UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

MAURICIO CASTILHO MACHADO

**Estudo descritivo do padrão do ressarcimento ao SUS e a negativa de
procedimento pela operadora como possível causa do fato gerador**

Ribeirão Preto – SP

2019

MAURICIO CASTILHO MACHADO

Estudo descritivo do padrão do ressarcimento ao SUS e a negativa de procedimento pela operadora como possível causa do fato gerador

Versão Original

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Luiz Rodrigues-Júnior.

Ribeirão Preto – SP

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte

Machado, Mauricio Castilho

Estudo descritivo do padrão do ressarcimento ao SUS e a negativa de procedimento pela operadora como possível causa do fato gerador. Ribeirão Preto, 2019.

74 f. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde.

Orientador: Rodrigues-Júnior, Antônio Luiz.

1. Ressarcimento ao SUS. 2. Plano de saúde. 3. Operadoras. 4. Saúde suplementar. 5. Pesquisa empírica em direito.

Nome: MACHADO, Mauricio Castilho

Título: Estudo descritivo do padrão do ressarcimento ao SUS e a negativa de procedimento pela operadora como possível causa do fato gerador

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Dedico esse trabalho, assim como toda minha vida, à Bella.

AGRADECIMENTOS

À minha esposa Carolina pelo carinho e amor cotidianos e ainda pelos ensinamentos acadêmicos e pelas valiosas dicas.

À Alessandra Félix, cujo apoio e dedicação foram nada menos que essenciais para esse trabalho.

Aos meus pais, por serem sempre meus maiores apoiadores.

Aos amigos de Unimed, José Geraldo, Dafne, Edlaine, Thamires e Rafael por pela amizade e por toda a assistência ao longo do trabalho.

À diretoria da Unimed Nordeste Paulista, que muito gentilmente autorizou e apoiou a realização deste estudo.

Ao meu orientador Prof. Antônio Luiz pelo tempo, paciência e dedicação dispensados a mim e ao meu trabalho.

RESUMO

MACHADO, M. C. **Estudo descritivo do padrão do ressarcimento ao SUS e a negativa de procedimento pela operadora como possível causa do fato gerador.** 2019. 74 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Introdução: Por determinação do art. 32 da Lei Federal nº 9.656/98, cabe às operadoras de planos de saúde ressarcir aos cofres públicos os atendimentos à saúde de seus beneficiários realizados pelo Sistema Único de Saúde – SUS. A cada trimestre, são realizados pelo SUS cerca de 160 mil atendimentos a beneficiários de planos de saúde. **Objetivo:** O presente estudo teve como objetivo avaliar o ressarcimento ao SUS de uma cooperativa médica, caracterizar o perfil da operadora e de seus beneficiários, bem como avaliar se há relação entre a ocorrência de negativa de cobertura do procedimento pela operadora e do ressarcimento ao SUS. **Metodologia:** Foram levantados os dados de ressarcimento ao SUS de uma operadora referente ao período de 2013 a 2017 e os registros de sistema de negativas de solicitações no período de julho de 2012 a dezembro de 2017. Posteriormente realizou-se o cruzamento dos dados com a finalidade de verificar se os atendimentos do SUS teriam sido negados pela operadora até seis meses antes de sua realização. **Resultados:** Dos 1.803 beneficiários identificados no ressarcimento ao SUS no período analisado, 28% buscaram exclusivamente a rede pública de saúde, 10,8% tiveram algum tipo de solicitação negada ou cancelada pela operadora, e somente 0,6% possivelmente teve o atendimento realizado pelo SUS negado pela operadora. **Conclusão:** Contrário ao que outros autores sugerem, os resultados do presente estudo indicam que não houve nexo de causalidade entre as negativas da operadora e o ressarcimento ao SUS.

Palavras-chave: ressarcimento ao SUS. Plano de saúde. Operadoras. Saúde suplementar. Pesquisa empírica em direito.

ABSTRACT

MACHADO, M. C. **Descriptive study of the standard of reimbursement to SUS and the denial of procedure by the operator as a possible cause of the generating event.** 2019. 74 f. Dissertation (Master's degree) - Ribeirão Preto Medical School, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Introduction: By determination of the article 32 of Federal Law No. 9,656/98, the health care companies are responsible to reimburse to public coffers the health care provided by SUS to their beneficiaries. Each quarter, SUS provides about 160,000 medical services to health plan beneficiaries. **Objective:** The present study aimed to evaluate the reimbursement to SUS of a medical cooperative, to characterize the profile of the company and its beneficiaries, as well as to assess whether there is a relationship between the occurrence of negative coverage of the procedure by the health care operator and the reimbursement to SUS. **Methodology:** Data from the reimbursement to SUS of a health care company were collected for the period from 2013 to 2017 and the system records of denial of requests from July 2012 to December 2017. Subsequently, the data was crosschecked to verify if the operator up to six months before its completion denied the SUS medical services. **Results:** Of the 1,803 beneficiaries identified in the reimbursement to SUS in the analyzed period, 28% sought exclusively the public health network, 10.8% had some type of request denied or canceled by the operator, and only 0.6% possibly had the service performed by SUS denied by the operator. **Conclusion:** Contrary to what other authors suggest, the results of the present study indicate that there was no causal link between the negatives of the operator and the compensation for SUS.

Keywords: reimbursement to SUS. Health insurance. Operators. Supplementary health. Empirical research in law.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Divisão de beneficiários por faixas etárias nos anos de 2013 a 2017.....	33
Figura 2 – Divisão por faixas etárias dos atendimentos no SUS nos anos de 2013 a 2017.....	34
Figura 3 – Divisão por faixas etárias de valores dos atendimentos no SUS nos anos de 2013 a 2017.....	35
Figura 4 – Diagrama conjunto do número de beneficiários médios, do número de beneficiários em ABI e valores cobrados em ABI, distribuídos segundo faixa etária no período de estudo.....	36
Figura 5 - Distribuição de valores cobrados de ressarcimento ao SUS, segundo ABI e tipo de procedimento.....	38
Figura 6 - Distribuição de valores cobrados de ressarcimento ao SUS por procedimentos de AIH, segundo ABI e tipo de procedimento.....	40
Figura 7 - Distribuição de valores cobrados de ressarcimento ao SUS por procedimentos de APAC, segundo ABI e tipo de procedimento.....	40
Figura 8 - Distribuição de valores cobrados em ressarcimento ao SUS por grupo de procedimentos (SIGTAP) segundo tipo de procedimento (AIH e APAC).....	42
Figura 9 - Distribuição de valores cobrados de ressarcimento ao SUS de AIH, por grupo de procedimento (SIGTAP) segundo ABI.....	45
Figura 10 - Distribuição de valores cobrados de ressarcimento ao SUS de APAC, por grupo de procedimento (SIGTAP) segundo ABI.....	45
Figura 11 - Distribuição de valores cobrados de ressarcimento ao SUS de AIH, por grupo de procedimentos (SIGTAP) e por faixa etária.....	47
Figura 12 - Distribuição de valores cobrados de ressarcimento ao SUS de APAC, por grupo de procedimentos (SIGTAP) e por faixa etária.....	48
Figura 13 - Distribuição espacial dos valores cobrados de ressarcimento ao SUS, por Unidade Federativa onde se localiza o prestador de serviços.....	50
Figura 14 - Distribuição espacial (zoom) dos valores cobrados de ressarcimento ao SUS, por Unidade Federativa onde se localiza o prestador de serviços.....	51
Figura 15 - Fluxograma da busca pela correspondência entre ABI e negativa/cancelamento de solicitações de assistência à operadora, no período do estudo.....	54
Figura 16 - Valores de ressarcimento ao SUS e valores depositados em juízo.....	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de valores cobrados (R\$) e número de beneficiários envolvidos no ressarcimento ao SUS, segundo ABI e tipo de procedimento.....	37
Tabela 2 - Distribuição de valores cobrados (R\$) de ressarcimento ao SUS, segundo ABI e tipo de contratação de planos de saúde.....	39
Tabela 3 - Distribuição de valores cobrados (R\$) de ressarcimento ao SUS, segundo grupos de procedimento (SIGTAP) e tipo de procedimento (AIH e APAC)...	41
Tabela 4 - Distribuição de valores cobrados de ressarcimento ao SUS, segundo ABI e grupo de procedimento da Tabela SIGTAP.....	44
Tabela 5 - Distribuição de valores cobrados de ressarcimento ao SUS, segundo ABI e grupo de procedimento da Tabela SIGTAP.....	46
Tabela 6 - Distribuição de valores cobrados de ressarcimento ao SUS, segundo Unidade Federativa (UF) onde se localiza o prestador de serviços de saúde e grupo de procedimento da Tabela SIGTAP.....	49

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABI	Aviso de Beneficiários Identificados
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APAC	Autorização de Procedimento Ambulatorial
CCO	Código de Controle Operacional
CONSU	Conselho Nacional de Saúde Suplementar
DIDES	Diretoria de Desenvolvimento Setorial
DIGES	Diretoria de Gestão
DIFIS	Diretoria de Fiscalização
DIOPE	Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos
DIPRO	Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GRU	Guia de Recolhimento da União
IN	Instrução Normativa
MS	Ministério da Saúde
PERSUS	Protocolo Eletrônico do Ressarcimento ao SUS
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada (RDC)
RN	Resolução Normativa
SIB	Sistema de Informação de Beneficiários
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais – OPM do Sistema Único de Saúde – SUS
STF	Supremo Tribunal Federal
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
TUSS	Terminologia Unificada da Saúde Suplementar
UNIMED	União dos Médicos

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. OBJETIVOS	13
2.1. Objetivo geral.....	13
2.2. Objetivos específicos	13
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	14
3.1 Saúde Suplementar no Brasil	14
3.2 ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar	16
3.3 Ressarcimento ao SUS e seu funcionamento	18
3.4 A Ação Direta de Inconstitucionalidade – ADI n. 1931-7	21
3.5 Tipos de contratação de planos de saúde e modalidades de pagamento	24
4. MATERIAL E MÉTODOS.....	28
5. RESULTADOS	31
5.1 Perfil da Operadora e de Beneficiários	31
5.2 Aviso de Beneficiários Identificados (ABI).....	36
5.3 ABI x solicitações negadas e canceladas	51
5.4 Procedimento adotado pela operadora	55
6. DISCUSSÃO.....	58
7. CONCLUSÃO.....	66
REFERÊNCIAS	67
ANEXOS.....	71
ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP	71
ANEXO B – Autorização de coleta de dados	73
ANEXO C – Autorização da divulgação de dados.....	74

1. INTRODUÇÃO

A Lei 9.656/98, que dispõe sobre a regulamentação dos planos privados de assistência à saúde, trouxe consigo, em seu art. 32, a obrigação de ressarcimento pelas operadoras de planos de saúde de todos os serviços de atendimento à saúde, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS.

O ressarcimento ao SUS é composto por um conjunto de atos destinados à recuperação dos custos decorrentes de internações hospitalares e atendimentos ambulatoriais ocorridos em entidades hospitalares vinculados à rede pública de saúde, por beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

Assim, o ressarcimento garante ao SUS, através do Fundo Nacional de Saúde (FNS), receber os valores despendidos com atendimentos a pessoas que poderiam ser atendidas na rede hospitalar da saúde suplementar, mas que acabam sendo atendidas por entidades vinculadas ao SUS.

Conforme determina o *caput* do art. 32 da Lei 9.656/98 o ressarcimento deve ser limitado a restituição dos gastos realizados pela rede pública com o tratamento de pessoas vinculados a planos privados de assistência à saúde, desde que haja previsão de cobertura do tratamento realizado pelo contrato do plano de saúde.

As operadoras de planos de saúde recebem periodicamente cobrança dos atendimentos que seus usuários realizaram na rede pública de saúde, podendo pagá-la ou impugná-la, dando início a um processo administrativo.

Embora haja garantia na legislação de que os atendimentos cobrados em sede de ressarcimento ao SUS sejam limitados àqueles contratualmente garantidos no plano de saúde, às operadoras de saúde são afetadas negativamente com a utilização do sistema público ao menos em dois aspectos.

Quando o atendimento do beneficiário ocorre fora de sua rede prestadora credenciada, as operadoras perdem o poder de regulação sobre o usuário, aspecto essencial na gestão de custos. Também necessário considerar que o lapso temporal

de cerca de dezoito meses entre a ocorrência do atendimento no SUS e o aviso às operadoras, dificulta o controle de sinistralidade dos contratos da operadora, ou seja, a gestão da relação entre despesas e receitas do contrato fica prejudicada, principalmente se considerarmos que a periodicidade dos reajustes é a cada doze meses.

Ao longo das duas décadas de ressarcimento ao SUS, os estudos realizados e as decisões judiciais proferidas concluíam no sentido de que essa figura jurídica veio para tentar solucionar a ineficiência das operadoras que negam ou postergam a autorização de procedimentos e levam o beneficiário a buscar o SUS, que teria como finalidade desestimular o atendimento de beneficiários de planos de saúde em estabelecimentos da rede pública e privada conveniada e ainda que serviria para evitar que algumas operadoras ofereçam a cobertura, mas deixe de assegurá-la para que os tratamentos mais caros acabem sendo cobertos pelo Estado.

O presente trabalho tem como intuito analisar, através de estudo de caso de uma operadora de planos de saúde, os atendimentos realizados no SUS no período de cinco anos e se seus beneficiários se utilizaram da rede pública de saúde em razão da negativa de prestação desses mesmos serviços pela empresa contratada para provê-lo de forma particular.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Contribuir com a inteligência do dispositivo legal que estatuiu o ressarcimento ao SUS, visando a integração dos serviços de saúde pública com os de saúde suplementar, para atingir a realização do direito constitucional à saúde.

2.2. Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil da operadora de planos de saúde e de seus beneficiários, de acordo com os fatos geradores notificados pela ANS de ressarcimento ao SUS;
- Avaliar a existência de evidência entre a ocorrência de negativa do procedimento pela operadora ao beneficiário e a incidência de notificação de fato gerador de ressarcimento ao SUS;
- Analisar a conduta da operadora de planos de saúde com relação ao recebimento de cobrança e pagamento do ressarcimento ao SUS.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Saúde Suplementar no Brasil

Embora o marco legal da saúde suplementar no Brasil seja a Lei 9.656/98, importante destacar que esse segmento de mercado de saúde é muito anterior à referida lei e à Constituição Federal de 1988. A própria ANS reconhece como origem da saúde suplementar a Lei Eloy Chaves, promulgada no ano de 1923, que marcou o início da Previdência Social no Brasil, eis que criava em cada uma das estradas de ferro, uma Caixa de Aposentadorias e Pensões para os respectivos empregados (ANS, 2018c).

As Caixas de Aposentadorias criadas pela Lei Eloy Chaves funcionavam como fundos geridos e financiados por empregadores e empregados, com intuito não apenas de garantirem aposentadorias e pensões, mas também de financiar serviços médico-hospitalares aos trabalhadores e seus dependentes. O modelo adotado pelas Caixas de Aposentadorias da Lei Eloy Chaves em que a gestão e financiamento dos serviços médicos hospitalares dos trabalhadores ficam a cargo da própria empresa são, de certa forma, semelhantes às atuais operadoras da modalidade autogestão. Por sua vez, o Banco do Brasil constituiu sua caixa de aposentadoria e pensão - Cassi, em 1944, que é o mais antigo plano de saúde no Brasil ainda em operação. O subsistema de saúde suplementar brasileiro seguiu a trajetória de outros países latino-americanos (México, Chile, Argentina e Uruguai), desenvolvendo-se a partir da previdência social (ANS, 2018c).

As chamadas medicinas de grupo, surgem na década de 1950, na região do ABC paulista, com a comercialização de planos de saúde individuais e coletivos empresariais. Na segunda metade da década de 1960, em resposta ao avanço das medicinas de grupo, com intuito de enfrentar a “mercantilização” da medicina e a “proletarização” do médico, é criada a primeira cooperativa de trabalho na área de medicina no país e nas Américas: a União dos Médicos - Unimed na cidade de Santos em 1967 (UNIMED, 2018). O sucesso do modelo cooperativista incentivou a criação de outras cooperativas no país, tendo importante papel na difusão dos serviços de assistência à saúde suplementar em todo o território nacional. Atualmente existem

350 cooperativas médicas Unimed, com mais de 114 mil médicos cooperados, e estão presentes em 84% do território nacional (UNIMED, 2018).

A Constituição Federal de 1988, em seu art. 196, consagrou a saúde como direito de todos e dever do Estado, porém não determinou que essa atividade fosse considerada de monopólio estatal, uma vez que no art. 199 trouxe a previsão de que a saúde é livre à iniciativa privada (BRASIL, 1988). Assim, reconheceu como lícitos os subsistemas de saúde suplementar e privado que há muito já operavam no país, garantindo que os serviços de saúde pudessem ser executados não apenas diretamente pelo Estado, mas também através de terceiros.

Sete anos após a promulgação da Constituição da República, teve início primeiro mandato presidencial de Fernando Henrique Cardoso (FHC), cuja principal característica era seu caráter reformista, com finalidade de reduzir o inchaço do Estado mediante redução de sua atividade.

A Reforma do Estado de FHC, por meio do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) sob a liderança do Ministro Bresser Pereira, definiu a regulação /agencificação como política do Estado justificada pelo crescimento do setor privado, e objetivando ainda, retirar do Estado a obrigatoriedade do exercício de políticas de seguridade social e, conseqüentemente, de promover políticas de saúde de caráter público e universal (GERSCHMAN, 2008). Nesse contexto reformista ocorreram privatizações /publicizações de empresas públicas, concessões à iniciativa privada de serviços até então realizados unicamente por entes públicos e a criação de agências reguladoras, que passaram a regular mercados considerados de importância estratégica, como a saúde.

A saúde suplementar, uma das atividades sujeita à regulação estatal, era o setor de mercado, cujos atores ofertavam planos privados de assistência à saúde, estabelecendo uma relação jurídica consumerista entre uma pessoa jurídica de direito privado, que ficava responsável pela disponibilização dos serviços assistenciais demandados pelo consumidor, conhecida como operadora de planos privados de assistência à saúde, e consumidor, que se obrigava à contraprestação pecuniária de trato continuado, conhecido como beneficiário de plano privado de assistência à saúde, ou simplesmente beneficiário de plano de saúde.

Diante da importância desse mercado e da essencialidade dos serviços prestados, foi promulgada a Lei Federal nº 9.656/98, marco legal da regulamentação

dos planos de saúde no Brasil, e a Lei Federal 9.961/2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar, agência estatal responsável pela regulação do mercado de saúde suplementar.

3.2 ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

No contexto da agencificação do governo FHC, a Agência Nacional de Saúde Suplementar foi concebida a partir de setor específico do Ministério da Saúde (MS), com finalidade precípua de cumprir a Lei nº 9.656, editada em junho de 1998. A lacuna existente no mercado de saúde suplementar, serviço de natureza essencial, justificou a criação da ANS, regulamentada pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Até então, a regulação desse setor da economia, restringia-se ao seguro de assistência à saúde e das seguradoras, sob o controle econômico-financeiro da Superintendência de Seguros Privados (Susep).

O art. 1º da Lei 9.961/2000 confere à ANS a natureza de autarquia especial o que lhe garante autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de recursos humanos. A Agência possui sede e foro na cidade do Rio de Janeiro, com prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde. A autonomia administrativa da ANS é garantida pela gestão exercida por meio de uma Diretoria Colegiada, composta por até cinco diretores, com mandatos fixos, contando ainda, com o apoio de uma Câmara de Saúde Suplementar, órgão colegiado, de caráter permanente e consultivo, com ampla representatividade social.

A Câmara de Saúde Suplementar é um órgão de participação institucionalizada da sociedade na ANS que tem por finalidade auxiliar a Diretoria Colegiada nas suas discussões. Dentre outras competências, cabe à Câmara de Saúde Suplementar acompanhar a elaboração de políticas no âmbito da saúde suplementar; discutir, analisar e sugerir medidas que possam melhorar as relações entre os diversos segmentos que compõem o setor; colaborar para as discussões e para os resultados das câmaras técnicas; auxiliar a Diretoria Colegiada a aperfeiçoar o mercado de saúde suplementar, proporcionando à ANS condições de exercer, com maior eficiência, sua função de regular as atividades que garantam a assistência

suplementar à saúde no país; e indicar representantes para compor grupos técnicos temáticos, sugeridos pela Diretoria Colegiada.

Ainda que haja a garantia de autonomia administrativa da ANS, ela é regida por um Contrato de Gestão, firmado entre o seu Diretor-Presidente e o Ministério da Saúde (MS) e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU). O Contrato de Gestão estabelece os parâmetros para a administração da ANS, assim como os indicadores de desempenho e de sua atuação administrativa. O descumprimento injustificado do Contrato de Gestão implica na dispensa do diretor-presidente, pelo Presidente da República, mediante solicitação do Ministro da Saúde. O CONSU é um órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, sendo presidido pelo Ministro Chefe da Casa Civil da Presidência da República, e composto pelos Ministros da Justiça, da Saúde e da Economia. Além da aprovação do contrato de gestão entabulado entre MS e o Diretor-Presidente da ANS, podemos destacar outros importantes objetivos do CONSU como: estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar; supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS; e fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre aspectos econômico-financeiros, normas de contabilidade, atuariais e estatísticas.

A ANS tem por finalidade institucional a promoção da defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País (BRASIL, 2000). O inciso VI, do art. 4º, da Lei 9.961/2000, traz como uma das competências da ANS estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS.

A ANS tem sua estrutura administrativa organizada em cinco diretorias: Diretoria de Gestão (DIGES), Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES); Diretoria de Fiscalização (DIFIS); Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIPRO); Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIOPE). Dentre outras atribuições, cabe à DIDES estruturar e promover o ressarcimento ao SUS.

No intuito de descentralizar a atividade regulatória, além da sede no Rio de Janeiro, a ANS estabeleceu a criação de 12 Núcleos em diferentes localidades do país, nas seguintes cidades: Belém/PA; Belo Horizonte/MG; Brasília/DF; Cuiabá/MT; Curitiba/PR; Fortaleza/CE; Porto Alegre/RS; Recife/PE; Ribeirão Preto/SP; Rio de

Janeiro/RJ; Salvador/BA e São Paulo/SP.

3.3 Ressarcimento ao SUS e seu funcionamento

Ressarcimento ao SUS é a obrigação das operadoras de planos privados de assistência à saúde em reembolsar ao SUS as despesas incorridas nos atendimentos aos seus beneficiários na rede pública de saúde, desde que os serviços prestados sejam cobertos pelo contrato do plano de saúde. Em outras palavras, quando os beneficiários dos planos de saúde são atendidos na rede pública, essa informação é registrada no sistema de informação do SUS e encaminhada à ANS para posterior cobrança das operadoras (ANS, 2018a).

A Lei n. 9.656, de 1998, estabelece, em seu art. 32, a obrigatoriedade do ressarcimento ao SUS de serviços prestados a beneficiários de planos privados de saúde por instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde. Diz o art. 32, da Lei n. 9.656/98 (BRASIL 1998):

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

§ 1o O ressarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde – FNS

§ 2o Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.

§ 3o A operadora efetuará o ressarcimento até o 15o (décimo quinto) dia da data de recebimento da notificação de cobrança feita pela ANS.

§ 4o O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3o será cobrado com os seguintes acréscimos:

I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;

II - multa de mora de dez por cento.

§ 5o Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3o serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos.

§ 6o O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde.

§ 7o A ANS disciplinará o processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2o deste artigo,

cabendo-lhe, inclusive, estabelecer procedimentos para cobrança dos valores a serem ressarcidos.

§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei.

§ 9º Os valores a que se referem os §§ 3º e 6º deste artigo não serão computados para fins de aplicação dos recursos mínimos nas ações e serviços públicos de saúde nos termos da Constituição Federal.

Para Tibúrcio (2011), há no art. 32 da Lei nº 9.656/98 o estabelecimento de um mecanismo de regulação para corrigir práticas mercadológicas viciadas, eis que a necessidade de ressarcir ao SUS representaria um estímulo a boas práticas empresariais, na medida que induziria as operadoras a propiciar meios para reduzir a utilização do SUS pelos seus beneficiários.

Além da restituição aos cofres públicos dos gastos realizados pela utilização da rede pública de saúde com os atendimentos de usuários em procedimentos que estariam cobertos por seus planos privados de assistência à saúde, o ressarcimento ao SUS busca ainda subsidiar a regulação do mercado de saúde suplementar (FERNANDES, 2015).

Para o Excelentíssimo Ministro Marco Aurélio Mello (BRASIL, 2018a) a escolha do agente privado de atuar na prestação de relevantes serviços à saúde, de forma concorrente com o Estado, pressupõe a responsabilidade de arcar integralmente com as obrigações assumidas. Dessa maneira, o ressarcimento ao SUS seria um mecanismo assecuratório da completude do sistema, eis que seria utilizado mas para recompor despesas públicas atribuídos aos atores privados, que falham na execução da avença relativa ao plano de saúde.

Em cumprimento à previsão legal trazida no art. 32 da Lei 9.656/98, coube à Agência Nacional de Saúde Suplementar colocar em prática os mecanismos necessários para a identificação dos atendimentos realizados pelo SUS a usuários do sistema de saúde suplementar, bem como as medidas necessárias para a realização de cobrança das operadoras de planos de saúde.

Para a realização da identificação dos usuários da saúde suplementar atendidos no sistema público, a Agência Nacional de Saúde Suplementar recebe as informações disponibilizadas pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e realiza o cruzamento dos dados com o Sistema de Informações de Beneficiários

(SIB), cujo cadastro de usuários é abastecido pelas operadoras de planos de saúde mensalmente em razão de obrigação regulatória (ANS, 2018a).

Através do cruzamento de dados cadastrais das operadoras com as informações referente às utilizações do DATASUS, a ANS identifica a totalidade de atendimentos aptos a serem cobrados e notifica, por intermédio do Protocolo Eletrônico do Ressarcimento ao SUS (PERSUS), as operadoras utilizando-se do ofício de notificação ABI (Aviso de Beneficiários Identificados), por meio do qual detalha informações sobre os atendimentos realizados, bem como sobre os valores a serem ressarcidos.

No ABI são agrupados os atendimentos a cada três meses (três competências, conforme terminologia adota pela ANS) e nele são identificadas as unidades de saúde em que foram realizados os atendimentos, a data de ocorrência, se o procedimento teve caráter de urgência ou eletivo, o descritivo e código do procedimento conforme tabela SUS, além da identificação dos usuários mediante número de CCO (Código de Controle Operacional), número de registro na operadora e data de nascimento.

O primeiro ABI foi lançado em maio de 2001, referente às utilizações ocorridas nos meses de fevereiro, março e abril do mesmo ano. O ABI 76, último dentre aqueles analisados no presente estudo, foi lançado em junho de 2019, referente às competências de outubro, novembro e dezembro de 2017. O lapso temporal de cerca de 18 (dezoito) meses entre a ocorrência da utilização no serviço público de saúde e a efetiva notificação da operadora sobre esse atendimento, prejudica o cálculo dos custos efetivos de cada plano, eis que os reajuste contratuais são anuais. O lapso temporal entre o atendimento no SUS e a ciência da operadora, impede a apuração da sinistralidade real de cada um de seus contratos, e por conseguinte, o cálculo correto de reajuste para a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato.

Somente no ano de 2015 teve início a cobrança de atendimentos ambulatoriais (APAC) a partir do ABI 54, referente à competência de janeiro de 2014. Por determinação do Tribunal de Contas, nos anos de 2017 e 2018 houve a cobrança retroativa dos APAC'S dos anos de 2012 e 2013 (ANS, 2018b).

As operadoras ao receberem o ofício de notificação ABI, com atendimentos possivelmente realizados por beneficiários pertencentes às suas respectivas carteiras,

podem impugnar as identificações em primeira instância, e após decisão administrativa, podem apresentar recurso.

As defesas são apresentadas por meio eletrônico através do sistema PERSUS, sendo sua análise de responsabilidade da Gerência-Executiva de Integração e Ressarcimento ao SUS (GEIRS), ligada à Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES).

Os motivos de defesa no processo administrativo são mencionados no Anexo IV, da Instrução Normativa DIDES nº 54, podendo ser alegado que o beneficiário já estava excluído do plano momento do atendimento, que a utilização ocorreu fora da área de abrangência geográfica do plano, que o procedimento realizado não possui cobertura contratual, que o beneficiário estava no período de carência para aquele atendimento ou até que o atendimento já foi pago pela operadora ao prestador, dentre outros.

Caso durante o processo administrativo instaurado as operadoras comprovem que os atendimentos notificados não são passíveis de serem ressarcidos, a cobrança será anulada pelos técnicos da ANS. Em se tratando de atendimentos parcialmente devidos, haverá o respectivo desconto.

Terminado o procedimento administrativo é emitida uma Guia de Recolhimento da União com o montante total dos atendimentos que não foram anulados durante o processo, sendo garantida à operadora a possibilidade de requerer o parcelamento administrativo do débito. Em caso de não pagamento, a operadora ficará sujeita a inscrição no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal (CADIN), os débitos são escritos em Dívida Ativa e posteriormente executados em juízo através de execução fiscal. Os valores arrecadados são repassados ao FNS, conforme prevê a Lei 9.656/98, que é o gestor financeiro dos recursos, sendo reaplicados em programas prioritários do Ministério da Saúde (ANS, 2018a).

3.4 A Ação Direta de Inconstitucionalidade – ADI n. 1931-7

Tão logo houve a promulgação da Lei 9.656/98, seu texto foi muito questionado pelas entidades participantes do mercado de saúde suplementar, tendo sido ajuizada Ação Direta de Inconstitucionalidade – ADI n. 1931-7 perante o Supremo

Tribunal Federal (STF), em 10 de dezembro de 1998, pela Confederação Nacional de Saúde – Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS), questionando a constitucionalidade de diversos dispositivos da Lei dos Planos de Saúde.

Dentre os dispositivos que tiveram sua constitucionalidade questionada pela ADI n. 1931-7, encontra-se o art. 32 que trata do ressarcimento ao SUS.

A ADI teve seu pedido liminar parcialmente provido em sessão plenária do STF em 21 de agosto de 2003, impedindo a irretroatividade da lei ao declarar que os contratos celebrados antes da edição da Lei n. 9.656, de 1998, não podiam ser afetados pela regulamentação dos planos de saúde.

Contudo, os demais pedidos de suspensão liminar de dispositivos que supostamente eram inconstitucionais ou feriam os princípios do ato jurídico perfeito e o direito adquirido não foram acatados pelo STF. Diante dessa decisão, em juízo de cognição sumária, a inconstitucionalidade do ressarcimento ao SUS não foi reconhecida, tendo sido a matéria julgada de maneira definitiva apenas no acórdão em fevereiro de 2018, quase vinte anos após ajuizamento da ADI.

Na sessão plenária de 7 de fevereiro de 2018, o STF confirmou liminar concedida em parte anteriormente pelo plenário e, por unanimidade, acompanhou integralmente o voto do relator, ministro Marco Aurélio, que considerou válida a maioria dos dispositivos, mas entendeu que os contratos celebrados antes da vigência da norma não podem ser atingidos pela regulamentação dos planos de saúde.

A ADI 1931-7 teve parcial provimento, sendo o artigo 10, parágrafo 2º, o artigo 35-E da Lei 9.656/1998 e o artigo 2º da MP 2.177-44/2001 que alterou a lei dos planos de saúde, os únicos dispositivos declarados inconstitucionais. Tais dispositivos previam a incidência das novas regras relativas aos planos de saúde em contratos celebrados anteriormente à vigência da Lei dos Planos de Saúde.

O relator ministro Marco Aurélio considerou que tais dispositivos criaram regras distintas daqueles objetos da contratação e, com isso, violaram o direito adquirido e o ato jurídico perfeito, estabelecidos no artigo 5º, inciso XXXVI, da Constituição Federal. Para ele, o legislador, com o intuito de potencializar a proteção do consumidor, “extrapolou as balizas da Carta Federal, pretendendo substituir-se à vontade dos contratantes” (BRASIL, 2018a).

Ponderou ainda o ministro relator que a vida democrática pressupõe a segurança jurídica, que não autoriza o afastamento de ato jurídico perfeito mediante

aplicação de lei nova. “É impróprio inserir nas relações contratuais avençadas em regime legal específico novas disposições, sequer previstas pelas partes quando da manifestação de vontade” (BRASIL, 2018a).

Outros dispositivos foram analisados pelo Plenário do STF e julgados constitucionais. Dentre eles o artigo 32, *caput* e parágrafos, que prevê o ressarcimento, por planos de saúde, de despesas relativas a serviços de atendimento aos consumidores, previstos nos contratos prestados por entidades do SUS.

Conforme destacou o ministro relator o tratamento em hospital público não deve ser negado a nenhuma pessoa, considerada a universalidade do sistema. Contudo, observou ainda que, se o serviço público de saúde atende a particular em virtude de situação incluída na cobertura contratual, deve o SUS ser ressarcido tal como faria o plano de saúde em se tratando de hospital privado.

No julgamento houve o reconhecimento expresso da natureza do ressarcimento ao SUS como obrigação civil de natureza restitutória com intuito de evitar o enriquecimento ilícito das operadoras de planos de saúde.

Para o relator do acórdão, Marco Aurélio Mello (BRASIL, 2018a):

“(...) a norma impede o enriquecimento ilícito das empresas e a perpetuação de modelo no qual o mercado de serviços de saúde submeta-se unicamente à lógica do lucro, ainda que às custas do erário”.

Acompanhando o voto do relator, o Ministro Alexandre de Moraes entende que se não houver o ressarcimento pelas operadoras ao SUS “é um enriquecimento ilícito: recebem a mensalidade, não cumprem a sua obrigação e ainda não há necessidade de ressarcir”.

No mesmo sentido dos demais votos, o Ministro Ricardo Lewandowski expõe o seguinte entendimento (BRASIL, 2018a):

“Quando um segurado de um plano de saúde sofre um acidente ou fica doente, surge para seguradora uma obrigação de fazer ou de pagar. Se este segurado é atendido pelo SUS obviamente não haverá nenhum desembolso por parte dessa seguradora. Então é justo que ela reembolse o SUS sob pena de locupletamento ilícito e o nosso ordenamento jurídico não se compadece com essa situação”.

É possível concluir, com fundamento em posição unânime do Supremo Tribunal Federal que a natureza jurídica do ressarcimento ao SUS é a de obrigação civil restitutória com finalidade de evitar o enriquecimento ilícito das operadoras de planos de saúde.

Na mesma sessão, o plenário do Supremo Tribunal Federal julgou o Recurso Extraordinário (RE) 597064, com repercussão geral reconhecida, no qual se fixou tese sobre o tema do ressarcimento ao SUS. A Corte desproveu recurso interposto por uma operadora de plano de saúde (Irmandade do Hospital de Nossa Senhora das Dores) contra acórdão do Tribunal Regional Federal da 2ª Região (TRF-2) que julgou válida cobrança a título de ressarcimento do SUS por atendimentos prestados a beneficiários do plano (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2018).

O voto do ministro Gilmar Mendes foi acompanhado por unanimidade, tendo reconhecido a constitucionalidade da regra e afirmado o direito das partes ao contraditório e à ampla defesa na esfera administrativa:

“É constitucional o ressarcimento previsto no artigo 32 da Lei 9.656/1998, o qual é aplicável aos procedimentos médicos, hospitalares ou ambulatoriais custeados pelo SUS e posteriores a 04/06/1998, assegurados o contraditório e a ampla defesa no âmbito administrativo em todos os marcos jurídicos” (BRASIL, 2018b).

3.5 Tipos de contratação de planos de saúde e modalidades de pagamento

Para qualificação da discussão dos resultados obtidos, será necessário analisarmos algumas características dos contratos de planos de saúde no tocante aos regimes ou tipos de contratação e modalidades de formação de preço de contraprestação.

A Lei Federal nº 9.656/98 determina no inciso VII de seu art. 16 que nos contratos, regulamentos ou condições gerais dos planos de saúde devem constar dispositivos que indiquem com clareza o regime ou tipo de contratação, podendo ser: individual ou familiar; coletivo empresarial; ou coletivo por adesão.

Nesse sentido, a Resolução Normativa nº 195 de 14 de julho de 2009, regulamentou a legislação e trazendo as definições para cada tipo de contratação.

De acordo com a RN nº 195, plano individual é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou

sem grupo familiar. Plano coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária. Enquanto plano coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com cooperativas, associações, sindicatos e outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial.

Assim, enquanto o plano individual pode ser contratado por qualquer pessoa natural, os planos coletivos são direcionados exclusivamente a pessoas jurídicas e apresentam requisitos específicos de vínculos para a elegibilidade de beneficiários. Vejamos:

“Art. 5º Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

§1º O vínculo à pessoa jurídica contratante poderá abranger ainda, desde que previsto contratualmente:

- I - os sócios da pessoa jurídica contratante;
- II - os administradores da pessoa jurídica contratante;
- III - os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante, ressalvada a aplicação do disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;
- IV – os agentes políticos;
- V – os trabalhadores temporários;
- VI – os estagiários e menores aprendizes; e
- VII - o grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro dos empregados e servidores públicos, bem como dos demais vínculos dos incisos anteriores” (BRASIL, 2009).

“Art. 9º Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial:

- I – conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;
- II – sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;
- III – associações profissionais legalmente constituídas;
- IV - cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;
- V - caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução;
- VI - entidades previstas na Lei no 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei no 7.398, de 4 de novembro de 1985” (BRASIL, 2009).

Percebe-se que nos contratos coletivos empresariais a limitação é realizada quanto ao vínculo dos beneficiários e não quanto à pessoa jurídica contratante. Enquanto nos contratos coletivos por adesão, a restrição trazida pela normativa é para as pessoas jurídicas contratantes, que são previstas em rol taxativo no art. 9º da RN nº 195.

Com relação às modalidades de formação de preço, a Lei 9.656/98, no inciso I, de seu art. 1º, no bojo da definição de plano de saúde, traz a possibilidade de preços pré ou pós estabelecidos:

“prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor” (BRASIL, 1998)

De acordo com o Anexo II da Resolução Normativa nº 85 de 7 de dezembro de 2004, o plano com preço pré-estabelecido é aquele que o valor da contraprestação pecuniária é calculado antes da utilização das coberturas contratadas. Enquanto no plano com preço pós-estabelecido o valor da contraprestação pecuniária é calculado após a realização das despesas com as coberturas contratadas. Nos planos em pós-pagamento na modalidade custo operacional a operadora repassa à pessoa jurídica contratante o valor total das despesas assistenciais, sendo vedado o repasse integral ao beneficiário.

Neste tipo de contrato “a operadora de planos de saúde coloca à disposição da contratante a sua rede de serviços, que remunera apenas os serviços efetivamente utilizados” (RIO GRANDE DO SUL, 2013). Desta forma, não há uma contraprestação mensal fixa, mas tão somente a cobrança dos valores referentes às despesas decorrentes dos serviços efetivamente utilizados por cada beneficiário do contrato. Assim, cobrança de valores referente à prestação dos serviços depende da efetiva utilização desses serviços pelos usuários do contrato. Do contrário, nada é cobrado.

Enquanto o contrato em pré-pagamento tem sua remuneração ligada à disponibilidade dos serviços, independentemente de sua efetiva utilização, por um

preço global, fixo e pago antecipadamente; nos contratos de pós-pagamento em custo operacional, os valores referentes à contraprestação da operadora são variáveis em razão da efetiva fruição dos serviços médicos hospitalares, sempre no mês seguinte da utilização ou do período de fechamento da fatura.

4. MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho buscou cobrir o tema do ressarcimento ao SUS, focando os fatos geradores envolvendo a Unimed Nordeste Paulista - Federação Intrafederativa das Cooperativas Médica, doravante referenciada por operadora, sob a ótica dos ABI's da ANS e dos processos internos de deferimento ou indeferimento de cobertura requerida pelo beneficiário, em busca de evidência que auxilie a compreensão dos casos tipificados.

Os ABI's emitidos pela ANS forneceram os dados necessários à caracterização da contraprestação da operadora que dá origem à cobrança pelo SUS, fazendo uma aproximação baseada na tríade descritiva de "pessoa-lugar-tempo", usando, portanto, uma metodologia empírica por meio de estudo transversal do tipo levantamento. Neste propósito, foram considerados dados relativos ao sexo, idade em faixas etárias (descritas adiante), tipo de contratação (adesão, empresarial e individual), tipo de procedimento utilizado (internação hospitalar, AIH, ou ambulatorial de alto custo/alta complexidade, APAC), grupo do procedimento da tabela SUS (descritos adiante), município do prestador de serviços e número/período da ABI (trimestre ou ano). Os ABI's são considerados fontes de dados secundários.

Foi considerada a distribuição etária 0-18 anos, 19-23 anos, 24-28 anos, 29-33 anos, 34-38 anos, 39-43 anos, 44-48 anos, 53-49 anos, 54-58 anos, acima de 59 anos, gerando dez faixas etárias, cuja categorização é adotada pelo mercado de saúde suplementar por determinação da Resolução Normativa nº 63 de 22 de dezembro de 2003. Foram construídas pirâmides etárias utilizando esta estratificação de idades, apresentando as distribuições anuais dos números de beneficiários em média da operadora, de beneficiários identificados nos ABI's e os valores cobrados nos ABI's, em cada faixa etária.

Com respeito às demandas que estiveram na origem dos fatos geradores do ressarcimento ao SUS, os ABI's informaram os grupos principais de procedimentos da Tabela SUS, por meio do código SIGTAP, permitindo categorizar cada ABI em:

- 01: ações de promoção e prevenção em saúde;
- 02: procedimentos com finalidade diagnóstica;
- 03: procedimentos clínicos;
- 04: procedimentos cirúrgicos;

- 05: transplantes de órgãos, tecidos e células;
- 06: medicamentos;
- 07: órteses, próteses e materiais especiais;
- 08: ações complementares da atenção à saúde.

Os ABI's representam recortes históricos dos fatos geradores de ressarcimento ao SUS, cujos fatos são agrupados por trimestre e então são emitidas as notificações às operadoras. Neste estudo foram considerados os Avisos de Beneficiários identificados (ABI), numerados de 50 a 76 exceto 60, 62 e 64, referentes às Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) e às Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais (APAC) do período compreendido entre janeiro de 2013 a dezembro de 2017. Os ABI's foram agrupados de maneira a corresponderem aos seguimentos anuais compreendidos de 2013 a 2017.

A informação sobre o município onde se localiza a instituição prestadora de serviços foi utilizada para compor um cartograma, ilustrando a distribuição espacial dos ABI's. Os softwares STATA (R) e R foram utilizados na análise descritiva, fornecendo resultados na forma de tabelas, gráficos e mapeamentos.

Dado que os ABI's identificam os procedimentos cobrados (código SIGTAP) e os beneficiários Código de Controle Operacional (CCO), sendo este um "rótulo numérico" atribuído pela ANS que identifica univocamente os vínculos armazenados na base de dados de beneficiários das operadoras. Utilizou-se o CCO dos beneficiários que se utilizaram do SUS nos anos de 2013 a 2017 e foi feito o cruzamento desses dados com o sistema de informação da operadora referente aos registros de solicitações de procedimentos, exames, consultas e terapias negadas ou canceladas pela operadora. Com esse cruzamento de dados, objetivou-se identificar as negativas de autorização de procedimentos, exames, consultas e terapias que podem ter levado os beneficiários a procurar o atendimento do SUS.

Considerando que pode haver um lapso temporal entre a negativa de prestação de serviços e a regulação do paciente para obtenção de atendimento no SUS, foram avaliados os seis meses anteriores à utilização da rede pública, assim, o período de análise dos registros de solicitações de procedimentos, exames, consultas e terapias negadas ou canceladas pela operadora foi de julho de 2012 e dezembro de 2017.

O estudo buscou identificar se houve coincidência entre a conduta da operadora de planos de saúde em realizar a negativa ou cancelamento de procedimento, exame, consulta ou terapia em seu sistema com as AIH's e APAC's cobradas através do ressarcimento ao SUS, analisando se a busca pelos serviços públicos de saúde decorre da recusa na prestação dos serviços pela rede privada contratada pelo usuário.

Após o levantamento dos atendimentos realizados pelo SUS nos anos de 2013 a 2017, foram comparados os CCO's dos beneficiários com aqueles que tiveram atendimentos negados ou cancelados pela operadora, no período entre julho de 2012 a dezembro de 2017, para avaliar se existe evidência de que os atendimentos realizados pelo SUS possam ter causa nas negativas da operadora.

Entretanto, tendo em vista que os atendimentos cobrados no ressarcimento ao SUS estão codificados pela Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais – OPM do Sistema Único de Saúde – SUS (SIGTAP), e os procedimentos negados ou cancelados no sistema da operadora são codificados pela Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS), para a realização do cruzamento de dados foi necessária a utilização de tabela de compatibilização TUSS X SIGTAP disponibilizada pela ANS em seu sítio eletrônico (ANS, 2017).

O projeto foi submetido para análise no Comitê de Ética em Pesquisa do HC-FMRP-USP, cujo parecer nº 2.504.487, datado de 21 de fevereiro de 2018, foi pela aprovação.

5. RESULTADOS

5.1 Perfil da Operadora e de Beneficiários

A operadora de planos de saúde objeto do presente estudo é a Unimed Nordeste Paulista – Federação Intrafederativa das Cooperativas Médicas, classificada na ANS na modalidade cooperativa médica, conforme Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 39 de 27 de outubro de 2000, operando planos com segmentação ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, com planos de abrangência geográfica regional e nacional, com formação de preço em pré-pagamento e pós-pagamento na modalidade custo operacional. No período do estudo, a operadora foi classificada pela ANS como operadora de médio porte, conforme Resolução Normativa nº 159 de 3 de julho de 2007, porque possuía entre 20.000 e 100.000 beneficiários em sua carteira de negócios.

A operação de planos de saúde sofre flutuação diária de beneficiários, com fluxo cadastral contínuo de inclusões e exclusões, justificando o uso da média de beneficiários por ano. Em 2013 a operadora teve uma média de 77.864 beneficiários, no ano de 2014 atingiu a média de 82.760, em 2015 foi de 80.958, enquanto em 2016 foi de 78.197 e em 2017 houve uma considerável redução para 63.425 beneficiários.

As médias de beneficiários por ano foram distribuídas nas faixas etárias adotadas pelo mercado de saúde suplementar (Resolução Normativa nº 63 de 22 de dezembro de 2003). A Figura 1 apresenta as composições etárias anuais, de 2013 a 2017, onde é possível visualizar a predominância de beneficiários na faixa etária de 0-18 anos de idade e menor proporção de pessoas com idade acima de 59 anos.

A Figura 2 mostra a distribuição etária dos beneficiários identificados pela ANS, que estiveram envolvidos nos fatos geradores de ressarcimento ao SUS, utilizando o mesmo critério de distribuição por faixa etária anterior. Nesta figura é possível constatar, visualmente, que possuem as maiores frequências as faixas etárias de 0-18 anos, 39 a 43 anos e idade acima de 59 anos. Já a Figura 3 apresenta os valores de ressarcimento cobrados pela ANS, para as faixas etárias supra, destacando-se as faixas etárias 0 a 18 anos, 39 a 43 anos e acima de 54 anos.

A Figura 4 apresenta, conjuntamente, as distribuições etárias para o período, de estudo, utilizando a mediana do número de beneficiários da operadora nos

diferentes anos e os totais de beneficiários identificados e dos valores cobrados nos ABI's no período; tal diagrama permite visualizar que o número médio de beneficiários da operadora, na faixa etária 39 a 43 anos, proporcionalmente, não é tão predominante quando a mesma faixa etária na distribuição de beneficiários identificados nos ABI's, mas esta faixa etária foi a que gerou os maiores valores de ressarcimento; outro fato curioso é que a faixa etária acima de 54 anos destacou-se ainda mais, porque na mediana de beneficiários da operadora ela não é tão expressiva, mas na distribuição de beneficiários identificados nos ABI o é, além de que os valores gerados de ressarcimento forma bem altos; já a faixa etária de 0 a 18 anos apresenta uma proporcionalidade nas três distribuições. A interpretação destas observações permitem afirmar que os custos médios para a faixa etária de 0 a 18 anos foram menores que os custos médios das faixas etárias de 39 a 43 anos e acima de 59 anos.

Figura 1 – Divisão de beneficiários por faixas etárias nos anos de 2013 a 2017.

Fonte: Unimed

Figura 2 – Divisão por faixas etárias dos atendimentos no SUS nos anos de 2013 a 2017.

Fonte: ANS/ABI 50-59, 61, 63, 65-76.

Figura 3 – Divisão por faixas etárias de valores dos atendimentos no SUS nos anos de 2013 a 2017.

Fonte: ANS/ABI 50-59, 61, 63, 65-76.

Figura 4 – Diagrama conjunto do número de beneficiários médios, do número total de beneficiários em ABI e valores totais cobrados em ABI, distribuídos segundo faixa etária no período de estudo.

Fonte: UNIMED e ANS/ABI 50-59, 61, 63, 65-76.

5.2 Aviso de Beneficiários Identificados (ABI)

Nos ABI's utilizados neste estudo, foi possível constatar o montante cobrado de R\$ 6.503.016,15 referentes ao atendimento de 2.634 beneficiários; deste total, R\$ 3.514.978,04 correspondiam aos valores cobrados por AIH do atendimento de 1.737 beneficiários e R\$ 2.988.038,11 por APAC de 897 beneficiários; portanto, para o período correspondente aos ABI's os valores médios cobrados por atendimento foram R\$ 2.023,59 e R\$ 3,331,15, para AIH e APAC, respectivamente. A Tabela 1 apresenta as distribuições de valores totais cobrados e de beneficiários identificados nos ABI's correspondentes, cuja ilustração da Figura 4 possibilita visualizar a variabilidade dos

valores cobrados, merecendo destacar os ABI's nº 65 e 69, especialmente este, pela magnitude, e os ABI's nº 66, 68 e 70, que não apresentaram cobranças de AIH.

Tabela 1 - Distribuição de valores cobrados (R\$) e número de beneficiários envolvidos no ressarcimento ao SUS, segundo ABI e tipo de procedimento.

	TIPO				Total	N
	AIH	n	APAC	n		
50	150.471,47	79	---	---	150.471,47	79
51	113.828,97	87	---	---	113.828,97	87
52	197.382,51	100	---	---	197.382,51	100
53	257.769,53	88	---	---	257.769,53	88
54	127.278,19	91	204.320,76	59	331.598,95	150
55	211.258,89	79	164.318,49	48	375.577,38	127
56	214.540,46	110	166.304,68	57	380.845,14	167
57	197.237,84	86	129.191,83	42	326.429,67	128
58	70.545,74	58	120.252,97	32	190.798,71	90
59	211.770,63	84	99.599,79	40	311.370,42	124
61	244.666,48	102	84.336,94	22	329.003,42	124
63	148.287,50	72	77.927,00	25	226.214,50	97
65	300.294,66	77	156.558,41	51	456.853,07	128
66	---	---	168.822,00	43	168.822,00	43
67	150.967,51	105	174.186,27	54	325.153,78	159
68	---	---	203.059,29	53	203.059,29	53
69	279.118,04	90	378.672,34	59	657.790,38	149
70	---	---	194.326,84	44	194.326,84	44
71	93.594,89	88	145.366,42	52	238.961,31	140
72	---	---	111.594,15	40	111.594,15	40
73	79.254,56	68	120.443,77	53	199.698,33	121
74	223.199,07	80	138.287,79	53	361.486,86	133
75	98.193,83	95	71.633,55	37	169.827,38	132
76	145.317,27	98	78.834,82	33	224.152,09	131
Total	3.514.978,04	1.737	2.988.038,11	897	6.503.016,15	2.634

Fonte: ANS/ABI nº 50-59, 61, 63, 65-76.

Pelo padrão de variação dos dados da Figura 5, nada se pode dizer sobre tendências, tanto de ressarcimentos de AIH quanto de APAC, pois as séries não permitem afirmar que as cobranças estejam diminuindo ou aumentando; apenas que o evento temporal comporta-se, visualmente, de maneira aleatória.

Figura 5 - Distribuição de valores cobrados de ressarcimento ao SUS, segundo ABI e tipo de procedimento.

Fonte: ANS/ABI nº 50-59, 61, 63, 65-76.

A Tabela 2 mostra a distribuição por tipo de contratação, dos valores cobrados em ressarcimento ao SUS, revelando a característica marcante da operadora em disponibilizar planos privados de assistência à saúde do tipo coletivo empresarial. Outros tipos foram agregados ao longo do período, mas não chegaram a relevar tal característica. As Figuras 6 e 7 mostram a predominância de valores cobrados de AIH e APAC, respectivamente, ao longo dos ABI's, permitindo visualizar a insignificância dos ABI's decorrentes de planos coletivos por adesão.

Tabela 2 - Distribuição de valores cobrados (R\$) de ressarcimento ao SUS, segundo ABI e tipo de contratação de planos de saúde.

ABI	TIPO DE CONTRATAÇÃO			
	Inconsistência ¹	Adesão	Empresarial	Individual
50	11.951,15	1.113,68	137.406,64	---
51	---	---	113.828,97	---
52	22.027,55	1.988,17	173.366,79	---
53	---	---	255.738,21	2.031,32
54	6.140,96	4.203,20	321.254,79	---
55	1.305,00	1.622,28	372.650,10	---
56	4.207,51	358,89	374.895,14	1.383,60
57	---	358,89	326.070,78	---
58	137,23	18.059,65	172.601,83	---
59	3.464,40	7.769,63	300.136,39	---
61	227,49	7.650,00	321.125,93	---
63	113,07	13.255,05	212.846,38	---
65	1.045,23	10.705,05	445.102,79	---
66	---	24.602,29	144.219,71	---
67	4.512,08	24.882,24	295.759,46	---
68	---	70.378,70	132.680,59	---
69	---	24.669,70	633.120,68	---
70	---	57.772,69	136.554,15	---
71	---	7.460,28	231.501,03	---
72	---	7.566,78	104.027,37	---
73	---	---	199.698,33	---
74	---	1.776,49	359.710,37	---
75	---	13.774,63	156.052,75	---
76	---	12.644,11	211.507,98	---
Total	55.131,67	312.612,40	6.131.857,16	3.414,92

Fonte: ABI/ANS 50-59, 61, 63, 65-76.

¹ Foi identificada inconsistência no cadastro de beneficiários no período analisado (2013-2017), sem que houvesse a possibilidade de classificação de parte dos usuários pelo tipo de contratação. Os dados foram mantidos no presente estudo, pois influenciam os demais dados levantados e analisados.

Figura 6 - Distribuição de valores cobrados de ressarcimento ao SUS por procedimentos de AIH, segundo ABI e tipo de procedimento.

Fonte: ABI/ANS 50-59, 61, 63, 65-76.

Figura 7 - Distribuição de valores cobrados de ressarcimento ao SUS por procedimentos de APAC, segundo ABI e tipo de procedimento.

Fonte: ABI/ANS 50-59, 61, 63, 65-76.

A Tabela 3 apresenta os valores cobrados em ABI's, de acordo com os grupos de procedimentos da Tabela do SUS e com o tipo de procedimento (AIH e APAC). Destaca-se o montante de procedimentos clínicos em APAC (R\$ 2.620.478,11) e os procedimentos cirúrgicos em AIH (R\$ 1.112.127,67), que representam uma parcela significativa do total (R\$ 6.503.016,15). Tais valores podem ser visualizados pela Figura 8. Os valores de ressarcimento referentes ao uso de medicamentos foi 0,97% do total, sendo, portanto, pouco significativo.

Tabela 3 - Distribuição de valores cobrados (R\$) de ressarcimento ao SUS, segundo grupos de procedimento (SIGTAP) e tipo de procedimento (AIH e APAC).

GRUPO DE PROCEDIMENTO	TIPO		TOTAL
	AIH	APAC	
procedimentos com finalidade diagnóstica	161.733,31	79.954,42	241.687,73
procedimentos clínicos	781.394,72	2.620.478,11	3.401.872,83
procedimentos cirúrgicos	1.112.127,67	55.768,95	1.167.896,62
transplantes de órgãos, tecidos e células	372.084,91	76.071,79	448.156,70
Medicamentos	49.131,77	14.291,06	63.422,83
órgãos, próteses e materiais especiais	466.643,77	141.473,78	608.117,55
ações complementares da atenção à saúde	571.861,89	---	571.861,89
TOTAL	3.514.978,04	2.988.038,11	6.503.016,15

Fonte: ABI/ANS 50-59, 61, 63, 65-76.

Figura 8 - Distribuição de valores cobrados em ressarcimento ao SUS por grupo de procedimentos (SIGTAP) segundo tipo de procedimento (AIH e APAC).

Fonte: ABI/ANS 50-59, 61, 63, 65-76.

A Tabela 4 mostra a distribuição dos grupos de procedimentos da Tabela do SUS, por ABI, permitindo acompanhar a evolução temporal do ressarcimento ao SUS da operadora. As Figuras 9 e 10 apresentam os valores observados para AIH e APAC, respectivamente. Não se pode dizer que, visualmente, houve tendência para a utilização de recursos do SUS, em relação aos grupos de procedimentos da Tabela do SUS para AIH, mas para APAC, os procedimentos clínicos superam os demais, em magnitude.

A Tabela 5 apresenta a distribuição dos valores cobrados em relação aos grupos de procedimentos da Tabela do SUS e as faixas etárias dos beneficiários nos ABI's. As faixas etárias de 35 a 64 anos foram mais importantes para o ressarcimento ao SUS de procedimentos clínicos. Os valores de AIH para as faixas etárias compreendidas entre 19 e 65 anos foram predominantes nos procedimentos cirúrgicos, clínicos e em transplantes; mas a faixa etária de 0 a 18 anos foram prevalentes para ações complementares em saúde e próteses. Para APAC, as faixas

etárias acima de 38 anos representaram os maiores valores de ressarcimento ao SUS, destacando os procedimentos clínicos.

Tabela 4 - Distribuição de valores cobrados de ressarcimento ao SUS, segundo ABI e grupo de procedimento da Tabela SIGTAP.

ABI	PROCEDIMENTOS (SIGTAP)						
	Diagnóstico	Clínicos	Cirúrgicos	Transplantes	Medicamentos	Órtese/Prótese	Ações complm.
50	5.705,98	28.495,79	42.619,29	41.434,00	479,22	1.528,87	30.208,32
51	2.214,00	35.845,18	58.199,30	---	---	6.445,35	11.125,14
52	13.364,78	63.879,13	77.465,61	45,00	388,17	5.305,26	36.934,56
53	5.706,52	28.419,07	38.751,99	132.682,23	2.010,69	7.408,02	42.791,01
54	16.938,83	184.418,00	49.606,43	10.823,65	1.526,07	53.897,55	14.388,42
55	14.078,43	190.527,58	39.636,40	5.146,49	784,66	74.571,04	50.832,78
56	9.872,12	176.237,34	74.704,92	---	14.703,56	33.683,66	71.643,54
57	9.908,91	137.502,29	65.717,43	37.594,67	1.150,50	17.467,58	57.088,29
58	4.285,52	124.089,14	45.408,32	3.070,50	---	11.143,38	2.801,85
59	12.603,24	124.157,26	43.111,35	11.768,46	10.887,48	74.676,73	34.165,90
61	8.465,20	108.802,71	46.323,75	1.473,00	139,92	143.984,55	19.814,29
63	11.067,79	94.891,82	33.011,07	53.873,64	8.354,60	13.515,11	11.500,47
65	17.345,36	172.767,57	94.594,26	82.595,31	11.314,10	27.009,01	51.227,46
66	2.476,26	161.899,60	1.184,64	3.261,50	---	---	---
67	11.690,78	210.778,81	63.511,35	9.418,47	2.017,15	8.896,43	18.840,79
68	6.808,13	190.935,16	964,50	4.351,50	---	---	---
69	26.219,70	439.316,46	104.711,04	14.211,88	400,32	30.112,46	42.818,52
70	3.351,86	185.462,48	2.893,50	2.619,00	---	---	---
71	7.927,21	160.611,57	46.075,24	3.290,96	222,42	13.134,74	7.699,17
72	3.727,58	102.976,42	2.548,05	1.731,50	---	610,60	---
73	12.002,82	121.622,01	38.205,28	5.523,44	142,86	12.958,59	9.243,33
74	12.936,89	148.068,71	104.714,21	11.994,07	666,53	49.211,08	33.895,37
75	12.903,63	85.772,94	42.670,55	4.886,95	1.094,38	13.605,57	8.893,36
76	10.086,19	124.395,79	51.268,14	6.360,48	7.140,20	8.951,97	15.949,32
Total	241.687,73	3.401.872,83	1.167.896,62	448.156,70	63.422,83	608.117,55	571.861,89

Fonte: ABI/ANS 50-59, 61, 63, 65-76.

Figura 9 - Distribuição de valores cobrados de ressarcimento ao SUS de AIH, por grupo de procedimento (SIGTAP) segundo ABI.

Fonte: ABI/ANS 50-59, 61, 63, 65-76.

Figura 10 - Distribuição de valores cobrados de ressarcimento ao SUS de APAC, por grupo de procedimento (SIGTAP) segundo ABI.

Fonte: ABI/ANS 50-59, 61, 63, 65-76.

Tabela 5 - Distribuição de valores cobrados de ressarcimento ao SUS, segundo ABI e grupo de procedimento da Tabela SIGTAP.

FAIXA ETÁRIA	PROCEDIMENTOS (SIGTAP)						
	Diagnóstico	Clínicos	Cirúrgicos	Transplantes	Medicamentos	Órtese/Prótese	Ações complem.
0-18 anos	36.184,01	461.313,09	202.908,46	3.449,95	6.609,18	336.689,46	251.977,34
19-23 anos	11.963,13	72.202,12	53.728,63	---	283,92	11.673,37	12.412,56
24-28 anos	21.285,97	172.628,25	104.709,54	141.843,72	1.290,78	6.335,18	41.533,51
29-33 anos	16.658,52	107.323,28	132.812,50	1.095,00	861,34	15.359,89	20.455,05
34-38 anos	13.705,78	100.608,36	105.985,95	8.197,00	6.819,95	14.095,07	42.722,36
39-43 anos	34.246,87	603.037,73	100.082,81	195.019,37	15.845,73	23.858,54	24.164,95
44-48 anos	19.808,28	329.310,15	120.583,70	3.436,98	9.502,87	19.247,40	34.993,60
49-53 anos	15.961,97	223.122,99	74.049,69	9.808,49	122,13	8.942,14	24.796,02
54-58 anos	19.542,70	576.264,32	54.057,52	23.758,05	12.116,19	77.889,80	50.587,16
> 59 anos	52.330,50	756.062,54	218.977,82	61.548,14	9.970,74	94.026,70	68.219,34

Fonte: ANS/ABI 50-59, 61, 63, 65-76.

A Tabela 5 apresenta a distribuição de valores de ressarcimento ao SUS, segundo a faixa etária e grupos de procedimentos da Tabela de Procedimentos do SUS. Conforme destacado nas Figuras 3 e 4, as faixas etárias que mais oneraram o ressarcimento ao SUS foram 0 a 18 anos, 39 a 43 anos e acima dos 59 anos. A Tabela 5 permite visualizar os procedimentos da Tabela do SUS que foram mais onerosos para a operadora, implicando maiores valores de ressarcimento, apresentando os procedimentos clínicos os maiores valores. As Figuras 11 e 12 mostram as distribuições de valores de ressarcimento por grupo de procedimento da tabela do SUS segundo faixa etária, divididos por AIH e APAC. A Figura 12 mostra a carga de ressarcimento dos procedimentos clínicos em APAC, enquanto a Figura 11, a pouca onerosidade dos procedimentos de diagnóstico e medicamentos.

Figura 11 - Distribuição de valores cobrados de ressarcimento ao SUS de AIH, por grupo de procedimentos (SIGTAP) e por faixa etária.

Fonte: ANS/ABI 50-59, 61, 63, 65-76.

Figura 12 - Distribuição de valores cobrados de ressarcimento ao SUS de APAC, por grupo de procedimentos (SIGTAP) e por faixa etária.

Fonte: ABI/ANS 50-59, 61, 63, 65-76.

A Tabela 6 apresenta a distribuição dos valores cobrados em ressarcimento por Unidade Federativa do país, de que se depreende a concentração de 67,2% dos atendimentos no Estado de São Paulo. A Figura 13 mostra a distribuição espacial dos valores cobrados, permitindo visualizar a presença da operadora em todo o território brasileiro; a Figura 14 apresenta uma aproximação (zoom) da área com maior densidade espacial de ressarcimento. A incidência de fato gerador de ressarcimento não caracteriza a cobertura geográfica da operadora, mas os indícios de ABI's refletem, de alguma forma, a abrangência da atuação.

Tabela 6 - Distribuição de valores cobrados de ressarcimento ao SUS, segundo Unidade Federativa (UF) onde se localiza o prestador de serviços de saúde e grupo de procedimento da Tabela SIGTAP.

UF	GRUPO DE PROCEDIMENTO (SIGTAP)						TOTAL
	Diagnóstico	Clínicos	Cirúrgicos	Transplantes	Medicamentos	Órtese/Prótese	
AL	8.475,41	205.188,74	4.621,37	41.434,00	479,22	---	260.294,74
AM	39,30	13.575,77	374,04	---	---	---	19.940,15
BA	132,28	15.378,65	5.047,11	---	---	19,50	20.943,63
CE	142,51	438,93	---	405,00	---	---	1.377,61
DF	3.858,78	8.384,61	4.804,42	---	---	---	17.484,61
ES	37,80	1.333,05	467,13	---	---	---	1.976,07
GO	11.396,54	125.965,00	91.057,64	405,00	142,86	19.032,25	262.541,43
MA	94,72	7.568,06	1.328,76	15.133,72	---	---	24.425,62
MG	9.318,05	331.472,44	82.842,61	11.285,49	279,84	9.384,63	495.118,94
MS	19.775,92	188.088,35	101.325,36	5.130,00	3.691,90	61.100,59	563.238,17
MT	299,79	7.703,60	6.961,93	---	---	---	15.073,32
PA	1,50	163,86	---	---	---	---	165,36
PB	1.775,88	13.466,68	12.781,91	---	---	390,00	32.940,12
PE	2.399,72	11.721,45	12.317,24	---	---	6.718,78	56.283,06
PI	730,77	11.803,85	6.233,02	---	---	---	18.851,64
PR	13.555,02	51.562,86	53.173,57	54.244,14	6.905,50	17.048,15	217.984,67
RN	3.724,29	42.903,67	29.637,82	1.897,50	---	---	86.213,15
RO	---	656,04	818,59	---	---	---	1.474,63
RS	1.710,22	3.749,80	7.319,76	---	---	15.169,54	28.129,86
SC	1,50	2.497,80	1.308,61	202,50	---	---	4.010,41
SE	64,35	231,45	---	---	---	---	439,80
SP	164.151,88	2.356.553,71	742.917,18	318.019,35	51.923,51	479.254,11	4.369.958,56
TO	1,50	1.464,46	2.558,55	---	---	---	4.150,60
TOTAL	241.687,73	3.401.872,83	1.167.896,62	448.156,70	63.422,83	608.117,55	6.503.016,15

Fonte: ABI/ANS 50-59, 61, 63, 65-76.

Figura 13 - Distribuição espacial dos valores cobrados de ressarcimento ao SUS, por Unidade Federativa onde se localiza o prestador de serviços.

Fonte: ANS/ABI 50-59, 61, 63, 65-76.

Figura 14 - Distribuição espacial (zoom) dos valores cobrados de ressarcimento ao SUS, por Unidade Federativa onde se localiza o prestador de serviços.

Fonte: ANS/ABI 50-59, 61, 63, 65-76.

5.3 ABI x solicitações negadas e canceladas

Da análise dos dados constantes nos ABI's referente a atendimentos ocorridos no quinquênio 2013 a 2017, foram obtidos um total de 1.803 Códigos de Controle Operacional (CCO) de beneficiários diferentes.

Tal dado indica que no período de cinco anos compreendido entre 1º de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2017, 1.803 beneficiários da Unimed Nordeste Paulista utilizaram-se dos serviços do SUS, seja por meio de atendimentos ambulatoriais (APAC) ou por meio de internações (AIH).

Ao analisar o sistema da operadora no período compreendido entre julho de 2012 e dezembro de 2017, temos que 510 CCO's de beneficiários não encontravam registro de solicitação, o que indica que 28% dos beneficiários que se utilizaram do SUS no período analisado não possuíam nenhum registro de busca pelos serviços da operadora.

Por outro lado, 1.293 beneficiários que constaram nos ABI's, buscaram algum tipo de serviço da operadora no período de julho de 2012 a dezembro de 2017.

Cumpra destacar que as solicitações dos 1.293 beneficiários que constaram do sistema da operadora, não necessariamente correspondem ao período de atendimento do SUS, tampouco correspondem aos mesmos serviços cobrados nos ABI's, eis que a análise da contemporaneidade e da correspondência entre os atendimentos realizados no SUS e aqueles solicitados na operadora será feita em seguida.

No intuito de analisar a existência de nexo de causalidade entre o ressarcimento ao SUS e a negativa da operadora em prestar o atendimento realizado na rede pública de saúde, passamos a considerar apenas as solicitações do sistema da operadora que foram negadas ou canceladas.

Dos 1.293 beneficiários identificados nos ABI's que buscaram algum atendimento junto à operadora, apenas 619 tiveram pelo menos uma solicitação negada ou cancelada pela operadora no período entre julho de 2012 a dezembro de 2017.

Ao estabelecer um filtro de seis meses antes até a data do atendimento do SUS, obtivemos 196 beneficiários, 250 guias negadas ou canceladas no período, contendo 308 códigos TUSS (Terminologia Unificada da Saúde Suplementar), uma vez que em uma única guia podem existir mais de um procedimento solicitado.

Em seguida foi analisado a existência de correspondência entre as solicitações negadas e canceladas pela operadora e os atendimentos cobrados nos ABI's. Para tanto foram comparados os códigos dos procedimentos realizados pelo

SUS com aqueles solicitados para as operadoras no período de seis meses antes até a data do atendimento na rede pública.

Ocorre que os atendimentos cobrados no ressarcimento ao SUS estão codificados pela Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais – OPM do Sistema Único de Saúde – SUS, enquanto os procedimentos negados e cancelados no sistema da operadora são codificados pela tabela TUSS.

Diante disso, foi utilizada a tabela de mapeamento de equivalência TUSS X SIGTAP disponibilizada pela ANS em seu sítio eletrônico. O mapeamento da equivalência dos códigos TUSS e SIGTAP foi conduzido pela ANS com o apoio do COPISS, Comitê Consultivo para Aprimoramento do Padrão de Troca de Informações de Atenção à Saúde dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde e validado pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

Dos 308 códigos buscados na tabela de equivalência, referentes às guias negadas ou canceladas pela operadora, 278 estavam mapeados, mas apenas 17 códigos, de 17 beneficiários diferentes, tiveram confirmadas a correspondência entre o código TUSS negado ou cancelado pela operadora com o código SIGTAP do atendimento realizado no SUS.

Figura 15 - Fluxograma da busca pela correspondência entre ABI e negativa/cancelamento de solicitações de assistência à operadora, no período do estudo.

Fonte: Unimed

Portanto, dentre os ABI, foram identificados 1803 CCO, sendo que 619 haviam recebido negativas ou cancelamentos de solicitação de procedimentos assistenciais, mas deste total, somente 196 estavam no período de até 6 meses de diferença entre a data da negativa/cancelamento e a efetiva utilização do procedimento pelo SUS; mas esta fração ainda não indica o real percentual que relaciona um fato ao outro. Para estes 196 beneficiários, foram encontradas 250 guias de solicitações, contendo 308 códigos de procedimentos solicitados (códigos TUSS); destes, apenas 278 foram mapeados pela tabela de conversão TUSS-SIGTAP e destes, finalmente, somente 17 correspondências foram encontradas.

Assim, 196 beneficiários entre 1803 CCOs apresentavam características compatíveis com os critérios de seleção, sendo que 17 de 308 códigos de procedimentos eram compatíveis; ou seja, a probabilidade, de maneira bem

superficial, da negativa/cancelamento de solicitação estar relacionada à utilização do SUS, ensejando o ressarcimento, segundo um entendimento frequencista, foi

$$\frac{17}{308} \cdot \frac{196}{1803} = 0,006 = 0,6\%$$

5.4 Procedimento adotado pela operadora

A Unimed Nordeste Paulista adotava como política interna, durante o período de 2013 a 2017, discutir na esfera administrativa somente os atendimentos que preenchessem algum dos motivos de defesa previstos no Anexo IV da Instrução Normativa nº 54 da ANS, e levar à discussão judicial todos os demais atendimentos recebidos de ressarcimento ao SUS.

Como principais alegações levadas à esfera judicial, podemos destacar a inconstitucionalidade do ressarcimento ao SUS, tendo em vista que sua constitucionalidade só foi admitida de maneira definitiva pelo STF em fevereiro de 2018, e ainda a tese de que o ressarcimento ao SUS não deve recair sobre contratos em pós pagamento na modalidade custo operacional.

A Figura 16 mostra os valores cobrados de ressarcimento ao SUS por ABI e os valores que foram levados para discussão na esfera judicial mediante depósito.

Figura 16 - Valores de ressarcimento ao SUS e valores depositados em juízo.

Fonte: Unimed e ANS/ABI 50-59, 61, 63, 65-76.

Após a análise individual da possibilidade de impugnação de cada um dos atendimentos do ABI, de acordo com o rol de motivos trazidos no Anexo IV da Instrução Normativa DIDES nº 54, a operadora solicita junto à ANS a emissão de Guia de Recolhimento da União (GRU) referente aos atendimentos não impugnados.

Com a GRU emitida a operadora passa a ter um documento oficial de cobrança, com valor líquido e exigível.

Diante disso, é ajuizada uma ação declaratória de nulidade do título, com depósito do valor integral, antes do vencimento, buscando a suspensão da exigibilidade do crédito, nos termos do inciso II, do art. 151 do CTN (Código Tributário Nacional).

“Art. 151. Suspendem a exigibilidade do crédito tributário:

I - moratória;

II - o depósito do seu montante integral;

III - as reclamações e os recursos, nos termos das leis reguladoras do processo tributário administrativo;

IV - a concessão de medida liminar em mandado de segurança.

V – a concessão de medida liminar ou de tutela antecipada, em outras espécies de ação judicial; (Incluído pela Lcp nº 104, de 2001)

VI – o parcelamento. (Incluído pela Lcp nº 104, de 2001)”

O fundamento da ação, além da tese de inconstitucionalidade já superada com o julgamento da ADIN n. 1931-7, é a tese de inaplicabilidade do ressarcimento

ao SUS para contratos cuja precificação seja pós-estabelecida na modalidade custo operacional.

Do montante total de R\$ 6.503.016,15 cobrados nos 24 ABI's aqui analisados, R\$ 5.595.280,89 estão sendo discutidos em juízo garantidos por meio de depósito integral dos valores.

Assim, a operadora decidiu não pagar diretamente à ANS, ou solicitar o parcelamento do débito, mas sim levar à discussão na esfera judicial, a cobrança de 86% dos valores constantes nos ABI's referentes ao período de 2013 a 2017.

Do valor total depositado, 86,9% referem-se a beneficiários ligados a contratos em custo operacional, atingindo ao montante de R\$ 4.864.675,80.

A conduta adotada pela operadora de não realizar o pagamento de ressarcimento ao SUS referente aos atendimentos de beneficiários vinculados a planos em custo operacional é fundamentada na tese de inaplicabilidade do ressarcimento aos planos em pós-pagamento em razão da inexistência de enriquecimento ilícito da operadora a justificar a obrigação restitutória.

6. DISCUSSÃO

Os dados cadastrais levantados no sistema da operadora indicaram se tratar de uma operadora de planos de saúde de médio porte, que manteve uma quantidade média de beneficiários dentro do intervalo entre 20.000 a 100.000 no quinquênio 2013-2017.

O perfil etário e de sexo dos beneficiários também permaneceu com pouca oscilação no período analisado, assim como a predominância absoluta de beneficiários vinculados a planos coletivos empresariais.

Como é possível observar na Figura 1 que apresenta as composições etárias anuais, de 2013 a 2017, há predominância de beneficiários jovens, na faixa etária de 0-18 anos de idade e pouca incidência de idosos, na faixa etária acima de 59 anos. Isso ocorre em razão do perfil dos contratos de plano de saúde da operadora, que são predominantemente coletivos empresariais, ou seja, o perfil do beneficiário é de pessoa em idade laborativa e seus dependentes, inclusive filhos (restritos à primeira faixa etária).

A distribuição etária dos beneficiários da operadora identificados pela ANS, nos anos 2013-2017, como tendo sido atendidos pelo SUS, conforme a Figura 2, mostrou que as faixas etárias que possuem as maiores frequências são as de 0-18 anos, 39-43 anos e nas duas últimas faixas, 54-58 anos e acima de 59 anos.

A frequência de atendimento no SUS da faixa etária de 0-18 anos é convergente com concentração de beneficiários da operadora nessa mesma faixa. A frequência observada na Figura 2 das duas últimas faixas etárias (54-58 anos e acima de 59 anos) quando comparada à Figura 1, é possível observar que, embora a operadora possua pouca concentração de beneficiários nessas faixas, existe uma grande frequência de busca na assistência à saúde pública por essas duas faixas. O aumento da idade da população é acompanhado da maior frequência da utilização de serviços de saúde, o que poderia explicar essa disparidade.

A análise dos valores de ressarcimento cobrados pela ANS, para as mesmas dez faixas etárias, conforme Figura 3, obteve resultados visualmente semelhantes à de frequência de utilização do SUS na Figura 2, também com destaque para as faixas etárias 0 a 18 anos, 39 a 43 anos e acima de 54 anos.

Da comparação das Figuras 1, 2 e 3 é notável uma desproporção na faixa etária 39-43 anos, com grande frequência de utilização do SUS e valores cobrados, e baixa concentração de beneficiários da operadora nessa mesma faixa de idade. Essa dinâmica desproporcional é mantida ao longo dos cinco anos analisados, sem que contudo, tenhamos alguma indicação do motivo nos dados estudados.

Analisados os atendimentos constantes nos ABI's 50-59, 61, 63, 65-76. 50 a 49, 61 e 63 da Unimed Nordeste Paulista pudemos perceber a relevância financeira, administrativa e jurídica que o tema possui para a cooperativa.

No aspecto financeiro os 24 ABI's analisados totalizaram R\$ 6.503.016,15 cobrados da operadora num período de 5 anos, referentes ao atendimento de 2.634 beneficiários.

Do montante total cobrado, os atendimentos hospitalares (AIH) corresponderam a R\$ 3.514.978,04 (54%) referente a 1.737 beneficiários (66%), enquanto os atendimentos ambulatoriais (APAC) totalizaram R\$ 2.988.038,11 (46%) de 897 beneficiários (34%).

A análise dos dados nos mostrou que, embora haja maior frequência de AIH's, o valor médio dos atendimentos ambulatoriais cobrados é mais de 60% maior que os hospitalares, sendo R\$ 2.023,59 para AIH e R\$ 3,331,15, para APAC.

Analisados os atendimentos constantes nos ABI's, foi possível notar que a partir do ABI 54 houve um aumento acentuado no número de atendimentos, que também teve reflexo no aumento do valor de cada ABI, eis que foi desse Aviso em diante que passou-se a cobrar os atendimentos ambulatoriais (APAC) juntamente com as internações (AIH), conforme se vê na Tabela 1.

Como a decisão da ANS de cobrar o ressarcimento ao SUS de atendimentos ambulatoriais foi de forma retroativa, houve a expedição dos ABI's 66, 68, 70 e 72 exclusivamente de APAC's.

Se considerarmos somente os ABI's que trouxeram conjuntamente cobrança de AIH e APAC podemos observar uma grande variação, tanto em número de atendimentos como em valores cobrados. Houve variação de mais de 380% entre os valores do ABI 75, menos custoso daqueles que havia cobrança de AIH e APAC, e o ABI 69, o mais caro. Sob a ótica do número de atendimentos, a variação foi menos acentuada, de 85% entre o ABI 56 com 167 atendimentos e o ABI 58 com 90 atendimentos.

Não foi observado tendência de aumento ou diminuição de valores ou de quantidade de atendimentos, seja de AIH ou de APAC no intervalo de 5 anos analisado, parecendo haver uma variação aleatória de valores.

Da análise da distribuição dos valores das cobranças de ressarcimento ao SUS por tipo de contratação, fica evidente a predominância da contratação de planos coletivos empresariais da operadora, responsáveis por 94% do total, e a insignificância de atendimentos decorrentes de planos coletivos por adesão, atingindo menos de 5%.

No tocante aos procedimentos cobrados, foi realizada análise dos dados com a divisão por grupo de procedimento da Tabela do SUS e com o tipo de procedimento (AIH e APAC). Os procedimentos clínicos em APAC atingiram a considerável quantia de R\$ 2.620.478,11 (40% do total), e os procedimentos cirúrgicos em AIH somaram R\$ 1.112.127,67 (17% dos valores totais). Foi pouco significativo o valor de ressarcimento referentes ao uso de medicamentos, atingindo apenas 0,97% do total.

Nos parece que a pouca relevância dos medicamentos no ressarcimento ao SUS está ligada à forma de organização da tabela SIGTAP, pois em muitos casos os procedimentos são cobrados por agrupamento (pacote), incluindo a medicação, sem que haja a discriminação de seus valores individuais.

Importante destacar também que a Saúde Suplementar não possui assistência farmacêutica, portanto, em regra não há cobertura para medicação utilizada fora da internação hospitalar. Exceção à essa regra é o rol extremamente restrito de antineoplásicos orais, previstos no Anexo II da Resolução Normativa nº 438. Tendo em vista que o ressarcimento ao SUS deve respeitar as coberturas do Sistema de Saúde Suplementar, não há a cobrança do fornecimento de medicamentos utilizados fora da internação hospitalar.

Quando considerado o total dos valores dispendidos segregados por grupo de procedimentos da Tabela SUS, conforme Tabela 4, é possível observar novamente destaque para os procedimentos clínicos com o montante de R\$3.401.872,83 (52,3%) e segundo plano para os procedimentos cirúrgicos com R\$1.167.896,62 (18%).

Analisada a distribuição dos valores cobrados em relação aos grupos de procedimentos da Tabela do SUS e as faixas etárias dos beneficiários nos ABI's, conforme Tabela 5, inicialmente destacamos os valores de transplantes que foram

consideravelmente acentuados nas faixas de 24-28 anos e 39-43 anos, representando 75% do total para esse segmento. Para os procedimentos clínicos, segmento mais relevante para o total de despesas no ressarcimento ao SUS, as faixas de 39-43 anos, 54-58 anos e a partir de 59 anos, foram responsáveis por 57% dos valores para esse segmento. A faixa mais jovem de beneficiários, 0-18 anos, destaca-se os gastos com órteses/próteses, responsáveis por 55,4% do segmento, e ações complementares, que atingiu 44% do segmento.

As faixas etárias que mais oneraram o ressarcimento ao SUS foram 0-18 anos, 39-43 anos e acima dos 59 anos. É esperado que haja maior dispêndio financeiro com a primeira e últimas faixas etárias, pois além de terem um intervalo de idades maior, a frequência da utilização de serviços de saúde de crianças e idosos é usualmente maior. Entretanto, a relevância da participação nos custos com ressarcimento ao SUS com a faixa 39-43 anos surpreendeu, com destaque para o dispêndio com procedimentos clínicos e transplantes.

A comercialização de planos com abrangência nacional resultou em cobrança de ressarcimento ao SUS em 23 Unidades Federativas do país ao longo do quinquênio 2013-2017, conforme Tabela 6, e a relevância do número de beneficiários em planos com abrangência regional (região de Ribeirão Preto, interior de São Paulo) causaram a concentração de 67,2% dos atendimentos no Estado de São Paulo.

A distribuição espacial dos valores cobrados da Figura 13, mostra com clareza a presença da operadora em todo o território brasileiro, com maior densidade espacial no Estado de São Paulo. Da aproximação (zoom) da área com maior densidade espacial de ressarcimento (Figura 14), é possível observar atendimentos em todo o território do Estado de São Paulo, e a maior número de atendimentos na região de Ribeirão Preto, ao norte do Estado.

Do cruzamento de dados entre o sistema da operadora e os ABI's foi observado que no período compreendido entre janeiro de 2013 a dezembro de 2017, 1.803 beneficiários da Unimed Nordeste Paulista utilizaram-se dos serviços do SUS, seja por meio de atendimentos ambulatoriais ou por meio de internações.

Do total de 1.803 beneficiários presentes nos ABI's, 510 não encontraram nenhuma correspondência no sistema da operadora no período compreendido entre julho de 2012 e dezembro de 2015.

Assim, 28% dos beneficiários que se utilizaram do SUS no período analisado, não tiveram nenhum tipo de atendimento ou solicitação registrada no sistema da operadora.

Diante disso, podemos concluir que quase um terço dos beneficiários que socorreram-se dos serviços do sistema público de saúde em um período de cinco anos, não buscaram qualquer tipo de serviço da operadora, seja ele de consulta ambulatorial, exames, internação ou atendimentos de urgência.

Isso indica que uma parte considerável da população que se utilizou dos serviços do SUS ignora a rede de serviços privados oferecida pela operadora e busca diretamente a rede de serviços da saúde pública.

Embora seja seguro afirmar que 28% da massa de beneficiários não buscou atendimento na rede pública em razão de negativa de procedimento por parte da operadora, uma vez que nunca fizeram qualquer solicitação de atendimento junto ao plano de saúde, não há evidências suficientes para negar ou afirmar que a busca do SUS se deu por dificuldades de acesso aos serviços ou inexistência de rede credenciada.

Do total de beneficiários da operadora atendidos pelo SUS nos anos de 2013 a 2017, 34,3% tiveram alguma solicitação negada ou cancelada pela operadora no período compreendido entre julho de 2012 a dezembro de 2017.

Ao restringirmos o período de análise das solicitações negadas ou canceladas aos seis meses anteriores ao atendimento do SUS, obtivemos o total de 196 beneficiários.

Assim, apenas 10,8% dos beneficiários que buscaram o SUS tiveram algum tipo de solicitação negada ou cancelada pela operadora nos seis meses anteriores até a data de seu atendimento pela rede pública de saúde.

Tal dado, ainda que analisado isoladamente e sem adentrar na análise de quais foram os procedimentos negados, já seria suficiente para concluirmos que a negativa de prestação de serviços pela operadora não é a principal causa da busca pelo atendimento do SUS de seus beneficiários.

Adentrando à análise da existência de correspondência entre as solicitações negadas e canceladas pela operadora e os atendimentos cobrados nos ABI's, foi utilizada a tabela de mapeamento de equivalência TUSS X SIGTAP como critério de comparação entre os códigos das solicitações negadas e canceladas do sistema da

operadora com aqueles utilizados nas cobranças do ressarcimento ao SUS e obtivemos que apenas 17 atendimentos realizados pelo SUS correspondiam a solicitações negadas ou canceladas pela operadora.

Nos 24 ABI's analisados, 196 beneficiários entre o total de 1803 CCOs apresentavam características compatíveis com os critérios de seleção, ou seja, estavam no período de até 6 meses de diferença entre a data da negativa/cancelamento e a efetiva utilização do procedimento pelo SUS. Ocorre que apenas 17 de 308 códigos de procedimentos eram compatíveis; ou seja, a probabilidade, de maneira bem superficial, da negativa/cancelamento de solicitação estar relacionada à utilização do SUS, ensejando o ressarcimento, segundo um entendimento frequencista, foi de 0,6%.

Os resultados obtidos mostraram um percentual insignificante de beneficiários que podem ter buscado o SUS em razão de negativa do mesmo atendimento pela operadora de planos de saúde, não havendo, portanto evidência suficiente de nexo de causalidade entre a conduta da operadora em negar o procedimento e sua realização no SUS, o que contraria a opinião de outros autores.

Para Gerschman (2008), o encaminhamento de beneficiários para atendimento no SUS é procedimento frequente das operadoras de planos e essencialmente consiste na utilização de serviços públicos sem o pagamento correspondente, enquanto para Alexandre de Moraes (BRASIL, 2018a) as operadoras postergam a autorização de procedimentos e levam o beneficiário a buscar o SUS.

Os dados obtidos sugerem, ao menos no caso da operadora estudada, que não houve encaminhamento de beneficiários ao SUS por meio de negativas ou postergação na autorização das solicitações apresentadas à operadora.

Diante disso, se a negativa de prestação do atendimento de saúde por parte da operadora pode ser excluída como causa relevante do ressarcimento ao SUS, a deficiência de rede credenciada pode ser outro motivo que leva os beneficiários a buscar atendimento na rede pública de saúde

Além da falta de rede, ainda é possível que os beneficiários busquem o SUS em detrimento dos serviços do plano de saúde, em casos em que os serviços oferecidos na rede pública são de excelência. Podemos citar como exemplos regionais o Hospital do Amor de Barretos (antigo Hospital do Câncer) e o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP.

Ainda, é possível que o beneficiário busque atendimento no SUS por conveniência (proximidade da residência, facilidade de deslocamento etc.), por falta de conhecimento dos serviços oferecidos pelo plano de saúde ou simplesmente por simples opção, preferindo o beneficiário utilizar-se dos serviços do SUS aos serviços privados oferecidos pelo seu plano.

No tocante à conduta adotada pela operadora em relação ao ressarcimento ao SUS, em razão do elevado percentual de atendimentos de beneficiários vinculados a contratos em pós-pagamento na modalidade custo operacional, a operadora tem como política o ajuizamento de ação declaratória de nulidade do débito com depósito dos valores em juízo.

Em razão disso, a operadora decidiu levar a juízo a discussão da cobrança de 86% dos valores constantes nos 24 ABI's analisado, totalizando R\$ 5.595.280,89 depositados em juízo.

A irrisignação da operadora em não realizar o pagamento de ressarcimento ao SUS referente aos atendimentos de beneficiários vinculados a planos em custo operacional, e optar pela discussão judicial com depósito integral dos valores, nos parece justificada.

Conforme abordagem anterior, a natureza jurídica do ressarcimento ao SUS diz respeito tão somente aos planos de saúde em pré-pagamento, modalidade dominante no mercado de saúde suplementar.

Se o ressarcimento ao SUS encontra sua natureza jurídica em obrigação cível restitutória em razão de enriquecimento sem causa da operadora, que recebe pelos serviços de saúde e não os presta, fica claro que esse fundamento não se aplica aos contratos em pós-pagamento.

Nos planos em pós-pagamento, o valor da contraprestação pecuniária é calculado após a realização das despesas com as coberturas contratadas, sendo repassada à pessoa jurídica contratante o valor total das despesas assistenciais.

Sendo assim, caso os beneficiários vinculados a planos em pós-pagamento, utilizarem-se do SUS em detrimento dos serviços disponibilizados pela operadora, esta não fará jus recebimento de nenhuma contraprestação naquele período.

Não parece, portanto, que haja aplicabilidade do ressarcimento ao SUS aos atendimentos de beneficiários ligados a contratos em pós-pagamento na modalidade custo operacional, uma vez que, em razão da natureza do contrato, a opção pela

utilização do SUS em detrimento dos serviços oferecidos pelo plano, não traz à operadora qualquer ganho.

O entendimento da inaplicabilidade do ressarcimento ao SUS nos planos em pós-pagamento na modalidade em custo operacional já foi corroborado pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ), nos autos do Recurso Especial nº 1.683.173.

“Por outro lado, em se tratando de planos na modalidade 'custo operacional' ou 'pós pagamento', em rigor nada há a ser ressarcido ao SUS. Isso porque quem paga são os contratantes. Atua a operadora como intermediária, cobrando para isso mensalidade ou anuidade” (BRASIL, 2017).

Entretanto, embora as razões da operadora sejam sólidas e bem fundamentadas, a justificativa da cobrança por parte da ANS também é.

Como a Lei 9.656/98, em seu art. 32 não faz qualquer ressalva quanto à inaplicabilidade do ressarcimento ao SUS aos contratos em custo operacional e a ANS, por ser uma autarquia federal, deve seguir estritamente o princípio constitucional da legalidade, não poderá abrir mão da receita, adotando conduta que a lei não prevê expressamente.

Dessa maneira o impasse só pode ser decidido por decisão judicial ou por alteração à legislação vigente.

7. CONCLUSÃO

A operadora estudada é classificada pela ANS como cooperativa médica, de porte médio, mantendo uma média de 76.000 beneficiários, com distribuição de seus beneficiários em todo território nacional, com grande concentração no Estado de São Paulo, características que possibilitaram a análise de um farto e variado banco de dados.

Nos 24 ABI's analisados observou-se que a utilização do SUS ficou concentrada predominantemente nas faixas etárias de beneficiários de 0-18 anos, 39-43 anos, 54-58 anos e 59 anos ou mais, com predominância de utilização de serviços de procedimentos clínicos e cirúrgicos.

Foi possível concluir que a negativa de prestação de serviços pela operadora não representa uma influência relevante para que os beneficiários busquem atendimento no SUS em detrimento dos serviços oferecidos pelo plano de saúde. Tal conclusão contraria a posição de outros autores com Gerschman (2008) e Moraes (BRASIL, 2018b), desconstruindo a ideia posta de que os beneficiários são desviados pelas operadoras a buscarem atendimento no SUS, e acaba por criar outro questionamento: quais seriam então as razões que levam os beneficiários de planos de saúde usarem os serviços públicos de saúde em detrimento daqueles oferecidos por sua operadora?

Diante disso, embora consigamos excluir a negativa como causa relevante do ressarcimento ao SUS, não há dados suficientes para que possamos excluir outros motivos, como a deficiência de rede credenciada, a busca por serviços de excelência do SUS, ou ainda a busca dos serviços públicos por conveniência ou preferência do beneficiário.

Da análise da conduta adotada pela operadora em relação ao ressarcimento ao SUS, observamos que 86% dos valores cobrados nos 24 ABI's estudados foram depositados em juízo, sustentados pela tese da não aplicabilidade do ressarcimento ao SUS em planos na modalidade de pagamento em custo operacional, eis que nesses casos não haveria enriquecimento ilícito da operadora.

Entretanto, ainda que a tese da operadora seja consistente, as cobranças de ressarcimento ao SUS somente cessarão em razão de decisão judicial ou por alteração à legislação vigente.

REFERÊNCIAS²

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. ANS amplia o ressarcimento com a cobrança de procedimentos ambulatoriais de alta e média complexidade. Notícias. ANS, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/integracao-com-o-sus/2841-ans-amplia-o-ressarcimento-com-a-cobranca-de-procedimentos-de-alta-e-media-complexidade>> Acesso em: 14 mar. 2019.

_____. Aspectos financeiros do Ressarcimento ao SUS: orientações sobre os procedimentos de cobrança. ANS, Rio de Janeiro, 2018a. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/biblioteca/php/download.php?codigo=4351&tipo_midia=2&ilndexSrv=1&iUsuario=0&obra=8521&tipo=1&iBanner=0&idioma=0> Acesso em: 24 fev. 2019.

_____. Avaliações de operadoras. ANS, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/indice-de-efetivo-pagamento-ao-ressarcimento-ao-sus-antigo-indice-de-adimplencia-de-ressarcimento-ao-sus>>. Acesso em: 14 jun. 2019.

_____. Boletim informativo: utilização do sistema público por beneficiários de planos de saúde e ressarcimento ao SUS. ANS, Rio de Janeiro, 2018b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/biblioteca/php/download.php?codigo=4850&tipo_midia=2&ilndexSrv=1&iUsuario=0&obra=7144&tipo=0&iBanner=0&idioma=0> Acesso em: 24 fev. 2019.

_____. Histórico. ANS, Rio de Janeiro, 2018c. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>> Acesso em: 20 mar. 2019.

_____. Padrão TISS – tabelas relacionadas. ANS, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/prestadores/tiss-troca-de-informacao-de-saude-suplementar/padrao-tiss-tabelas-relacionadas>>. Acesso em: 14 jun. 2019.

BAHIA, Ligia. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. Ciênc. saúde coletiva, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 329-339, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. 2019.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e diversificação dos ativos garantidores das operadoras e do mantenedor de entidade de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar. Resolução Normativa nº 159 de 3 de julho de dezembro de 2007. **Diário Oficial União**, Brasília, DF, 3 jul. 2007. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&form=at=raw&id=MTlwMA==>>. Acesso em: 10 mai. 2019

² De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023)

_____. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Resolução Normativa nº 195 de 4 de julho de dezembro de 2009. **Diário Oficial União**, Brasília, DF, 4 jul. 2009. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OA==>>. Acesso em: 10 mar. 2019.

_____. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Dispõe sobre a concessão de Autorização de Funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, e dá outras providências. Resolução Normativa nº 85 de 7 de dezembro de 2004. **Diário Oficial União**, Brasília, DF, 7 dez. 2004. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=ODgx>>. Acesso em: 3 mar. 2019.

_____. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada nº 39 de 27 de outubro de 2000. **Diário Oficial União**, Brasília, DF, 27 out. 2000. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mzgw>>. Acesso em: 10 mai. 2019

_____. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Dispõe sobre o protocolo eletrônico de impugnações e recursos de processos administrativos híbridos de ressarcimento ao SUS, previsto no artigo 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e na Resolução Normativa nº 358, de 27 de novembro de 2014. Instrução Normativa nº 54, 27 de novembro de 2014, da Diretoria de Desenvolvimento Setorial. **Diário Oficial União**, Brasília, DF, 27 nov. 2014a. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjgyOA==>>. Acesso em: 24 fev. 2019.

_____. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Dispõe sobre os procedimentos administrativos físico e híbrido de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e estabelece normas sobre o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS. Resolução Normativa nº 358 de 27 de novembro de 2014. **Diário Oficial União**, Brasília, DF, 27 nov. 2014b. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjgyNw==>>. Acesso em: 24 fev. 2019.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 de out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 27 fev. 2019.

_____. Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial União**, Brasília, DF, 4 jun. 1998. Disponível em:
< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm>. Acesso em: 24 fev. 2019.

_____. Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **Diário Oficial União**, Brasília, DF, 29 jan. 2000. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm >. Acesso em: 24 fev. 2019.

_____. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.683.173. Brasília, DF, 21 ago. 2017. In____. **Pesquisa de processos**. Disponível em: < https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=MON&sequencial=75607681&num_registro=201701617820&data=20170823&formato=PDF>. Acesso em: 27 mai. 2019.

_____. Supremo Tribunal Federal. Ação direta de inconstitucionalidade nº 1931, Brasília, DF, 7 fev. 2018a. In____. **Pesquisa de processos**. Disponível em: < <http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=314542313&ext=.pdf>>. Acesso em: 29 mai. 2019.

_____. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário nº 597064, Brasília, DF, 7 fev. 2018b. In____. **Pesquisa de processos**. Disponível em: <<http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2661252>>. Acesso em: 29 mai. 2019.

FERNANDES, R. B. T. **O Sistema de gestão do ressarcimento ao SUS: análise de seu desempenho no período 2011-2014**. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração Pública) - FGV - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2015.

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

GERSCHMAN, S. **Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Europeia e Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva. 2008;13(5):1441-1451. Disponível em:
<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013507>>. Acesso em: 19 mar de 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. Agravo de Instrumento nº 70052486560. Sexta Câmara Cível. Relator: Ney Wiedemann Neto. Porto Alegre, 11. Abr. 2013. Disponível em:
<http://www1.tjrs.jus.br/site_php/consulta/consulta_acordaos.php?Numero_Processo=70052486560&code=1396&entrancia=2&id_comarca=700&nomecomarca=&orgao=TRIBUNAL%20DE%20JUSTI%C7A%20-%206.%20CAMARA%20CIVEL> Acesso em: 20 mar. 2019.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. STF decide que regulamentação dos planos de saúde não atinge contratos celebrados antes da Lei 9.656/1998. Brasília, DF, 7 FEV.

2018. Disponível

em:<<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=369047>>

Acesso em: 20 mar. 2019.

TIBÚRCIO, D. R. **Ressarcimento ao SUS**: uma proposta de delimitação da fonte e do fundamento da obrigação constante do art. 32 da Lei nº 9.656/98. Disponível em: < <http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/ressarcimento-ao-sus-uma-proposta-de-delimita%C3%A7%C3%A3o-da-fonte-e-do-fundamento-da-obriga%C3%A7%C3%A3o-cons>>. 2011. Acesso em: 26 mar. 2019.

UNIMED. Memória Unimed. Unimed do Brasil, São Paulo, 2018. Disponível em:

<<http://memoria.unimed.coop.br/memoria/cooperativismo>> Acesso em: 15 fev. 2019.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP

USP - CENTRO DE SAÚDE
ESCOLA DA FACULDADE DE
MEDICINA DE RIBEIRÃO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O RESSARCIMENTO AO SUS POR SERVIÇOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Pesquisador: MAURICIO CASTILHO MACHADO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 82199418.6.0000.5414

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.504.487

Apresentação do Projeto:

Resposta a parecer com pendência de 06/02/2018, onde foi solicitada a incorporação dos riscos e benefícios na brochura da pesquisa.

Esta pendência foi atendida de modo satisfatório.

Objetivo da Pesquisa:

Ver parecer de 06/02/2018.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Ver parecer de 06/02/2018.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ver parecer de 06/02/2018.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados e a pendência foi adequadamente atendida.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendo aprovar o projeto.

Endereço: TERESINA 690

Bairro: SUMAREZINHO

CEP: 14.055-380

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-0009

E-mail: csecuiaba@fmrp.usp.br

**USP - CENTRO DE SAÚDE
ESCOLA DA FACULDADE DE
MEDICINA DE RIBEIRÃO**

Continuação do Parecer: 2.504.487

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado "ad referendum" do colegiado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1052216.pdf	15/02/2018 14:57:14		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEPHCRPv2.pdf	15/02/2018 14:56:44	MAURICIO CASTILHO MACHADO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rostoassinada.pdf	16/01/2018 13:59:56	MAURICIO CASTILHO MACHADO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Pedido_Dispenza_TCLE.pdf	11/01/2018 19:09:22	MAURICIO CASTILHO MACHADO	Aceito
Orçamento	Carta_de_dispenza_UPC.pdf	18/12/2017 17:14:35	MAURICIO CASTILHO MACHADO	Aceito
Outros	Autorizacao_Unimed.pdf	18/12/2017 17:11:40	MAURICIO CASTILHO MACHADO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRÃO PRETO, 21 de Fevereiro de 2018

Assinado por:
LAÉRCIO JOEL FRANCO
(Coordenador)

Endereço: TERESINA 690

Bairro: SUMAREZINHO

CEP: 14.055-380

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-0009

E-mail: csecuiaba@fmrp.usp.br

ANEXO B – Autorização de coleta de dados

www.ufenesp.com.br
Rua Antônio Moisés Saadi, 1155
14095-230 - Lagoinha - Ribeirão Preto - SP
T. (16) 3019-9750

AUTORIZAÇÃO

UNIMED NORDESTE PAULISTA – FEDERAÇÃO INTRAFEDERATIVA DAS COOPERATIVAS MÉDICAS, com sede na Rua Antônio Moisés Saadi, nº 1155, inscrita no CNPJ 01.559.455/0001-04, AUTORIZA ao pesquisador MAURICIO CASTILHO MACHADO, portador do RG nº 27.093.628-2, inscrito no CPF nº 318.148.668-09, acesso às informações constantes no cadastro de beneficiários, sistema de informação de registro de autorizações e negativas de procedimentos, bem como aos relatórios de Avisos de Beneficiários Identificados de Ressarcimento ao SUS recebidos da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Ribeirão Preto, 21 de novembro de 2017.

Dr. Hélio Kalil Issa
Diretor de Desenvolvimento e
Responsável pela Área Técnica de Saúde

ANEXO C – Autorização da divulgação de dados

www.ufenesp.com.br
Rua Antônio Moisés Saadi, 1155
14095-230 - Lagoinha - Ribeirão Preto - SP
T. (16) 3019-9750

AUTORIZAÇÃO

UNIMED NORDESTE PAULISTA – FEDERAÇÃO INTRAFEDERATIVA DAS COOPERATIVAS MÉDICAS, com sede na Rua Antonio Moisés Saadi, 1155, inscrita no CNPJ 01.559.455/0001-04, AUTORIZA ao pesquisador MAURICIO CASTILHO MACHADO, portador do RG 27.093.628-2, inscrito no CPF 318.148.668-09, a divulgação das informações acessadas no registro de autorizações e negativas de procedimentos, relatórios de Avisos de Beneficiários Identificados de Ressarcimento ao SUS recebidos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, bem como nos relatórios de ações judiciais da cooperativa.

Ribeirão Preto, 22 de outubro de 2019.

Dr. André Domingos Pippa Tomazella
Diretor Presidente