos, em contraste com outros grupos de procedimentos (9).

Ao observarmos mais especificamente os procedimentos clínicos (Figura 4), percebe-se em destaque os procedimentos em oncologia seguidos por tratamentos clínicos em outras especialidades e tratamentos em nefrologia (9). Essa predominância sugere uma possível insuficiência em serviços especializados e



prolongados, indicando a sobrecarga de demanda que essas operadoras não conseguem suprir adequadamente, levando os beneficiários a recorrerem ao SUS para tais tratamentos.

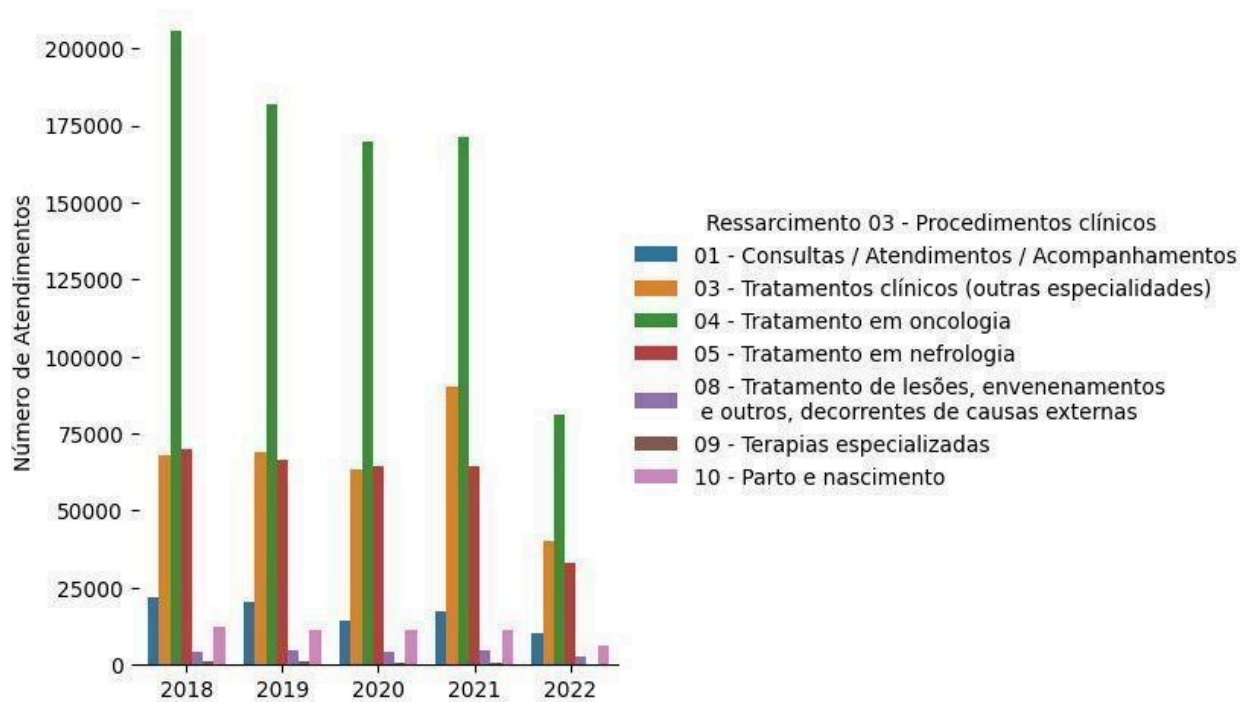
**Figura 3 - Ressarcimento por Grupos, entre 2018 e 2022.**



Fonte: Desenvolvido pelos autores, com base nos dados por região geográfica, Portal Brasileiro de Dados Abertos.

**Figura 5 - Ressarcimento Procedimentos Clínicos, entre 2018 e 2022.**



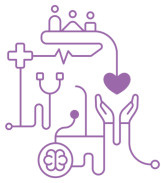


Fonte: Desenvolvido pelos autores, com base nos dados por região geográfica, Portal Brasileiro de Dados Abertos.

Tais achados, quando comparados com estudos anteriores, como o trabalho de Scatena et al. (7), que analisou o perfil de utilização do SUS conforme o período de contratação dos planos, evidenciam uma continuidade na tendência de utilização do SUS para procedimentos de alta complexidade, ampliado essa análise ao longo de um período mais recente (2018-2022).

O Monitoramento da Garantia de Atendimento visa avaliar o acesso dos beneficiários às coberturas contratadas. Com base em reclamações e na quantidade de beneficiários, o monitoramento foca em prazos não cumpridos para consultas, exames e cirurgias, além de analisar negativas de cobertura. O objetivo é assegurar o cumprimento das obrigações contratuais e legais, quanto ao acesso à cobertura assistencial, dentro dos prazos e condições definidos pelo órgão regulador.

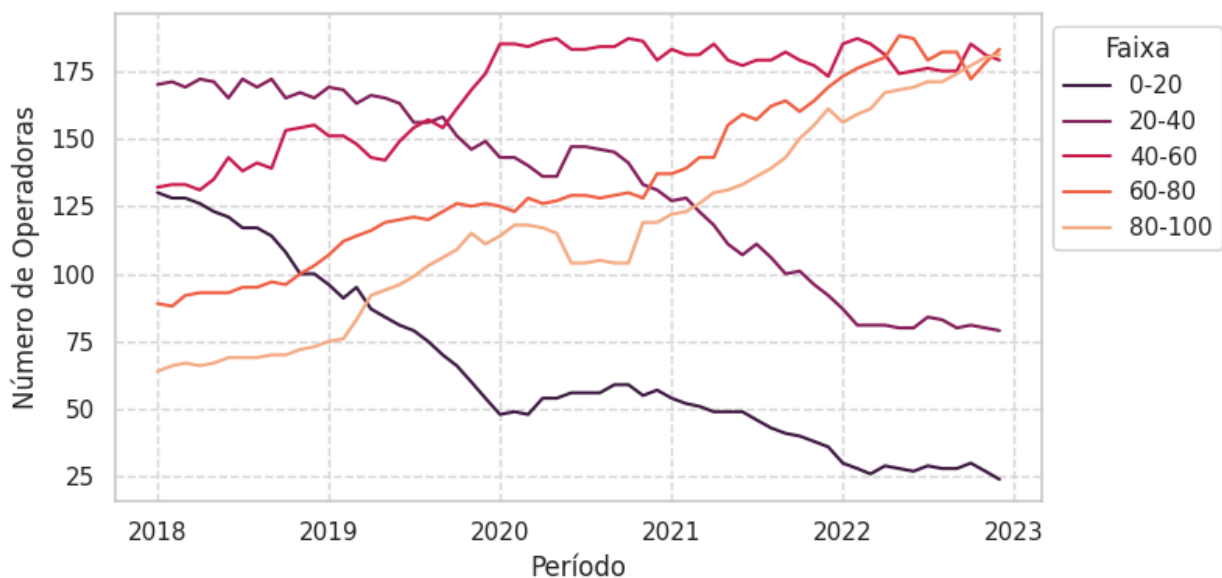
O cálculo do Percentual Histórico de Cobrança é fundamentado no histórico individual das operadoras, dividindo o total dos valores cobrados pelo total dos valores notificados, considerando os ABIs emitidos até 120 dias anteriores ao mês da contabilização, proporcionando uma análise comparativa e uma avaliação da consistência e conformidade dos valores cobrados em relação aos notificados,



refletindo a conformidade das OPS quanto ao processo de ressarcimento, visando garantir que os recursos públicos tenham a devida compensação pelas operadoras.

A análise do ressarcimento ao SUS pelas operadoras mostra uma mudança no padrão de cobrança ao longo do tempo. Ao observar a Figura 6 percebe-se uma tendência de redução do número de operadoras com percentual de cobrança entre 0% e 40%, ao passo que há um aumento no número de operadoras com percentual entre 60% e 100%, o que denota mudanças significativas no padrão de cobrança ao longo do tempo (8), denotando que uma maior parte das operadoras vem cumprindo a determinação de ressarcimento de forma mais consistente, mas com espaço para melhora de tais índices, evidência da utilização dos recursos do SUS para garantia do atendimento ao beneficiários aos eventos demandados.

**Figura 6** - Número de operadoras por faixa percentual de cobrança, entre 2018 e 2022.



Fonte: Desenvolvido pelos autores, com base nos dados por região geográfica, Portal Brasileiro de Dados Abertos.

## Discussão

A análise dos dados de utilização do SUS por beneficiários de operadoras privadas ao longo do período de 2018 a 2022, recorte temporal desta pesquisa, revela tendências e padrões significativos. Em um ambiente de saúde suplementar dinâmico, os dados emergem como ativos essenciais para a conformidade regulatória, em



consonância com os protocolos e diretrizes institucionais, e para otimizar recursos em face de desafios que transcendem métodos tradicionais (5). Isso demanda um esforço técnico dedicado à extração de informações úteis de bases dinâmicas, heterogêneas e distribuídas (6) que no âmbito da Saúde Suplementar, podem embasar ações corretivas e preventivas às potenciais insuficiências das redes prestadoras de serviços.

A rede assistencial é composta pela rede contratada pela operadora de planos privados de assistência à saúde, podendo ser própria ou contratualizada, determinada a partir da área de atuação do produto, indicados pela operadora no contrato de acordo com a área geográfica de abrangência podendo ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios (7).

A ANS impõe a necessidade de repassar ao SUS valores recolhidos por atendimentos realizados em instituições conveniadas, públicas ou privadas (3), o que gera repercussões financeiras diretas às operadoras, compelidas a manter provisões técnicas, como o PEONA – SUS, para garantir a adimplência diante das obrigações a serem informadas pela ANS (4).

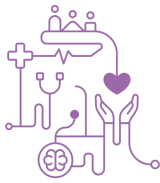
A Agência Nacional de Saúde Suplementar, como entidade reguladora, desempenha uma função central no cenário da Saúde Suplementar de exercer o poder de polícia, conforme previsto na legislação vigente.

Ao estabelecer critérios de monitoramento e controle, busca garantir o acesso, manutenção e qualidade dos serviços de assistência à saúde das empresas do setor, com aprimoramentos práticos.

Sobretudo, o órgão regulador visa a contribuição efetiva para a construção de um sistema de Saúde Suplementar resiliente, eficiente e alinhado com os princípios constitucionais da saúde como direito fundamental.

A adoção de ferramentas analíticas avançadas, conforme preconizado por Rogers (11), emerge como um potencial catalisador para superar práticas gerenciais defasadas, capacitando essas organizações a responder eficazmente às demandas dinâmicas do mercado de saúde.

À ANS, enquanto órgão regulador, incumbe a função vital de exercer o poder de polícia, conforme estipulado na legislação vigente (2). Suas atribuições normativas determinam a necessidade de estabelecer critérios de monitoramento e controle,



assegurando o acesso, a manutenção e a qualidade dos serviços de assistência à saúde prestados pelas empresas do setor.

Além disso, a ANS deve oportunizar melhorias práticas e contribuir efetivamente para a construção de um sistema de Saúde Suplementar resiliente, eficiente e em consonância com os princípios constitucionais que garantem a saúde como um direito fundamental.

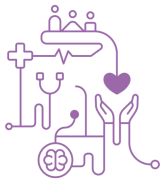
Ao promover o uso dos dados, almejamos ser agentes de transformação no processo decisório e gerencial das operadoras, orientando-as na alocação eficiente de recursos destinados para a aplicação prática do conhecimento gerado a partir de tais análises, com potencial impacto na saúde e o bem-estar da população beneficiária de planos de saúde privados, promovendo, assim, um sistema de saúde mais eficiente e equitativo, em que pese a contínua interação entre o SUS e a setor de Saúde Suplementar.

## **Conclusão**

A presente pesquisa, ao analisar as regulamentações recentes da ANS, contribui para a compreensão da eficácia do órgão regulador e sua capacidade de atuar proativamente em um ambiente dinâmico. A análise das mudanças no padrão de cobrança ao longo do tempo indica melhorias na conformidade das operadoras com as normativas de ressarcimento, mas revela que a utilização do SUS por beneficiários de planos de saúde de operadoras é influenciada pela insuficiência de serviços especializados na rede privada, resultando em uma dependência evidenciada pela realização expressiva de eventos de alta complexidade reembolsados aos cofres públicos por meio dos dispositivos legais vigentes.

Em um cenário dinâmico, os dados tornam-se ativos indispensáveis, não apenas para o cumprimento das regulamentações, mas também para a otimização de recursos e a conformidade com as diretrizes institucionais. Estas análises contribuem para os processos decisórios das operadoras, fortalecendo a capacidade do setor privado em atender à demanda por serviços especializados, em cumprimento ao rol de eventos mínimos dos planos comercializados.

Como trabalhos futuros, a partir dos levantamentos realizados, propõe-se a exploração da complexidade desses desafios que transcendem abordagens



tradicionais e envolvem esforços e técnicas dedicadas à extração de informações úteis de bases dinâmicas e heterogêneas, sob a égide das legislações aplicáveis e das necessidades crescentes do mercado da saúde.

O aumento observado no percentual de cobranças efetivas indica uma resposta positiva às normativas vigentes quanto aos direitos dos beneficiários, mas a variabilidade entre as operadoras sugere que há margem para melhorias adicionais, que poderão ser exploradas, identificando as causas adjacentes às tais variabilidades.

## Referências

1. IESS. NAB 84 - Nota de Acompanhamento de Beneficiários [Internet]. 2023 [cited 2023 Sep 11]. Available from: <https://www.iess.org.br/sites/default/files/2023-08/NAB%2084.pdf>
2. Brasil. Lei Nº 9.656, de 3 de junho de 1998 [Internet]. Brasília: Presidência da República; 1998. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm)
3. Brasil. Resolução Normativa ANS Nº 502. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; Mar 30, 2022.
4. Brasil. Resolução Normativa ANS Nº 574. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS; 2023.
5. Presidência da República do Brasil. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 [Internet]. Nov 18, 2011. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm)
6. Brasil. Resolução Normativa ANS No 566, de 29 de dezembro de 2022. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; 2022.
7. Scatena MAN, et al. O Ressarcimento ao SUS: Análise do perfil de utilização do Sistema Único de Saúde segundo período da contratação dos planos. 2004. Tese de Doutorado.
8. BRASIL. Dados beneficiários por região geográfica. Portal Brasileiro de Dados Abertos [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 28]. Available from: <https://dados.gov.br/dados/conjuntos-dados/dados-de-beneficiarios-por-regiao-geografica>
9. BRASIL. Portal Brasileiro de Dados Abertos. 2023 [cited 2023 Oct 9]. Beneficiários Identificados SUS/ABI. Available from: <https://dados.gov.br/dados/conjuntos-dados/beneficiarios-identificados-sus-abi>
10. BRASIL [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 30]. Histórico do IDSS. Portal Brasileiro de Dados Abertos. Available from: <https://dados.gov.br/dados/conjuntos-dados/historico-do-idss>
11. Rogers DL. Transformação digital: repensando o seu negócio para a era digital. 1st ed. Belo Horizonte: Autêntica Business; 2017. 440.