



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Faculdade de Direito
Programa de Pós-Graduação em Direito

FERNANDA DUARTE FERREIRA FREITAS

ABUSO DO PODER REGULATÓRIO NA SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRA
UMA AVALIAÇÃO SOBRE A METODOLOGIA DE CÁLCULO DO
RESSARCIMENTO AO SUS À LUZ DA LEI DE LIBERDADE ECONÔMICA.

BRASÍLIA

2024



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Faculdade de Direito
Programa de Pós-Graduação em Direito

FERNANDA DUARTE FERREIRA FREITAS

ABUSO DO PODER REGULATÓRIO NA SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRA
UMA AVALIAÇÃO SOBRE A METODOLOGIA DE CÁLCULO DO
RESSARCIMENTO AO SUS À LUZ DA LEI DE LIBERDADE ECONÔMICA.

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Direito pelo programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade de Brasília.

Área de Concentração: Direito, Estado e Constituição
Linha de Pesquisa: Transformações na Ordem Social e Econômica e Regulação

Orientadora: Professora Doutora Amanda Flávio de Oliveira.

BRASÍLIA

2024

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Faculdade de Direito
Programa de Pós-graduação

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Faculdade de Direito da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Direito, elaborada sob a orientação da Prof.^a Dra. Amanda Flávio de Oliveira.

Fernanda Duarte Ferreira Freitas

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Amanda Flávio de Oliveira (Orientadora)
Universidade de Brasília (UNB)

Prof. Dr. Diógenes Faria de Carvalho (Avaliador Externo)
Universidade Federal de Goiás (UFG)

Prof. Dr. César Costa Alves de Mattos (Avaliador Externo)
Fundação Getúlio Vargas (FGV)

Brasília, 25 de junho de 2024.

AGRADECIMENTOS

De todo o trabalho científico, intuo que este fragmento seja o único possível a identificar que por trás da pesquisa científica encontra-se um ser humano, de modo que asseguro que, para mim, esse foi um dos excertos mais difíceis de compor. Não por falta de pessoas amadas a quem devo imensa gratidão, mas pela dificuldade em transformar em palavras todo o amor, carinho, companheirismo e força a mim dedicados no curso dessa jornada que é o mestrado acadêmico. Fico extremamente feliz em pensar na quantidade de amigos que torcem por mim, mas, ao mesmo tempo, um tanto preocupada em ser injusta com qualquer deles ao não prestar as devidas homenagens.

Agradeço inicialmente ao Criador de todas as coisas, pelo dom da vida e a por todos os milagres que operou em minha vida desde antes de meu nascimento. E ainda, a minha Mãe Santíssima, que dentre todos as invocações dadas, comumente rezo para Nossa Senhora da Conceição Aparecida, padroeira do Brasil, a quem sou devota; e mais do que nunca, rogo para que eu seja capaz, minimamente, de ser uma mãe bondosa, amorosa e guia de fé.

Agradeço também a mãe que me deu a vida e cultivou em meu coração o amor por Nossa Senhora e pela arte. Todos os ensinamentos de hombridade, bondade para o próximo e amor pela família e, principalmente, por ter me dado o melhor presente que uma criança poderia desejar, uma irmã e melhor amiga. Minha irmã Bárbara, que diariamente admiro cada vez mais e que mesmo a milhares de quilômetros de distância se faz presente diariamente e que foi capaz de gerar um ser ainda melhor, cheio de luz e que a cada dia se mostra mais cheia de vida e com uma personalidade forte e única, a pequena Irène, minha afilhada amada.

Agradeço ainda a minha mãe e pai do coração, Fernanda Araújo e Augusto Silva, que são mais que os amigos de adolescência de minha mãe, mas verdadeiros irmãos de vida e que nem lembro de tê-los conhecido, pois sempre fizeram parte da minha vida. Minha chará, “Tinanda”, foi exemplo de professora e que desde antes de meu ingresso no mestrado me incentivou a trilhar carreira acadêmica. A vocês, meus pais do coração, minha eterna gratidão.

Além disso, não só a conclusão deste trabalho, mas também o próprio ingresso no Programa de Pós-graduação em Direito da UnB foram possíveis com o apoio do meu companheiro de vida, Cairo Trevia. No curso dos últimos anos estamos construindo, com muito amor e companheirismo, uma família, com dois filhos caninos, e recentemente fomos abençoados com nosso primeiro filho. Nunca terei palavras suficientes para agradecer o apoio

constante em busca de meus sonhos, tampouco as noites mal dormidas empenhadas na revisão do meu texto e em discussões sobre as grandes e pequenas decisões.

Merecem agradecimento especial meus companheiros de pesquisa, Oreó e Juca, que tornaram o processo menos solitário e entre pausas para um afago ou para brincar de pegar, nunca saíram do meu lado, sempre pacientes e com o amor e compreensão mais puros que só os animais são capazes de nos oferecer.

Agradeço ainda aos meus queridos sogros, Liana Trevia e Dilson Chagas, que mesmo estando no outro extremo do continente, por meio de ligações demoradas, se fazem presentes e prontos para ajudar, torcendo por nossas conquistas.

Tenho a sorte de ter amigas incríveis, que além de conversas comezinhas, são fonte de grande aprendizado e encorajamento. E, nos últimos anos vivendo em Brasília, alguns desses amigos se tornaram família especialmente Simone Mayara, Jamile Sarchis, Fernanda Fernandes, Felipe Pessoa, Maria Luísa Almeida, Amanda Soares, Maria Eduarda Ferraz, Vanessa Santos, Cíntia Braga, Cíntia Leite e Brenda Rabelo. São amigos prontos para conversas demoradas de aconselhamentos pessoais ou profissionais e que é nítido o quão verdadeiras são nas comemorações de todas as conquistas, elas são as principais responsáveis pela decisão de permanência Brasília, uma cidade que pode ser muito inóspita à primeira vista, mas os bons amigos provam ser plenamente possível se adaptar ao “quadrado”.

Agradeço também à minha orientadora, Amanda, que teve muita paciência e que, mesmo com inúmeros compromissos profissionais e acadêmicos, apresentou prontamente revisões e preciosos comentários sobre a pesquisa. Além de todas as credenciais acadêmicas conhecidas, a Prof.^a Amanda, acompanhada pelo Prof. Fernando Meneguim, são líderes do Grupo de Pesquisa Direito e Economia (GEDE/UnB/IDP), e promovem importantes discussões sobre Análise Econômica do Direito, em que tive a oportunidade de participar no ano de 2022. Agradeço às aulas recebidas sobre a matéria e que foram essenciais para ampliar minha compreensão sobre o tema e, certamente, influíram positivamente no desenvolvimento desse trabalho.

Não poderia deixar de agradecer à Universidade de Brasília, nas pessoas dos professores Marcio Iório Aranha e Othon de Azevedo Lopes que foram vetores para o desenvolvimento de meu fascínio pelo Direito Regulatório.

Agradeço ainda aos professores avaliadores, Prof. Dr. César Mattos e ao Prof. Dr. Diógenes Faria, que aceitaram compor a banca e teceram preciosos e gentis comentários para evolução e engrandecimento dessa pesquisa.

Agradeço ainda aos amigos da minha Terra da Luz, que mesmo distantes se fazem presentes e que durante os, pelo menos, dez últimos anos, se alegram com as conquistas e se entristecem com as dores: Renata Evangelista, Mara Rodrigues, Carolina Qental, Hanna Maia, Ingrid Thayná, Nayara Frederico, Wanlor Neto, Janaína Assunção e Marynna Laís.

Por fim, não poderia deixar de agradecer à minha terapeuta, Laylla Toledo, que foi essencial no processo de escrita, me auxiliando com palavras certas sobre controle de emoções, com lições valiosas sobre compreender que não existe nenhuma virtude em buscar a perfeição.

Por todos vocês, esse trabalho foi possível.

“Saruman acredita que apenas um grande poder pode manter o mal sob controle. Mas não foi isso que descobri. Eu descobri que são as coisas pequenas, os feitos diários das pessoas comuns, os simples atos de bondade e amor, que mantêm o mal afastado.”

[TOLKIEN, J.R.R. O Hobbit]

RESUMO

Este trabalho tem como objeto a investigação sobre se o Índice de Valoração do Ressarcimento (IVR), atual forma de cálculo do Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (RESUS), previsto na Resolução Normativa nº 504/2022, constitui abuso do poder regulatório, nos termos do art. 4º, inciso V, da Lei Federal nº 13.874/2019, a Lei de Liberdade Econômica (LLE). Assim, mais especificamente, o objetivo é aferir se essa regulação – que institui um multiplicador de 1,5 sobre os valores tabelados dos procedimentos de saúde do SUS –, simultaneamente, importa em elevação dos custos de transação e não importa em benefício demonstrável, nos termos do tipo legal. Para tanto, é necessário, inicialmente, conhecer todas as principais propriedades da regulação sob estudo (IVR), e, em seguida, determinar os conceitos que constam no texto da LLE, notoriamente, os de “abuso do poder regulatório”; “custos de transação” e “benefícios”. Estabelecidas todas essas premissas, torna-se viável o processo de subsunção, mediante o qual deve-se aferir a incidência do art. 4º, inciso V, da LLE sobre o IVR e, por consequência, concluir pela presença, ou ausência, de abuso do poder regulatório.

Palavras-chave: Índice de Valoração do Ressarcimento (IVR). Abuso do poder regulatório. Custos de transação. Demonstração de benefício. Lei de Liberdade Econômica.

ABSTRACT

This work takes as its main object of study to determine if the index of valuation of reimbursement (IVR), the current form of calculation of the reimbursement of the Unified Health System (RESUS), contemporarily prescribed by the Normative Resolution nº 504/2022, constitutes a abuse of regulatory power, according to the item V of the article 4 of the Brazilian Federal Law nº 13.874/2019, the so called Economic Freedom Bill (LLE). Thus, in particular, the goal is to assess if such regulation, that imposes a multiplier of 1.5 on the values given in SUS's official table, simultaneously: incurs in a increase of transaction costs, and does not represent a demonstrable benefit, fitting the legal type. For such a task, it is necessary to find the main properties of the regulation under scrutiny (IVR) and, henceforth, to determine the conceptual limits underlying the LLE text, notoriously, those of the "abuse of regulatory power"; "transaction costs" and "benefits". Once all those premises are established, it should be possible to further the deductive process thru which it should be ascertained if the aforementioned article 4, item V, is applicable to the IVR. Therefore, it should also be possible to conclude if there is, or there is not, abuse of regulatory power in this case.

Keywords: Index of Valuation of Reimbursement (IVR). Abuse of regulatory power. Transaction costs. Economic Freedom Bill (LLE).

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras

Figura 1 – Forma de cálculo da Proposta nº 2 para o IVR

Figura 2 – Tabela de Cálculo de proporção entre as despesas administrativas e a despesa com atenção hospitalar e ambulatorial

Figura 3 – Fórmula de cálculo do IVR

Figura 4 – Despesas administrativas e assistenciais das operadoras de planos de saúde por ano

Figura 5 – Batimento de atendimentos realizados pelo SUS

Figura 6 – Aviso de Beneficiário Identificado

Figura 7 – Detalhamento de atendimentos

Figura 8 – Procedimento administrativo antes de maio de 2015 – Decisão de 1ª instância

Figura 9 – Procedimento administrativo após de maio de 2015 – Decisão de 1º instância

Figura 10 – Funcionamento da atividade de intermediação de saúde suplementar

Figura 11 – Relação custo-benefício

Tabelas

Tabela 1 – Silogismo acerca da incidência do art. 4º, V, da LLE.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|--|
| ABI | Aviso de Beneficiário Identificado |
| ABRAMGE | Associação Brasileira de Medicina de Grupo |
| ADI | Ação Declaratória de Inconstitucionalidade |
| AGU | Advocacia-Geral da União |
| AIH | Autorização de Internação Hospitalar |
| ANS | Agência Nacional de Saúde Suplementar |
| APAC | Autorização de Procedimento Ambulatorial |
| Art. | Artigo |
| CADIN | Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal |
| CAPs | Caixas de Aposentadorias e Pensões |
| CONSU | Conselho Nacional de Saúde Suplementar |
| CPC | Código de Processo Civil |
| CRFB | Constituição da República Federativa do Brasil de 1998 |
| DATASUS | Departamento de Informática do SUS |
| DAU | Dívida Ativa da União |
| DIDES | Diretoria de Desenvolvimento Setorial |
| DIFIS | Diretoria de Fiscalização da ANS |
| DIOPE | Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras |
| DIPRO | Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos |
| GT | Grupo de Trabalho |
| GERE | Gerência de Ressarcimento ao SUS |
| GGUS | Gerência Geral de Integração com o SUS |
| IAPs | Institutos de Aposentadorias e Pensões |
| IDSS | Índice de Desempenho da Saúde Suplementar da Operadora |
| IPEA | Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada |
| INAMPS | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social |
| INPS | Instituto Nacional de Previdência Social |
| IVR | Índice de Valoração do Ressarcimento |
| LC | Lei Complementar |
| LLE | Lei de Liberdade Econômica |
| MP | Medida Provisória |
| MPOG | Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |

| | |
|--------|--|
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| OPS | Operadoras de planos e seguros de saúde |
| PERSUS | Protocolo Eletrônico do Ressarcimento ao SUS |
| RE | Recurso Extraordinário |
| RN | Resolução Normativa |
| RESUS | Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde |
| REsp | Recurso Especial |
| SAI | Sistema de Informações Ambulatoriais |
| SEAE | Secretaria de Advocacia da Concorrência e Competitividade |
| SELIC | Sistema Especial de Liquidação e Custódia |
| SIAFI | Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal |
| SIAPE | Sistema Integrado de Administração de Pessoal |
| SIB | Sistema de Informação de Beneficiários |
| SIH | Sistema de Informação Hospitalar |
| SIGTAP | Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS |
| SINPAS | Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social |
| STF | Supremo Tribunal Federal |
| STJ | Superior Tribunal de Justiça |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TISS | Troca de Informação em Saúde Suplementar |
| TUNEP | Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos |
| TUSS | Terminologia Unificada da Saúde Suplementar |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| AGRADECIMENTOS | 4 |
| RESUMO | 8 |
| ABSTRACT | 9 |
| LISTA DE ILUSTRAÇÕES | 10 |
| LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS | 11 |
| SUMÁRIO | 13 |
| INTRODUÇÃO | 14 |
| 1. O INSTITUTO DO RESSARCIMENTO AO SUS | 21 |
| 1.1 Evolução do conceito e natureza jurídica do RESUS | 22 |
| 1.2 Delimitação dos critérios legais e normativos do Resus..... | 32 |
| a) Decompondo o art. 32 da Lei nº 9.656/1998 e o Índice de Valoração do Ressarcimento (IVR). | 32 |
| b) Forma de cobrança do ressarcimento ao SUS: procedimento administrativo..... | 41 |
| 2. ABUSO DO PODER REGULATÓRIO À LUZ DA LEI DE LIBERDADE ECONÔMICA. | 48 |
| 2.1 Conceito de abuso do poder regulatório e o rol do artigo 4º da Lei de Liberdade Econômica. | 49 |
| 2.2 Sobre os custos de transação..... | 58 |
| 2.3 Definição do conceito “benefícios” prescrito pelo inciso V do art. 4º da LLE e a designação a seus destinatários..... | 61 |
| 3. O ENQUADRAMENTO DO IVR NO TIPO DO ART. 4, INCISO V, DA LEI DE LIBERDADE ECONÔMICA | 68 |
| 3.1 Aplicação do índice de 1,5 no cálculo do RESUS: contrapartida conferida à obrigação legal. | 68 |
| 3.2 Da incidência do art. 4º, inciso V, da Lei de Liberdade Econômica e da potencial configuração do abuso do poder regulatório..... | 83 |
| CONCLUSÃO | 87 |
| REFERÊNCIAS | 90 |
| ANEXO I | 99 |

INTRODUÇÃO

No regime constitucional vigente, a saúde integra o rol de direitos sociais (art. 6º), de modo que é função do Estado garantir acesso universal aos brasileiros e mesmo aos estrangeiros, residentes ou em trânsito. Nesse sentido, a Constituição garante o livre fornecimento de assistência à saúde também à iniciativa privada, segundo injunção do seu art. 199, § 1º.

Todavia, à rede privada, a oferta de serviços de saúde é facultativa, diferentemente do Estado, cuja obrigação deriva de norma constitucional. Portanto a adesão aos planos de saúde privados decorre da contratação dos serviços. Assim, nem toda a população brasileira tem acesso à saúde suplementar, seja no plano normativo ou no empírico.

Por diversos fatores, a saúde pública tem sido avaliada como péssima ou ruim, como demonstra pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística, a pedido da Confederação Nacional da Indústria (IBOPE-CNI) em junho de 2018². Na consulta, a avaliação passou de 61% em 2011 para 75% em 2018, principalmente por queixas quanto a dificuldade de atendimento no sistema público.

Em sentido inverso, no entanto, cerca de 80% dos beneficiários de planos de saúde encontram-se muito satisfeitos com seus planos de saúde, e 87% desses brasileiros demonstraram interesse em se manter filiados aos planos contratados, segundo pesquisa encomendada pelo Instituto de Estudos em Saúde Suplementar, IBOPE-IESS, de 2017³. Esse percentual de satisfação com os planos de saúde aumentou nos anos seguintes, conforme demonstra pesquisa realizada pela Vox Populi, a pedido do IESS, após a pandemia COVID-19. De acordo os dados apresentados, a avaliação subiu de 84% em 2019 para 86% em 2021⁴.

No entanto, por se tratar de um serviço que, embora essencial, também é oferecido pelo Estado, a contratação de planos de saúde é relativamente restrita na população brasileira (cerca

¹ “Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos;”

² CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA. Crise econômica muda hábitos de consumo das famílias. **Retratos da Sociedade Brasileira**, ano 7, n. 44, Brasília: CNI, 2018. Disponível em: https://static.portaldaindustria.com.br/media/filer_public/18/7f/187f1473-2603-4b06-a8a1-070486293e98/retratosdasociedadebrasileira_44_saude.pdf. Acesso em: 15 jul. 2024.

³ INSTITUTO DE PESQUISA DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Plano de saúde é 3º maior desejo do brasileiro, julho, 2019. Disponível em: <https://www.iess.org.br/publicacao/blog/plano-de-saude-e-3deg-maior-desejo-do-brasileiro>. Acesso em: 15 jul. 2024.

⁴ INSTITUTO DE PESQUISA DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Cresce a satisfação com o plano de saúde, aponta Vox Populi**. Julho 2021. Disponível em: <https://www.iess.org.br/publicacao/blog/cresce-satisfacao-com-o-plano-de-saude-aponta-vox-populi>. Acesso em: 15 jul. 2024.

de cinquenta e um milhões de beneficiários⁵), principalmente por questões financeiras, como mostra pesquisa do IBOPE-IESS de 2017. De acordo com os dados apresentados, cerca de 89% das pessoas que participaram da pesquisa sem planos de saúde consideram o serviço “muito importante”, mas 74% justificam a não contratação por ausência de recursos financeiros⁶.

Além disso, pesquisas realizadas nos anos de 2015 a 2020 demonstraram que a contratação de planos de saúde está entre os três principais desejos dos brasileiros⁷, mantendo-se nos anos seguintes, principalmente em decorrência da pandemia de COVID-19⁸.

O que se infere a partir desses dados, portanto, é que grande parte da população brasileira tem vontade de contratar planos de saúde, no entanto, apenas uma parcela relativamente restrita é capaz de arcar com os elevados custos das mensalidades. Em contrapartida, os custos suportados pelas operadoras de planos de saúde (OPS) não estão limitados aos eventos de saúde ocorridos em sua rede conveniada, mas também aos valores que eventualmente sejam dispendidos pelo SUS, em função do instituto do ressarcimento ao SUS (RESUS).

É importante ressaltar que o dispositivo legal que trata do ressarcimento ao SUS (art. 32 da Lei nº 9.656/1998) foi objeto de juízo positivo de constitucionalidade pelo Supremo Tribunal Federal (STF) na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 1.931/DF e no Recurso Extraordinário (RE) nº 597.064/RJ. A conclusão decorreu dos fundamentos de que a restituição seria uma forma de criar incentivos para que o serviço fosse prestado com maior qualidade, além de evitar enriquecimento ilícito⁹. Assim, parte-se da premissa de que o RESUS é constitucional e, portanto, a validade do ressarcimento, em si, não será objeto de cognição no trabalho.

No entanto, o objeto do juízo de constitucionalidade foi realizado sobre a Lei nº 9.656/1998 *em tese*, de modo que não foi objeto de cognição do STF a validade das normas

⁵ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Boletim Informativo**. ANS. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/noticias/PanoramaSaudeSuplementar_Ed04_Mar_2024r04.pdf. Acesso em: 15 jul. 2024.

⁶ MONITOR MERCANTIL. Grande maioria dos beneficiários de planos de saúde está satisfeita com serviços. Federação Nacional de Saúde Suplementar, agosto, 2019. Disponível em: <https://monitormercantil.com.br/grande-maioria-de-beneficiarios-de-planos-esta-satisfeita-com-servicos/>. Acesso em: 15 jul. 2024.

⁷ INSTITUTO DE PESQUISA DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Plano de saúde é 3º maior desejo do brasileiro**, julho, 2019. Disponível em: <https://www.iess.org.br/publicacao/blog/plano-de-saude-e-3deg-maior-desejo-do-brasileiro>. Acesso em: 15 jul. 2024.

⁸ INSTITUTO DE PESQUISA DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Covid-19 muda perfil de uso de beneficiários de planos de saúde**, julho, 2021. Disponível em: <https://www.iess.org.br/press-release/covid-19-muda-perfil-de-uso-de-beneficiarios-de-planos-de-saude>. Acesso em: 15 jul. 2024.

⁹ Nos termos do voto do então Ministro Marco Aurélio de Mello, relator da ADI nº 1.931: “A norma impede o enriquecimento ilícito das empresas e a perpetuação de modelo no qual o mercado de serviços de saúde submetesse unicamente à lógica do lucro, ainda que às custas do erário. Entendimento em sentido contrário resulta em situação em que os planos de saúde recebem pagamentos mensais dos segurados, mas os serviços continuam a ser fornecidos pelo Estado, sem contrapartida.”

regulamentares da ANS diante da lei ordinária. Nesse sentido, o corte da presente pesquisa é a análise de legalidade, especificamente quanto à Lei de Liberdade Econômica, da norma regulamentar da ANS que adota o IVR como parâmetro para o cálculo de ressarcimento ao SUS.

Nos termos da Lei dos Planos de Saúde (lei nº 9.656/1998), é dever das operadoras de planos de saúde o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde pelos gastos eventualmente dispendidos pelo Estado aos beneficiários dos planos respectivos¹⁰. A previsão normativa determina ainda que será responsável pelo procedimento de restituição a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e, atualmente, a norma que disciplina o procedimento é a Resolução Normativa (RN/ANS) nº 504/2022. O procedimento, por sua vez, envolve o cruzamento de informações entre os bancos de dados do SUS e da ANS, a partir do cadastro de beneficiários fornecidos pelas operadoras (art. 20 da Lei nº 9.656/1998)¹¹.

A cobrança do ressarcimento ao SUS foi implementada em 1999¹² e a metodologia de cobrança do ressarcimento se dava por meio da Tabela Única de Equivalência de Procedimento (TUNEP), em que constava o valor médio de todos os procedimentos constantes no rol de procedimentos obrigatórios. No entanto, em razão da complexidade de sua alteração, a metodologia de cálculo foi alterada, em 2011, sendo substituída pelo Índice de Valoração do Ressarcimento (IVR), no percentual de 1,5, a ser aplicado sobre os valores despendidos pelo Poder Público. Houveram mudanças regulamentares nos últimos treze anos, no entanto o IVR permanece no mesmo percentual, que consiste, em suma, no aumento dos valores constantes de precificação oficial do SUS em 50%.

Em que pese a existência de regulamentos sobre a precificação dos procedimentos realizados, o cálculo do ressarcimento se dá com base nesse valor de referência multiplicado pelo IVR, que corresponde a um índice de 1,5. Em outros termos, ele é um fator cuja

¹⁰ “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.”

¹¹ “Art. 20. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas as suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32.”

¹² AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Planilha de ABIs regulares e APACs quadros**. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/compromissos-e-interacoes-com-ans-1/espaco-ressarcimento-ao-sus-1/Planilha_de_ABI_atualizada_at_94_ABI_v2.xlsx. Acesso em: 15 jul. 2024.

multiplicação pelo preço original resulta em cobrança de 150% do valor do serviço¹³, conforme dispõe o art. 6º da RN/ANS nº 502/2022¹⁴ e art. 1º da RN/ANS nº 504/2022¹⁵.

Nesse cenário, segundo dados apresentados pela ANS, desde a sua implementação até o ano de 2022 foram cobrados aproximadamente 10 bilhões de reais a título de RESUS¹⁶. Somado a isso, os dispêndios financeiros dos planos de saúde só com os eventos médico-hospitalares chegam a uma média anual de 100 bilhões de reais¹⁷. Em contraponto, inobstante a média anual de gastos em saúde aumente de forma constante desde 2014, o número de beneficiários diminuiu consideravelmente entre os anos de 2016 a 2021, com aumento posterior¹⁸, principalmente em razão da pandemia do COVID-19, em que houve aumento dos cuidados com saúde e mudança do perfil de utilização dos planos de saúde¹⁹.

Apesar do recente aumento de beneficiários de planos de saúde, deduz-se duas noções. A primeira inferência que pode ser feita a partir disso é que, embora seja uma utilidade desejada, os serviços de saúde privados são restritos a um percentual limitado da população brasileira, em razão de impedimentos econômicos enfrentados por uma fração relevante dos cidadãos. A segunda inferência, conseqüente da primeira, é que os preços praticados pelos empreendimentos de saúde suplementar são excessivamente elevados para a realidade econômica nacional.

¹³ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Guia do ressarcimento ao SUS:** Impugnações e Recursos. Rio de Janeiro: ANS, 2019, p. 27. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/espaco-da-operadora-de-plano-de-saude/compromissos-e-interacoes-com-a-ans/envio-de-informacoes/copy_of_guiã_ressarcimento_ao_SUS_2019_versao_2a_semgov.pdf. Acesso em: 15 jul. 2024.

¹⁴ “Art. 6º O ressarcimento ao SUS será cobrado de acordo com os valores praticados pelo SUS multiplicados pelo Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR.”

¹⁵ “Art. 1º O valor de ressarcimento ao SUS resulta da multiplicação do Índice de Valoração do Ressarcimento - IVR, estipulado em 1,5 (um vírgula cinco), pelo valor lançado no documento do SUS de autorização ou de registro do atendimento.

§1º O valor lançado no documento de autorização ou do registro do atendimento é obtido com base nas regras de valoração do SUS e na Tabela de Procedimentos Unificada do Sistema de Informações Ambulatoriais e do Sistema de Informação Hospitalar SAI/SIH - SUS.

§2º A regra prevista neste artigo se aplica aos atendimentos das competências a partir de janeiro de 2008.”

¹⁶. O valor exato somando os procedimentos ambulatoriais e hospitalares é de R\$ 9.997.448.053, 00 (nove bilhões, novecentos e noventa e sete milhões, quatrocentos e quarenta e oito mil e cinquenta e três reais), conforme dados disponibilizados no sítio virtual da ANS. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-e-publicacoes-do-ressarcimento-ao-sus>. Acesso em: 15 jul. 2024.

¹⁷ No ano de 2018, o valor anual de gastos com procedimentos exclusivamente médico-hospitalares foi de cerca de R\$ 159.786.520.721,00 (cento e cinquenta e nove bilhões, setecentos e oitenta e seis milhões, quinhentos e vinte mil e setecentos e vinte e um reais). Os dados encontram-se disponíveis no Portal IESS Data: <https://iessdata.iess.org.br/dados/da>. Acesso em 15 jul. 2024.

¹⁸ FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Planos de saúde alcançam 51 milhões de beneficiários em janeiro de 2024:** Ceará, Goiás e Minas Gerais bateram recorde de beneficiários de planos de assistência médica, 15 mar. 2024. Disponível em: <https://fenasaude.org.br/noticias/planos-de-saude-alcancam-51-milhoes-de-beneficiarios-em-janeiro-de-2024>. Acesso em: 15 jul. 2024.

¹⁹ INSTITUTO DE PESQUISA DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Covid-19 muda perfil de uso de beneficiários de planos de saúde.** julho, 2021. Disponível em: <https://www.iess.org.br/press-release/covid-19-muda-perfil-de-uso-de-beneficiarios-de-planos-de-saude>. Acesso em: 15 jul. 2024.

Nessa perspectiva, qualquer atividade econômica complexa, que conjugue muitos fatores produtivos, há de lidar com inúmeras variáveis na composição de seu preço, dentre as quais: demanda; concorrência; custos de produção; custos de conformidade e outros. Todavia, embora não caiba no escopo deste trabalho investigar todas as causas pertinentes a esse fenômeno, é importante considerar que os custos de transação decorrentes da regulação do setor podem ser uma das causas que concorrem para o resultado em questão.

Mais especificamente, o IVR, na forma atualmente concebida pela ANS, pode ser um dos fatores que concorre para essa elevação dos custos de transação pertinentes à atividade. A partir da positivação inédita do novo ilícito do abuso do poder regulatório, por meio da Lei de Liberdade Econômica (Lei nº 13.874/2019), buscar-se-á identificar se a Agência, no exercício de sua atividade reguladora, age de forma abusiva ao impor esse regime jurídico.

Assim, o objetivo geral da pesquisa será determinar se o atual indexador utilizado para o cálculo do RESUS, o IVR, cujo percentual corresponde a 150% sobre os valores efetivamente gastos pelo SUS, constitui ou não abuso do poder regulatório, nos moldes do que prescreve o art. 4º, inciso V, da LLE.

Para tanto, o Capítulo 1 terá como foco principal o instituto do ressarcimento ao SUS, com especial atenção à sua implementação e às correntes teóricas que surgiram para definir os conceitos básicos e sua natureza jurídica. Nesse sentido, será relevante considerar a formulação de um juízo positivo de constitucionalidade pelo STF, destacando não apenas os fundamentos teóricos, mas também enfatizando as interpretações da Suprema Corte, especialmente no que se refere às implicações decorrentes do pagamento e à sua essência jurídica intrínseca. Buscar-se-á ainda, delimitar todas as particularidades, legais e regulamentares do ressarcimento ao SUS, especialmente relativas ao IVR. Desse modo, o objetivo do Capítulo será delimitar as premissas sobre a regulação em estudo, o IVR, a partir das normas legais e regulamentares.

O Capítulo 2 abordará os novos conceitos empregados pela Lei de Liberdade Econômica, com destaque para o abuso do poder regulatório. Serão examinados os componentes desse tipo específico de abuso regulatório, notadamente os conceitos de “custos de transação” e “benefícios”. Esse estudo será embasado em uma extensa revisão da literatura prévia sobre esses temas fundamentais. Adiante-se que a premissa adotada na pesquisa é que o instituto do abuso do poder regulatório, positivado no art. 4º da LLE, é um ato ilocucionário declarativo²⁰, pois constitui por si a realidade institucional que é o abuso do poder regulatório no ordenamento jurídico brasileiro.

²⁰ Atos ilocucionários declarativos, tipicamente, têm esse efeito tautológico, porquanto se bem-sucedidos eles garantem que o conteúdo proposicional corresponde a realidade e vice e versa. Como ensina Cristiano Carvalho:

Por fim, com o Capítulo 3, pretende-se delinear os conceitos lançados até o momento para a verificação de subsunção à norma, ou seja, se a utilização do IVR representa abuso do poder regulatório por constituir aumento nos custos de transação sem a demonstração de benefícios, nos termos do que prescreve o inciso V do art. 4º da LLE.

Nessa perspectiva, para a realização da pesquisa foi importante a análise de conceitos econômicos, especialmente com relação ao abuso do poder regulatório, notoriamente, o de “custos de transação”. Para o exame da noção legal de custos de transação, utilizar-se-á a teoria econômica presente nos principais clássicos sobre a matéria, como a obra de N. Gregory Mankiw²¹, sem prejuízo das contribuições de outros autores.

Por outro lado, é imprescindível também a cognição do instituto do RESUS, da regulação em si e de sua natureza jurídica, como análise dos precedentes do STF e da Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656/1998) e dos regulamentos administrativos da ANS, responsáveis pela implementação da forma de cálculo do RESUS.

Para a realização da pesquisa, buscar-se-á produzir enunciados falseáveis²² que sejam suficientes para descrever a natureza jurídica do RESUS e a sua respectiva contrapartida a partir do direito positivo vigente. Em simultâneo, devem ser produzidos enunciados descritivos das normas que tipificam a hipótese de abuso do poder regulatório em questão, de sorte que se tenha adequada noção sobre a norma proibitiva em si e sobre a conduta regulamentadora que hipoteticamente estaria em seu âmbito de incidência.

Assim, a partir das cognições anteriores, conhecendo o conteúdo da norma proibitiva de abuso do poder regulatório, bem como a natureza jurídica do RESUS e sua forma de cálculo, será possível aferir, por processo lógico-dedutivo, se há adequada subsunção de um ao outro. Em outros termos, a investigação final deve centrar-se em responder se a fórmula atual de cálculo do RESUS, a qual utiliza o IVR com indexador, gera custos de transação aceitáveis para os fins do que propõe o art. 4º, inciso V, da LLE.

A pesquisa, portanto, é documental e bibliográfica, utilizando a técnica de análise de conteúdo, com a utilização de cognição lógica-dedutiva de caráter qualitativo, uma vez que se partirá de premissas e teorias gerais para chegar a um resultado específico, falseando ou confirmando a hipótese por meio desse silogismo.

“A direção de ajuste é dupla: palavra-mundo e mundo-palavra, ao mesmo tempo em que o ato corresponde ao mundo pelo mero fato de sua enunciação (se o declaro casado você está casado), o mundo ajusta-se ao fato declarado, pois a declaração estabelece um novo *status*”. Cf.: CARVALHO, Cristiano. **Ficções jurídicas no Direito Tributário**. São Paulo: Editora Noeses, 2008, p. 50.

²¹ MANKIWI, N. Gregory. **Introdução à economia**. 8ª ed. São Paulo: Cengage, 2020.

²² POPPER, Karl. **A Lógica da Pesquisa Científica**. 2ª ed. São Paulo: Cultrix, 2013, p 38.

Espera-se, portanto, que esse arcabouço regulamentar, legal e teórico, sem prejuízo de acervo adicional a ser conjugado ao longo da pesquisa, consiga produzir adequadamente as premissas e, por conseguinte, as conclusões acerca do enquadramento das normas regulatórias sobre o cálculo do RESUS ao conceito de abuso do poder regulatório, previsto no art. 4º, inciso V, da Lei Federal nº 13.874/2019.

1. O INSTITUTO DO RESSARCIMENTO AO SUS

A regulação da saúde suplementar no Brasil foi estabelecida pela Lei Federal nº 9.656/1998 (Lei dos Planos de Saúde), que delineou as diretrizes para os planos e seguros privados de assistência à saúde. Um dos aspectos de destaque nessa legislação é o Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (RESUS), um mecanismo de compensação ao Estado decorrente da utilização de serviços por parte dos usuários de planos de saúde, custeada pelas Operadora de Plano de Assistência à Saúde (OPS).

Segundo essa regra legal, as operadoras de saúde devem reembolsar o SUS pelos custos relacionados aos cuidados prestados aos seus segurados e dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do sistema de saúde pública em todo o território nacional. A obrigação foi estabelecida pelo art. 32 da Lei dos Planos de Saúde e está sujeita à regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, autarquia federal criada pela Lei Federal nº 9.961/2000, para controlar e fiscalizar o mercado de saúde suplementar, a partir das diretrizes estabelecidas pela Lei nº 9.656/1998.

Mais especificamente, o dispositivo legal em questão (art. 32 da Lei nº 9.656/1998) prescreve que os particulares que oferecem os produtos especificados na mesma legislação como sendo de prestação de saúde suplementar estão obrigados a ressarcir os custos relativos a “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”. Há, portanto, uma definição legal do que deve ser objeto do dever jurídico-regulatório referido.

Este capítulo tem como objeto tratar dos elementos centrais relacionados ao RESUS no contexto regulatório, com foco especial na análise de seu principal fundamento normativo, o art. 32 da Lei Federal nº 9.656/1998. Nesse contexto, três temas fundamentais devem ser investigados minuciosamente.

Primeiramente há de se analisar a evolução do conceito e a natureza jurídica do ressarcimento ao SUS, com foco no exame das mudanças legislativas e conceituais desde sua implementação, incluindo discussões sobre sua classificação legal. A compreensão desses aspectos apoiará a avaliação posterior acerca da legitimidade da forma de cálculo do RESUS.

Em seguida, já no segundo tema, serão examinadas as distintas teorias relacionadas à natureza jurídica do RESUS. Diante da complexidade jurídica desse tema, serão exploradas propostas conflitantes sobre a categorização dessa obrigação legal, seja como tributo, dever civil ou encargo administrativo. Essa análise será conduzida por meio de uma avaliação crítica das justificativas do Supremo Tribunal Federal ao proferir o juízo positivo de constitucionalidade do RESUS.

Além disso, ainda na temática geral de delimitação dos critérios e normas ora vigentes, pretende-se explicitar os parâmetros para a cobrança do RESUS, conforme estabelecido no art. 32 da Lei nº 9.656/1998, bem como o atual método de cálculo do ressarcimento por meio do Índice de Valoração do Ressarcimento (IVR). Esse processo será examinado à luz das normas regulatórias estabelecidas pela ANS e do procedimento administrativo que deu origem ao índice referido, visando compreender as motivações administrativas subjacentes.

Por fim, interessa esclarecer a atual forma de cobrança do ressarcimento, no âmbito administrativo conduzido pela ANS, detalhando as etapas administrativas desde a sua origem até a consolidação do débito, bem como as implicações decorrentes do pagamento ou da falta dele.

1.1 Evolução do conceito e natureza jurídica do RESUS

A Constituição de 1988 estabelece que é um “direito de todos”²³ e “dever do Estado”²⁴ garantir “acesso universal e igualitário”²⁵ à saúde, conforme estipulado pelo art. 6º²⁶. Essa garantia deve ser viabilizada por meio de “ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde” (art. 196²⁷ da Constituição Federal de 1988).

²³ “[A]brange não somente o aspecto individual, como também o coletivo, reconhecido como direito público subjetivo assegurado à generalidade das pessoas, que conduz o indivíduo e o Estado a uma relação jurídica obrigacional”. (ALVES, Danielle Garcia; CARDOSO, Henrique Ribeiro. **Direito à saúde: por uma prestação ética do Estado**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2016, p. 28)

²⁴ “[P]ara além do direito fundamental à saúde, há o dever fundamental da prestação por parte do Estado (união, Estados, Distrito Federal e Municípios).” (*Ibidem*, p. 29)

²⁵ “[V]edação de qualquer tipo de discriminação entre os beneficiários, sendo responsabilidade do Estado fornecer todos os recursos necessários à reabilitação da saúde de todas as pessoas que estejam no território brasileiro, independente da nacionalidade (brasileiro ou estrangeiro) e do país de domicílio, inclusive como concretização do princípio da isonomia e da igualdade”. (*Ibidem*, p. 29)

²⁶ “Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

²⁷ “Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Além disso, com a finalidade de densificar normativamente o direito fundamental à saúde, a Constituição Federal (CRFB) dedica uma seção completa à matéria (Seção II, do Capítulo II, do Título VIII). A partir do texto constitucional, fica clara a obrigação do Estado na garantia de acesso à saúde (finalidade de garantia universal e igualitária²⁸), mas é ressalvada a possibilidade de ser exercida pela iniciativa privada – na forma de prestação de serviço e similares –, em caráter complementar²⁹. A atividade privada é fiscalizada e regulada pelo Estado, através da ANS, nos moldes dos arts. 197 e 199 da CRFB³⁰ e do art. 1º da Lei nº 9.961/2000.

A comercialização dos serviços de saúde suplementar por meio da venda de seguros já ocorria antes de 1998³¹, embora não houvesse regulamentação específica. A regulamentação da atividade só foi iniciada a partir da promulgação da Lei nº 9.656/1998, e desde então, o sistema privado de saúde tem funcionado, inclusive, como um meio de aliviar o ônus sobre o SUS³². Ainda assim, segundo o texto constitucional, em ambas as funções, o Estado exerce papel fundamental, seja na condição de provedor da saúde (SUS), seja na condição de interventor da atividade privada, por meio da ANS.

²⁸ Nesse sentido, a própria Constituição estabelece a criação do Sistema Único de Saúde, nos moldes do art. 198, cujo texto é o seguinte: “Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade.”. Além disso, foi promulgada a Lei Federal nº 8.080/1990, que trata de todas as políticas públicas para assegurar o acesso universal e igualitário à saúde.

²⁹ O reconhecimento da saúde privada em caráter “complementar” ao sistema público (art. 199, §1º, da CRFB), destaca que a contratação de planos de assistência à saúde não é impeditiva – ou mesmo prejudicial – ao acesso ao sistema único de saúde de natureza pública. (RENAULT, Felipe Kertesz; OLIVEIRA, Gustavo da Gama de. **Ressarcimento ao SUS e saúde suplementar**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2021, p. 8)

³⁰ “Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. [...]”

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º – As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. § 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos. § 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei. § 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização”.

³¹ O primeiro movimento do Estado no fornecimento à saúde se deu mais precisamente em 1920, com a edição da Lei Eloy Chaves (Decreto nº 4.682/1923), por meio da qual foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), com a exigência de contribuições compulsórias para salvaguarda financeira na aposentadoria e de saúde (art. 9º). Posteriormente, foram criadas outras organizações (Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs e Caixas de Assistência), mas é merecido o destaque a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), em 1964, cujo objetivo era o de desenvolver a saúde privada (SILVA, Camila Magrini da. **Sistema de saúde privado: políticas públicas regulatórias**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2017, p. 12).

³² ROCHA, Luiz Carlos da. **O direito à saúde e o sistema suplementar**. São Paulo: Editora Contracorrente, 2018, p. 28.

A criação da ANS se deu posteriormente, com a edição da Lei Federal nº 9.961/2000. Dentre suas atribuições encontra-se a de regulamentação e cobrança do RESUS, a serem observados, no entanto, os requisitos legais estabelecidos pela norma geral, a Lei dos Planos de Saúde.

Quanto ao ressarcimento ao SUS, especificamente, não há previsão constitucional explícita. Entretanto, parte da literatura acadêmica defende que a previsão constitucional do art. 199, § 2º, CRFB³³, que proíbe expressamente financiamento e subvenções do Estado à saúde privada, permitiria a interpretação favorável à cobrança do ressarcimento³⁴. Assim, antes mesmo da previsão legal na Lei dos Planos de Saúde, existiram propostas anteriores para possibilitar restituição ao Poder Público³⁵, podendo ser citado o primeiro deles, apresentado pelo deputado do Estado de São Paulo, Arlindo Chinaglia, que resultou na Lei Estadual nº 9.058/1994³⁶.

Posteriormente, com a edição da Lei Federal nº 9.656/1998, a cobrança do ressarcimento ao SUS foi implementada em âmbito nacional. No entanto, considerando a ausência de previsão constitucional da cobrança somado à obrigação do Estado ao fornecimento de saúde pública e universal (art. 6º da CRFB), surgiu intensa controvérsia acerca da possível inconstitucionalidade do instituto.

As divergências sobre o RESUS resultaram no ajuizamento da ADI nº 1.931/DF, proposta pela Confederação Nacional Saúde Hospitais Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde), no ano de 1998³⁷. Um dos fundamentos apresentados na ação de controle

³³ A redação do artigo é a seguinte: “Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. [...] § 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.”.

³⁴ FIGUEIREDO, Lúcia Valle. A saúde pública na Constituição e as operadoras de planos de saúde. Salvador: **Revista Eletrônica de Direito Administrativo Econômico, Instituto de Direito Público da Bahia**, n. 6, mai/jun/jul de 2006, p. 18. Disponível em: <http://www.direitodoestado.com.br/codrevista.asp?cod=115>. Acesso em: 15 jul. 2024.

³⁵ “A necessidade de se aplicar o ressarcimento ao SUS em âmbito nacional frente à pressão social contra a utilização do público para enriquecimento privado, fez com que vários projetos de lei tramitassem no âmbito do Congresso Nacional, dos quais se destacam os seguintes: 1) Projeto de Lei nº 1.289, de 1995, do Senado Federal; 2) Projeto de Lei nº 4.214, de 1993, do Deputado Elias Murad; 3) Projeto de Lei nº 237, de 1995, do deputado Arlindo Chinaglia; 4) Projeto de Lei nº 852, de 1995, do deputado Carlos Masconi; 5) Projeto de Lei nº 1.405 de 1996, do deputado Leonel Pavan; 6) Projeto de Lei nº 1.930, de 1996, do deputado Iberê Ferreira; 7) Projeto de Lei nº 1.975 de 1996, do Poder Executivo; e 8) Projeto de Lei nº 4.122 de 1998, do deputado Paulo Paim.” (MIOT, Maurício Tesseroli. O ressarcimento ao SUS e as autogestões em saúde. **Quartier Latin: Revista de Direito da Saúde Suplementar**, ano 3, n. 3, p. 77-85, jan. 2019.)

³⁶ Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/1994/lei-9058-29.12.1994.html>. Acesso em: 15 jul. 2024.

³⁷ De acordo com o sítio virtual do STF, a ação foi distribuída por prevenção em 10 de dezembro de 1998 para o ex-ministro Maurício Corrêa, como se verifica no portal virtual do STF: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=1741189>. Acesso em: 15 jul. 2024.

concentrado impugnava o RESUS como fonte de custeio à seguridade social, o que era constitucionalmente reservado à forma de lei complementar, segundo o art. 154, inciso I, da Constituição da República.

A ADI nº 1.931/DF foi distribuída inicialmente ao ministro Maurício Corrêa³⁸, que, em seu voto no julgamento da medida cautelar na referida ADI – seguido por unanimidade –, entendeu pela constitucionalidade da cobrança. Em suma, o ministro adotou a tese de que o RESUS não poderia ser enquadrado como tributo. Como resultado desse primeiro pronunciamento, as demais instâncias do Poder Judiciário passaram a seguir, pelo menos em larga medida, a orientação da Suprema Corte³⁹.

No lapso temporal entre a primeira decisão, proferida pelo então ministro Maurício Corrêa, e a decisão definitiva de constitucionalidade do RESUS – em fevereiro de 2018 sob relatoria do ministro Marco Aurélio de Mello⁴⁰ – sucederam mudanças legislativas no texto do artigo 32 da Lei nº 9.656/1998, bem como nos normativos internos da ANS para o procedimento de cobrança do RESUS.

O julgamento definitivo da ADI nº 1.931/DF chegou à mesma conclusão do julgamento anterior, relativo à medida cautelar. A partir da leitura das razões de decidir apresentadas pelo relator, ministro Marco Aurélio, a cobrança do ressarcimento não implicaria na criação de novo fonte de custeio à seguridade social e, portanto, não haveria necessidade da sua criação por meio de lei complementar. A obrigação, segundo esse julgado, também não se enquadraria no conceito de tributo.

Ainda segundo o mesmo acórdão, a cobrança decorreria tão somente de um “desdobramento da relação contratual entabulada em ambiente regulado”⁴¹. O voto condutor considerou que, pela natureza lucrativa dos planos de saúde e pela natureza regulada da atividade, haveria uma necessidade de atendimento simultâneo aos objetivos financeiros do mercado, bem como aos interesses coletivos de garantia ao direito à saúde. O ônus

³⁸ SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **ADI nº 1931/DF**, relator: ministro Maurício Corrêa, data de julgamento: 21/08/2003, STF., órgão julgador: Tribunal Pleno, data de publicação (DJ): 28/05/2004.

³⁹ Nesse sentido, vide súmula 51 do Tribunal Regional Federal da 2ª Região (TRF-2). (RIO DE JANEIRO. Tribunal Regional Federal da 2ª Região (Plenário). Súmula nº 51/2008. “O art. 32, da Lei nº 9.656/98, que trata do ressarcimento ao sistema único de saúde (SUS), é constitucional”. Data de julgamento: 19/12/2008, Súmula nº 51, Rio de Janeiro, Data de publicação (DJ): 14/01/2009. Disponível em: <https://www10.trf2.jus.br/consultas/jurisprudencia/sumulas-do-trf2/>. Acesso em: 15 jul. 2024).

⁴⁰ Simultaneamente à decisão definitiva de mérito, houve o julgamento do Recurso Extraordinário nº 5997.064/RJ. A ação ordinária foi originada no Rio de Janeiro, proposta pela Irmandade do Hospital de Nossa Senhora das Dores, distribuída ao ex Ministro Cezar Peluso.

⁴¹ STF. **ADI 1931**, *Op. cit.* p. 39.

econômico da “sobrecarga do sistema público de saúde” pelo atendimento de beneficiários da rede privada não deveria ficar adstrito ao Estado.

Nesse mesmo sentido, possíveis desequilíbrios decorrentes da ineficiência do serviço privado que venham a resultar em eventual redirecionamento do beneficiário à rede pública, não poderia ser utilizado pelo sistema privado como oportunidades para enriquecimento sem causa. Nessa perspectiva, o reembolso seria decorrência direta da falha na prestação de serviço e, não necessariamente tratar-se-ia de nova fonte de custeio ou mesmo de aumento nas receitas da seguridade social, mas tão somente de “recomposição de despesas” ao sistema público de saúde.

Acerca do segundo ponto lançado na ação de controle concentrado, quanto à inobservância ao “devido processo legal substantivo”, o ministro relator defendeu que o ressarcimento ao SUS não importaria em qualquer tipo de diferenciação ou mesmo discriminação no atendimento entre pessoas com ou sem plano de saúde. Importaria apenas que, a partir da análise da relação entre beneficiário e plano de saúde, deveria haver uma obrigação, por parte do ator privado, de custeio dos serviços de saúde⁴².

Para tanto, foi considerado se a gratuidade do SUS seria suficiente para dispensar os planos de saúde do dever de reembolso aos hospitais componentes da rede pública. A resposta seria negativa, a partir do que se extrai do acórdão. Isso porque, a gratuidade do sistema de saúde estaria destinada apenas aos beneficiários e não às entidades privadas – com ou sem fins lucrativos.

Por sua vez, a dispensa de ressarcimento poderia implicar em “enriquecimento ilícito das empresas e a perpetuação de modelo no qual o mercado de serviços de saúde submetesse unicamente à lógica do lucro”, pois os beneficiários seguiriam arcando com os custos do plano de saúde, “mas os serviços continuam a ser fornecidos pelo Estado, sem contrapartida”.

⁴² É crucial destacar que a analogia entre o Poder Público e uma entidade privada desempenhará um papel fundamental no desenvolvimento da própria compreensão do instituto (RESUS) e aos limites de sua forma de cobrança. Isso porque, segundo o que se extrai do voto condutor referido, o atendimento a beneficiário de plano de saúde, por situação prevista no contrato, relaciona-se diretamente a fato assegurado no contrato de prestação de serviços de saúde: aleatoriedade. Entretanto, essa perspectiva, a nosso ver, não considera a amplitude da obrigação constitucional de saúde, uma vez que, apesar de não tratar desigualmente os beneficiários de planos de saúde, a cobrança desconsidera questões que impactam diretamente na formação do preço do contrato de saúde, como a sinistralidade.

Por fim, a existência de processo administrativo para o exercício do contraditório e da ampla defesa pelos planos de saúde seria outro elemento que concorreria para a conclusão de compatibilidade com os preceitos constitucionais⁴³.

A seu turno, no RE nº 597.064/RJ – cuja repercussão geral foi reconhecida em dezembro de 2010⁴⁴ –, a recorrente, Irmandade do Hospital de Nossa Senhora das Dores, buscou o reconhecimento de inconstitucionalidade do art. 32, da Lei nº 9.656/1998, ao fundamento de interferência da cobrança na livre iniciativa (art. 199, da CRFB). Alegou ainda que o provisionamento financeiro à assistência médica compete ao Estado, nos moldes da Constituição Federal.

Além disso, assim como nos pedidos formulados na ADI nº 1.931/DF, demandou-se pelo reconhecimento de violação à fonte de custeio da seguridade social por lei ordinária, como também ao princípio da irretroatividade, referente às cobranças de contratos não regulamentados, ou seja, aos atendimentos efetivados pela rede pública a beneficiários cujos contratos tenham sido firmados antes de 1998 (data da promulgação da Lei nº 9.656/1998)

De acordo com o voto proferido pelo ministro Gilmar Mendes, seria necessária a delimitação da questão quanto a determinar se as operadoras de planos de saúde devem restituir “apenas o ônus (prestação do serviço) sem compartilhar o bônus (receita)”⁴⁵, atribuindo resposta negativa a essa pergunta⁴⁶. Isto é, ficou delimitado que o pagamento do ressarcimento ao SUS encontra-se restrito aos “os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos”, conforme redação do art. 32 da Lei 9.656/1998.

⁴³ De acordo com a ata de julgamento: “Presidência da Senhora Ministra Cármen Lúcia. Presentes à sessão os Senhores Ministros Celso de Mello, Marco Aurélio, Gilmar Mendes, Ricardo Lewandowski, Dias Toffoli, Luiz Fux, Rosa Weber, Roberto Barroso, Edson Fachin e Alexandre de Moraes.” Impedidos os Ministros Ministro Dias Toffoli, ausente neste julgamento, e o Ministro Roberto Barroso.

⁴⁴ A ementa do acórdão de reconhecimento da repercussão geral é a seguinte: “Recurso Extraordinário. Administrativo. Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde SUS das despesas com atendimento de pacientes beneficiários de planos privados de saúde. Art. 32 da Lei 9.656/1998. Repercussão geral reconhecida.”

⁴⁵ Segundo o ministro Gilmar Mendes: “Seja o serviço prestado pelo Estado (incluindo empresas contratadas ou conveniadas) ou pela rede privada de saúde, a partir do momento em que o Estado autoriza que empresas privadas possam desempenhar a prestação de relevância pública de assegurar assistência médica ou hospitalar e ambulatorial, mediante contraprestação pecuniária preestabelecida, deve haver o repasse dos bônus e dos ônus. Não se pode permitir que a iniciativa privada logre receita (“cada plano [tem] sua própria economia, mas todos planejados de forma a assegurar receitas contratuais capazes de suportar os serviços contratados”) e repasse o ônus a toda a sociedade, burlando o impeditivo constitucional de destinação de recursos públicos subvencionais às instituições privadas com fins lucrativos.” (RE nº 597064/RJ, *Op. cit.* p. 20).

⁴⁶ “[E]ntender que tal ressarcimento seria indevido equivaleria, nos últimos anos (com valores parciais de 2017), a mais de 3 (três) bilhões de reais que deixariam de ser contabilizados como despesas das operadoras de plano de saúde (gerando lucro certo) e que seriam onerados pelos cofres públicos da área da saúde (aumentando o rombo).” (*Ibidem*).

Quanto ao julgamento do Recurso Extraordinário (RE) nº 597.064/RJ sob o rito da repercussão geral, concomitantemente à ADI nº 1.931/DF, foi analisada a garantia ao exercício do contraditório e da ampla defesa em sede administrativa previamente a formação do título executivo, com a fixação da seguinte tese:

Tema 345 – Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS das despesas com atendimento a beneficiários de planos privados de saúde.

É constitucional o ressarcimento previsto no art. 32 da Lei 9.656/98, o qual é aplicável aos procedimentos médicos, hospitalares ou ambulatoriais custeados pelo SUS e posteriores a 1.9.1998, assegurados o contraditório e a ampla defesa, no âmbito administrativo, em todos os marcos jurídicos.

No julgamento do recurso extraordinário, não houve análise de matéria infraconstitucional como a forma de cobrança do RESUS, mas ficou estabelecido que a natureza jurídica da cobrança seria de obrigação civil de indenizar. Segundo a posição prevalente no Tribunal, a partir das teorias vigentes acerca da responsabilidade civil, toda ação ou omissão que resulte em prejuízo – e desde que haja nexo causal entre a ação ou omissão e o resultado – deve resultar em ressarcimento (arts. 186 e 187 da Lei nº 10.406/2002, o Código Civil)⁴⁷.

Para alcançar a classificação de obrigação civil, o ministro relator do RE nº 597.064/RJ, Gilmar Mendes, eliminou as possibilidades de o RESUS consistir em multa, obrigação convencional ou tributo. Com relação ao não enquadramento em multa, justificou-se que o ressarcimento não se origina de ato ilícito. Quanto a obrigação convencional, por não se tratar de pagamento decorrente de contrato, também não seria, segundo ele, adequado esse enquadramento.

Para a análise de se o RESUS se trataria de tributo, o ministro Gilmar Mendes considerou a presença dos cinco requisitos dispostos no art. 3º do Código Tributário Nacional (CTN)⁴⁸, fazendo juízo negativo sobre a presença dessas condições⁴⁹.

⁴⁷ Um dos principais fundamentos para a defesa de tal classificação, quando do julgamento do RE nº 597.064/RJ, foi o de evitar enriquecimento ilícito por meio dos planos e, a partir do levantamento de valores cobrados da ANS entre os anos de 2012 e 2017 seria de mais ou menos três bilhões de reais, de modo que a inexigibilidade de tal obrigação representaria um prejuízo no orçamento da saúde. (RE nº 597064/RJ, *Op. cit.* p. 20).

⁴⁸ Eis a redação do referido art. 3º: “Tributo é toda prestação pecuniária compulsória, em moeda ou cujo valor nela se possa exprimir, que não constitua sanção de ato ilícito, instituída em lei e cobrada mediante atividade administrativa plenamente vinculada.”

⁴⁹ A cobrança do RESUS decorre de lei (art. 32 da Lei nº 9.656/1998) e o seu pagamento é realizado em moeda nacional. Ademais, o pagamento não decorre de sanção pela prática de ato ilícito, mas tão somente de uma obrigação legal compulsória a ser paga à medida em que os beneficiários vinculados ao plano de saúde utilizem o SUS. Por fim, a cobrança é realizada pela ANS, em atividade administrativa vinculada – nos moldes do referido art. 32. Nesse sentido, alguns autores entendem que o RESUS seria uma espécie de contribuição social (GARFINKEL, Ana. Natureza jurídica da obrigação de ressarcimento dos planos de saúde ao sistema único de saúde – SUS. **Revista Direito GV**, v. 2, n. 2, p. 139-148, 2006. Disponível em:

Ainda quanto ao possível enquadramento do RESUS como tributo, o ministro Gilmar Mendes argumenta, no mesmo acórdão, que a cobrança não poderia ser da espécie tributária imposto (art. 154, I, da CRFB e art. 16 do CTN), ante seu nítido caráter indenizatório. Quanto a ser taxa (espécie tributária constante no art. 145, inciso II, da CRFB e no art. 77 do CTN), cujo fato gerador é o oferecimento de um serviço público específico e divisível, também se reputou não ser o caso do RESUS.

Destaque-se que um dos principais fundamentos apresentados pela então recorrente em favor da posição de que o RESUS se trataria de contribuição social, espécie tributária que tem por finalidade o financiamento dos serviços de assistência e previdência social (arts. 149 a 194 da CRFB), seria a destinação de recursos ao Fundo Nacional de Saúde (FNS)⁵⁰. De modo similar às outras espécies tributárias, caso constatado esse enquadramento, haveria inconstitucionalidade da cobrança por criação da obrigação por lei ordinária e não por meio de lei complementar, como determina o § 4º do art. 195 da CRFB.

Consigne-se que o ministro Gilmar Mendes reconhece a deficiência de garantia do acesso à saúde gratuita e universal pelo Estado e conclui que o RESUS se justificaria como “socialmente adequada as responsabilidades pelo custeio de um sistema de saúde que integra o Poder Público e a iniciativa privada.”

A conclusão, pois, seria a de que o ressarcimento ao SUS consistiria em uma obrigação civil de indenizar, que surge a partir de uma violação jurídica que resulta em dano ao Erário de quase três bilhões de reais⁵¹.

<https://periodicos.fgv.br/revdireitogv/article/view/35146>. Acesso em: 15 jul. 2024.; MAZZA, Fábio Ferreira. Aspectos inconstitucionais do ressarcimento ao SUS. **Revista da Faculdade de Direito de Uberlândia**, v. 38, n. 2, p. 459-487, 2010. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/revistafadir/article/view/18423>. Acesso em: 15 jul. 2024.). Além disso, há interpretação de que o RESUS se enquadraria no conceito de taxa, nesse sentido vide artigo de opinião do Professor Heleno Taveira Torres, disponível em: <https://www.conjur.com.br/2017-nov-30/helena-torres-taxa-ressarcimento-sus-inconstitucional/>. Acesso em: 15 jul. 2024. (TORRES, Heleno Taveira. Taxa de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde é inconstitucional. **CONJUR**, 30 nov. 2017.)

⁵⁰ De acordo com explicação disponível no sítio eletrônico do FNS, o fundo foi “[i]nstituído pelo Decreto Nº 64.867, de 24 de julho de 1969, o Fundo Nacional de Saúde (FNS) é o gestor financeiro dos recursos destinados a financiar as despesas correntes e de capital do Ministério da Saúde bem como dos órgãos e entidades da administração direta e indireta, integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/sobre-o-fns/>. Acesso em: 15 jul. 2024.

⁵¹ Nos termos do voto do ministro relator: “Não obstante, o que chama atenção é que, sem essa norma, haveria rombo de bilhões de reais no caixa da assistência à saúde, cada vez mais diminuto, isso sem contar as quantias que estão em parcelamento ou em processo de cobrança/discussão por meio dos executivos fiscais/embargos à execução, alcançando a casa da dezena de bilhões de reais. Desse modo, entender que tal ressarcimento seria indevido equivaleria, nos últimos anos (com valores parciais de 2017), a mais de 3 (três) bilhões de reais que deixariam de ser contabilizados como despesas das operadoras de plano de saúde (gerando lucro certo) e que seriam onerados pelos cofres públicos da área da saúde (aumentando o rombo).” (RE nº 597.064/RJ. *Op. cit.* p. 41)

Quanto a essa conclusão, há, na literatura, posições contrárias, com entendimento de que a utilização do SUS por beneficiários de planos de saúde não poderia ser cobrada dos planos, uma vez que a contratação de planos de saúde não implica em renúncia ao direito de acesso à saúde pública⁵²⁵³. Além disso, o custeio da saúde pública se dá por meio da arrecadação tributária, o que poderia resultar no pagamento duplicado pelo beneficiário do plano de saúde⁵⁴. Ademais, a utilização do SUS não pode ser considerada como redução patrimonial do Estado, mas muito pelo contrário, considerando que a contratação de planos de saúde desonera o sistema público⁵⁵.

Merece realce a observação feita pelo ministro Edson Fachin no curso do julgamento, especificamente acerca da expressão “ressarcimento” ou “enriquecimento”. De acordo com o ministro, a cobrança deveria ser considerada como “atribuição patrimonial sem causa”⁵⁶, justamente pela ausência de identidade com esses elementos mencionados.⁵⁷

⁵² “De qualquer modo, é impossível superar a premissa de que o cidadão que adquire um plano de saúde não renuncia a assistência gratuita a quem rem direito junto ao Estado (artigo 196, da Constituição Federal). Uma obviedade. Como também não é possível, furtivamente, como pretendem alguns, transferir todo o patrimônio que compõe os fundos que pertencem aos consumidores para a esfera de propriedade das operadoras, ao arripio do conceito que o texto legal lhes imprime.” (ROCHA, Luiz Carlos da. *Op. cit.* p. 108)

⁵³ Destaque-se que a utilização de um serviço público e universal (saúde) pelo cidadão não pode ser tratada como prejuízo financeiro como disposto no voto, uma vez que esse ônus é constitucionalmente estabelecido e custeado por meio da arrecadação tributária. Além disso, entende-se que não há lesão jurídica quando da utilização do SUS pelo beneficiário de plano de saúde, justamente por ser o direito à saúde público e universal. Assim, não estaria configurado os requisitos para definição de dano.

⁵⁴ “Obviamente que quando a ANS lançar uma fatura para cobrar o atendimento prestado ao cidadão usuário do plano de saúde o custo vai reaparecer na balança de pagamento da empresa, mas se trata de claro equívoco concluir que quem paga é a empresa, pois ela, na verdade, como mera gestora dos recursos, realizará o ressarcimento ao SUS na exata forma do art. 1º, inciso I, da Lei n. 9.656/98, ou seja, ‘por conta e ordem do consumidor’”. (*Ibidem*, p. 111).

⁵⁵ “Fácil ver que, ao contrário de onerar o SUS, os planos de saúde constituem um extraordinário espaço de desoneração, e pela singela e óbvia razão de que os cerca de 50 milhões de consumidores recorrem a um procedimento pago pelo plano de saúde deixam de onerar essa despesa com o SUS.” (*Ibidem*, p. 109)

⁵⁶ No mesmo sentido, Carlos Mário Velloso, em parecer apresentado ao caso, defendeu que o RESUS consistiria em uma forma de reparação patrimonial cuja finalidade seria a de evitar o enriquecimento sem causa (VELLOSO, Carlos Mário da Silva. Parecer. Sistema único de saúde – SUS. Planos de saúde: ressarcimento. Lei 9.656/98. Natureza jurídica do ressarcimento, valor e prazo prescricional).

⁵⁷ Sobre essas considerações, destaque-se que o ressarcimento seria válido se os recursos sob gestão das operadoras de planos de saúde deixassem de pertencer aos consumidores e passassem à propriedade da empresa, no entanto a norma estabelece que os pagamentos decorrentes das prestações de serviços serão realizados “por conta e ordem do consumidor” (art. 1º, I, da Lei nº 9.656/1998). “A confusão conceitual criada em torno da natureza jurídica desses fundos tem origem no embate ideológico que marcou a discussão do tema nos trabalhos da constituinte [...]. O artigo 32 da Lei n. 9.656/98 é fruto, de um lado, da ideia ideologicamente equivocada de que as operadoras são unicamente balcões que comercializam saúde ou, de outro lado, da noção empresarial de acalentar o sonho de atribuir-lhes institucionalmente a posição de proprietárias dos fundos por elas administrados, em ambos os casos em flagrante prejuízo dos consumidores que são os verdadeiros proprietários dos recursos.” (ROCHA, Luiz Carlos da. *Op. cit.* p. 106)

Merece destaque ainda o voto do ministro Alexandre de Moraes, que suscitou que o ressarcimento decorre que uma falha anterior na prestação de serviços dos planos de saúde⁵⁸ em razão de uma suposta negativa de cobertura⁵⁹.

Nesse sentido, embora se reconheça o veredicto favorável à constitucionalidade do ressarcimento ao SUS e a atribuição de sua natureza jurídica como uma obrigação legal de pagamento de direito público, é crucial considerar todos os impactos sociais, econômicos e financeiros desse instituto. Essa análise deve abranger não apenas os efeitos estatais, mas também os possíveis impactos econômicos no equilíbrio financeiro dos contratos de saúde entre planos e beneficiários. A desconsideração dessa (des)harmonia pode influenciar diretamente na dinâmica de custos e na formação de preços.

Para os fins deste trabalho, porém, assume-se as premissas centrais do julgado, por estarem devidamente positivadas no Direito Brasileiro como precedentes vinculantes⁶⁰. Assim, inobstante as discordâncias, assume-se, desde já, que o RESUS, previsto no art. 32 da Lei dos Planos de Saúde, é constitucional e é obrigação de natureza civil e, mais especificamente, indenizatória.

⁵⁸ “O fato de o interessado possuir um plano de saúde privado não retira tal direito do cidadão, na medida em que garantido, também pelo texto constitucional, o exercício da livre iniciativa (art. 1º, inciso IV, e art. 170da CF/88). Se assim não fosse, estar-se-ia presumindo uma conduta ilícita da operadora, o que seria diametralmente contrário aos princípios do devido processo legal, ampla defesa e contraditório (art. 5º, LII, LIV e LV da CF), presunção de inocência (art. 5º, XLV, CF), individualização da sanção (art. 5º, XLVI, CF), bem como ao princípio da razoabilidade/proporcionalidade (art. 5º, LIV, CF). (RENAULT, Felipe Kertesz, *et. al. Op. cit.* p. 21)

⁵⁹ Em pesquisa realizada no ano de 2019, especificamente quanto a cooperativas médicas, não há nexo causal entre a busca por atendimento no SUS e negativa por parte das operadoras. “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.” (MACHADO, Maurício Castilho. **Estudo descritivo do padrão de ressarcimento ao SUS e a negativa de procedimento pela operadora como possível causa do fator gerador**. 2019. 74f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019. MACHADO, Maurício Castilho. **Estudo descritivo do padrão do ressarcimento ao SUS e a negativa de procedimento pela operadora como possível causa do fato gerador**. 2020. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17157/tde-18082020-214302/>. Acesso em: 15 jul. 2024)

⁶⁰ Segundo o art. 102, § 2º, da Constituição Federal, as decisões proferidas em controle concentrado de constitucionalidade têm eficácia contra todos e efeitos vinculantes, o que inclui a Administração Pública de todos os entes federados e o Poder Judiciário. No mesmo sentido, o art. 927, incisos I e III, da Lei Federal nº 13.105/2015, o Código de Processo Civil (CPC/2015), prevê a compulsoriedade da observância das decisões do STF em controle concentrado e em regime de repetitivos.

1.2 Delimitação dos critérios legais e normativos do Resus.

a) Decompondo o art. 32 da Lei nº 9.656/1998 e o Índice de Valoração do Ressarcimento (IVR).

O art. 32 da Lei dos Planos de Saúde estabelece os critérios gerais para a exigência do RESUS. O dispositivo legal estipula que devem ser ressarcidos os “serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos”, utilizados por beneficiários de planos de saúde em instituições conveniadas ao SUS. Eis o exato texto normativo:

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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 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. (Redação dada pela Lei nº 12.469, de 2011)

§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

3º A operadora efetuará o ressarcimento até o 15º (décimo quinto) dia da data de recebimento da notificação de cobrança feita pela ANS. (Redação dada pela Lei nº 12.469, de 2011)

§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I – juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II – multa de mora de dez por cento. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 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. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 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. (Redação dada pela Lei nº 12.469, de 2011)

§ 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. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 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. (Incluído pela Lei nº 12.469, de 2011)

A partir do texto expresso, quanto à obrigação legal de pagamento pelos agentes regulados, tem-se alguns limites: (i) a cobrança limita-se aos serviços que encontrem previsão nos contratos de prestação de serviços entre plano e segurado; e os (ii) valores a

serem ressarcidos limitam-se ao mínimo praticado pelo SUS e ao máximo dos valores praticados pelas operadoras.

O § 1º do art. 32 da Lei nº 9.656/1998 dispõe que o ressarcimento deve ser realizado pelas operadoras ao SUS com base em uma regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, no âmbito de suas competências legais, conforme estabelecido no art. 4º, inciso VI, da Lei nº 9.961/2000.

Inicialmente, para calcular os valores a serem pagos a título de RESUS, a ANS adotava a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP), conforme definido na Resolução do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) nº 23/1999. Essa tabela visava padronizar os valores de cada procedimento coberto pelo SUS em todo o país. No entanto, os gestores de saúde dos estados e municípios tinham autonomia para utilizar valores diferentes, se assim optassem⁶¹.

Após a publicação da Resolução Normativa da ANS (RN/ANS) nº 43/2003, a TUNEP passou a ser periodicamente atualizada em conjunto com a Tabela de Procedimentos do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS)⁶². Essa medida visava evitar a cobrança de valores abaixo dos praticados pelo SUS, aproximando-os mais dos valores do mercado de saúde suplementar. Os critérios utilizados para a revisão dos valores eram os seguintes:

- a) Honorários médicos foram “tomados” do mercado a partir da tabela adotada pelo Comitê Integrado de Entidades Fechadas de Assistência (CIEFAS), associação representante de parcela do segmento de autogestões. Pressupõe codificação e valoração construídas e aprimoradas a partir da tabela da Associação Médica Brasileira (AMB-92)
- b) Valores de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) foram inicialmente estimados, automática e proporcionalmente, frente aos honorários médicos acima descritos, mediante percentuais globais observados em estatísticas de autogestões coletadas no momento inicial dos estudos de implantação.
- c) Valores de diárias calculados mediante tabela hospitalar de referência aleatoriamente escolhida, sendo utilizada a tabela dos hospitais privados do Rio de Janeiro, proporcionados segundo a média de permanência hospitalar projetada

⁶¹ Dispõe o art. 3º da Resolução CONSU nº 23/1999: “Os gestores responsáveis pelo processamento do ressarcimento que optarem por fazer alterações na TUNEP deverão submeter os valores propostos à homologação, conforme definido pela Resolução CONSU Nº 22/99. §1º Os gestores definirão estes valores dentro dos limites estabelecidos pelo § 5º do artigo 32 da Lei nº 9.656/98. §2º Na fixação dos valores a serem adotados, os gestores estaduais ou municipais em gestão plena do sistema deverão ouvir os representantes das operadoras e das unidades prestadoras de serviço integrantes do Sistema Único de Saúde. §3º Até que sejam homologados os valores locais para a tabela do ressarcimento, deverão ser adotados os valores constantes no anexo desta portaria”.

⁶² De acordo com a definição encontrada no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DataSUS), o SIH/SUS “[é] o sistema de informação que armazena dados sobre as internações hospitalares no âmbito do SUS, informada mensalmente por todos os estabelecimentos de saúde públicos, conveniados e contratados que realizam internações e consolidados pelos municípios plenos e estados que após sua análise e aprovação enviam ao DATASUS – Rio para processamento.” Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIHD/institucional>. Acesso em: 15 jul. 2024.

para o procedimento.

d) Valores e taxas de salas cirúrgicas e de recuperação projetados automaticamente mediante os valores previstos na mesma tabela escolhida para as diárias.

e) Valores de taxas diversas estimados proporcionalmente mediante o valor atribuído final de taxas e diárias acima descritos, mantendo uma proporção lógica global ao efetivamente observado em algumas auto gestões.

f) Valores de materiais e medicamentos estimados automática e proporcionalmente, nas mesmas bases percentuais às adotadas pela tabela do Sistema de informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS).⁶³

Considerando que os valores da TUNEP eram fixados com base em parâmetros diferentes, era necessário atualizá-los sempre que ocorressem mudanças no SIH/SUS. Portanto, a cada inclusão de um novo procedimento na TUNEP, era adotado um fator de correção de 1,75, exceto para medicamentos, próteses e órteses, cujos valores permaneciam os praticados pelo SUS.

Assim, foi iniciado Grupo de Trabalho (GT), em outubro de 2010 (Portaria nº 01/2010 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES), cujo objetivo geral era o estabelecimento de uma metodologia clara e concisa para calcular os valores a serem ressarcidos ao SUS, “de forma a dirimir as divergências e contestações existentes atualmente acerca da forma atual de cálculo”⁶⁴. Quanto aos objetivos específicos, o GT buscava apontar alternativas para a substituição da TUNEP, com apresentação dos pontos positivos e negativos, bem como proporcionar embasamento para as decisões gerenciais.

Quanto às propostas, foram analisadas quatro, todas referentes a percentuais a serem aplicados. A nomenclatura foi apresentada no referido processo administrativo (nº 33902.213337/2010-51), denominado de Índice de Valoração do Ressarcimento.

A primeira proposta relacionava-se a aplicação de um índice igual a 1 (um), “cobrança do ressarcimento pelo valor exato pago pelo SUS, em cada AIH/APAC”⁶⁵. O GT justificou que essa seria a proposta mais transparente e, portanto, a tendência seria a redução do alto grau de litigiosidade da cobrança – tanto administrativamente quanto judicialmente; e também haveria o cumprimento efetivo do requisito previsto no § 8º do art. 32 da Lei nº 9.656/1998, qual seja: “[o]s valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS”.

⁶³ SCATENA, Maria Ângela. O Ressarcimento ao SUS: análise do perfil de utilização do Sistema Único de Saúde segundo período de contratação dos planos. Rio de Janeiro: **Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca**, 2004, pp. 46-47. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4745>. Acesso em: 15 jul. 2024.

⁶⁴ ANS. Processo Administrativo nº 33902.213337/2010-51, p 45. Disponível em: SEI 33902.213337/2010-51 / pg. 45 (Anexo I)

⁶⁵ *Ibidem*, p. 47.

Sobre a rejeição da primeira proposta, o GT justificou explicitamente a necessidade de acrescentar valores à cobrança, pois o pagamento do exato mesmo valor pago pelo SUS poderia funcionar como uma forma de incentivo às operadoras ao não cumprimento de suas obrigações contratuais. De acordo com a ANS, a tendência é que os valores cobrados pelo SUS sejam inferiores aos praticados pelas operadoras⁶⁶.

A segunda proposta apresentada teve seu índice criado a partir dos custos operacionais do RESUS, ou seja, um índice que refletisse os custos administrativos da ANS para efetivas a cobrança do ressarcimento, especialmente a partir do custo da Gerência Geral de Integração com o SUS (GGSUS) e a Gerência de Ressarcimento ao SUS (GERES), desde a criação do ABI até o efetivo recolhimento dos valores à União. Para se chegar ao índice, o GT considerou que seria necessária a categorização contábil dos custos a partir de categorias de despesas como:

[P]essoal, energia elétrica, telefones, condomínio, copa, serviço de limpeza, contrato com os correios, diárias, passagens, manutenção e conservação de máquinas e equipamentos, assinatura de periódicos e anuidades, serviço de impressoras, fábrica de *software*, e licença e manutenção e licença de *software* (Anexo 1).⁶⁷

Em suma, a fórmula para encontrar o índice foi a seguinte:

Figura 1 – Forma de cálculo da Proposta nº 2 para o IVR

$$\text{IVR} = 1 + \frac{\text{Despesas do Centro de Custos GGSUS}}{\text{Valores Arrecadados de Ressarcimento ao SUS (SCI)}}$$

Em valores encontrou-se:

$$\text{IVR} = 1 + \frac{4.206.333,31}{4.865.623,73} = 1,9$$

Fonte: Processo Administrativo nº 33902.213337/2010-51, pp 53-54. Disponível em: SEI 33902.213337/2010-51 / pg. 53 e pg. 54.

O Grupo de Trabalho (GT) destacou seis vantagens na adoção do índice baseado nos parâmetros de custo da ANS. Primeiramente, ressaltou que essa abordagem auxiliaria a Agência a atender às exigências do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) na época, no sentido de fornecer detalhes sobre seus custos ao Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI). Em segundo, considerou que esse

⁶⁶ ANS. Processo Administrativo nº 33902.213337/2010-51. *Op. cit.* p 51.

⁶⁷ *Ibidem*, p. 53.

novo sistema de custos (SIAFI) poderia ser empregado como uma ferramenta adicional de gestão de recursos pela Agência, facilitando o planejamento, a alocação de recursos, a logística e o controle.

Um terceiro ponto seria que a adoção desse índice permitiria avaliar com precisão o dimensionamento adequado, tanto quantitativo quanto qualitativo, dos custos relacionados ao ressarcimento e a cada Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC), bem como de cada componente de despesa que compõe esses processos.

O quarto aspecto alegado diz respeito à viabilidade de estabelecer um índice que pode ser calculado com base em diversos indicadores, como o montante financeiro de um Aviso de Beneficiário Identificado (ABI), os valores de parcelamentos concedidos em um período específico, os valores efetivamente pagos pelas operadoras como ressarcimento, assim como os montantes registrados na Dívida Ativa da União (DAU) e no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal (CADIN).

Além disso, a utilização dos dados internos da ANS, segundo então proposto, se mostraria benéfica, uma vez que essas informações poderiam contribuir para o “levantamento, apuração, estruturação, formação e alimentação de um banco de dados”. Por fim, a transparência resultante poderia ser suficiente para reduzir as críticas direcionadas à TUNEP, como a falta de uma metodologia clara, a ausência de dados e fundamentos técnicos, entre outras questões.

Quanto aos pontos negativos, o GT considerou que um índice formado pela composição de custos da ANS poderia ser insatisfatório em razão da insuficiência de informações disponíveis no centro de custos, as quais estariam restritas ao SIAFI e não incluídas nas despesas da GGSUS/GERES, pois estas estariam registradas no Sistema Integrado de Administração de Pessoal (SIAPE).

Como um segundo ponto negativo, o GT considerou a inexistência de um centro de custos testado e avaliado, bem como a pulverização de informações em vários sistemas. Isso acarretaria uma dificuldade na identificação do critério de rateio das despesas, bem como em identificar despesas indiretas (energia, segurança).

O terceiro ponto de crítica seria referente aos dispêndios financeiros da ANS. Nesse caso, o exemplo utilizado foi com os contratos de terceirizações, os quais representariam – à época – cerca de 7% (R\$ 10.466.433,23 – dez milhões, quatrocentos e sessenta e seis mil, quatrocentos e trinta e três reais e vinte e três centavos) dos gastos correntes da Agência.

Além desse gasto, foi citado os custos com tecnologia da informação que equivalia a R\$ 25.388.684,86 (vinte e cinco milhões, trezentos e oitenta e oito mil, seiscentos e oitenta e quatro reais e oitenta e seis centavos).

Ademais, o GT considerou que cobrar os custos administrativos da Agência de operadoras de auto-gestão representaria grande fragilidade à tese, pois já há provisionamento da União aos custos administrativos da Agência. E por fim, considerando se tratar de um índice formado a partir dos custos administrativos da ANS (GGSUS/GERES), esse mesmo índice estaria sujeito a variações anuais.

A terceira proposta, criada com base nos gastos em saúde pública informados pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)⁶⁸, chegou ao índice no valor de 1,50. Esse é o índice que vige até os dias atuais.

De acordo com o GT, o SIOPS é composto por custos que vão além dos gastos efetivos com serviços de saúde, com incremento de outros custos públicos. De acordo com a Agência, o argumento de evitar o enriquecimento ilícito das operadoras justificariam a adição de despesas administrativas. Os valores identificados entre os anos de 2002 a 2009 podem ser representados na seguinte tabela:

Figura 2 – Tabela de Cálculo de proporção entre as despesas administrativas e a despesa com atenção hospitalar e ambulatorial

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | Média |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| SUBFUNÇÕES ADMINISTRATIVAS / ATENÇÃO HOSPITALAR E AMBULATORIAL | 83,47% | 64,35% | 43,46% | 45,63% | 45,17% | 47,53% | 47,81% | 35,26% | 51,59% |

Fonte: Processo Administrativo nº 33902.213337/2010-51, p. 99. Disponível em: SEI 33902.213337/2010-51 / pg. 99.

Assim, o índice encontrado foi de 1,5, considerando o cálculo seguinte:

⁶⁸ De acordo com a própria Agência, “[o] SIOPS foi implantado em 1999 e constitui-se no maior banco de dados no âmbito de políticas públicas do Brasil. Ele reúne informações dos municípios, dos estados e as União sobre financiamento e gasto em saúde pública. O objetivo da criação do SIOPS foi permitir a transparência, facilitar o controle do Estado e apoiar o desenvolvimento de pesquisas. As informações do SIOPS subsidiaram a elaboração da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 29 de 2000, que estabeleceu percentuais obrigatórios mínimos de recursos que cada ente governamental deve aplicar em ações e serviços públicos de saúde. Os dados são declarados eletronicamente pelos próprios municípios e estados, a partir de seus demonstrativos contábeis, o que apresenta a principal limitação desta banco de dados [SIC]. A terminologia contábil do SIOPS foi definida pelo MPOG e a padronização amparada no Tesouro Nacional foi complexa, dada a multiplicidade de situações organizacionais e contábeis de municípios e estados. Existem filtros de consistência no sistema que conferem e identificam divergências nas declarações, consolidam as informações e evitam a dupla contagem. Há também mecanismos que comparam os dados declarados com bancos de dados do Ministério da Saúde (TEIXEIRA & TEIXEIRA, 2003). O uso do SIOPS como fonte de informações para este trabalho é justificado por ser ele o instrumento usado pelos órgãos de fiscalização e controle dos recursos vinculados a ações e serviços de saúde (BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007).”

Figura 3 – Fórmula de cálculo do IVR

$$\text{IVR} = 1 + \frac{\text{Administração geral + Planejamento e Orçamento + Administração Financeira + Tecnologia da Informatização + Controle Externo + Formação de recursos humanos + Comunicação social}}{\text{Assistência hospitalar e ambulatorial}}$$

De forma resumida, agrupando-se as contas, o índice pode ser descrito como:

$$\text{IVR} = 1 + \frac{\text{Subfunções Administrativas}}{\text{Assistência hospitalar e ambulatorial}}$$

Fonte: Processo Administrativo nº 33902.213337/2010-51, p. 97. Disponível em: SEI 33902.213337/2010-51 / pg. 97.

Os pontos positivos para a utilização desse índice seriam a transparência da metodologia, haja vista ser baseada em dados públicos oficiais do Ministério da Saúde, além de que o cálculo leva em conta gastos assistenciais e administrativos (diretos e indiretos) envolvidos no atendimento.

Os pontos negativos associados pelo GT a essa proposta relacionam-se ao preenchimento dos dados no SIOPS, cuja responsabilidade pertence a cada um dos entes federativos e, portanto, poderia haver problemas na padronização das informações prestadas. Além disso, a metodologia utilizada para a composição do índice não foi apta a demonstrar a sua compatibilidade com a prescrição legal do § 8º do art. 32 da Lei nº 9.656/1998⁶⁹.

A quarta e última proposta chegou ao índice de 1,2, identificado a partir do envio dos balanços contábeis das operadoras. Assim, a identificação da média dos custos administrativos e assistencial das operadoras poderia oferecer uma aproximação a esses valores, o que resultaria em uma aproximação da proporção de despesas administrativas com despesas assistenciais envolvidas no atendimento, o que representaria “a soma entre o valor SUS e uma parcela de acréscimo que simbolizasse o gasto em nível administrativo na iniciativa privada.”⁷⁰. De acordo com os dados apresentados pela ANS, as despesas da iniciativa privada foram as seguintes:

⁶⁹ “§ 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. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)”.

⁷⁰ Processo Administrativo nº 33902.213337/2010-51, *Op. cit.* p. 79.

Figura 4 – Despesas administrativas e assistenciais das operadoras de plano de saúde por ano

| Período: 2001-2009 | | | |
|--------------------|----------------------------|--------------------------|------------------|
| Ano | Desp.Administrativa (1) | Desp.Assistencial (2) | Razão (1)/(2) |
| 2001 | 3.788.360.870 | 17.523.286.233 | 21,62% |
| 2002 | 4.629.942.735 | 20.256.627.252 | 22,86% |
| 2003 | 5.352.513.805 | 23.047.039.678 | 23,22% |
| 2004 | 5.720.595.030 | 26.062.759.874 | 21,95% |
| 2005 | 6.467.727.487 | 29.997.192.041 | 21,56% |
| 2006 | 7.274.194.258 | 33.217.370.040 | 21,90% |
| 2007 | 9.938.946.931 | 41.416.193.389 | 24,00% |
| 2008 | 10.622.157.579 | 48.068.459.506 | 22,10% |
| 2009 | 10.812.733.086 | 53.916.220.499 | 20,05% |
| Média | | | 22,14% |

Fontes: DIOPS/ANS/MS - 08/09/2010 e FIP/ANS/MS - 12/2006.

Fonte: Processo Administrativo nº 33902.213337/2010-51, p. 81. Disponível em: SEI 33902.213337/2010-51 / pg. 81.

De acordo com o a ANS, a vantagem para a utilização desse percentual se daria com a facilidade de acesso às informações, uma vez que a Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras (DIOPE) tem essa mensuração anual.

Como desvantagem, a forma de cálculo/ do índice dependeria diretamente dos dados informados pelas operadoras. E, de acordo com a ANS, a “lógica” de conformação das despesas pelo setor privado é diferente do setor público, de modo que a própria lógica de ressarcimento é diversa.

O estudo justificou ainda como ponto negativo o seguinte:

Além disso, o setor privado prima pela eficiência de seus gastos e maximização dos lucros, sendo certo que as despesas administrativas devem ser as menores possíveis. Desta maneira, cabe concluir que este índice apresenta uma tendência decrescente, o que faria com que, cada vez mais, o valor ressarcido pelas operadoras se aproxime do limite inferior, ou seja, do valor SUS.⁷¹

Assim, apresentadas todas as propostas, a eleita como ideal foi a terceira, que identificou o índice de 1,5. Destaque-se que os dados utilizados para tanto foram os apresentados entre os anos de 2002 a 2009 e, no correr dos anos o valor do IVR permanece o mesmo. Além disso, os valores apresentados para a identificação do IVR não levaram em consideração os custos da União, apenas de estados e municípios.

Como resultado de tudo isso, foi, originalmente, editada a Resolução Normativa (RN) da ANS nº 251/2011, que alterou o art. 4º da RN nº 185/2008, para impor pela primeira

⁷¹ Processo Administrativo nº 33902.213337/2010-51, *Op. cit.* p.83.

vez o IVR como critério de cálculo do RESUS⁷². Mais recentemente, porém, esse ato normativo foi substituído pela Resolução Normativa da ANS nº 504/2022, que positiva o IVR, em sua atual versão, no seu art. 1º, pelos seguintes termos:

Art. 1º O valor de ressarcimento ao SUS resulta da multiplicação do Índice de Valoração do Ressarcimento - IVR, estipulado em 1,5 (um vírgula cinco), pelo valor lançado no documento do SUS de autorização ou de registro do atendimento.
 §1º O valor lançado no documento de autorização ou do registro do atendimento é obtido com base nas regras de valoração do SUS e na Tabela de Procedimentos Unificada do Sistema de Informações Ambulatoriais e do Sistema de Informação Hospitalar SAI/SIH – SUS.

Nota-se, pois, que, nos termos da deliberação narrada, a injunção regulatória ora vigente, repetindo regra de 2011, é no sentido de multiplicar por uma vez e meia (1,5) o valor lançado no documento do SUS de autorização ou registro do atendimento. Esse valor originário, por sua vez, é obtido por meio de tabela oficial, a Tabela de Procedimentos Unificada do Sistema de Informações Ambulatoriais e do Sistema de Informação Hospitalar (SAI/SIH – SUS).

Nessa perspectiva, a partir da identificação do IVR no percentual de 150% a ser aplicado sobre os valores gastos pelo SUS nos atendimentos de saúde, deve ser explicitado breve alerta sobre o cumprimento dos critérios de adequação ao art. 32 da Lei nº 9.656/1998.

O *caput* do referido dispositivo legal prescreve que serão ressarcidos ao SUS os custos decorrentes dos “serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos”, ou seja, além de se referir ao próprio atendimento à saúde, especifica que os serviços devem constar expressos no contrato. No mesmo sentido, o § 8º desse artigo veicula a injunção de que não serão ressarcidos valores “superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei”. Nessa perspectiva, desde já, a utilização de um índice composto por custos administrativos do SUS é, no mínimo, questionável.

Entre os anos de 2011 e 2016, a ANS informa que foram cobrados cerca de 3,2 bilhões de reais a título de RESUS⁷³. Já entre 2016 e 2020, os valores cobrados ultrapassam

⁷² Eis a redação do art. 4º da RN ANS nº 185/2008, instituída pela referida RN nº 251/2011:

“Art. 4º O valor de ressarcimento ao SUS resulta da multiplicação do Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR, estipulado em 1,5 (um vírgula cinco), pelo valor lançado no documento do SUS de autorização ou de registro do atendimento.

§ 1º O valor lançado no documento de autorização ou do registro do atendimento é obtido com base nas regras de valoração do SUS e na Tabela de Procedimentos Unificada do Sistema de Informações Ambulatoriais e do Sistema de Informação Hospitalar SAI/SIH - SUS.

§ 2º A regra prevista neste artigo se aplica aos atendimentos das competências a partir de janeiro de 2008.”

⁷³ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). ANS lança segundo boletim com dados sobre ressarcimento ao SUS. Brasília: ANS, 07 dez. 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt->

os 6 bilhões de reais⁷⁴. Somado a isso, os dispêndios financeiros dos planos de saúde só com os eventos médico-hospitalares chegam a uma média anual de 100 bilhões de reais⁷⁵. Inobstante a média anual de gastos em saúde aumente de forma constante desde 2014, o número de beneficiários diminuiu consideravelmente.

Diante do exposto, é possível concluir que a análise das diferentes propostas para a determinação do Índice de Valoração do Ressarcimento (IVR) revelou complexidades e desafios inerentes ao processo de estabelecimento de critérios justos e transparentes. Embora cada proposta apresentasse vantagens e desvantagens específicas, a terceira proposta, baseada nos gastos em saúde pública informados pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), emergiu como a mais adequada, pelo menos segundo os membros do grupo de trabalho.

Sendo assim, o índice eleito para a cobrança do RESUS, no valor de 1,5, persiste desde a sua fixação em 2011, ainda que seja duvidoso o cumprimento de todos os requisitos prescritos pelo art. 32 da Lei nº 9.656/1998, especialmente os do § 8º. Assim, conquanto sejam méritos separados, a potencial inadequação aos requisitos da própria lei instituidora apenas confirma a necessidade de submeter o IVR ao teste de abuso do poder regulatório, nos moldes fixados pela Lei de Liberdade Econômica.

b) Forma de cobrança do ressarcimento ao SUS: procedimento administrativo.

Superada a forma de determinação do valor, a forma de cobrança, em si, do ressarcimento ao SUS segue um procedimento administrativo que envolve diversas etapas. Para operacionalizar essa exigência, utiliza-se o padrão da Troca de Informação em Saúde Suplementar (TISS) para o registro e intercâmbio de dados entre operadoras de planos de saúde, prestadores de serviços e a ANS. A Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS), por sua vez, foi desenvolvida para listar de forma codificada todos os procedimentos disponíveis para os beneficiários dos planos de saúde.

br/assuntos/noticias/integracao-com-SUS/ans-lanca-segundo-boletim-com-dados-sobre-ressarcimento-ao-sus. Acesso em: 15 jul. 2024.

⁷⁴ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Painel Financeiro do Ressarcimento ao SUS. Brasília: ANS, 1ª edição, jun. 2020. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNDM5YWJjMTYtYTQxYS00YmYxLWl0MWItNTcyN2NlMjIyNjJkIiwidCI6IjlkYmE0ODBlLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9&pageName=ReportSection>. Acesso em: 15 jul. 2024.

⁷⁵ Dados disponíveis no Portal IEES Data: <https://iessdata.iess.org.br/dados/da>. Acesso em: 5 jul. 2024.

No setor público, os procedimentos médico-hospitalares são classificados de acordo com a Tabela de Procedimentos Unificada do Sistema de Informações Ambulatoriais e do Sistema de Informação Hospitalar SAI/SIH – SUS (Tabela SUS), gerenciada pelo Sistema SIGTAP. Apesar das diferenças de nomenclatura entre a TUSS e o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), a ANS desenvolveu uma metodologia⁷⁶ para mapear as informações entre esses sistemas.

Atualmente, a Resolução Normativa (RN/ANS) nº 502/2022 disciplina o procedimento administrativo para a arrecadação do ressarcimento ao SUS⁷⁷.

A fase pré-processual é iniciada com o recebimento de informações do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), que registra todas as informações relativas aos atendimentos ocorridos na rede pública. Esses dados são cruzados com as informações constantes no Sistema de Informação de Beneficiários (SIB)⁷⁸.

As informações, então, são processadas, verificando-se a aptidão dos atendimentos e, após a consolidação dessa base de dados, a ANS envia às operadoras notificação com a listagem dos atendimentos identificados, o Aviso de Beneficiário Identificado (ABI), mediante o sistema Protocolo Eletrônico do Ressarcimento ao SUS (PERSUS).

⁷⁶AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **TISS - Troca de Informação de Saúde Suplementar**: tabelas relacionadas. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/prestadores/tiss-troca-de-informacao-de-saude-suplementar/padrao-tiss-tabelas-relacionadas>. Acesso em: 15 jul. 2024

⁷⁷ “Art. 20. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas as suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32.”

⁷⁸ O SIB tem a finalidade de manter a atualização dos dados cadastrais e informações sobre os contratos firmados entre as operadoras e seus beneficiários, conforme expresso pela Lei nº 9.656/1998. As operadoras devem enviar os dados à ANS, a cada dia 10 do mês corrente, as informações relativas a qualquer alteração contratual que tenham acontecido até o último dia do mês anterior. Disponível em: <https://ces.ibge.gov.br/base-de-dados/metadados/ministerio-da-saude/sistema-de-informacoes-de-beneficiarios-sib.html>. Acesso em 15 jul. 2024.

Figura 5 – Batimento de atendimentos realizados pelo SUS



Fonte: Boletim Informativo – Guia do Ressarcimento ao SUS – Impugnação e Recurso, p. 10, 2019.

Após o recebimento de informações do DATASUS, que são cruzadas com as informações do SIB, é gerado o ABI, dando início ao prazo de 30 dias para a operadora impugnar os atendimentos listados.

Figura 6 – Aviso de Beneficiário Identificado

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
 DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL
 AV. AUGUSTO SEVERO, 84 - 10º ANDAR
 GLÓRIA - RIO DE JANEIRO - RJ
 CEP: 20021-040
 TEL: 21 - 2105-0000 / www.ans.gov.br



Ofício nº [REDACTED]/2015/DIDES/ANS

Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2015

A Sua Senhoria o(a) Senhor(a)
 JOÃO [REDACTED]
 DIRETOR PRESIDENTE
 [REDACTED] SAÚDE LTDA - [REDACTED]
 CNPJ: [REDACTED]
 CAIXA [REDACTED]
 CEP:20270-970 - RIO DE JANEIRO - RJ

Referência : Processo : [REDACTED]

Assunto: Aviso de Beneficiários Identificados - ABI nº 54

Prezado(a) Senhor(a),

1. NOTIFICO Vossa Senhoria que foi (foram) identificado(s), para fins do ressarcimento previsto no artigo 32, da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998, o(s) atendimento(s) no Sistema Único de Saúde - SUS a consumidor(es) dessa Operadora detalhado(s) em anexo, cujo(s) valor(es) foi (foram) calculado(s) por meio da aplicação do Índice de Valoração do Ressarcimento de 1,5 (um e meio) nos termos da RN nº 251, de 19 de abril de 2011.

Fonte: Boletim Informativo – Guia do Ressarcimento ao SUS – Impugnação e Recurso, p. 11, 2019.

Destaque-se que os ABIs são formados por informações de atendimentos trimestrais e são disponibilizados em sincronia a todas as operadoras que tiveram serviços identificados. Desse modo, cada envio de ABI refere-se a um mesmo período de dados coletados para todas as operadoras.

Com o recebimento do ABI é iniciado o prazo de impugnação da operadora –trinta dias – para questionar as APAC e/ ou as AIH. Os dados encaminhados às operadoras devem ser suficientes para que possa ser apresentada impugnação, desse modo, são apresentados os

dados referentes aos beneficiários, data, hospital, localidade e tipo de serviço realizado pelo SUS, da seguinte forma:

Figura 7 – Detalhamento de atendimentos

| Prestador : | | | | |
|---|--|--|------------|--------------------------|
| CNES : Natureza : 3999 - Associação Privada | | | | |
| Endereço : | | | | |
| CEP 87014-140 - Maringá/PR | | | | |
| AIH No : | | | | |
| Competência : 11/2017 | | Período de atendimento : 31/10/2017 a 03/11/2017 | | |
| Caráter do atendimento : 02 - Urgência. | | | | |
| Cód. beneficiário : | | | CCO : | Nasc. : 25/03/1937 |
| Procedimento | Descrição | Registro | Qtd | Valor (R\$) ¹ |
| 0303060190 | TRATAMENTO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO | PRINCIPAL | 1 | 882,18 |
| 0205010032 | ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA | ESPECIAL | 1 | 59,91 |
| 0302040030 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR | ESPECIAL | 4 | 28,02 |
| Total AIH | | | R\$ | 970,11 |
| Total Prestador - 1 atendimentos(s) | | | R\$ | 970,11 |

Fonte: Boletim Informativo – Guia do Ressarcimento ao SUS – Impugnação e Recurso, p. 11, 2019.

Portanto, a primeira fase do processo administrativo é iniciada com a apresentação de impugnação, conforme mencionado anteriormente. O julgamento dessa primeira impugnação é realizado pela DIDES que tem a competência para analisar os documentos e elaborar nota técnica demonstrando as razões para o (in)deferimento dos pedidos.

Assim, com o envio da decisão administrativa, é iniciado um novo prazo recursal para a operadora, de dez dias corridos do recebimento da nota técnica, decisão administrativa e ofício de encaminhamento. O eventual recurso é enviado para julgamento pela Diretoria Colegiada da ANS, que, se considerar válidos os fundamentos apresentados para todos os atendimentos, extinguirá a obrigação de pagamento e, portanto, a cobrança é arquivada. No entanto, caso o recurso seja indeferido, o ressarcimento torna-se exigível, com a geração de uma Guia de Recolhimento de Receitas da União (GRU), conforme art. 34 da RN/ANS nº 502/2022⁷⁹.

A contagem de encargos moratórios será iniciada a partir do atraso no pagamento – 15 (quinze) dias do termo final da impugnação. Com a apresentação de impugnação a exigibilidade do débito fica suspensa, no entanto a fluência dos juros não, que são contados a partir da data de vencimento do pagamento (contado a partir do décimo sexto dia de recebimento do ABI).

⁷⁹ “Art. 34. O pagamento do ressarcimento ao SUS será realizado exclusivamente por meio de Guia de Recolhimento da União – GRU.”

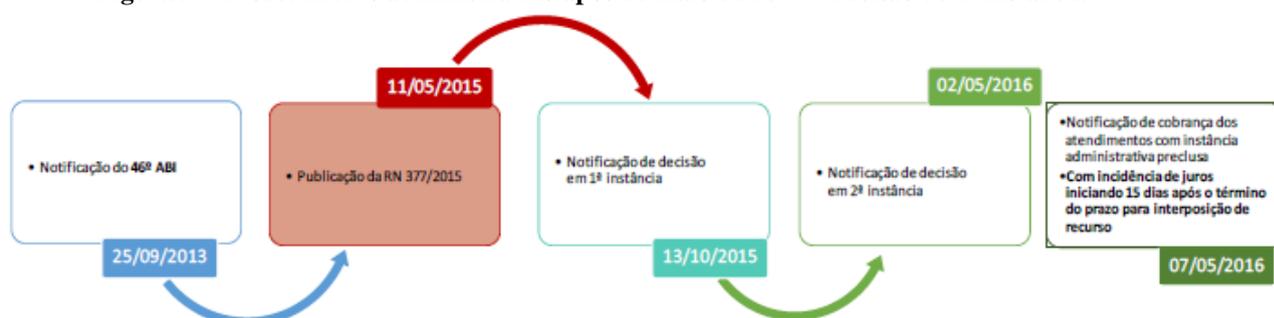
Importante considerar que quanto aos pagamentos a serem realizados após o ano 2014, os juros passaram a ser calculados mediante a utilização da taxa referencial do Sistema Especial de Liquidação e Custódia (SELIC).

Figura 8 – Procedimento administrativo antes de maio de 2015 – Decisão de 1ª instância



Fonte: Aspectos financeiros do ressarcimento ao SUS: Orientações sobre os procedimentos de cobrança, p. 14, 2018

Figura 9 – Procedimento administrativo após de maio de 2015 - Decisão de 1ª instância



Fonte: Aspectos financeiros do ressarcimento ao SUS: Orientações sobre os procedimentos de cobrança, p. 15, 2018.

Nos casos de inadimplemento, o crédito é inscrito em Dívida Ativa e no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal (CADIN). O crédito de ressarcimento ao SUS, no entanto, possui a peculiaridade de que os planos de saúde devem realizar o provisionamento de seus créditos. De acordo com a RN/ANS nº 521/2022.

Incluem-se na obrigação de provisionamento todos os débitos, exceto os sem inscrição em dívida ativa ou sobrestados administrativamente. Essa situação, portanto, pode ser bastante onerosa ao próprio exercício da atividade, ainda mais quando se verifica que, além das obrigações de pagamento ordinárias, típicas do empreendimento, as operadoras devem provisionar todos os débitos de ressarcimento ao SUS, independentemente de

considerá-los devidos ou não, uma vez que essa exigência se baseia na emissão de GRU, tão somente.

Os valores devem ser aplicados em uma conta padrão – “na conta de Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar do Plano de Contas Padrão da ANS”⁸⁰ – cujos valores devem corresponder aos exatos valores constantes nos ofícios de ABI⁸¹.

Em suma, independentemente de qualquer questionamento sobre a correção do valor cobrado, os ativos financeiros devem ser provisionados simplesmente por existir a cobrança, conforme as normas internas da ANS. Esse contexto evidencia, desde já, que o procedimento de cobrança do ressarcimento ao SUS impõe uma carga extraordinária de obrigações às operadoras, com interferência severa da Agência Reguladora em suas atividades. Analisando os dados fornecidos pela própria Agência, observa-se que entre os anos de 2019 e 2022 foram cobrados aproximadamente R\$ 1 bilhão entre AIHs e APACs⁸².

Portanto, a obrigação legal de provisionamento de débito resulta em uma constante redução dos ativos circulantes das operadoras. O que se observa, a partir do exposto acerca da sistemática do ressarcimento ao SUS, é que as obrigações impostas às operadoras, especialmente no que diz respeito ao provisionamento de créditos e ao pagamento das

⁸⁰ O processo em questão é regulado pela Instrução Normativa Conjunta nº 5/2011, emitida pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE) e pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES) da agência reguladora. O artigo 1º desta instrução estabelece os procedimentos a serem seguidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde em relação à contabilização dos valores devidos de ressarcimento ao SUS na conta de Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar do Plano de Contas Padrão da ANS.

⁸¹ A RN/ANS nº 521/2022 assim dispõe: “Art. 2º A totalidade do valor constituído das provisões técnicas deverá, obrigatoriamente, ser lastreada por ativos garantidores na proporção de um para um.

[...]

§2º Não seguem a proporção de um para um de que trata o caput os débitos do ressarcimento ao SUS dos Avisos de Beneficiários Identificados- ABI notificados e ainda sem a emissão das respectivas Guias de Recolhimento da União - GRU pela ANS, cujo cálculo do valor a ser lastreado deverá ser feito conforme a seguinte fórmula:

$\%hc \times \text{ABI notificados e ainda sem a emissão das respectivas Guias de Recolhimento da União} \times (1 - \text{Índice de Efetivo Pagamento ao Ressarcimento ao SUS})$, onde:

a) o percentual histórico de cobrança (%hc) será calculado conforme previsto no § 1º do art. 2º da Instrução Normativa Conjunta nº 5, de 30 de setembro de 2011, da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE e da Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES; e

b) o Índice de Efetivo Pagamento ao Ressarcimento ao SUS corresponderá ao percentual de efetivo pagamento administrativo das dívidas das operadoras de planos de saúde junto ao ressarcimento ao SUS, sendo divulgado mensalmente pela ANS em seu sítio institucional na Internet (www.ans.gov.br) e calculado a partir da seguinte fórmula: (valores pagos + valores em parcelamento) / valores cobrados, sendo que: 1 – valores pagos: corresponde a soma de valores originais de GRUs efetivamente quitadas pelas operadoras, seja por meio de pagamento direto ou conversão em renda; 2 – valores em parcelamento: corresponde a soma de valores originais das GRUs que compõem parcelamentos deferidos; e 3 – valores cobrados: corresponde a soma de valores originais das GRUs de ressarcimento ao SUS.”

⁸² AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Boletim panorama: saúde suplementar**. v.1 n. 3, 3º trimestre de 2023. Rio de Janeiro: ANS, 2023, p. 15. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/noticias/copy_of_PanoramaSaudeSuplementar_dezembro_2023.pdf. Acesso em: 18 jul. 2024.

dívidas ao SUS, representam desafios significativos. Diante disso, infere-se serem bastante elevados os custos de conformidade e os riscos pertinentes às eventuais infrações, que são tão maiores quanto é complexo o sistema normativo a ser observado.

2. ABUSO DO PODER REGULATÓRIO À LUZ DA LEI DE LIBERDADE ECONÔMICA.

A Medida Provisória (MP) nº 881/2019, conhecida como a Declaração de Direitos de Liberdade Econômica e posteriormente convertida na Lei de Liberdade Econômica (Lei Federal nº 13.874/2019), teve um impacto significativo na desburocratização do ambiente de negócios no Brasil, destacando-se a facilitação da abertura de novos empreendimentos, a ampliação da liberdade contratual e a flexibilização das regras trabalhistas.

Essa Lei, em consonância com o princípio constitucional da livre concorrência, incorpora medidas destinadas a assegurar maior transparência às agências reguladoras, além de limitar ações discricionárias. Dentre os novos mecanismos instituídos, destaca-se o abuso do poder regulatório, que é uma noção intuitiva entre os operadores do Direito, mas cujo conceito legal formal é novo no ordenamento jurídico brasileiro, não equivalente, em qualquer medida, às formas já conhecidas, como o abuso de autoridade.

A partir da análise da exposição de motivos exposta na MP nº 881/2019⁸³, nota-se uma preocupação em evitar excessos estatais, destacando que o instituto do abuso do poder regulatório visa impedir o Estado de exercer um controle fora dos limites autorizados sobre a atividade econômica, além de evitar a criação de leis complexas e excessivamente burocráticas que possam prejudicar o crescimento em setores específicos.

Nesse contexto, o art. 4º da Lei estabelece que, salvo disposições previstas em legislações específicas, ao regulamentar um setor ou uma atividade, cabe à administração pública e às demais entidades vinculadas evitar o abuso do poder regulatório. O presente capítulo objetiva explorar os conceitos próprios de abuso do poder regulatório, para, no capítulo seguinte, proporcionar a análise sobre se o IVR é uma regulação abusiva ou não.

⁸³ Consoante texto apresentado na exposição de motivos da MP nº 881/2019: “9. Assim, dez direitos para situações concretas foram elaborados no corpo de uma Declaração de Liberdade Econômica, com o objetivo de alterar em caráter emergencial a realidade do Brasil. São os direitos do brasileiro contra um Estado irracionalmente controlador. Eles primeiramente afetam relações microeconômicas específicas, que repercutirão macroeconomicamente, especialmente em favor dos mais vulneráveis, por sua expansividade por todos os setores: nada foi enunciado de maneira a privilegiar um em detrimento do outro, como o espírito da verdadeira economia de mercado demanda. 10. Ao mesmo tempo, esse rol também foi selecionado para alterar situações consideradas paradigmáticas, que repercutirão sobre todo o sistema jurídico por inverterem o pressuposto vigente de anti-liberdade e anti-desenvolvimento. Para isso, esse texto será considerado uma norma a ser seguida no direito civil, empresarial, econômico, urbanístico e do trabalho. [...]12. Apresente proposta versa também sobre o ambiente regulatório sob dois prismas. Primeiramente, no art. 4º, se estabelecem requisitos objetivos, agora previstos em lei, que visam assegurar que o exercício regulador pelo Estado, conforme determina o art. 174 da Constituição Federal, não atuará em sentido contrário ao da liberdade econômica. [SIC]”

O primeiro tópico apresentará os conceitos gerais de abuso do poder regulatório conforme estabelecido no art. 4º da Lei de Liberdade Econômica. Em seguida, serão aprofundados especificamente os conceitos dos elementos componentes da descrição abstrata da conduta do art. 4º, inciso V, da LLE: custos de transação e benefícios. Assim, um tópico será dedicado a compreender o primeiro desses conceitos e, por fim, no último tópico do capítulo, identificar-se-ão esses benefícios específicos no contexto da atividade de saúde suplementar, especialmente em relação ao IVR.

2.1 Conceito de abuso do poder regulatório e o rol do artigo 4º da Lei de Liberdade Econômica.

A intervenção do Estado na economia conheceu diferentes graus no decorrer da história, desde o Estado Liberal até o Estado regulador atual⁸⁴.

Com o passar do Estado Liberal ao Estado de Bem-Estar Social, o poder público passou a deter competências para a promoção de direitos e garantias fundamentais aos indivíduos e, portanto, decorreu a obrigação do fornecimento de serviços como educação, saúde, saneamento básico, etc⁸⁵. Esse modelo provocou um aumento pela procura dos serviços básicos e universais e o consequente aumento de ineficiência e super endividamento do Estado⁸⁶. Sucedeu então a crise fiscal do Estado de Bem-Estar Social, ou seja, uma situação de insolvência governamental e a consequente perspectiva de redução das dimensões estatais⁸⁷.

⁸⁴ Merece destaque o seguinte: “[...] o surgimento de uma maior participação estatal na economia e sua incorporação pelas constituições não ocorreram, como poderia aparentar a uma primeira vista, de forma abrupta ou ocasionando alguma espécie de ruptura nesse campo. Relembre-se que o Estado Liberal sempre apresentou espaços de autorização para atuação estatal. [...] Assim, mostra-se reducionista uma narrativa que simplesmente informe o surgimento de um Estado Liberal (absoluto) e seu predomínio global no séc. XVIII, tendo sido definitivamente superado, pós-crise de 1929 e após as duas guerras mundiais, por um Estado Social, vigente ainda hoje, no mundo ocidental”. (OLIVEIRA, Amanda Flávio de. Lei de Liberdade Econômica: apontamentos acerca da constitucionalidade material da Lei n. 13.874/2019. In SALOMÃO, Luis Felipe, *et.al.* (coord.) **Lei de Liberdade Econômica** e seus impactos no Direito brasileiro. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2020, pp. 186 e 187.)

⁸⁵ FIGUEIREDO, Leonardo Vizeu. **Lições de Direito Econômico**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2013, p. 40-43.

⁸⁶ “Posteriormente, a partir da década de 1970, esse modelo de Estado interventor se demonstrou insustentável do ponto de vista econômico e social, em face dos altos níveis de endividamento dos governos, da elevada inflação e da limitada capacidade de coordenação e atuação do Estado na execução e regulação das múltiplas funções necessárias à manutenção do estado de bem-estar social.” (MENEQUIN, Fernando Boarato. Abusos regulatórios e falhas de governo, p. 4. In OLIVEIRA, Amanda Flávio de; ROLIM, Maria João (org.). Rio de Janeiro: Synergia, 2021)

⁸⁷ *Ibidem*, p. 4.

Questionados os resultados do Estado de Bem-Estar Social, precisou-se buscar novas soluções. A proposta, então, passou a ser um retorno do princípio da subsidiariedade, mas em que a exploração das atividades econômicas retorna à iniciativa privada, a qual irá realizá-la dentro de um conjunto de intervenção estatal previamente normatizado⁸⁸. O Estado passou a adotar um novo modelo de controle, permitindo que entidades privadas passem a exercer atividades antes consideradas iminentemente públicas.

São criadas entidades autônomas com a finalidade de regulação e normatização da atividade econômica, em tese, em prol do interesse público⁸⁹, de modo que nas décadas de 1980 e 1990 populariza-se a ideia das agências reguladoras⁹⁰.

No Brasil, esse movimento foi implementado por meio da Constituição de 1988⁹¹, com previsão expressa para a possibilidade de interferência do Estado na atividade econômica. A previsão constitucional é a seguinte:

Art. 174. Como agente normativo e regulador da atividade econômica, o Estado exercerá, na forma da lei, as funções de fiscalização, incentivo e planejamento, sendo este determinante para o setor público e indicativo para o setor privado. (Vide Lei nº 13.874, de 2019)

§ 1º A lei estabelecerá as diretrizes e bases do planejamento do desenvolvimento nacional equilibrado, o qual incorporará e compatibilizará os planos nacionais e regionais de desenvolvimento.

Existem, no entanto, limites constitucionais claros para a atuação fiscalizatória do Estado. Sem prejuízo de outros, a Constituição, como o faz com várias de suas normas, os enuncia em forma de princípios, aptos a exercer, portanto, função bloqueadora⁹² e

⁸⁸ FIGEIREDO, Leonardo Vizeu. *Op. cit.* p. 45.

⁸⁹ MENEGUIN, Fernando Boarato. *Op. cit.* p. 4.

⁹⁰ O Banco Central, criado em 1964, é considerado por alguns autores como “instituição embrionária de um Estado Regulador no País” (OLIVEIRA, Amanda Flávio de. *Op. cit.* p. 535).

⁹¹ “Seria, entretanto, incorreto afirmar que não havia órgãos reguladores de diversos setores econômicos antes disso. Basta citar, por exemplo, o Banco Central do Brasil, o Conselho Monetário Nacional e a Comissão de Valores Imobiliários, que, de certa forma, são órgãos de regulação, embora se distanciem das Agências Reguladoras criadas durante a desestatização por não terem a independência destas.³ Todavia, a grande novidade das Agências Reguladoras consiste justamente em sua maior independência em relação ao Poder Executivo, apesar de fazer parte da Administração Pública indireta.⁴ As agências reguladoras observam uma agenda estatal e não governamental, competindo-lhes cumprir políticas de Estado, de caráter mais amplo e permanente, insubordinadas a prioridades e diretrizes do governante de ocasião.⁵” (José Marinho Paulo Junior Marcos Aurélio Vasconcelos de Freitas. Revista do ministério público. disponível em: https://www.mprj.mp.br/documents/20184/3978934/Jos%C3%A9+Marinho+Paulo+Junior_Marcos+Aur%C3%A9lio+Vasconcelos+de+Freitas__RMP-889.pdf. Acesso em: 18 jul. 2024.)

⁹² Humberto Ávila nomeia a função bloqueadora como “função eficaz de blindagem” e a descreve da seguinte forma: “Pode-se falar, portanto, em uma espécie de função eficaz de blindagem: o sobreprincípio da segurança jurídica atua, resguardado da modificabilidade dos seus subprincípios e reforçando a sua eficácia e das suas regras concretizadoras. A fundamentalidade do sobreprincípio como que é transferida, pela conexão axiológica existente, aos subprincípios e às regras que normativamente do densificaram.” (ÁVILA, Humberto. **Teoria da segurança jurídica**. 4ª ed., ver., atual. e ampl. São Paulo: Editora Malheiros, 2016, p. 658)

interpretativa⁹³ sobre outras normas. Essas normas-princípio são encontradas, principalmente, no art. 170 da Carta Constitucional, sob a seguinte forma:

Art. 170. A ordem econômica, fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa, tem por fim assegurar a todos existência digna, conforme os ditames da justiça social, observados os seguintes princípios:

I – soberania nacional;

II – propriedade privada;

III – função social da propriedade;

IV – livre concorrência;

V – defesa do consumidor;

VI – defesa do meio ambiente, inclusive mediante tratamento diferenciado conforme o impacto ambiental dos produtos e serviços e de seus processos de elaboração e prestação; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)

VII – redução das desigualdades regionais e sociais;

VIII – busca do pleno emprego;

IX – tratamento favorecido para as empresas de pequeno porte constituídas sob as leis brasileiras e que tenham sua sede e administração no País. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 6, de 1995)

Parágrafo único. É assegurado a todos o livre exercício de qualquer atividade econômica, independentemente de autorização de órgãos públicos, salvo nos casos previstos em lei. (Vide Lei nº 13.874, de 2019)

Dentre os limites postos, pois, encontra-se a proteção à livre concorrência, bem como o direito de exercício pleno das atividades econômicas. Nesse sentido, a atuação da Administração Pública, tendente obstar os princípios dispostos no art. 170 da Constituição, deve ser proibida, justamente em observância a esses princípios, que impõem, como proposto, limites à conduta estatal em favor dos particulares que pretendam exercer essas liberdades. Isso não significa que o Estado não pode realizar intervenção alguma, mas apenas que ela está adstrita a limites que não prejudiquem a principiologia constitucional pertinente.

Nessa perspectiva, a regulação, que se refere a um controle contínuo e concentrado realizado pela autoridade pública sobre atividades que possuem relevância social⁹⁴, deve ser realizada com base em princípios legais postos pela lei orientadora da atividade regulada, mas principalmente com cerne nos princípios e regras constitucionais.

⁹³ “Na relação com os subprincípios ou com as regras que o concretizam, o princípio da segurança jurídica exerce uma função eficaz interpretativa: dentre os seus vários sentidos possíveis, deve o intérprete escolher aquele que seja mais fortemente suportado pelo sobreprincípio da segurança jurídica. Daí a afirmação de Carrazza no sentido de que os princípios, de que é exemplo a segurança jurídica, funcionam como ‘vetores para soluções interpretativas’.” (Ibidem, pp. 655 e 656)

⁹⁴ Nesse sentido, vide JUSTEN FILHO, Marçal. O Direito Regulatório. *Revista Interesse Público*, Belo Horizonte, ano 9, n. 43, maio/jun. 2007, p. 5. ISSN digital: 1984-4387. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4901886/mod_resource/content/1/JUSTEN%20FILHO%20-%20O%20direito%20regulatório%20-%20IP%20n.%20432007.pdf. Acesso em: 18 jul. 2024. Além disso, pode ser considerada como “**Intervenção Regulatória**: é a forma de intervenção na qual o Estado, por intermédio de leis e normas de cunho setorial, atua disciplinando a ordem econômica, de forma genérica e abstrata.” (FIGEIREDO, Leonardo Vizeu. *Op. cit.*, p. 47)

No caso da saúde, a intervenção regulatória do Estado por meio de órgão fiscalizador se deu com a criação da ANS, com a Lei nº 9.961/2000, conforme já explicitado. Em que pese a importância conhecida da intervenção no mercado de saúde para que se evite as falhas de mercado⁹⁵, o excesso de normas regulamentares tende a dificultar a entrada de novos agentes econômicos no mercado, inclinando-se à formação de oligopólios⁹⁶.

Portanto, as intervenções excessivas do Estado tendem a gerar distorções significativas, fenômeno conhecido como “falhas de governo”. Isso produz o denominado “Efeito Peltzman”, no qual o Estado, em vez de corrigir as falhas de mercado, suprime os benefícios esperados da regulação por criar condutas imprevistas do agente regulado⁹⁷.

A Lei de Liberdade Econômica tem como uma de suas finalidades principais controlar a intervenção excessiva do Estado, que gera todos os efeitos adversos e prejudicam o desenvolvimento econômico nacional⁹⁸, e insere no ordenamento jurídico nacional o tipo legal de abuso do poder regulatório.

Quanto à noção de abuso do poder regulatório, inicialmente é preciso considerar a acepção do vocábulo “abuso”, que deriva do latim “*abusus*” e significa uso excessivo de algo. Nesse sentido, a utilização comum do termo diz respeito ao “uso excessivo de algo” de forma injusta ou que, no mínimo, cause aborrecimento⁹⁹.

Nessa perspectiva, para realizar interpretação legal da expressão “abuso do poder regulatório”, esse sentido comum das palavras é bastante útil, pois é prestigiado na melhor

⁹⁵ MENEGUIN, Fernando Boarato. A análise de impacto regulatório e o aprimoramento das normas. In YEUNG, Luciana (org.). *Análise Econômica do Direito: temas contemporâneos*. São Paulo: Editorial Actual, 2020).

⁹⁶ “No caso da saúde suplementar, o estudo sinaliza que são fortes os indícios de que este setor tenha perdido sua neutralidade frente às fortes pressões das corporações prestadoras de serviços. A gradativa concentração do mercado em torno das corporações de grande porte se deve por muitos fatores originados na ANS, tais como a falta de estrutura organizacional dos grupos menores frente às complexas exigências contábeis e de informação para funcionarem. Neste aspecto, as autorizações da Agência nos reajustes no preço dos planos de saúde, via de regra acima da inflação, e o distanciamento da questão dos planos coletivos, reforçam a visão de Stigler, para quem esse ambiente fortalece o poder econômico das corporações de saúde, estimula a segmentação do mercado e a formação de oligopólios.” (VILARINHO, Paulo Ferreira. *A Percepção da Captura Política da Saúde Suplementar no Brasil*. **Cadernos EBAPE. BR**, v. 8, nº 4, artigo 8, Rio de Janeiro, Dez. 2010, p. 706. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/cebape/a/rGf5ztcfnmrdC48TQr7stdK/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 18 jul. 2024)

⁹⁷ “Esse efeito adverso é conhecido na literatura como Efeito Peltzman, situação em que a regulação tende a criar condutas não previstas para os regulados, anulando os benefícios almejados (PELTZMAN, 2007).” (MENEGUIN, Fernando B, 2020, *Op. cit.* p. 360)

⁹⁸ De acordo com dados apresentados pelo Banco Mundial (*Doing Business*), o Brasil é muito mal qualificado quanto ao ambiente negocial, o que gera, eventualmente, diminuição de investimentos estrangeiros. Isso se deve, além da alta carga tributária, à dificuldade de fazer negócios no país. Nesse sentido, em pesquisa apresentada em 2024, o país ocupa a 124ª posição entre 190 países analisados no período. Pesquisa disponível em: <https://archive.doingbusiness.org/en/data/exploreeconomies/brazil>. Acesso em: 13 maio 2024.

⁹⁹ Conforme outras definições dadas à palavra. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/abuso/>. acesso em 18 jul. 2024.

técnica legislativa, como determina o art. 11, inciso I, alínea “a”, da Lei Complementar nº 95/1988, cuja redação é a seguinte:

Art. 11. As disposições normativas serão redigidas com clareza, precisão e ordem lógica, observadas, para esse propósito, as seguintes normas:

I – para a obtenção de clareza:

a) usar as palavras e as expressões em seu sentido comum, salvo quando a norma versar sobre assunto técnico, hipótese em que se empregará a nomenclatura própria da área em que se esteja legislando;

Assim, o “abuso do poder regulatório” pode ser entendido como a utilização excessiva desse poder, que, por ser específico, é concedido apenas a determinados atores para exercê-lo. É, pois, uma forma de “regular o próprio regulador”¹⁰⁰ para evitar que o Estado favoreça determinados grupos de interesse em prejuízo à concorrência¹⁰¹. Nos termos da norma, cometerá abuso do poder regulatório o agente que incorrer em uma das seguintes condutas:

Art. 4º É dever da administração pública e das demais entidades que se vinculam a esta Lei, no exercício de regulamentação de norma pública pertencente à legislação sobre a qual esta Lei versa, exceto se em estrito cumprimento a previsão explícita em lei, evitar o abuso do poder regulatório de maneira a, indevidamente:

I – criar reserva de mercado ao favorecer, na regulação, grupo econômico, ou profissional, em prejuízo dos demais concorrentes;

II – redigir enunciados que impeçam a entrada de novos competidores nacionais ou estrangeiros no mercado;

III – exigir especificação técnica que não seja necessária para atingir o fim desejado;

IV – redigir enunciados que impeçam ou retardem a inovação e a adoção de novas tecnologias, processos ou modelos de negócios, ressalvadas as situações consideradas em regulamento como de alto risco;

V – aumentar os custos de transação sem demonstração de benefícios;

VI – criar demanda artificial ou compulsória de produto, serviço ou atividade profissional, inclusive de uso de cartórios, registros ou cadastros;

VII – introduzir limites à livre formação de sociedades empresariais ou de atividades econômicas;

VIII – restringir o uso e o exercício da publicidade e propaganda sobre um setor econômico, ressalvadas as hipóteses expressamente vedadas em lei federal; e

IX – exigir, sob o pretexto de inscrição tributária, requerimentos de outra natureza de maneira a mitigar os efeitos do inciso I do caput do art. 3º desta Lei.

Portanto, conforme apontado anteriormente, a definição de “abuso do poder regulatório” foi incorporada pela LLE. Para fins de interpretação, o “abuso do poder regulatório” deve ser considerado como o conjunto de condutas definidas como tal no referido art. 4º da LLE. Em outros termos, abuso de poder regulatório é o que a lei define

¹⁰⁰ SACCARO JUNIOR, Nilo Luiz. Reflexos da Lei de Liberdade Econômica na regulação ambiental brasileira. Rio de Janeiro: IPEA, 2023, p. 29. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/12709/1/TD_2952_web.pdf. Acesso em: 18 jul. 2024.

¹⁰¹ MATTOS, C.; MAIA, A. Liberdade econômica, princípios constitucionais e promoção do bem-estar social. In: OLIVEIRA, Amanda Flávio de. (Org.). **Lei de Liberdade Econômica e o ordenamento jurídico brasileiro**. Belo Horizonte: D’Plácido, 2021, p. 44.

como tal, haja vista o legislador ter optado por empregar a técnica legislativa de tipificar as condutas que constituem esse ilícito, em vez de prover um conceito e deixar a subsunção a cargo do intérprete.

Destaque-se que essa equivalência entre o conceito de abuso do poder regulatório e o rol do art. 4º se deve à natureza dessa positivação como ato ilocucionário declarativo, que tipicamente tem esse efeito tautológico, porquanto, se bem-sucedido tal ato, garante-se que o conteúdo proposicional corresponde a realidade e vice-versa¹⁰². Em outros termos, o ato do legislador de enunciar que abuso do poder regulatório é aquele rol de condutas, por si, faz que haja tal equivalência. Nesse sentido, se trata de uma realidade institucional¹⁰³ que não preexistia no ordenamento jurídico até sua positivação pelo texto legal do sobredito art. 4º.

É importante discutir brevemente se se trata, no caso, de conceito legal ou de tipo legal. Conceito legal se refere a uma estrutura de concepção mais rígida, por assim dizer, cujo conteúdo possui características conhecidas. Já os tipos são estruturas com menor

¹⁰² “A direção de ajuste é dupla: palavra-mundo e mundo-palavra, ao mesmo tempo em que o ato corresponde ao mundo pelo mero fato de sua enunciação (se o declaro casado você está casado), o mundo ajusta-se ao fato declarado, pois a declaração estabelece um novo *status*”. Cf.: CARVALHO, Cristiano. **Ficções jurídicas no Direito Tributário**. São Paulo: Editora Noeses, 2008, p. 50.

¹⁰³ “Leaving aside the question of the status of statements in ethics and esthetics, which are controversial areas anyway, there are many kinds of facts, and facts which obviously are objective facts and not matters of opinion or sentiment or emotion at all, which are hard, if not impossible, to assimilate to this picture. Any newspaper records facts of the following sorts: Mr Smith married Miss Jones; the Dodgers beat the Giants three to two in eleven innings; Green was convicted of larceny; and Congress passed the Appropriations Bill. There is certainly no easy way that the classical picture can account for facts such as these. That is, there is no simple set of statements about physical or psychological properties or states of affairs to which the statements of facts such as these are reducible. A marriage ceremony, a baseball game, a trial, and a legislative action involve a variety of physical movements, states and raw feels, but a specification of one of these events only in such terms is not so far a specification of it as a marriage ceremony, baseball game, a trial or a legislative action. The physical events and raw feels only count as parts of such events given certain other conditions and against a background of certain kinds of institutions.

Such facts are recorded in my above group of statements I propose to call institutional facts. They are indeed facts; but their existence, unlike the existence of brute facts, presupposes the existence of certain human institutions. It is only given the institution of marriage that certain forms of behavior constitute Mr Smith’s marrying Miss Jones. Similarly, it is only given the institution of baseball that certain movements by certain men constitute the Dodgers’ beating the Giants 3 to 2 in eleven innings. And, at an even simpler level, it is only given the institution of money that I now have a five dollar bill in my hand. Take away the institution and all I have is a piece of paper with various gray and green markings.

These ‘institutions’ are systems of constitutive rules. Every institutional fact is underlain by a (system of) rule(s) of the form ‘X counts as Y in context C’. Our hypothesis that speaking a language is performing acts according to constitutive rules involves us in the hypothesis that a man performed a certain speech act, e.g., made a promise, is a institutional fact. We are not, therefore, attempting to give an analysis of such facts in terms of brute facts.” (SEARLE, John R. **Speech Acts: An Essay in the Philosophy of Language**. Cambridge University Press, 1969, p. 51-52)

precisão e que podem ser graduadas¹⁰⁴, de modo que é possível que o legislador crie tipos a partir de normas, como é o caso em estudo.

Nesse caso, portanto, trata-se de previsão mais afeita a um tipo, uma vez que a lei não dá uma definição geral, mas tão somente lista os comportamentos que configuram abuso do poder regulatório, sendo uma opção legislativa por previsão legal em tipos.

A norma apresenta condutas que, se praticadas, são tendentes a prejudicar a competitividade e/ou eficiência das atividades reguladas, uma vez que tendem a introduzir elementos externos que são propensos a afetar diretamente o desenvolvimento natural de quaisquer atividades empresariais. Em relação à saúde pública, a facilidade de atuação dos agentes econômicos, inclusive, reduz os próprios custos do Estado¹⁰⁵, tornando a intervenção excessiva particularmente indesejável.

Além dos parâmetros de interpretação que devem governar a cognição de qualquer texto jurídico, a LLE prevê critérios específicos para a determinação de sentido de seus próprios signos. É que, como é muito bem estabelecido na literatura de Teoria do Direito, normas-princípio devem exercer, dentre outros, eficácia interpretativa¹⁰⁶ sobre outros textos jurídicos. Tanto há de ser assim, tanto por decorrência de interpretação sistemática, ou seja, pela necessidade de o ordenamento jurídico ser compreendido como um todo normativo coerente consigo mesmo¹⁰⁷; quanto pela necessidade de se atribuir eficácia a essas norma-princípio, que pela sua própria estrutura, não proveem soluções definitivas, mas apenas *prima facie*¹⁰⁸.

Logo, importa para os fins de determinação do sentido do art. 4º da LLE e, conseqüentemente, dos limites conceituais do abuso do poder regulatório, a principiologia específica prevista no art. 2º da mesma LLE¹⁰⁹. Esse arcabouço principiológico inclui, por

¹⁰⁴ “O tipo, como uma nova metodologia para o Direito, vem a ser uma ordem que se opõe ao conceito classificatório rígido e exato. Consiste em uma nova metodologia que vem proposta tanto para ordenar o conhecimento jurídico científico, como para aplicar o Direito em cada caso concreto.” (DERZI, Misabel de Abreu Machado. Tipo ou conceito no Direito Tributário?. Revista da Faculdade de Direito UFMG, 1987/88, p. 221)

¹⁰⁵ ROCHA, Luiz Carlos da. *Op. cit.*, p. 109.

¹⁰⁶ ÁVILA, Humberto, *Op. cit.* pp. 655 e 656.

¹⁰⁷ “A ordem jurídica é um sistema e, como tal, deve ser dotada de unidade e harmonia.” (Barroso, Luís Roberto. **Curso de Direito Constitucional Contemporâneo: os Conceitos Fundamentais e a Construção de um Novo Modelo.** 5ª ed., São Paulo: Saraiva, 2015. p. 329).

¹⁰⁸ SILVA, Virgílio Afonso da. **Direitos Fundamentais: Conteúdo Essencial, Restrições e Eficácia.** 2ª ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2014, p. 45.

¹⁰⁹ Eis a redação do dispositivo legal: “Art. 2º São princípios que norteiam o disposto nesta Lei: I – a liberdade como uma garantia no exercício de atividades econômicas; II – a boa-fé do particular perante o poder público; III – a intervenção subsidiária e excepcional do Estado sobre o exercício de atividades econômicas; e IV – o reconhecimento da vulnerabilidade do particular perante o Estado. Parágrafo único. Regulamento disporá sobre

exemplo, e sem prejuízo dos demais, o princípio da livre concorrência (art. 2º, inciso I, da LLE) que deve impedir interpretações que tratam da intervenção do estado como mecanismo principal de realização dos fins econômicos dos particulares, tornando-a não subsidiária (art. 2º, inciso III, da LLE)¹¹⁰¹¹¹.

É importante evidenciar que todos os princípios previstos no referido dispositivo legal se encontram expressos na Constituição de 1988¹¹², no entanto, a norma reforça a necessidade extremada de justificação da intervenção na atividade privada. A premissa, pois, é a coibição a quaisquer abusos de direito da administração em face do indivíduo¹¹³.

De maneira mais específica, considerando que o objeto do presente estudo é a análise de configuração ou não de abuso do poder regulatório por “aumento dos custos de transação

os critérios de aferição para afastamento do inciso IV do caput deste artigo, limitados a questões de má-fé, hipersuficiência ou reincidência.

¹¹⁰ “Disciplinar a liberdade, em um cenário de regulação, autorizada esta indiscutivelmente pelo art. 174 da Constituição e reconhecida pela própria Lei de Liberdade Econômica, representa definir limites, reafirmar autocontenção e propiciar segurança jurídica, institucional e econômica. A propósito, a característica intrínseca da regulação consiste em um movimento em que o Estado deixa de intervir diretamente para adotar posição subsidiária, indireta, no mercado. (...) É, portanto, própria o modelo de regulação incorporado pela Constituição de 1988 a atuação ‘subsidiária, mínima excepcional’ do Estado, que a Lei de Liberdade Econômica tão somente reafirma.” (OLIVEIRA, Amanda Flávio de. Lei de Liberdade Econômica: constitucionalidade apontamentos acerca da constitucionalidade matéria da Lei n. 13.874/2019, p. 192 e 193. *In* Lei de Liberdade Econômica e seus impactos no Direito Brasileiro. SALOMÃO, Luis Felipe e outros (coord.). São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2020)

¹¹¹ “Referido princípio constitucional traduz-se na noção de que a intervenção no domínio econômico só é admitida de forma supletiva e complementar em relação à atuação dos particulares, naquilo que a própria iniciativa privada não puder prover satisfatoriamente.¹⁵” (MENDES, Gilmar Ferreira. Liberdade econômica e alienação de empresas estatais: reflexões a partir do julgamento da ADI nº 5.624, p. 37. *In* SALOMÃO, Luis Felipe e outros (coord.). **Lei de Liberdade Econômica e seus impactos no Direito Brasileiro**. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2020)

¹¹² Sobre o princípio da livre iniciativa, O Texto Constitucional é expresso em três artigos diversos, quais sejam: “Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: (...) IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa;”; “Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: (...) XIII - é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer;” e “Art. 170. A ordem econômica, fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa, tem por fim assegurar a todos existência digna, conforme os ditames da justiça social, observados os seguintes princípios: (...) Parágrafo único. É assegurado a todos o livre exercício de qualquer atividade econômica, independentemente de autorização de órgãos públicos, salvo nos casos previstos em lei.”

Quanto ao princípio da subsidiariedade, tem-se: “Art. 173. Ressalvados os casos previstos nesta Constituição, a exploração direta de atividade econômica pelo Estado só será permitida quando necessária aos imperativos da segurança nacional ou a relevante interesse coletivo, conforme definidos em lei.”

¹¹³ “Nos planos Executivo e Legislativo, a nova disciplina da liberdade se presta essencialmente a desestimular afãs regulatórios para além dos limites cabíveis, pelo menos. Coibir abuso de direito constitui um dos pilares da teoria jurídica tradicional. Coibir abuso de direito regulatório, portanto, representa apenas uma especificação deste preceito.” (OLIVEIRA, A. F. Liberdade econômica e Constituição de 1988. *In*: OLIVEIRA, A. F. (Org.). Lei de Liberdade Econômica e o ordenamento jurídico brasileiro. Belo Horizonte: D’Plácido, 2021, p. 193)

sem a demonstração de benefícios” quanto a uma norma regulatória específica editada pela ANS, cabe analisar o conteúdo semântico da possível conduta abusiva.

Para melhor compreensão dos conceitos implementados pelo art. 4º da LLE, a Secretaria de Advocacia da Concorrência e Competitividade (SEAE), do Ministério da Economia, editou a Instrução Normativa nº 97 de 2 de outubro de 2020¹¹⁴. O objetivo é apresentar, de maneira mais detalhada, as condutas que podem ser consideradas como abusivas, quais sejam:

Aumento dos custos de transação sem demonstração de benefícios

Art. 8º Pode constituir aumento dos custos de transação sem demonstração de benefícios, prejudicando o ambiente de concorrência, inclusive potencialmente na forma do inciso V do caput do art. 4º da Lei de Liberdade Econômica, o ato normativo que:

I – aumentar de forma injustificada os custos para obtenção de informação por parte do consumidor ou adquirente a respeito de bens ou serviços em determinado mercado;

II – aumentar de forma injustificada os custos para celebração de acordo ou contrato entre agentes econômicos de todo tipo;

III – aumentar de forma injustificada os custos exigidos para garantir o cumprimento efetivo do acordo ou contrato por qualquer uma das partes, ou para adoção das providências necessárias em caso de ruptura de acordo ou contrato;

IV – aumentar de forma injustificada os custos explícitos e implícitos suportados pelo consumidor ou adquirente que deseje substituir um fornecedor por outro;

V – desconsiderar a garantia de cumprimento e execução dos contratos entre os agentes econômicos privados, relativamente à matéria nele tratada;

VI – limitar formas e meios de pagamento devidamente autorizadas pelas autoridades do Sistema Financeiro Brasileiro;

VII – permitir, autorizar ou regular conduta que o Plenário do Conselho Administrativo de Defesa Econômica, em processo administrativo, já averiguou que aumenta dos custos de transação de concorrentes sem demonstração de benefícios; ou

VIII – aumentar de forma injustificada os custos explícitos e implícitos suportados por atividades reguladas para a conformidade com as normas regulatórias.

O referido art. 8º da IN nº 97/2020 lista exemplificativamente condutas que podem vir a ser consideradas como aumento dos custos de transação, que na realidade brasileira tende a dificultar não só a criação de novos empreendidos, como também podem resultar na própria diminuição de agentes regulados no desenvolvimento da atividade econômica¹¹⁵.

Para tanto, há dois conceitos importantes a serem considerados: o de custos de transação e quais os possíveis benefícios decorrentes da atividade específica.

¹¹⁴ MINISTÉRIO DA ECONOMIA. Instrução Normativa SEAE nº 97, de 2 de outubro de 2020. Brasil. Estabelece o programa Frente Intensiva de Avaliação Regulatória e Concorrencial e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 5 out. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/instrucao-normativa-seae-n-97-de-2-de-outubro-de-2020-281069878>. Acesso em: 18 jul. 2024.

¹¹⁵ “A forma de organização do sistema econômico determina a distribuição de seus benefícios. [...] Pode redundar, isto sim, como já ocorreu em diversos casos no passado, em economias com altos custos de transação (e de produção), que impedem o crescimento econômico.” (NORTH, Douglass Cecil. **Custos de transação, instituições e desempenho econômico**. 3ª ed. Brasília: Instituto Liberal, 2006, p. 10)

2.2 Sobre os custos de transação.

Consoante apresentado em tópico anterior, uma das condutas que pode ser considerada como abusiva, caso adotada pela administração pública, é o “aumento dos custos de transação sem a demonstração de benefícios” (inciso V, do art. 4º, da LLE). Nessa perspectiva, para que seja possível definir o que seriam os “custos de transação”, é necessário recorrer à teoria econômica, haja vista, nesse caso, não se trata de um conceito de sentido comum, mas técnico (art. 11, inciso I, alínea “a”, da LC nº 95/1998).

Assim, a definição dos custos de transação, há muito já concebida pela literatura econômica, representada por Gregory Mankiw, dispõe que se tratam dos “custos em que as partes incorrem no processo de efetivação de uma negociação” ou “custos que as partes têm na negociação e implementação do acordo”¹¹⁶.

De maneira similar, Douglass North propõe que:

Custos de transação podem ser definidos como aqueles a que estão sujeitas todas as operações de um sistema econômico.

[...]

Mas os custos de transação abarcam mais do que simplesmente a grande parcela da força de trabalho ligada à operação do sistema econômico.

[...]

Os custos da quantificação dos atributos de valor dos bens e serviços ou do desempenho dos agentes é a chave dos custos de transação. Esse valor provém dos diversos atributos do bem ou serviço ou, no caso do desempenho de um agente, das inúmeras atividades isoladas que constituem esse desempenho.

[...]

A segunda variável do custo do processo de troca é o tamanho do mercado, que determina se o intercâmbio é pessoal ou impessoal.

[...]

A terceira variável é o cumprimento de obrigações assumidas. Em um mundo no qual todas as regras fossem cumpridas à perfeição, haveria uma terceira parte imparcial que julgaria (sem qualquer custo) as controvérsias, concedendo indenização à parte prejudicada por infração de cláusulas contratuais. Em um mundo assim, o oportunismo, a omissão e o logro nunca valeriam a pena. Mas tal mundo não existe.¹¹⁷

Sobre as considerações de Douglass North, Luciano Timm aponta, sobre os custos de transação, o seguinte:

Conforme deixa claro em passagem de seu livro, Douglas North afirma que os custos de transação são, em parte, custos de mercado, como taxas, seguros e crédito e, em outra parte, custos com o tempo que as partes devem gastar com a procura e arrecadação de informações essenciais.¹¹⁸

¹¹⁶ MANKIW, N. Gregory. **Introdução à economia**. 4ª ed. (reimpr.). São Paulo: Cengage Learning Brasil, 2023, p. 167.

¹¹⁷ NORTH, Douglass Cecil. *Op. cit.* pp 10-11.

¹¹⁸ MAIOLINO, Isabela; TIMM, Luciano Benetti. Contribuições da Análise Econômica do Direito para a Lei de Liberdade Econômica: instituições e custos de transação. In SALOMÃO, Luis Felipe e outros (coord.). **Lei de Liberdade Econômica e seus impactos no Direito Brasileiro**. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2020 p. 297)

A partir dos excertos anteriores, é possível compreender os custos de transação como sendo aqueles não diretamente ligados a contraprestação final da atividade, ou seja, não dizem respeito ao objeto da troca econômica realizada, mas são custos passíveis de proporcionar a ocorrência dessa transação a contento para as partes. São, no entanto, usualmente, custos marginais que os agentes econômicos visam diminuir para que o negócio se concretize da forma menos onerosa possível.

Dentre os custos de transação mais recorrentes, principalmente quando se trata de uma atividade regulada, tem-se os custos de conformidade, os quais os agentes econômicos incorrem para a manutenção legal da atividade, seja pelo pagamento de tributos ou mesmo o cumprimento de obrigações acessórias, seja para obtenção de alvarás de funcionamento.

Assim, cada atividade econômica contará com uma relação específica de custos para o seu desenvolvimento. Para identificá-los, contudo, é necessário que se proceda à identificação do objeto da atividade econômica em análise, ou seja, do que é a contrapartida oferecida por cada uma das partes na transação econômica. No caso da saúde suplementar, a atividade desenvolvida pelas operadoras de saúde encontra-se limitada à intermediação de serviços de saúde, como se extrai da Lei Federal nº 9.656/1998:

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade e, simultaneamente, das disposições da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor), adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: (Redação dada pela Lei nº 14.454, de 2022)

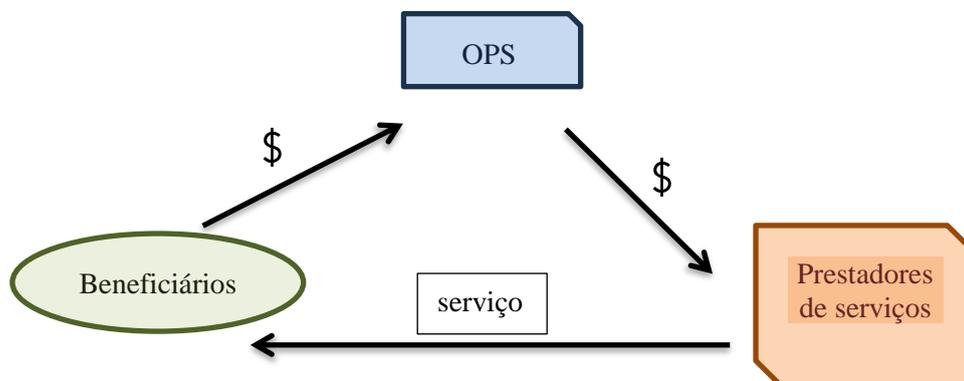
I – Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais 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; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II – Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III – Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

A contrapartida, pois, da atividade de planos de saúde configura-se pela intermediação para a contratação de profissionais de saúde e de instituições de médicas – hospitais e clínicas, para garantir a utilização desses serviços de saúde a beneficiários contratantes dos planos. A seguinte figura representa, de forma sintética, essa operação:

Figura 10 – Funcionamento da atividade de intermediação de saúde suplementar



Fonte: Compilação do autor.

A contratação pode se dar pela cobrança pré-paga ou pós-paga, importando apenas que em caso de utilização do serviço pelo contratante do plano de saúde, a operadora se responsabilize financeiramente ao pagamento das despesas médicas aos prestadores dos serviços de saúde. As operadoras, por sua vez, detêm a chamada “carteira de clientes” e são responsáveis pela gestão financeira dos valores recebidos de seus segurados e pela manutenção de contratos com os prestadores de serviços, com a finalidade de garantir que seus contratantes utilizem, de forma continuada e por prazo indeterminado, os serviços médicos e/ou odontológicos.

A atividade dos planos de saúde é a intermediação de serviços de saúde em troca de remuneração, a ser determinada pelo contrato firmado entre as partes. Em conclusão, quaisquer obrigações que as operadoras de planos de saúde possuam, além da gestão da carteira de clientes e do pagamento aos prestadores de serviços, são considerados custos de transação.

Assim, a partir dos exemplos apresentados anteriormente de custos de transação recorrentes, é possível observá-los nesse caso, como a necessidade de contratação de advogados para elaboração de contratos com fornecedores de serviços de saúde. Além desse exemplo, há outros custos de transação bastante evidentes, como a manutenção de equipamentos, estrutura administrativa, contratação de seguros empresariais, custos de conformidade, etc.

Esses custos adicionais podem impactar significativamente a estrutura financeira das operadoras, influenciando a eficiência e a sustentabilidade dos serviços prestados. O incremento de novos custos de transação, decorrente ou não de normas regulatórias, pode

ser prejudicial à própria manutenção da atividade, arriscando o próprio oferecimento dos serviços aos consumidores finais; ou, quando menos, é prejudicial a terceiros, pela transferência do ônus econômicos nos preços ao longo da cadeia econômica.

2.3 Definição do conceito “benefícios” prescrito pelo inciso V do art. 4º da LLE e a designação a seus destinatários.

Consiste em abuso do poder regulatório o aumento dos custos de transação sem a demonstração de benefícios, o que pode resultar na invalidação da norma regulatória. Para a compreensão integral do inciso V, do art. 4º da LLE¹¹⁹, é importante identificar quais seriam os benefícios passíveis de serem demonstrados.

Desde já, é pertinente a advertência de que o dispositivo legal em questão não qualifica como abuso de poder regulatório qualquer elevação de custos de transação. Essas majorações apenas são qualificadas como ilícitos quando não importam, como consequência, em um “benefício” econômico demonstrável e proporcional ao aumento dos custos. Essa interpretação, inclusive, parece bastante segura a partir da literalidade do texto.

Além disso, é importante destacar que a norma dispõe que será considerado abuso do poder regulatório o aumento dos custos de transação sem a demonstração de benefícios, desde que não decorra de previsão legal, na forma do caput do art. 4º da LLE. Por essa razão, o ressarcimento ao SUS em si não consiste em abuso do poder regulatório, pois tem expressa previsão legal, mas as normas regulamentares que dão o exato conteúdo a essa obrigação legal podem sê-lo.

A questão, portanto, passa a ser o que são os benefícios cuja verificação impede a incidência da norma em referência, e, por consequência, da própria qualificação como abuso de poder regulatório.

Mais uma vez, é pertinente a injunção do art. 11, inciso I, alínea “a”, da Lei Complementar nº 95/1998¹²⁰, que estabelece que as palavras usadas nas leis formais podem

¹¹⁹ “Art. 4º É dever da administração pública e das demais entidades que se vinculam a esta Lei, no exercício de regulamentação de norma pública pertencente à legislação sobre a qual esta Lei versa, exceto se em estrito cumprimento a previsão explícita em lei, evitar o abuso do poder regulatório de maneira a, indevidamente: [...]

V – aumentar os custos de transação sem demonstração de benefícios;”

¹²⁰ “Art. 11. As disposições normativas serão redigidas com clareza, precisão e ordem lógica, observadas, para esse propósito, as seguintes normas:

I - para a obtenção de clareza:

a) usar as palavras e as expressões em seu sentido comum, salvo quando a norma versar sobre assunto técnico, hipótese em que se empregará a nomenclatura própria da área em que se esteja legislando;”

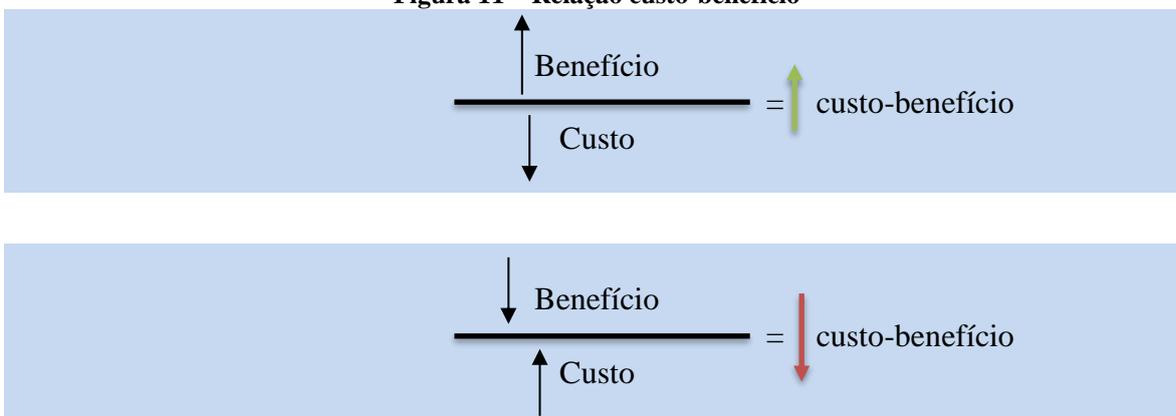
ter tanto sentido comum quanto sentido técnico. Nesse caso, o sentido comum da língua portuguesa para benefício (do latim *beneficium*), pode ser compreendido como um proveito ou vantagem¹²¹. Há de se aferir então se o sentido técnico do vocábulo “benefício” – nesse caso, provindo da Ciência Econômica – converge com esse primeiro.

Com efeito, consoante exposição anterior, custos de transação são custos incorridos para efetivar o negócio, mas que não constituem objeto da troca econômica em si. Logo, se o que se está buscando, no texto do inciso V do art. 4º, é o significado de “benefício” associável a esse custo de transação, deve-se buscar, na literatura econômica, o que pode atender a essa associação conceitual.

Dentro da perspectiva, portanto, o “benefício” aqui há de ser compreendido no contexto, sistematicamente, associado a custos de transação, noções estas as quais se relacionam por disjunção nesse dispositivo legal, ou seja, por relação de adversidade. Isso porque, a intenção do legislador, verificada a partir da positivação do texto legal, foi a de determinar uma análise de custo-benefício, ou seja, confrontar os benefícios aferíveis aos custos suportados. Essa intenção é identificável no uso da expressão “sem demonstração de”, que estabelece a referida disjunção, mostrando que os custos de transação só são relevantes – para caracterização de abuso do poder regulatório – desde que desassociados, em termos de causalidade, de benefícios.

A relação custo-benefício a ser ora estudada, pois, impõe a avaliação da norma sob a seguinte fórmula matemática:

Figura 11 – Relação custo-benefício



Fonte: Compilação do autor.

¹²¹ Conforme outras definições dadas à palavra. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/beneficio/>. Acesso em: 18 jul. 2024.

Refere-se, nesta oportunidade, pois, a um ganho de eficiência – ou pelo menos a ausência da sua perda – sob o critério de Kaldor-Hicks, comumente usado nesse tipo de análise de custo-benefício¹²², e que se propõe a medir um saldo de benefícios (*net benefits*)¹²³. Esse critério se diferencia do de Pareto, pois ele não exige que todos os agentes envolvidos ganhem com a alteração da política pública, mas apenas que o saldo dos ganhos e perdas seja positivo¹²⁴.

Em outros termos, na subtração entre custos de transação – que representam valores negativos – e benefícios – que representam valores positivos –, ambos causados por uma determinada alteração regulatória, o saldo deve ser positivo para que se possa falar em um ganho de eficiência de Kaldor-Hicks. Por outro lado, se o resultado dessa operação for negativo, reputa-se ocorrida uma perda, sob o critério de Kaldor-Hicks.

No caso deste trabalho, pois, investiga-se os custos de transação e os benefícios advindos da regulação que implementou o IVR. Essa última noção – de “benefícios” – há de ser compreendida no contexto da relação custo-benefício estabelecida. Em outras palavras, benefício há de ser considerado uma contrapartida idônea para compensar (*offset*), pelo menos em alguma medida, os custos (nesse caso, de transação), alterando a equação custo-benefício, sob a referida perspectiva de Kaldor-Hicks.

¹²² “Dissatisfied with the Pareto criterion, economists developed the notion of a *potential Pareto improvement* (sometimes called *Kaldor-Hicks efficiency*). This is an attempt to surmount the restriction of the Pareto criterion that only those changes are recommended in which at least one person is made better off and no one is made worse off. That criterion requires that gainers explicitly compensate losers in any change. If there is not explicit payment, losers can veto any change. That is, every change must be by unanimous consent. This has clear disadvantages as a guide to public policy.

By contrast, a potential Pareto improvement allows changes in which there are both gainers and losers but requires that the gainers gain more than the losers lose. If this condition is satisfied, the gainers can, in principle, compensate the losers and still have a surplus left for themselves. For a potential Pareto improvement, compensation does not actually have to be made, but it must be possible in principle. In essence, this is the technique of cost-benefit analysis. In cost-benefit analysis, a project is undertaken when its benefits exceed its costs, which implies that the gainers could compensate the losers. Cost-benefit analysis tries to take into account both the private and social costs and benefits of the action being contemplated. There are both theoretical and empirical problems with this standard, but it is indispensable to applied welfare economics.” (COOTER, Robert; ULEN, Thomas. **Law and Economics**. 6^a ed. Berkeley Law Books, 2016, p. 42)

¹²³ “CBA utilizes an alternative decision rule with somewhat less conceptual appeal, but much greater feasibility, than the actual Pareto efficiency rule. It is based on what is known as the Kaldor–Hicks criterion: a policy should be adopted if and only if those who will gain could fully compensate those who will lose and still be better off. The Kaldor–Hicks criterion provides the basis for the potential Pareto efficiency rule, or, more commonly, the net benefits criterion: adopt only policies that have positive net benefits. As long as net benefits are positive, it is possible that losers could be compensated so that the policy potentially could be Pareto improving.” (BOARDMAN, Anthony E. GREENBERG, David H. VINING, Aidan R. WEIMER, David L. **Cost-benefit analysis: concepts and practice**. 5^a ed. United Kingdom; New York: Cambridge, 2018, p. 33)

¹²⁴ *Ibidem*, p. 33.

Há de se fazer nota de que não se exige, para que algo configure benefício, que ele resulte em saldo positivo, na equação com os custos de transação, mas apenas que ele seja idôneo para compensar essas perdas (custos transacionais). A aferição desse saldo (*net benefits* ou *net losses*), resultado da análise custo-benefício, pertence a uma etapa posterior, de aferição da incidência da norma do art. 4º, inciso V, da LLE, enquanto a presente fase é meramente de definição conceitual.

Com efeito, para a literatura econômica, análise do custo-benefício refere-se a um método de avaliação de políticas públicas, quantificadas monetariamente, aos membros da sociedade. O objetivo, portanto, é auxiliar na tomada de decisões sociais para aumentar a “eficiência alocativa”¹²⁵.

No contexto do art. 4º, inciso V, da LLE, pode-se compreender, tanto na acepção comum quanto na técnica, *benefício* como uma contrapartida conferida a pelo menos uma das partes na transação econômica (OPS ou beneficiários). De forma ampla, portanto, *benefício* poderia ser considerado como vantagens obtidas a partir das decisões econômicas realizadas às partes da transação.

É importante delimitar ainda essa análise de custo-benefício por meio do *standing*, que segundo Anthony E. Boardman e outros, é a a condição dos que devem ser legitimados a assumir o ônus e receber os benefícios da regulação, ou ter seus ônus e benefícios contabilizados¹²⁶. Mais especificamente, o custo incorrido tem que representar algum proveito para as partes da transação, e não exclusivamente para terceiros, como o Estado.

Nesse sentido, a norma posta no art. 4º da LLE não pode exigir avaliação da interferência intersubjetiva da regulação com cada indivíduo ou entidade, dotada ou não de personalidade jurídica, em existência. Por força de razoabilidade mínima, esse tipo de análise

¹²⁵ “When we as individuals talk of costs and benefits, we naturally tend to consider our own costs and benefits, generally choosing among alternative courses of action according to whichever has the largest net benefit from our perspective. Similarly, in evaluating various investment alternatives, a firm tends to consider only those costs (expenditures) and benefits (revenues) that accrue to it. In CBA we try to consider all of the costs and benefits to society as a whole, that is, the social costs and the social benefits. For this reason, some analysts refer to CBA as social cost–benefit analysis.

CBA is a policy assessment method that quantifies in monetary terms the value of all consequences of a policy to all members of society. Throughout this book we use the terms policy and project interchangeably. More generally, CBA applies to policies, programs, projects, regulations, demonstrations, and other government interventions. The broad purpose of CBA is to help social decision-making and to increase social value or, more technically, to improve allocative efficiency.” (BOARDMAN, Anthony E. GREENBERG, David H. VINING, Aidan R. WEIMER, David L. *Op. cit.*, p. 2)

¹²⁶ “Next, the analyst must decide who has standing; that is, whose benefits and costs should be included and counted.” (BOARDMAN, Anthony E. et. al. *Op. cit.* p. 7)

costuma¹²⁷ ser feita considerando quem serão os principais sujeitos a suportar o custo e aproveitar o benefício, o que no caso da regulação em exame, o IVR, são as OPS e os consumidores. Não faria sentido, considerando inclusive a principiologia da legislação, considerar os efeitos da regulação além da atividade econômica, dirigindo investigações a efeitos que, por exemplo, o médico do SUS, que não participa da transação econômica em questão (entre OPS e seus contratantes) pode sofrer. A Lei de Liberdade Econômica, explicitamente, inclusive¹²⁸, destina-se a proteger a livre iniciativa, e, logo, os empreendimentos criados no exercício dela.

Portanto, benefício, nesse contexto, refere-se à contrapartida ao custo – proveito/utilidade – que compõe a equação para fins de comparação com os custos envolvidos em determinada decisão regulatória.

A título de exemplo de custos de transação da atividade de saúde suplementar que geram benefícios às partes, ou seja, que gera contrapartidas idôneas para alterar positivamente a proporção custo-benefício, pode-se citar a realização de perícia médica pelas OPS em possíveis contratantes do plano. É comum que as operadoras de planos de saúde solicitem que consumidores, antes da pactuação do instrumento contratual, passem por perícia médica, às expensas da operadora, com a finalidade de averiguar o estado de saúde do consumidor, o que importa para a possível aplicação de prazos de carência¹²⁹. Essa

¹²⁷ “In this example, the analyst conducted the CBA from the provincial perspective because taxpayers living there would pay for it, but thought that it was important to also take a global perspective. A CBA from the provincial perspective considers only the impacts (i.e., benefits and costs) that affect British Columbian residents, including costs and benefits borne by the British Columbian government. The global perspective considers the benefits and costs that affect anyone, irrespective of where they reside. Thus, it includes benefits and costs to Americans, Albertans, and even tourists using the highway from the United Kingdom or China. [...]

The issue of standing is quite often contentious. While national governments usually take only national (i.e., domestic) costs and benefits into account, critics argue that issues that have significant negative impacts on residents of other countries should be analyzed from a global perspective. Environmental issues that fall into this category include ozone depletion, global climate change, and acid rain. At the other extreme, local governments typically want to consider only benefits and costs to local residents and to ignore costs and benefits borne by residents of adjacent municipalities or higher levels of government. Our highway example deals with this issue by analyzing costs and benefits from both the subnational British Columbian perspective and the global perspective. Note that it does not adopt or measure the usual default perspective of the nation. Although these perspectives are not technically alternatives, they function as such in this example because they result in different estimates of costs, benefits, and net benefit.” (BOARDMAN, Anthony E. et. al. Op. cit. p. 7)

¹²⁸ Eis o art. 1º da referida legislação:

“Art. 1º Fica instituída a Declaração de Direitos de Liberdade Econômica, que estabelece normas de proteção à livre iniciativa e ao livre exercício de atividade econômica e disposições sobre a atuação do Estado como agente normativo e regulador, nos termos do inciso IV do caput do art. 1º, do parágrafo único do art. 170 e do caput do art. 174 da Constituição Federal.”

¹²⁹ Dispõe a Lei dos Planos de Saúde: “Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1o desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas: [...] V - quando fixar períodos de carência: a) prazo máximo de trezentos

conduta, em que pese gerar custos imediatos à operadora, confere maior segurança para detecção de doenças ou lesões pré-existentes, o que resulta na desobrigação do plano em cobrir as doenças identificadas por 24 (vinte e quatro) meses¹³⁰.

Além disso, pode ser mencionado também o “Índice de Desempenho da Saúde Suplementar da Operadora” (IDSS), instituído pelo “Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde”, nos moldes da RN/ANS nº 507/2022¹³¹. O normativo dispõe sobre os critérios para avaliação do desempenho das OPS, com atribuição de nota. Essa avaliação, a ser realizada pela ANS, se propõe a averiguar vários indicadores – o que resulta em um aumento dos custos de conformidade, e, portanto, de transação, para as operadoras demonstrarem o enquadramento, em adição às normas regulamentares predeterminadas. Entretanto, a publicização de boas notas para as operadoras tende a gerar uma procura maior pelos planos mais bem avaliados.

Esses dois exemplos representam elevação dos custos de transação, mas correspondem a benefícios facilmente identificáveis à atividade, seja para a redução de custos do contrato firmado entre operadora e consumidor, seja para aumentar a avaliação conceitual do plano a futuros contratantes, ou mesmo para a retenção de contratos vigentes.

Em resumo, cada custo de transação incorrido, por mais que não seja uma contrapartida transacional, por definição, deve corresponder a algum tipo de proveito às partes, seja o consumidor ou a sociedade empresária que oferece o plano de saúde. Do contrário, não haverá benefício, nos termos da norma sob estudo, porquanto a relação custo-benefício é modificada apenas negativamente, com elevação dos custos – que representam o denominador da fração que compõe a equação custo-benefício – sem correspondente elevação dos benefícios, que representam o numerador dessa mesma fração. Assim, obtém-se uma expressão matemática resultante inferior à modificação.

dias para partos a termo; b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos; c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;”

¹³⁰ Nos termos da Lei nº 9.656/1998: “Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o caput, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS.”

¹³¹ ANS. Resolução Normativa nº 507 de 30 de março de 2022. Dispõe sobre o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 11 mar. 2022. Disponível em: <https://in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-normativa-rn-n-507-de-30-de-marco-de-2022-392319996>. Acesso em: 18 jul. 2024.

No caso em estudo, é preciso verificar, pois, se a utilização do IVR, um índice que aumenta em 50% (cinquenta por cento) os valores a serem pagos a título de ressarcimento ao SUS, corresponde ou não a benefícios minimamente proporcionais em relação ao aumento dos custos de transação. É este o objeto do capítulo subsequente.

3. O ENQUADRAMENTO DO IVR NO TIPO DO ART. 4, INCISO V, DA LEI DE LIBERDADE ECONÔMICA

Consoante explicitado em capítulos anteriores, o IVR é um índice utilizado para calcular a quantia monetária a ser restituída à ANS a título de ressarcimento ao SUS. Para tanto, o referido índice foi criado por meio de resolução normativa – norma infralegal – e, portanto, deve obedecer aos parâmetros legais estabelecidos pela própria Lei dos Planos de Saúde, nos moldes do art. 32, bem como, mais recentemente, da Lei de Liberdade Econômica, objeto de análise deste trabalho.

Mais uma vez, é importante destacar que o IVR, por se tratar de uma norma infralegal – art. 1º da RN/ANS nº 504/2022 – pode ser objeto de juízo de subsunção ao instituto do abuso do poder regulatório, uma vez que não se aplica a ressalva do *caput* do art. 4º da Lei de Liberdade Econômica. Em outros termos, o IVR, se trata de disciplina regulatória positivada no âmbito da competência regulamentar da ANS, sem previsão legal específica, o que permite a análise sobre abuso de poder regulatório sem a objeção de que o *caput* do art. 4º da LLE afasta essa qualificação para regimes jurídicos previstos em lei formal.

Este Capítulo dedica-se ao objeto principal do trabalho, uma vez estabelecidos os pressupostos que mais importavam para tanto. Responde-se, pois, à questão de saber se o IVR se enquadra na definição de abuso do poder regulatório, a partir das premissas já estabelecidas.

Para tanto, há de se identificar se a conduta descrita no art. 4º, inc. V, da LLE pode ser utilizada para identificar uma situação de abuso de poder regulatório no mercado de saúde suplementar, qual o benefício proporcionado pelo IVR às partes da transação econômica e, em um segundo momento, proceder ao processo de subsunção para determinar se há, ou não, incidência do referido dispositivo legal.

3.1 Aplicação do índice de 1,5 no cálculo do RESUS: contrapartida conferida à obrigação legal.

Como advertido previamente, não é qualquer elevação de custos de transação que constitui abuso do poder regulatório. Se assim o fosse, a norma estaria tornando ilícita praticamente toda e qualquer regulação, uma vez que é muito raro que o atendimento a um requisito adicional qualquer não importe em custos administrativos para lidar com a

burocracia necessária ao desenvolvimento de uma atividade econômica regulada, como é o caso da saúde suplementar.

Contrariamente a isso, o objetivo da LLE – e, mais especificamente, do seu art. 4º – não é proibir a atuação do Estado em sua função regulatória, mas, como já proposto, apenas impedir que ela se torne intrusiva o suficiente para dificultar ou até mesmo inviabilizar a livre iniciativa, desburocratizando a atividade econômica. Em outros termos, a LLE veio para tornar mais objetivos os já referidos limites principiológicos constantes na Constituição. Por essa razão, pois, que o art. 4º, inciso V, da LLE prescreve que seja necessário o cumprimento de um segundo requisito para a configuração do abuso do poder regulatório por aumento dos custos de transação: o aumento desses custos com a ausência de demonstração de benefícios econômicos proporcionais ao referido aumento. É, pois, o que será investigado nesta oportunidade.

Adverte-se, preliminarmente, que é inviável comprovar fato negativo (ausência de benefício), pois essa imposição seria considerada como prova diabólica. Essa noção decorre da ausência de evidência empírica que o nada (inexistente) provoca.

Nesse sentido, é possível, por exemplo, comprovar, por meio dos vestígios deixados (provas materiais ou testemunhais), a ocorrência de um crime, no entanto é inverossímil a demonstração direta da inoccorrência dele. Pode ser possível, no caso fictício de um homicídio, comprovar a sua inoccorrência com fatos positivos, como que a suposta vítima se encontra viva ou mesmo que o suspeito do crime não estava na cidade no dia e hora do suposto fato. Porém, a demonstração de um fato negativo (inexistência do crime) se dá com a verificação de fatos positivos, e não por prova direta.

Logo, a prova direta de um fato negativo é inviável e, por essa razão que a Constituição positivou, como direito fundamental individual, a presunção de inocência, no art. 5º, LVII¹³². No mesmo sentido, o direito processual civil, desde há muito, atribui o ônus da prova a quem alega o fato positivo, regra esta constante no art. 373, da Lei Federal nº 13.105/2015, o atual Código de Processo Civil (CPC/2015)¹³³, mas que já existia nas

¹³² “Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

[...]

LVII – ninguém será considerado culpado até o trânsito em julgado de sentença penal condenatória;”

¹³³ “Art. 373. O ônus da prova incumbe:

I – ao autor, quanto ao fato constitutivo de seu direito;

II – ao réu, quanto à existência de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor.”

legislações que precederam esse Código¹³⁴, ressaltando-se apenas casos especiais em que se permite, sob avaliação do magistrado, formas diversas da distribuição desse ônus, mantendo-se, porém, mesmo nesse caso, sempre o propósito de evitar a imposição de prova diabólica¹³⁵.

Tudo isso deriva da constatação já proposta na Epistemologia¹³⁶, de que a prova, e o ônus argumentativo, a propósito, cabem a quem faz a alegação positiva, pois a tarefa oposta, de provar inexistência, não é viável. Para a presente pesquisa, serão descartadas as pretensões de definitividade das conclusões, como, aliás, é próprio dos enunciados científicos¹³⁷.

Em todo caso, a partir das premissas postas anteriormente, os custos de transação são aqueles custos ligados à operação econômica, mas que não se referem diretamente à contraprestação esperada. Desse modo, considerando que a atividade principal desenvolvida pelas operadoras de planos de saúde é a intermediação da contratação de serviços de saúde por consumidores e prestadores dos serviços de saúde, quaisquer obrigações, inclusive

¹³⁴ Mais especificamente, a Lei Federal nº 5.869/1973, o antigo Código de Processo Civil (CPC/1973), incluía previsão praticamente igual, nos seguintes termos:

“Art. 333. O ônus da prova incumbe:

I – ao autor, quanto ao fato constitutivo do seu direito;

II – ao réu, quanto à existência de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor.”

¹³⁵ Ressalva-se o mecanismo de distribuição dinâmica do ônus da prova, que a legislação processual criou para impedir que a distribuição ordinária do onus não gere imposição de prova diabólica para uma das partes em determinadas situações concretas. Assim, nos termos do art. 373, § 1º, do CPC: “Nos casos previstos em lei ou diante de peculiaridades da causa relacionadas à impossibilidade ou à excessiva dificuldade de cumprir o encargo nos termos do caput ou à maior facilidade de obtenção da prova do fato contrário, poderá o juiz atribuir o ônus da prova de modo diverso, desde que o faça por decisão fundamentada, caso em que deverá dar à parte a oportunidade de se desincumbir do ônus que lhe foi atribuído.”

¹³⁶ Essa noção deriva, inclusive, do critério de demarcação dos enunciados científicos proposto por Karl R. Popper. A ausência de definitividade dos enunciados científicos, que podem ser sempre falseados, mas nunca definitivamente verificados, decorre justamente do fato de que um enunciado geral como “todo cisne é branco” pode ser representado sob a forma de “nenhum cisne é de outra cor, que não branco”, ou seja, pela afirmação de inexistência. Assim, a sua negação pode ser um enunciado singular na forma de “há pelo menos um cisne negro (ou qualquer outra cor além de branco)”, que falseia o geral. Pode-se provar, definitivamente, esse enunciado singular, que afirma um fato positivo, mas não o geral, que afirma um fato negativo (inexistência). Do enunciado singular que afirma o fato positivo, porém, não se pode inferir um enunciado geral, exatamente pelo problema da indução que o referido autor acusa. Em outros termos, há uma assimetria, de modo que apenas os fatos positivos são passíveis de prova definitiva, e eles servem, então, a falsear os enunciados gerais, que são de fato negativos e, logo, provisórios.

Em resumo, a proposta epistemológica adotada neste trabalho, baseada na obra de Karl R. Popper, pressupõe essa noção de que fatos negativos não são passíveis de demonstração definitiva, mas apenas de falseamento. Sobre essa proposta: POPPER, Karl R. **A Lógica da Pesquisa Científica**. Trad.: Leonidas Hegenberg e Octanny Silveira da Mota. 2ª ed. São Paulo: Cultrix, 2013. Capítulo 1.

¹³⁷ “Contudo, só reconhecerei um sistema como empírico ou científico se ele for passível de comprovação pela experiência. Essas considerações sugerem que deve ser tomado como critério de demarcação, não a verificabilidade, mas a falseabilidade de um sistema. Em outras palavras, não exigirei que um sistema científico seja suscetível de ser dado como válido, de uma vez por todas, em sentido positivo; exigirei, porém, que sua forma lógica seja tal que se torne possível validá-lo através de recurso a provas empíricas, em sentido negativo: deve ser possível refutar, pela experiência, um sistema científico empírico.” (POPPER, Karl R. **A Lógica da Pesquisa Científica**. Trad.: Leonidas Hegenberg e Octanny Silveira da Mota. 2ª ed. São Paulo: Cultrix, 2013, p. 38)

regulamentares, tendem a ser consideradas como custos de transação, que são praticamente universais em qualquer empreendimento¹³⁸.

Isso posto, considerando que o ressarcimento ao SUS refere-se à obrigação legal de pagar que as operadoras de planos de saúde devem suportar pela utilização do sistema público por seus beneficiários, ele há de ser considerado um custo de transação. Ocorre que esse custo encontra previsão legal – passando por juízo positivo de constitucionalidade –, e, logo, não é reputado como abuso do poder regulatório. No entanto, as normas infralegais editadas pela ANS carecem de análise, como é o caso do IVR.

A implementação do IVR tinha o intuito de facilitar o cálculo do valor a ser ressarcido ao SUS¹³⁹, ou seja, em vez de implementar e atualizar uma tabela com a média de valores de todos os eventos em saúde prestados pelo SUS – como era o caso da TUNEP –, promove-se o acréscimo de um indexador aos valores efetivos da rede pública para cada localidade específica de atendimento. De acordo com sua decomposição – realizada no item 1.2, “b”, do Capítulo 1 –, o índice consiste no acréscimo de 50% sobre o “valor real” dos custos de saúde.

Para a implementação do referido índice, a ANS realizou estudo, documentado no processo administrativo nº 33902.213337/2010-51, com o desenvolvimento de pontos a favor e contra a cada uma das propostas. Ao final da apresentação do referido estudo, a Diretoria Colegiada da ANS optou pelo referido índice¹⁴⁰.

Os estudos apresentados pelo Grupo de Trabalho adicionaram ao cálculo do índice valores ligados à administração indireta da saúde, custos esses que foram extraídos do SIOPS¹⁴¹, entre os anos de 2002 a 2009¹⁴².

¹³⁸ “Até este ponto, o argumento se baseou no pressuposto (explícito nas seções III e IV e tácito na Seção V) de que não há custos envolvidos na realização de transações de mercado. Este é, naturalmente, um pressuposto muito pouco realista. A fim de efetuar uma transação no mercado, é necessário descobrir com quem se deseja fazer a transação, informar às pessoas que se quer fazer a transação e em que termos, conduzir negociações que levam a um acordo, redigir o contrato, realizar inspeção necessária para assegurar que os termos do contrato estão sendo cumpridos, e assim por diante. Com frequência, estas operações são extremamente dispendiosas, ou, de qualquer modo, custosas o suficiente para inviabilizar muitas operações que seriam realizadas em um mundo no qual o sistema de determinação de preços funcionasse sem custos.” (COASE, Ronald H. **A Firma, o Mercado e o Direito**. Trad. Heloisa Gonçalves Barbosa; rev: Francisco Nicolás Negrão; estudo introdutório: Antonio Carlos Ferreira, Patrícia Cândido Alves. 3ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2022, p. 114)

¹³⁹ ANS. Processo Administrativo nº 33902.213337/2010-51. *Op. cit.* p. 43.

¹⁴⁰ *Ibidem.* p. 143.

¹⁴¹ A sigla significa “Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde”, como já referido anteriormente.

¹⁴² A Agência elegeu como universo de amostragem os anos de 2002 a 2009: “Foi feita pelo Grupo Técnico a coleta dos dados municipais e estaduais para os anos de 2002 a 2009, que foram os anos com informações disponíveis para os níveis, quando da extração de dados (outubro de 2010). Ressalte-se que foram utilizadas neste estudo as despesas liquidadas referentes tanto à administração direta quanto à indireta. Quanto aos dados

Como pontos positivos, o GT justificou que a transparência dos dados constantes no SIOPS é uma vantagem, e, ainda, que o acréscimo de valores serviria como uma forma de compensação dos custos indiretos que o Estado incorre com a saúde pública, os quais não eram considerados na TUNEP (despesas administrativas, formação de pessoal, investimentos realizados, etc). Esses referidos custos indiretos, de acordo com a ANS, se justificariam, pois um dos fundamentos legais para a existência do RESUS seria o impedimento ao enriquecimento sem causa, de modo que haveria que se levar em conta todas as despesas incorridas pelo Estado para o fornecimento da saúde pública¹⁴³. Quanto aos pontos negativos, o primeiro deles também tinha relação com o SIOPS, uma vez que o preenchimento do banco de dados poderia ter problemas com padronização, visto que os responsáveis por tal preenchimento seriam os próprios entes federados subnacionais, municípios, estados e Distrito Federal.

Com efeito, para a apuração do índice em 1,5, foram consideradas as despesas registradas pelo centro de custo (GG SUS – Gerência-Geral de Ressarcimento ao SUS e GERES – Gerência de Ressarcimento ao SUS), os quais incluem gastos com despesas de profissionais, administração geral, financeira e orçamentária, conforme a seguinte fórmula (figura já apresentada no Capítulo 1):

Figura 3 – Fórmula de cálculo do IVR

$$\text{IVR} = 1 + \frac{\text{Administração geral + Planejamento e Orçamento + Administração Financeira + Tecnologia da Informatização + Controle Externo + Formação de recursos humanos + Comunicação social}}{\text{Assistência hospitalar e ambulatorial}}$$

da União, optou-se por não utilizá-los pois o SIPS começou a disponibilizá-los a partir de 2007. (ANS. Processo Administrativo nº 33902.213337/2010-51. *Op. cit.* p. 93).

¹⁴³ Interessante verificar que na Nota Técnica nº 623/2010/GERES/GGSUS/DIDES/ANS, a justificativa para o incremento de outros valores que não apenas os serviços à saúde, é que há uma comparação entre a atividade do SUS e da saúde privada, nos seguintes termos: “Se o principal fundamento jurídico do ressarcimento ao SUS é a proibição do enriquecimento sem causa, há que se levar em conta não apenas os valores que a gestão do SUS paga aos prestadores de serviços pelos atendimentos realizados, mas também as despesas em que eles incorrem para manter em funcionamento a assistência à saúde, mas sim um sistema de gestão de saúde da população brasileira.”(*Ibid.* p. 113.)

De forma resumida, agrupando-se as contas, o índice pode ser descrito como:

$$\text{IVR} = 1 + \frac{\text{Subfunções Administrativas}}{\text{Assistência hospitalar e ambulatorial}}$$

Fonte: Processo Administrativo nº 33902.213337/2010-51, p. 97. Disponível em: SEI 33902.213337/2010-51 / pg. 97.

O resultado identificado dessas operações aritméticas resultou em um percentual de cerca de 150%, razão pela qual o IVR foi estipulado em 1,5.

No próprio processo administrativo, a quantificação do ônus, reconhecidamente, desconsidera fatores importantes, de acordo com previsão legal específica e inclusive prévia à LLE. Parece, então, um tanto temerário que não se tenha feito avaliação específica para determinar se são atendidos os limites do § 8º do art. 32 da Lei dos Planos de Saúde, que determina que os valores não podem ser “inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras”. O seguinte excerto evidencia essa indiferença ao parâmetro:

A maior dificuldade encontrada na definição do valor a ser ressarcido diz respeito ao limite superior estabelecido pela lei, que deve ser aquele praticado pelas operadoras. Quando da formulação da primeira versão da TUNEP, tentou-se recolher informação a respeito dos valores faturados no mercado, entretanto apenas algumas operadoras responderam ao solicitado. Ademais, não há uma padronização entre as tabelas praticadas pelas operadoras, sendo também distinto o padrão da tabela SIH/SUS. Assim, a alternativa de aferir o valor de mercado mostra-se demasiadamente complexa e demorada, pois exigiria o recolhimento e organização de grande volume de informações, além de um trabalho delicado de estabelecer compatibilidade entre as tabelas¹⁴⁴.

[...]

Com relação à sugestão de que a ANS tentasse mensurar o limite máximo, expresso no § 8º do art. 32 da lei 9656/1998, mesmo que se diligenciasse uma amostra de operadoras, isso não garantiria o cumprimento estrito da exigência legal, o que só seria alcançado *ipsis literis* caso a ANS conseguisse reunir todas as tabelas praticadas pelas operadoras operando no mercado, o que exigiria esforço indubitavelmente antieconômico e, possivelmente, ineficaz.¹⁴⁵

Sobre esse aspecto, a Procuradoria da ANS¹⁴⁶ apresentou estas advertências:

Depreende-se ser tema reiterado das impugnações a não observância do limite máximo estabelecido pela Lei. Contudo, nos julgados em apreço, o Poder Judiciário tem julgado desfavoravelmente aos pleitos, considerando a participação do mercado na formação da TUNEP, bem como o fato de as operadoras não provarem que seus custos são inferiores.

¹⁴⁴ Processo Administrativo nº 33902.213337/2010-51. *Op. cit.* p. 41.

¹⁴⁵ *Ibidem*, p. 173 e 175

¹⁴⁶ *Ibidem*, p. 155.

Volvendo aos autos, observa-se não estar justificada a observância do limite máximo (a aplicação do índice não ensejará valor superior ao praticado pelas operadoras). Cumpre trazer trecho da Exposição de motivos (precisamente à fl. 68/69):

[...]

Em que pese ser ressaltado nos documentos técnicos acostados aos autos a dificuldade na definição do limite superior a ser ressarcido (o valor praticado pelas operadoras), não se pode olvidar que a ANS, caso não venha a demonstrar tratar-se o índice proposto da aplicação do limite mínimo, deve demonstrar que o valor do índice que pretende utilizar não traz um valor superior ao limite máximo, pois deve ser obedecido ao § 8º do art. 32 da Lei nº 9656/98, o qual estabelece que 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.

Diante disto, imperioso que o setor técnico e manifeste acerca deste ponto, motivando expressamente o cumprimento deste requisito pela proposta apresentada (na hipótese de não se restringir exatamente ao limite mínimo), ou no caso não tenha elementos hábeis a certificar que os valores das operadoras são superiores ao resultado da aplicação do índice a ser aprovado na tabela SIH/SUS, que demonstre os esforços para alcançar este objetivo, bem como os fatos que inviabilizaram.¹⁴⁷

Em que pese a manifestação da Procuradoria, não se verifica, no curso do processo, qualquer justificativa relativa à observância do limite máximo do § 8º, do art. 32, da Lei dos planos de saúde. Nota-se que no primeiro juízo de legalidade realizado pela Procuradoria da ANS houve ressalvas quanto ao IVR, especialmente acerca das regras constantes no próprio art. 32 da Lei nº 9.656/1998.

Há de ser considerada ainda outra questão essencial quanto a própria composição do IVR: a limitação dos dados utilizados. Consoante apontado pelo Grupo de Trabalho, as informações extraídas do SIOPS referiam-se aos custos administrativos dos entes federados, exceto a União (estados, municípios e Distrito Federal)¹⁴⁸, como consta a seguir (figura já apresentada no Capítulo 1):

Figura 2 – Tabela de Cálculo de proporção entre as despesas administrativas e a despesa com atenção hospitalar e ambulatorial

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | Média |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| SUBFUNÇÕES ADMINISTRATIVAS / ATENÇÃO HOSPITALAR E AMBULATORIAL | 83,47% | 64,35% | 43,46% | 45,63% | 45,17% | 47,53% | 47,81% | 35,26% | 51,59% |

Fonte: Processo Administrativo nº 33902.213337/2010-51, p. 99. Disponível em: SEI 33902.213337/2010-51 / pg. 99.

Os dados apresentados são muito discrepantes entre si, o que pode ter influenciado negativamente na definição do índice. Observa-se que a média dos custos das subfunções administrativas em 2002 representou o percentual de 83,74% e no ano seguinte houve uma

¹⁴⁷ Processo Administrativo nº 33902.213337/2010-51. *Op. cit.* p. 160.

¹⁴⁸ *Idibem*, p. 93.

redução de quase 20%; e no ano de 2009 houve uma redução para menos da metade do valor apresentado no primeiro ano, chegando a 35,26%.

Além disso, foram desconsiderados os dados da União, principal financiadora do sistema público de saúde, representando uma média de 43% das receitas¹⁴⁹, de modo que a exclusão desses dados pode ter representado uma distorção considerável no índice.

É verdade que, nesse tipo de situação, não se pode exigir estimativa perfeita, pois o próprio processo de determinação de custo-benefício de qualquer política pública é feito por aproximação. Nesse sentido, Mankiw assenta o seguinte:

Um fornecimento eficiente de bens públicos é, portanto, intrinsecamente mais difícil que um fornecimento eficiente de bens privados. Quando os compradores de um bem privado entram no mercado, revelam o valor que atribuem a ele por meio do preço que estão dispostos a pagar. Ao mesmo tempo, os vendedores revelam seu custo pelo preço que estão dispostos a aceitar. O equilíbrio é uma forma eficiente de alocação de recursos porque reflete essa informação. Os analistas de custo-benefício, entretanto, não observam nenhum sinal de preço ao avaliar se o governo deve fornecer um bem público e quanto deve oferecer. Portanto, suas conclusões sobre os custos e benefícios dos projetos públicos são, na melhor das hipóteses, aproximações¹⁵⁰.

Todavia, a exclusão de dados essenciais relacionados ao financiamento do sistema público de saúde – considerados essenciais para o cálculo do IVR no percentual de 150% –, bem como a rejeição à análise de todos os parâmetros legais dispostos pelo art. 32 da Lei nº 9.656/1998, especialmente o limite máximo fixado pelo § 8º, levou a uma aproximação nada confiável dos custos.

Nessa mesma linha, esse processo deliberativo muito menos poderia ter observado os parâmetros supervenientes estabelecidos pelo art. 4º da LLE, o que se torna especialmente grave ao se considerar a edição da RN/ANS nº 504/2022, que repetiu os mesmos parâmetros fixados pelo processo administrativo nº 33902.213337/2010-51, e para a qual a LLE já não era superveniente, uma vez que editada em 2019. Ao tempo desse último regulamento administrativo, pois, a LLE já estava vigente e, logo, era vinculante, pelo que qualquer avaliação deveria ter considerado seus parâmetros, o que não ocorreu no âmbito da ANS, que meramente reproduziu o índice anteriormente definido.

Além dos valores referentes ao financiamento da saúde pública, há um outro problema a ser avaliado em relação aos valores que compõem os custos apresentados,

¹⁴⁹ SERVO, Luciana Mendes Santos; SANTOS, Maria Angelica Borges dos; VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. Rio de Janeiro: **Saúde em Debate**, v. 44(spe4), n. 4, p. 114–129, dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E407>. Acesso em: 18 jul. 2024.

¹⁵⁰ MANKIWI, N G. **Princípios de microeconomia**. 4ª ed. São Paulo: Cengage Learning, 2021, p. 177.

observado a partir do Anexo 3 do processo administrativo. De acordo com a ANS, os custos que compuseram o IVR derivam de subfunções administrativas que, por excelência, não estão diretamente relacionadas ao atendimento ambulatorial ou hospitalar.

Dentre outros, cita-se, no referido Anexo 3, as subfunções administrativas de planejamento e orçamento; administração geral; administração financeira; controle externo; tecnologia da informatização; formação de recursos humanos; comunicação social¹⁵¹. Nesse sentido, são as exatas definições das referidas subfunções:

Planejamento e Orçamento

Compreende as ações relacionadas com a elaboração, implementação e aprovação de planos e programas sócio-econômicos, financeiros, orçamentários e administrativos, bem como o acompanhamento, controle e avaliação de sua execução.

Administração Geral

Compreende o conjunto de ações de caráter administrativo, exercidas continuamente, que garantam o apoio necessário à execução de diversos programas.

Administração Financeira

Compreende o conjunto de ações desenvolvidas visando a captação, aplicação, orientação e controle dos recursos financeiros.

Controle Externo

Compreende as ações relacionadas ao controle de gestão financeira dos órgãos públicos em geral, visando a normalidade de desempenho do mecanismo de obtenção de recursos e de execução da despesa.

Tecnologia da Informatização

Compreende as ações que visam a implantação, ampliação, melhoramento e operação de centros ou unidades de processamento de dados. Não se aplica a aquisição de serviços de processamento de dados.

Formação de Recursos Humanos

Compreende as ações necessárias ao aprimoramento técnico, funcional e acadêmico dos empregados ou servidores dos diversos órgãos da administração, bem como a preparação e seleção de candidatos a cargos públicos, visando aumentar a eficiência e produtividade dos serviços prestados.

Comunicação Social

Conjunto de ações desenvolvidas com vistas à manifestação do pensamento, criação, a expressão e a informação, sob qualquer forma, processo ou veículo.

A distribuição de custos dessas subfunções, no entanto, não se encontra muito bem discriminada no processo, especialmente o rateio e a distribuição das despesas administrativas, uma vez que as subfunções são apenas mencionadas e os valores apresentados em percentual absoluto de gastos. Sobre isso, a Procuradoria da ANS também se manifestou, questionando a natureza dos custos e a inexistência de indicação acerca dos gastos com saúde pública:

Quanto à metodologia de cálculo utilizada pelo setor técnico para chegar ao cômputo do custo administrativo so SUS, imperioso ressaltar não caber a esta Procuradoria adentrar em temas não jurídicos⁴.

Contudo, ressalta-se que a premissa utilizada pelo setor técnico para não justificar o limite máximo estabelecido pela lei consiste na utilização do limite mínimo para

¹⁵¹ Processo Administrativo nº 33902.213337/2010-51. *Op. cit.* p. 99 e ss.

fins de ressarcimento. Desta forma, cumpre que o setor técnico indique que a fórmula de cálculo observa os custos administrativos inerentes a atendimento ambulatorial e hospitalar, pois este fato não resta claro na leitura feita pela presente parecerista, considerando que foram utilizados os custos referentes a, por exemplo, comunicação social (v. Fl. 55) e, consoante salientado acima, as despesas liquidadas referem-se tanto à administração direta quanto à indireta. Merece, portanto, uma motivação técnico-científica mais consistente destituída de qualquer elemento jurídico, que indique que os custos administrativos referem-se aos atendimentos ambulatoriais e hospitalares.¹⁵²

Nota-se, pois, que se trata de custeio de despesas gerais do Estado, que não estão sequer necessariamente relacionadas apenas ao funcionamento do SUS. Obviamente, o controle externo dos órgãos, em nada se relaciona ao oferecimento da utilidade dos serviços de saúde em si pelo SUS.

Destaca-se, pois, o seguinte excerto, extraído do processo administrativo nº 33902.213337/2010-51 (Anexo I)¹⁵³, do qual se originou o IVR, e ajuda a aferir os objetivos propostos para esse Índice:

Essa proposta tem como base para a construção do índice da nova tabela TUNEP o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), que traz informações sobre os gastos públicos em saúde, divididos nos diversos níveis de governo (municipal, estadual e federal).¹⁵⁴

[...]

Assim, **levando-se em conta que o gasto com um beneficiário atendido pelo SUS não se resume simplesmente ao valor de faturamento da AIH/APAC e, ainda, que os hospitais recebem do SUS outros tipos de financiamento além do pagamentos destes atendimentos, tais como convênios e transferências intergovernamentais, buscou-se construir um índice para o cálculo dos valores de Ressarcimento que acresça ao preço da AIH/APAC um valor que represente, mesmo que aproximadamente, outros gastos que contribuam para que aquele atendimento aconteça.**

(grifos nosso)¹⁵⁵

Verifica-se que o intuito da ANS era a formação de um índice com o objetivo de remunerar, também, custos indiretos dos atendimentos de saúde, em adição ao dispêndio diretamente decorrente do procedimento realizado pelo SUS ao beneficiário do plano de saúde, em si.

¹⁵² Processo Administrativo nº 33902.213337/2010-51. *Op. cit.* p. 157.

¹⁵³ “Motivo não se confunde com motivação. A motivação se relaciona à forma do ato administrativo e consiste na exposição formal do motivo. O motivo é o processo mental interno ao agente que pratica o ato. A motivação consiste na exteriorização formal do motivo, visando a propiciar o controle quanto à regularidade do ato.

Para ser mais preciso, a motivação consiste na exposição formal da representação mental do agente relativamente aos fatos e ao direito, indicando os fundamentos que o conduziram a agir em determinado sentido.” (JUSTEN FILHO, Marçal. **Curso de Direito Administrativo**. 15ª Edição revista, atualizada e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2024, p. 172)”. Nesse sentido, para a formação do IVR o motivo da Agência foi o exercício de sua função, ou seja, a necessidade de regulação e cobrança do ressarcimento ao SUS. Já a motivação é identificada no referido processo administrativo.

¹⁵⁴ ANS. Processo Administrativo nº 33902.213337/2010-51. *Op. cit.* p. 69.

¹⁵⁵ *Ibid.* p. 73.

A partir do detalhamento da motivação administrativa para a escolha do IVR no percentual de 1,5, a primeira avaliação a ser feita é justamente se, pelo menos em tese, a função que o IVR se propõe a cumprir configura benefício, para fins de incidência do art. 4º, inciso V, da Lei Federal nº 13.874/2019, a Lei de Liberdade Econômica.

Nessa perspectiva, considerando que o IVR constitui um índice que eleva a própria cobrança do ressarcimento ao SUS em comparação a forma de cálculo anteriormente utilizada (TUNEP), o indexador há de ser considerado também como aumento dos custos de transação. Desse modo, cabe aferir, principalmente, a partir da observação mais detalhada da composição do índice de 1,5, se há e quais os benefícios que possam ser associados a essa majoração dos custos de transação.

Com efeito, poder-se-ia cogitar de eventual tese que insistisse que, por exemplo, o aparelhamento de repartições públicas com tecnologia da informatização ou a atividade de administração geral, proveem benefícios indiretos à prestação do serviço de saúde em estabelecimento público, conquanto essas utilidades não sejam aproveitáveis sequer aos estabelecimentos privados conveniados que compõem a rede pública. Acontece que não se tem como justificar uma utilidade sequer indireta no serviço de comunicação social, cuja descrição inclui “ações desenvolvidas com vistas à manifestação do pensamento, criação, a expressão e a informação, sob qualquer forma”.

Naturalmente, há de se reconhecer a ausência de qualquer vínculo de causalidade entre essas despesas, cujo IVR se propõe a custear, e os proveitos gerados às partes das transações econômicas ora em questão. Não é razoável inferir que, da atividade estatal de “captação, aplicação, orientação e controle dos recursos financeiros”, por exemplo, a operadora de plano de saúde, ou o consumidor, estejam obtendo uma contrapartida relacionada àquela operação econômica decorrente do vínculo contratual por eles celebrado. Não existe um aprimoramento desse vínculo contratual, de modo que a nova forma de comportamento das partes, decorrente da regulação, resulte em um ganho de Kaldor-Hicks¹⁵⁶.

Essa conclusão é ainda confirmada pela redação do art. 32 da Lei dos Planos de Saúde, que prevê que serão ressarcidos apenas serviços de 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”.

¹⁵⁶ COOTER, Robert; ULEN, Thomas. *Op. cit.* p. 42.

Assim, pela regra legal que cria a obrigação ressarcimento ao SUS, apenas os serviços de saúde cuja prestação seria contratualmente compulsória pela OPS deveriam ser ressarcidos.

Aliás, mesmo que se desconsidere esses exemplos mais extremos, como o de comunicação social, a posição de que os demais custos administrativos – que, insiste-se, são a finalidade declarada do IVR, ou seja, da adoção do multiplicador de 1,5 – não parece defensável.

A primeira razão para tanto é que, conforme exposto, pode ser objeto de cobrança do RESUS tão somente aquilo que era objeto do contrato entre a OPS e o consumidor, de modo que “comunicação social”, “planejamento e orçamento administrativo”, ou a “formação de recursos humanos”, dentre outros, - ainda que possam gerar proveito indireto para a prestação do serviço de saúde –, não podem ser objeto de contrato entre o consumidor e a OPS.

A essência da regra do RESUS, como inclusive reconheceu a Suprema Corte¹⁵⁷, é de restituir ao Poder Público os custos dispendidos com beneficiário de planos de saúde, evitando enriquecimento sem causa. Portanto, o que se considera é a reposição de dispêndios financeiros relativos a uma ocorrência específica, evento em saúde previsto no contrato tabulado entre as partes. Isso, no entanto, não significa que a operadoras de planos de saúde devem arcar com todos os custos pertinentes ao sistema público de saúde, com toda a sua complexidade e composto por todos os entes federados¹⁵⁸.

A segunda razão, que não se cinge por inteiro da primeira, é justamente que o RESUS não existe com o propósito de custear o SUS, como um todo, transferindo todo o ônus aos particulares que empreendem no oferecimento de saúde suplementar e, por consequência, subvertendo as competências constitucionais. O art. 198, 1º, da Constituição, prevê que o custeio do SUS seja feito pelos entes federados, com recursos da seguridade social, provenientes da União, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal¹⁵⁹.

¹⁵⁷ STF. ADI 1931, *Op. cit.* p. 39.

¹⁵⁸ Se assim pudesse ser considerado, seria possível concluir que o ressarcimento ao SUS consistiria em nova fonte de custeio do sistema público e, portanto, sua natureza jurídica seria de contribuição social, como defenderam as entidades que ajuizaram ações de controle concentrado e provocaram controle difuso perante o STF.

¹⁵⁹ “Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

[...]

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.”

Assim, supor que os particulares que empreendem no setor de saúde suplementar devem suportar esse ônus – sem que seja pelo regular pagamento de tributos – implica em prejuízo, inclusive, para a noção, derivada do texto constitucional, de que o Estado é o principal titular do dever de garantir o oferecimento dos serviços de saúde.

A esse propósito, pode ser interessante destacar que, mesmo em relação ao financiamento via tributos, esses gastos administrativos não poderiam ser arcados sequer por meio de taxas, muito menos contribuições de melhoria ou empréstimos compulsórios, mas apenas por impostos ou contribuições sociais. Essa assertiva se justifica pela exigência de que a espécie tributária de taxa possa ser instituída apenas como sinalagma de serviços públicos específicos e divisíveis, prestados em regime de Direito Público, nos termos do art. 145, inciso II, da Constituição da República¹⁶⁰¹⁶¹.

Essa noção apenas reforça que os custos administrativos são despesas gerais do Estado, a serem arcados com recursos dos orçamentos públicos e não com ressarcimentos pagos por particulares.

Desse modo, a regulação que impõe um índice que gera majoração dos valores iniciais a serem ressarcidos no percentual de 50% (cinquenta por cento) – sendo estes custos de conformidade e, logo, custos de transação por excelência –, não importa em qualquer proveito para as partes da transação econômica, seja o consumidor ou a OPS.

Isso posto, a alteração do parâmetro de comparação (*benchmark*) exige como pressuposto a identificação de falhas de mercado ou de falhas de governo. Desse modo, para o caso em estudo, o *benchmark* a ser considerado é a política regulatória anterior utilizada para o ressarcimento ao SUS, a TUNEP, que era aproximadamente¹⁶² igual a 1,0.

Assim, o aumento dos custos em 0,5 deveria corresponder a um benefício proporcional para as partes legitimadas (*standing*) da relação, uma vez que se verifica apenas o aumento dos custos, sem qualquer obtenção adicional de benefícios, verificar-se-ia a

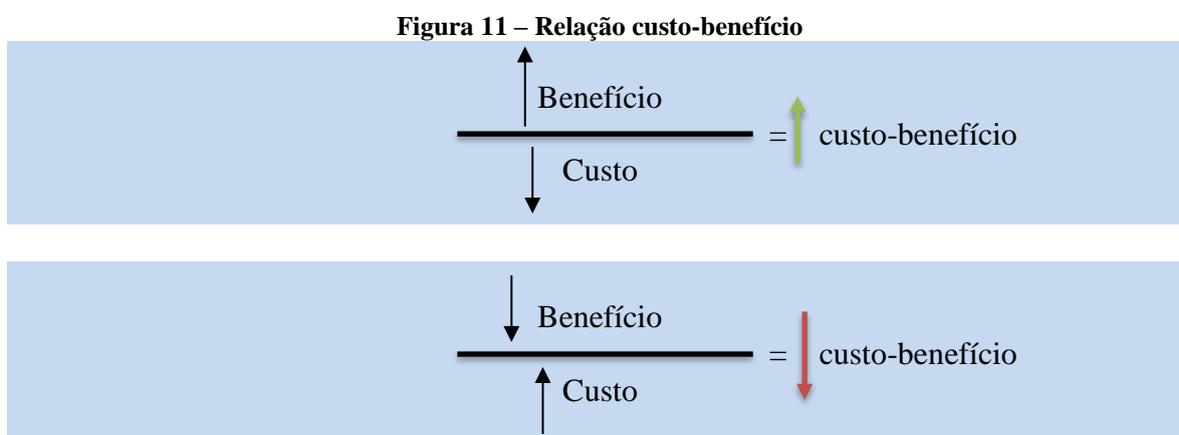
¹⁶⁰ “Art. 145. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão instituir os seguintes tributos: [...]

II – taxas, em razão do exercício do poder de polícia ou pela utilização, efetiva ou potencial, de serviços públicos específicos e divisíveis, prestados ao contribuinte ou postos a sua disposição;”

¹⁶¹ “A espécie tributária denominada ‘taxa’ apresenta, em seu antecedente normativo, a previsão conotativa de atividade do Estado diretamente relacionada ao contribuinte, que somente pagará o valor exigido pelo Poder Público quando deste receber ou tiver à disposição alguma prestação de serviços públicos específicos e divisíveis, utilizados, efetiva ou potencialmente, ou, ainda, se for exercido o poder de polícia, ficando certo que é imprescindível lei anterior prevendo determinada prática estatal como condição suficiente e necessária à exigência do tributo. É essa composição lógica que definirá o regime tributário dessa espécie determinando os critérios e limites para sua instituição legal e cobrança administrativa.” (CARVALHO, Paulo de Barros. **Direito tributário: linguagem e método**. 6ª ed. São Paulo: Noeses, 2015. P. 806-807)

¹⁶² ANS. Processo Administrativo nº 33902.213337/2010-51. *Op. cit.* p. 43 e 45

redução do produto da relação custo-benefício. Essa equação pode ser representada se seguinte forma:



Fonte: Compilação do autor.

Portanto, a relação do custo-benefício é inversamente proporcional aos custos e diretamente proporcional aos benefícios. De tal maneira, considerando que o *benchmark* anterior tratava-se de uma cobrança igual a 1,0 – por força de tabela oficial do SUS –, a elevação que o IVR impôs ao cálculo elevou a cobrança (custos) em 0,5, de modo que a multiplicação do índice (1,5) por qualquer valor positivo será maior que o produto da multiplicação desse mesmo valor por 1,0.

Em contrapartida a isso, no entanto, não houve qualquer elevação dos benefícios apresentados com essa norma regulatória, haja vista a única alteração da norma regulamentar se deu no âmbito de cálculo, não havendo nenhuma nova contrapartida aos beneficiários dos planos de saúde, tampouco aos próprios operadores de planos de saúde.

A conjunção dessas razões, portanto, leva a convir pela falha do IVR logo no primeiro teste empreendido: de se os objetivos propostos para ele, como contrapartida aos custos de transação adicionais causados, correspondem, pelo menos em tese, a benefícios demonstráveis às partes da transação econômica. Em outros termos, mesmo em tese, sem o recurso a qualquer exame empírico, de se esses objetivos estão sendo atendidos na prática, não há benefícios demonstráveis, correspondentes aos custos de transação, no IVR.

Essa interpretação sobre custos de conformidade regulatórios, aliás, parece estar em acordo com a exegese administrativa promovida pela Instrução Normativa nº 97/2020 da Secretaria de Advocacia da Concorrência e Competitividade (SEAE), órgão do Ministério da Economia (ME), cujo objetivo é “identificar, avaliar e propor soluções para os chamados abusos regulatórios”. A norma dispõe o seguinte:

Art. 8º Pode constituir aumento dos custos de transação sem demonstração de benefícios, prejudicando o ambiente de concorrência, inclusive potencialmente na forma do inciso V do caput do art. 4º da Lei de Liberdade Econômica, o ato normativo que:

I – aumentar de forma injustificada os custos para obtenção de informação por parte do consumidor ou adquirente a respeito de bens ou serviços em determinado mercado;

II – aumentar de forma injustificada os custos para celebração de acordo ou contrato entre agentes econômicos de todo tipo;

III – aumentar de forma injustificada os custos exigidos para garantir o cumprimento efetivo do acordo ou contrato por qualquer uma das partes, ou para adoção das providências necessárias em caso de ruptura de acordo ou contrato;

IV – aumentar de forma injustificada os custos explícitos e implícitos suportados pelo consumidor ou adquirente que deseje substituir um fornecedor por outro;

V – desconsiderar a garantia de cumprimento e execução dos contratos entre os agentes econômicos privados, relativamente à matéria nele tratada;

VI – limitar formas e meios de pagamento devidamente autorizadas pelas autoridades do Sistema Financeiro Brasileiro;

VII – permitir, autorizar ou regular conduta que o Plenário do Conselho Administrativo de Defesa Econômica, em processo administrativo, já averiguou que aumenta dos custos de transação de concorrentes sem demonstração de benefícios; ou

VIII – aumentar de forma injustificada os custos explícitos e implícitos suportados por atividades reguladas para a conformidade com as normas regulatórias.

A referida IN/SEAE nº 97/2020 apresenta situações específicas que podem vir a ser consideradas abuso do poder regulatório, nos moldes do que prescreve o art. 4º da LLE. Quanto ao aumento dos custos de transação em si, o art. 8º da IN/SEAE nº 97/2020, enumera, de forma exemplificativa, situações que possam gerar aumento dos custos de transação sem a demonstração de benefícios.

Dentre essas situações encontra-se o aumento “de forma injustificada os custos explícitos e implícitos suportados por atividades reguladas para a conformidade com as normas regulatórias”. Em vista disso, o IVR representa um aumento explícito dos custos suportados em decorrência da atividade regulada (custos de conformidade).

Evidencia-se, mais uma vez, que a partir da posição epistemológica adotada na presente pesquisa, há de se reconhecer a provisoriedade dessas conclusões, uma vez que o enunciado geral, que aponta a inexistência de benefícios a partir do aumento dos custos de transação, pode ser falseado a qualquer tempo. É sempre possível supor uma nova forma pela qual o IVR poderia representar um benefício às partes, alterando a equação de custo-benefício.

Contudo, qualquer contrapartida que venha a ser suposta para o IVR (fator multiplicador de 1,5) que não esteja listada no processo administrativo respectivo enfrentará, naturalmente, a objeção de vício de motivação, partindo da teoria dos motivos

determinantes¹⁶³. Isso porque, o processo decisório que levou à adoção desse índice, de 150%, está devidamente documentado nos autos administrativos do processo SEI nº 33902.213337/2010-51. Se o que lá consta como motivação administrativa for demonstrado insubsistente, então o ato parece viciado.

Conquanto a avaliação da adequada motivação do ato fuja do escopo deste trabalho, ela serve para justificar a opção pelo processo administrativo originário como fonte dos objetivos para adoção do IVR que, supostamente, poderiam servir de contrapartida aos custos de transação que ele gera. Como já explicitado, a suposição de contrapartidas que podem ser geradas pelo pagamento do RESUS calculado via IVR pode ser infinita.

Assim, dada a necessidade pragmática de tornar a investigação ora empreendida finita, foi necessário aferir a existência de contrapartidas do IVR a partir do processo decisório que o concebeu.

Em conclusão, a partir dos conceitos expostos, somado à análise do processo administrativo que criou o IVR, observa-se que no processo decisório não foi estabelecida uma forma de cálculo que proporcionasse benefícios como contrapartidas aos custos de transação que seriam gerados pela regulação. As consequências disso serão examinadas brevemente a seguir.

3.2 Da incidência do art. 4º, inciso V, da Lei de Liberdade Econômica e da potencial configuração do abuso do poder regulatório

Por fim, estabelecidas as premissas sobre o IVR e sobre os componentes conceituais da norma cuja incidência se investiga neste trabalho, como objeto principal, resta apenas a subsunção dessas premissas, maiores e menores, para conclusão do processo dedutivo.

Merece nota, mais uma vez, que a análise de subsunção do inciso V do art. 4º da LLE se faz com relação a uma norma infralegal, o IVR, estabelecido pela RN/ANS nº 504/2022, responsável pela majoração do ressarcimento ao SUS em 50%. Portanto, a verificação dos parâmetros abaixo considerados não se faz com o instituto de avaliar o ressarcimento ao SUS

¹⁶³ “A propósito dos motivos e da motivação, é conveniente, ainda, lembrar a ‘teoria dos motivos determinantes’.

De acordo com esta teoria, os motivos que determinaram a vontade do agente, isto é, os fatos que serviram de suporte à sua decisão, integram a validade do ato. Sendo assim, a invocação de ‘motivos de fato’ falsos, inexistentes ou incorretamente qualificados vicia o ato mesmo quando, conforme já se disse, a lei não haja estabelecido antecipadamente os motivos em que se calçou, ainda quando a lei não haja expressamente imposto a obrigação de anunciá-los, o ato só será válido se estes realmente ocorreram e o justificavam.” (BANDEIRA DE MELLO, Celso Antônio. **Curso de direito administrativo**. 32ª ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2015, p. 412)

como um todo, pois este encontra previsão legal no art. 32 da Lei nº 9.656/1998, e, portanto, não pode ser avaliado como abuso do poder regulatório, vez que ressalvado pelo *caput* do art. 4º da Lei de Liberdade Econômica.

Nessa perspectiva, observou-se, pois, que: **a)** configura uma das modalidades de abuso do poder regulatório, o comportamento estatal de, pela regulação, aumentar custos de transação (requisito positivo), sem a respectiva demonstração de benefícios correspondentes (requisito negativo); **b)** o IVR, índice de 1,5, cumpre o requisito positivo, pois eleva custos de transação, ao multiplicar por 1,5 o valor dos ressarcimentos a serem pagos pelas OPS ao Estado por cada atendimento de consumidores dos seus serviços no SUS; e **c)** o IVR cumpre o requisito negativo, ou seja, constata-se, em relação a ele, a ausência de benefícios demonstráveis às partes da transação econômica onerada.

Com efeito, a demonstração da existência da ocorrência dos custos de transação é aritmética. O produto da multiplicação de qualquer número positivo por 1,5 é maior do que esse número em si. O fato de o IVR ter imposto essa multiplicação, fazendo que o RESUS, enquanto ônus se torne maior do que era previamente, é, por si, uma majoração dos custos de transação.

Logo, qualquer cobrança superior ao *benchmark* firmado por norma anterior, que determinava que a devolução dos valores seria equivalente a tabela própria (TUNEP), aproximadamente igual a 1,0¹⁶⁴ e sem qualquer elevação proporcional aos benefícios concedidos às partes da relação, será considerada como abusiva.

Portanto, *ceteris paribus* (todo o resto constante), ainda que o IVR fosse fixado em 1,1 a norma seria abusiva, pois não há contrapartida que justifique qualquer adição ao parâmetro anteriormente vigente, que equiparava a 1,0 o valor de cada procedimento vigente, segundo a tabela oficial (então, a TUNEP). Em outros termos, deslocou-se a proporção do custo-benefício negativamente, ao se elevar custos, sem elevação correspondente de benefícios, o que, independentemente do valor específico dessa alteração da proporção relativa, constitui abuso do poder regulatório.

O corolário da conjunção dessas proposições, pois, é de que o IVR, na forma atualmente concebida, configura, sim, abuso do poder regulatório. Incide, portanto, a norma do art. 4º, inciso V, da Lei Federal nº 13.874/2019. Esse silogismo pode também ser representado, mais resumidamente, na seguinte forma:

¹⁶⁴ ANS. Processo Administrativo nº 33902.213337/2010-51. *Op. cit.* p. 43 e 45.

Tabela 1 – Silogismo acerca da incidência do art. 4º, V, da LLE.

| | |
|------------------------|--|
| Premissa Maior: | Pela hipótese do art. 4º, inciso V, da LLE, corresponde a abuso do poder regulatório toda conduta do Estado em sua função reguladora, exceto as expressamente previstas em lei, que conjugar os requisitos de: a) importar em aumento de custos de transação; e b) não importar em benefício para as partes da transação econômica como contrapartida a essa elevação de gastos, reduzindo o resultado da equação custo-benefício. |
| Premissa Menor: | O IVR importa em aumento dos custos de transação e não representa qualquer adição de benefício para a operadora do plano de saúde ou para o consumidor, que são as partes da relação contratual, reduzindo a proporção custo-benefício. |
| Corolário: | O IVR constitui abuso de poder regulatório, por incidência da norma do art. 4º, inciso V, da LLE. |

Fonte: Compilação do autor.

Constata-se, pois, que a regulamentação do cálculo do RESUS, instituída por meio do art. 1º da Resolução Normativa ANS nº 504/2022, constitui abuso do poder regulatório, e, logo, é ilegal, pois é tida por ilícita por lei formal, a Lei de Liberdade Econômica.

Em que pese o IVR preexistia à referida legislação – o que levaria a uma invalidação posterior com a edição de norma de hierarquia superior (lei formal) – o regulamento administrativo que atualmente prevê o IVR, como forma de cálculo do RESUS, é a sobredita RN/ANS nº 504/2022, positivada, pois, após a vigência da LLE. Sobre isso, inclusive, importa mencionar, apenas como nota a futuros trabalhos, que a resolução normativa foi publicada sem a demonstração dos estudos necessários exigidos pela LLE, a análise de impacto regulatório (art. 5º da Lei de Liberdade Econômica).

Assim, verifica-se antinomia do IVR com o art. 4º da Lei nº 13.874/2019, uma vez que este expressamente prescreve que se deve “evitar o abuso do poder regulatório”, e, logo, ao proibir tal conduta, qualifica sua prática como ilícita.

A Resolução Normativa nº 504/2022, portanto, foi positivada em contrariedade à legislação vigente, o que a torna inválida. Sem prejuízo do controle jurisdicional próprio, a Administração Pública Federal, nesse contexto, tem o dever de revogar esse ato,

estabelecendo forma de cálculo substitutiva, que não configure abuso do poder regulatório, segundo os padrões delineados na legislação própria.

CONCLUSÃO

Diante de todo o exposto, são várias as considerações finais do presente estudo. A primeira delas é de que o ressarcimento ao SUS (RESUS), enquanto obrigação legal, é constitucional, uma vez que estabelecido como tal em precedentes da Suprema Corte. Mais especificamente, segundo esses mesmos julgados, com força vinculante no direito positivo brasileiro, o RESUS é uma obrigação de natureza civil e indenizatória, destinada a compensar o Poder Público pelo custo incorrido na prestação de serviços de saúde aos beneficiários dos planos de saúde.

Especificamente em relação ao IVR, verificou-se que ele é um índice que influi no cálculo do RESUS, por força do art. 1º da Resolução Normativa ANS nº 504/2022, inserindo um multiplicador de 1,5 sobre os valores de procedimentos tabelados pelo próprio Sistema Único de Saúde (SUS). O referido índice foi resultado de longa e complexa deliberação por GT no processo administrativo SEI nº 33902.213337/2010-51 (constante integralmente no Anexo I).

Nesse feito administrativo, decidiu-se que a forma de cálculo do RESUS deveria compensar não apenas os procedimentos ambulatoriais e hospitalares destinados aos beneficiários dos planos de saúde, mas custos administrativos gerais. A partir dessa premissa, buscou-se dados dos sistemas disponíveis, e, nesse caso, mais especificamente, o SIOPS, que congregava, àquele tempo, informações de dispêndios com saúde pública dos entes federados subnacionais. Veio-se a convir, a partir de uma média aproximada dos anos anteriores, pelo índice de 1,5, a ser aplicado aos valores de todos os procedimentos tabelados para fins de cálculo do RESUS.

Em seguida, investigou-se a noção de abuso do poder regulatório, chegando-se à conclusão de que ele corresponde ao conjunto de condutas listadas no art. 4º da Lei Federal nº 13.874/2019, a Lei de Liberdade Econômica (LLE). Essa posição decorre do próprio texto legal, que não provê um conceito geral de abuso do poder regulatório, mas apenas fornece um rol de comportamentos que devem ser evitados, por configurarem tal ilícito.

Assim, passou-se a decompor a hipótese específica sob consideração, a do inciso V do referido art. 4º da LLE. Extraiu-se a definição de “custos de transação” da literatura econômica, que já tem esse conceito muito bem consolidado, nas palavras de Mankiw, como “custos em que as partes incorrem no processo de efetivação de uma negociação”¹⁶⁵.

¹⁶⁵ MANKIW, N. Gregory. *Op. Cit.* p. 167.

Por outro lado, fez-se uma interpretação sistêmica do conceito de “benefício”, uma vez que ele está previsto no dispositivo legal em associação justamente aos custos de transação. Portanto, entendeu-se que, para os fins do art. 4º, inciso V, os benefícios a serem demonstrados seriam contrapartidas aos custos de transação elevados, destinadas a qualquer das partes com *standing* na avaliação custo-benefício, ou seja, que participam da transação econômica onerada.

Em outros termos, para haver benefício, há de ocorrer algum ganho, no sentido de Kaldor-Hicks¹⁶⁶, para balancear o custo de transação, tornando a política mais eficiente, no geral, ou, no mínimo, neutra, por haver compensação exata entre benefício e custos adicionais. Para tanto, deve haver um parâmetro de comparação (*benchmark*), que é a regulação anterior, servindo esta de referencial sobre se benefício e custos de transação aumentaram ou diminuíram, alterando, por consequência, o próprio resultado da equação de custo-benefício.

Essa compreensão se deu justamente pela relação disjuntiva gerada no inciso V, em que se estabelece uma clara referência à ideia de custo-benefício, já muito familiar à literatura econômica.

Por fim, já no capítulo 3, buscou-se identificar se, pelo menos em tese, as finalidades às quais o IVR deveria servir como parâmetro regulatório, segundo a deliberação administrativa, representariam, pelo menos em tese, um benefício, de acordo com a definição exposta. Foi possível identificar, pois, que a formação do IVR utilizou valores relacionados a despesas administrativas em nada relacionadas à prestação de serviços de saúde – como comunicação social – e, portanto, comprovou-se que a elevação dos custos de transação em 50%, na forma do Índice sob estudo, não configura benefícios para as partes (OPS e consumidor).

Na atual forma de cálculo do RESUS, portanto, os empreendimentos da saúde suplementar são onerados sem qualquer contrapartida aos pagamentos que excedem os valores efetivamente gastos pelos SUS (valores esses constantes nas AIH/APAC enviadas com os ABIs). Assim, deve-se reconhecer que o IVR, em sua forma atual, vem sendo utilizado como forma oblíqua de financiar a saúde pública, o que, de acordo com as regras constitucionais, deveria ser feito por meio de outras fontes.

¹⁶⁶ COOTER, Robert; ULEN, Thomas. *Op. cit.* p. 42.

Essa conclusão se dá com a ressalva epistemológica de que sempre se pode supor uma outra contrapartida a qual a majoração do RESUS, via IVR, corresponde, pelo que não há definitividade na resposta ora provida, como, aliás, é típico dos enunciados científicos. Não obstante, ter-se adotado como fonte de objetivos (contrapartidas) a própria deliberação administrativa que originou a regulação parece indício suficiente de que inexitem as contrapartidas cogitadas, uma vez que são listadas, no processo administrativo, todas as finalidades às quais o IVR deve se propor a custear.

A partir de tudo isso, obteve-se como conclusão final uma confirmação da hipótese original deste trabalho: a regulação que institui o IVR (em 1,5), como forma de cálculo do RESUS, configura abuso de poder regulatório, por incidência direta do art. 4º, inciso V, da Lei de Liberdade Econômica. Logo, a regra atual de cálculo, e o regulamento que a positiva (RN/ANS nº 504/2022), são ilícitos, por conflitarem com lei federal que proíbe o abuso de poder regulatório.

REFERÊNCIAS

ALVES, Danielle Garcia; CARDOSO, Henrique Ribeiro. **Direito à saúde: por uma prestação ética do Estado**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2016. 152 p. ISBN 978-85-8440-903-7.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. ANS lança segundo boletim com dados sobre ressarcimento ao SUS. Site ANS. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 07 dez. 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/integracao-com-SUS/ans-lanca-segundo-boletim-com-dados-sobre-ressarcimento-ao-sus>. Acesso em: 15 jul. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Guia de Ressarcimento ao SUS**. Impugnações e recursos. Rio de Janeiro: ANS, 2019. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/espaco-da-operadora-de-plano-de-saude/compromissos-e-interacoes-com-a-ans/envio-de-informacoes/copy_of_guia_ressarcimento_ao_SUS_2019_versao_2a.pdf/view. Acesso em: 15 jul. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Instrução Normativa Conjunta nº 5 de setembro de 2011. Dispõe sobre a contabilização dos montantes devidos de Ressarcimento ao SUS no Plano de Contas Padrão da ANS. **Diário Oficial da União**. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2011/int0005_30_09_2011.html. Acesso em: 15 jul. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Painel Financeiro do Ressarcimento ao SUS. Brasília: ANS, 1ª edição, jun. 2020. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNDM5YWJjMTYtYTQxYS00YmYxLWl0MWhlNTcyN2NlMjYyNjJkIiwidCI6IjlkYmE0ODBlLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9&pageName=ReportSection>. Acesso em: 15 jul. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Processo Administrativo nº 33902.213337/2010-51, p 45. Disponível em: SEI 33902.213337/2010-51 / pg. 45 (Anexo I)

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU nº 23, de 21 de outubro de 1999. Dispõe sobre a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP para fins de ressarcimento dos atendimentos prestados aos beneficiários de plano privado de assistência à saúde, por instituições públicas ou privadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 28 out. 1999. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=r&aw&id=Mjc5>. Acesso em: 15 jul. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa nº 251 de 19 de abril de 2011. Altera a Resolução Normativa - RN nº 185, de 30 de dezembro de 2008, que instituiu o procedimento eletrônico de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e estabeleceu normas sobre a repetição de indébito

e o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2011/res0251_19_04_2011.html. Acesso em: 15 jul. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa nº 358 de 27 de novembro de 2014. 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. Brasília: **Diário Oficial da União**, 27 nov. 2014. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=rw&id=MjgyNw==>. Acesso em: 15 jul. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa nº 43 de 17 de julho de 2003. Dispõe sobre a atualização da Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP para fins de ressarcimento dos atendimentos prestados aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, por instituições públicas ou privadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 28 jul. 2003. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=rw&id=NTYy>. Acesso em: 15 jul. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa nº 502 de 30 de março de 2022. 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 estabelece normas sobre o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS e revoga as Resoluções Normativas nº 358, de 27 de Novembro de 2014, nº 377, de 08 de maio de 2015, e o art. 25 da nº 464, de 29 de dezembro de 2020. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 1 de abr. 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2022/res0502_01_04_2022.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20os%20procedimentos%20administrativos,ao%20SUS%2C%20previsto%20no%20art. Acesso em: 15 jul. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa nº 504 de 30 de março de 2022. Dispõe sobre o Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR. **Diário Oficial da União**: seção: 1, p. 342, Brasília, DF, 01 abr. 2022. Disponível em: <https://in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-normativa-rn-n-504-de-30-de-marco-de-2022-390294388>. Acesso em: 15 jul. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa nº 507 de 30 de março de 2022. Dispõe sobre o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. **Diário Oficial da União**: seção: 1, p. 96, Brasília, DF, 11 abr. 2022. Disponível em: <https://in.gov.br/web/dou/-/resolucao-normativa-rn-n-507-de-30-de-marco-de-2022-392319996>. Acesso em: 15 jul. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa nº 521 de 29 de abril de 2022. Dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e limites de alocação e de concentração na aplicação dos ativos garantidores das operadoras no âmbito do sistema de saúde suplementar. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 01 jun. 2012. Disponível em:

<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDIxNA==>. Acesso em: 15 jul. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **TISS – Padrão para Troca de Informação de Saúde Suplementar**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/prestadores/padrao-para-troca-de-informacao-de-saude-suplementar-2013-tiss>. Acesso em: 15 jul. 2024.

ÁVILA, Humberto. **Teoria da segurança jurídica**. 4ª ed., ver., atual. e ampl. São Paulo: Editora Malheiros, 2016. 752p. ISBN 978-85-392-0346-8.

BANDEIRA DE MELLO, Celso Antônio. Curso de direito administrativo. 32ª ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2015. 1150 p. ISBN 978-85-392-0273-7.

BARROSO, Luís Roberto. **Curso de Direito Constitucional Contemporâneo: os Conceitos Fundamentais e a Construção de um Novo Modelo**. 5ª ed., São Paulo: Saraiva, 2015. ISBN 978-850-2-22804-7

BOARDMAN, Anthony E. GREENBERG, David H. VINING, Aidan R. WEIMER, David L. **Cost-benefit analysis: concepts and practice**. 5ª ed. United Kingdom; New York: Cambridge, 2018. ISBN 78-1-108-40129-6

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 jul. 2024.

BRASIL. IBGE. **Sistema de Informações de Beneficiários – SIB**. Disponível em: <https://ces.ibge.gov.br/base-de-dados/metadados/ministerio-da-saude/sistema-de-informacoes-de-beneficiarios-sib.html>. Acesso em: 15 jul. 2024.

BRASIL. Lei Complementar nº 95 de 26 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre a elaboração, a redação, a alteração e a consolidação das leis, conforme determina o parágrafo único do art. 59 da Constituição Federal, e estabelece normas para a consolidação dos atos normativos que menciona. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 27 fev. 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp95.htm . Acesso em: 4 jun. 2024.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 11 de jan. 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm. Acesso em 15 jul. 2024.

BRASIL. Lei nº 13.105 de 16 de março de 2015. Código de Processo Civil. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 17 mar. 2015. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113105.htm. Acesso em: 15 jul. 2024.

BRASIL. Lei nº 13.874 de 20 de setembro de 2019. Institui a Declaração de Direitos de Liberdade Econômica; estabelece garantias de livre mercado; altera as Leis nos 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), 6.404, de 15 de dezembro de 1976, 11.598, de 3 de

dezembro de 2007, 12.682, de 9 de julho de 2012, 6.015, de 31 de dezembro de 1973, 10.522, de 19 de julho de 2002, 8.934, de 18 de novembro 1994, o Decreto-Lei nº 9.760, de 5 de setembro de 1946 e a Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943; revoga a Lei Delegada nº 4, de 26 de setembro de 1962, a Lei nº 11.887, de 24 de dezembro de 2008, e dispositivos do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, edição extra B, Brasília, DF, 20 set. 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13874.htm. Acesso em: 15 jul. 2024.

BRASIL. Lei nº 5.172 de 25 de outubro de 1966. Dispõe sobre o Sistema Tributário Nacional e institui normas gerais de direito tributário aplicáveis à União, Estados e Municípios. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 27 out. 1966 (retificado em 31 out. 1966). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5172compilado.htm. Acesso em: 15 jul. 2024.

BRASIL. Lei nº 5.869, de 11 de janeiro de 1973. Institui o Código de Processo Civil. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 17 jan. 1973. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5869.htm. Acesso em: 15 jul. 2024.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 20 de set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 15 jul. 2024.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 4 jun. 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm. Acesso em: 15 jul. 2024.

BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 29 de jan. 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9961.htm. Acesso em: 15 jul. 2024.

BRASIL (Ministério da Economia). **Exposição de Motivos Interministerial (EMI) nº 00083/2019 ME/AGU/MJSP**, de 11 de abril de 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/Exm/Exm-MP-881-19.pdf. Acesso em: 15 jul. 2024.

BRASIL (Ministério da Economia). Instrução Normativa SEAE nº 97, de 2 de outubro de 2020. Brasil. Estabelece o programa Frente Intensiva de Avaliação Regulatória e Concorrencial e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da União**, 5 out. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/instrucao-normativa-seae-n-97-de-2-de-outubro-de-2020-281069878>. Acesso em: 15 jul. 2024.

BRASIL. Medida Provisória nº 881 de 30 de abril de 2019. Institui a Declaração de Direitos de Liberdade Econômica, estabelece garantias de livre mercado, análise de impacto regulatório, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília,

DF, 30 abr. 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/mpv/mpv881.htm#:~:text=MEDIDA%20PROVIS%C3%93RIA%20N%C2%BA%20881%2C%20DE%2030%20DE%20ABRIL%20DE%202019&text=Institui%20a%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20de%20Direitos,regulat%C3%B3rio%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias. Acesso em: 15 jul. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Pleno). **Ação Declaratória de Inconstitucionalidade 1931/DF. da Ação Declaratória de Inconstitucionalidade (ADI) nº 1.931/DF.** Ação direta de inconstitucionalidade – norma atacada – alteração – prejuízo. A superveniente modificação da norma impugnada, sem aditamento à inicial, implica o prejuízo do controle concentrado de constitucionalidade. Planos de saúde – regência – observância. Os planos de saúde submetem-se aos ditantes constitucionais, à legislação da época em que contratados e às cláusulas deles constantes – considerações. Requerente: Confederação Nacional de Saúde – Hospitais Estabelecimentos e Serviços – CNS. Relator: Min. Marco Aurélio, 07 de fevereiro de 2018. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=314542313&ext=.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Pleno). **Recurso Extraordinário nº 597.064/RJ.** Administrativo. Ressarcimento sus. Operadoras de planos de saúde. Art. 32 da lei 9.656/98. Art. 199 da constituição federal. Constitucionalidade. Impugnação. Contraditório e ampla defesa assegurados. Princípio da irretroatividade. Fatos jurígenos posteriores à vigência da lei federal. Recorrente: Irmandade do Hospital de Nossa Senhora das Dores. Recorrido: Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Relator: Min. Gilmar Mendes, 7 de fevereiro de 2018. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=14817081>. Acesso em: 15 jul. 2024.

CARVALHO, Cristiano. **Ficções jurídicas no Direito Tributário.** São Paulo: Editora Noeses, 2008, 360p. ISBN 978-8-59-934918-2

COASE, Ronald H. **A Firma, o Mercado e o Direito.** Trad. Heloisa Gonçalves Barbosa; rev: Francisco Niclós Negrão; estudo introdutório: Antonio Carlos Ferreira, Patrícia Cândido Alves. 3ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2022.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA. Crise econômica muda hábitos de consumo das famílias. **Retratos da Sociedade Brasileira**, ano 7, n. 44, Brasília: CNI, 2018. Disponível em: https://static.portaldaindustria.com.br/media/filer_public/18/7f/187f1473-2603-4b06-a8a1-070486293e98/retratosdasociedadebrasileira_44_saude.pdf. Acesso em 15 jan. 2022.

COOTER, Robert; ULEN, Thomas. **Law and Economics.** 6ª ed. Berkeley Law Books, 2016. ISBN 978-0-13-254065-0.

DERZI, Misabel de Abreu Machado. Tipo ou conceito no Direito Tributário?. Belo Horizonte: **Revista da Faculdade de Direito**, Universidade Federal de Minas Gerais, n. 30-31 de 1988. Disponível em: <https://revista.direito.ufmg.br/index.php/revista/article/view/1046>. Acesso em 3 jun. 2024.

Diretoria de Desenvolvimento Setorial. **Painel financeiro do ressarcimento ao SUS**. Rio de Janeiro, jul/2020. 11 slides, color. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNDM5YWJjMTYtYTQxYS00YmYxLWI0MWhlNTcyN2NlMjYyNjJkIiwidCI6IjlkYmE0ODBlLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9&pageName=ReportSection>. Acesso em: 15 jul. 2024.

FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Planos de saúde alcançam 51 milhões de beneficiários em janeiro de 2024**: Ceará, Goiás e Minas Gerais bateram recorde de beneficiários de planos de assistência médica, 15 mar. 2024. Disponível em: <https://fenasaude.org.br/noticias/planos-de-saude-alcancam-51-milhoes-de-beneficiarios-em-janeiro-de-2024>. Acesso em 15 jul. 2024.

FIGEIREDO, Leonardo Vizeu. **Lições de Direito Econômico**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2013. 975 p. ISBN 978-85-309-4585-5.

FIGUEIREDO, Lúcia Valle. A saúde pública na Constituição e as operadoras de planos de saúde. Salvador: **Revista Eletrônica de Direito Administrativo Econômico**, Instituto de Direito Público da Bahia, n. 6, mai/jun/jul de 2006, p. 18. Disponível em: <http://www.direitodoestado.com.br/codrevista.asp?cod=115>. Acesso em: 3 nov. 2023.

GARFINKEL, Ana. Natureza jurídica da obrigação de ressarcimento dos planos de saúde ao sistema único de saúde – SUS. **Revista Direito GV**, v. 2, n. 2, p. 139-148, 2006. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/revdireitogv/article/view/35146>. Acesso em: 05 jan. 2024.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **IESSdata**: beneficiários de planos médico-hospitalares. São Paulo: IESS, 2024. Color. Disponível em: <https://iessdata.iess.org.br/home>. Acesso em: 15 jul. 2024.

JUSTEN FILHO, Marçal. **Curso de Direito Administrativo**. 15ª Edição revista, atualizada e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2024. 976 p. ISBN 978-65-5964-982-2.

JUSTEN FILHO, Marçal. O Direito Regulatório. **Revista Interesse Público**, Belo Horizonte, ano 9, n. 43, maio/jun. 2007, p. 5. Acesso em 12 maio. ISSN digital: 1984-4387. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4901886/mod_resource/content/1/JUSTEN%20FILHO%20-%20O%20direito%20regulat%C3%B3rio%20-%20IP%20n.%20432007.pdf. Acesso em: 15 jul. 2024.

MACHADO, Maurício Castilho. **Estudo descritivo do padrão de ressarcimento ao SUS e a negativa de procedimento pela operadora como possível causa do fator gerador**. 2019. 74f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019. MACHADO, Mauricio Castilho. Estudo descritivo do padrão do ressarcimento ao SUS e a negativa de procedimento pela operadora como possível causa do fato gerador. 2020. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17157/tde-18082020-214302/>. Acesso em: 15 jul. 2024.

- MANKIWI, N G. **Princípios de microeconomia**. 4ª ed. São Paulo: Cengage Learning Brasil, 2021. 396 p. ISBN 978-65-55584-15-8.
- MANKIWI, N. Gregory. **Introdução à economia**. 4ª ed. (reimpr.). São Paulo: Cengage Learning Brasil, 2023, 720 p. ISBN 978-85-221-2791-7.
- MATTOS, C.; MAIA, A. Liberdade econômica, princípios constitucionais e promoção do bem-estar social. In: OLIVEIRA, Amanda Flávio de. (org.). **Lei de Liberdade Econômica e o ordenamento jurídico brasileiro**. Belo Horizonte: D'Plácido, 2021.
- MAZZA, Fábio Ferreira. Aspectos inconstitucionais do ressarcimento ao SUS. **Revista da Faculdade de Direito de Uberlândia**, v. 38, n. 2, p. 459-487, 2010. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/revistafadir/article/view/18423>. Acesso em: 15 jul. 2024.
- MENDES, Gilmar Ferreira. Liberdade econômica e alienação de empresas estatais: reflexões a partir do julgamento da ADI nº 5.624, p. 37. In: SALOMÃO, Luis Felipe e outros (coord.). **Lei de Liberdade Econômica e seus impactos no Direito Brasileiro**. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2020. ISBN 978-65-5065-178-7.
- MENEGUIN, Fernando Boarato. A análise de impacto regulatório e o aprimoramento das normas. In: YEUNG, Luciana (org.). **Análise Econômica do Direito: temas contemporâneos**. São Paulo: Editorial Actual, 2020. 540p. ISBN 978-65-8701-906-2.
- MENEGUIN, Fernando Boarato. Abusos regulatórios e falhas de governo, p. 4. In: OLIVEIRA, Amanda Flávio de; ROLIM, Maria João (org.). **Abuso de poder regulatório**. Rio de Janeiro: Synergia, 2021. 316 p. ISBN 978-65-86214-51-2.
- MIOT, Maurício Tesseroli. O ressarcimento ao SUS e as autogestões em saúde. Quartier Latin: **Revista de Direito da Saúde Suplementar**, ano 3, n. 3, p. 77-85, jan. 2019.
- NORTH, Douglass Cecil. **Custos de transação, instituições e desempenho econômico**. 3ª ed. Brasília: Instituto Liberal, 2006.
- OLIVEIRA, Amanda Flávio de. 25 anos de regulação no Brasil. In: MATTOS, Cesar. **A revolução regulatória na nova lei das agências**. São Paulo: Editora Singular (Edição Kindle), 2021b. ISBN 978-65-86352-54-2.
- OLIVEIRA, Amanda Flávio de. Lei de Liberdade Econômica: apontamentos acerca da constitucionalidade material da Lei n. 13.874/2019. In: SALOMÃO, Luis Felipe, et.al. (coord.) **Lei de Liberdade Econômica e seus impactos no Direito brasileiro**. São Paulo: Thomson Reutrs Brasil, 2020. ISBN 978-65-5065-178-7.
- OLIVEIRA, Amanda Flávio de. Liberdade econômica e Constituição de 1988. In: OLIVEIRA, Amanda Flávio de (Org.). **Lei de Liberdade Econômica e o ordenamento jurídico brasileiro**. Belo Horizonte: D'Plácido, 2021.
- PAULO JUNIOR, José Marinho; FREITAS, Marcos Aurélio Vasconcelos de. Agências Reguladoras no Brasil: fundamento constitucional e base legal. **Revista do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro**: Rio de Janeiro, n. 88, p. 239-265, abr/jun 2023. Trimestral. Disponível em: <https://www.mprj.mp.br/documents/20184/3978934/Jos%C3%A9+Marinho+Paulo+Junior>

_Marcos+Aur%C3%A9lio+Vasconcelos+de+Freitas__RMP-889.pdf. Acesso em: 15 jul. 2024.

POPPER, Karl. **A Lógica da Pesquisa Científica**. 2ª ed. São Paulo: Cultrix, 2013, 456p. ISBN 978-85-316-1250-3.

RENAULT, Felipe Kertesz; OLIVEIRA, Gustavo da Gama de. **Ressarcimento ao SUS e saúde suplementar**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2021. 172 p. ISBN 978-65-5510-712-8.

RIO DE JANEIRO. Tribunal Regional Federal da 2ª Região (Plenário). Súmula nº 51/2008. O art. 32, da Lei nº 9.656/98, que trata do ressarcimento ao sistema único de saúde (SUS), é constitucional. Data de julgamento: 19/12/2008, Súmula nº 51. **Diário de Justiça do Estado do Rio de Janeiro**: Rio de Janeiro, 14 jan. 2009. Disponível em: https://www7.trf2.jus.br/sophia_web/index.html. Acesso em: 15 jul. 2024.

ROCHA, Luiz Carlos da. **O direito à saúde e o sistema suplementar**. São Paulo: Editora Contracorrente, 2018. 192 p. ISBN 978-85-69220-38-1.

SACCARO JUNIOR, Nilo Luiz. **Reflexos da Lei de Liberdade Econômica na regulação ambiental brasileira**. Rio de Janeiro: IPEA, 2023.

SÃO PAULO (Estado). Lei nº 9.058 de 29 de dezembro de 1994. Dispõe sobre a obrigatoriedade do recebimento pelos órgãos e instituição do Sistema Único de Saúde do Estado e dos Municípios, a título de reembolso, de valores correspondentes a seguro-saúde e outras modalidades de medicina de grupo. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**: seção 1, São Paulo, SP, 30 dez. 1994. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/1994/lei-9058-29.12.1994.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20obrigatoriedade%20do,modalidades%20de%20medicina%20de%20grupo>. Acesso em: 15 jul. 2024.

SCATENA, Maria Ângela. **O Ressarcimento ao SUS: análise do perfil de utilização do Sistema Único de Saúde segundo período de contratação dos planos**. Rio de Janeiro: **Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca**, 2004. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/4745/ve_Maria_%c3%82ngela_ENSP_2004?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 15 jul. 2024.

SEARLE, John R. **Speech Acts: An Essay in the Philosophy of Language**. 36ª ed. Cambridge University Press, 2011. 198 p. ISBN 978-0-521-096226-3.

SERVO, Luciana Mendes Santos; SANTOS, Maria Angelica Borges dos; VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. Rio de Janeiro: **Saúde em Debate**, v. 44(spe4), n. 4, p. 114–129, dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E407>. Acesso em: 15 jul. 2024.

SILVA, Camila Magrini da. **Sistema de saúde privado: políticas públicas regulatórias**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2017. 180 p. ISBN 978-85-5190303-2.

SILVA, Virgílio Afonso da. **Direitos Fundamentais**: conteúdo essencial, restrições e eficácia. 2ª ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2014. ISBN 978-85-392-0031-3.

THE WORLD BANK (Estados Unidos). **Doing Business Archive**: ease of doing business in brazil. EASE OF DOING BUSINESS IN Brazil. 2024. Disponível em: <https://archive.doingbusiness.org/en/data/exploreconomies/brazil>. Acesso em: 15 jul. 2024.

TORRES, Heleno Taveira. **Taxa de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde é inconstitucional**. CONJUR, 30 nov. 2017. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2017-nov-30/helena-torres-taxa-ressarcimento-sus-inconstitucional/>. Acesso em: 15 jul. 2024.

VELOSSO, Carlos Mário da Silva. Sistema único de saúde – SUS. Planos de saúde: ressarcimento. Lei 9.656/98. Natureza jurídica do ressarcimento, valor e prazo prescricional. **Parecer Técnico** concedido às entidades ABRAMGE, FENASAÚDE, UNIMED BRASIL, 2010.

VILARINHO, Paulo Ferreira. A Percepção da Captura Política da Saúde Suplementar no Brasil. **Cadernos EBAPE. BR**, v. 8, nº 4, artigo 8, Rio de Janeiro, Dez. 2010, p. 694-709. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/rGf5ztcfnmrdC48TQr7stdK/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 15 jul. 2024.

ANEXO I

URGENTE



INTERESSADO:

M.S. PROCESSO
NÚMERO 33902.213337/2010-51

DATA: 20/9/2010

ASSUNTO:

INTERESSADO DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL
PROCEDÊNCIA DIRETORIA ADJUNTA

OUTROS DADOS:

RESUMO
PUBLICAÇÃO DE PORTARIA Nº 01, DE 30 DE AGOSTO DE 2010.

"IVR"

MOVIMENTAÇÃO

| Seq. | Sigla | Código | Data | Seq. | Sigla | Código | Data |
|------|-------|--------|------|------|-------|--------|------|
| 01 | | | / / | 15 | | | / / |
| 02 | | | / / | 16 | | | / / |
| 03 | | | / / | 17 | | | / / |
| 04 | | | / / | 18 | | | / / |
| 05 | | | / / | 19 | | | / / |
| 06 | | | / / | 20 | | | / / |
| 07 | | | / / | 21 | | | / / |
| 08 | | | / / | 22 | | | / / |
| 09 | | | / / | 23 | | | / / |
| 10 | | | / / | 24 | | | / / |
| 11 | | | / / | 25 | | | / / |
| 12 | | | / / | 26 | | | / / |
| 13 | | | / / | 27 | | | / / |
| 14 | | | / / | 28 | | | / / |

AS TRAMITAÇÕES DEVERÃO SER REGISTRADAS NO SIPAR

ANEXOS:

SOLICITAÇÃO DE ABERTURA DE PROCESSO

| | | | |
|------------------------------|---------------------------------------|----------------------|---------------------|
| Dados do Solicitante: | | | |
| 1.1 Unidade | DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL | | |
| 1.2 Órgão/Sigla: | DIRAD/DIDES | 1.3 Data: 31/05/2010 | 1.4 Solicitação nº: |

2. Solicitamos abertura de processo com as seguintes informações

| |
|---|
| Assunto: Solicitação de Publicação em Boletim de Serviço de Portaria DIDES nº 02, de 17/09/2010. |
| 2.2 Interessado: Diretoria de Desenvolvimento Setorial |

3. Reservado ao protocolo:

| | |
|----------------------|--------------------|
| 3.1 Assunto: | |
| 3.2 Natureza: | 3.3 Código: |

Monique Antunes Barreira

Monique Antunes Barreira
Técnico Administrativo
1500569



DIDES

PORTARIA Nº 02, DE 17 DE Setembro DE 2010.

O Diretor de Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, no uso da atribuição que lhe confere o artigo 77, I, "b" e considerando o disposto no artigo 85, II, todos da Resolução Normativa nº 197, de 16 de julho de 2009 e suas alterações posteriores, resolve:

Art. 1º Substituir, no âmbito da Diretoria de Desenvolvimento Setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, membro do Grupo Técnico de Trabalho referente à TUNEP.

Art. 2º O servidor Flávio Cardoso Rezende, matrícula SIAPE nº 1512635 será substituído pelo servidor Marcus Vinicius Leitão Lins, matrícula SIAPE nº 1793838.

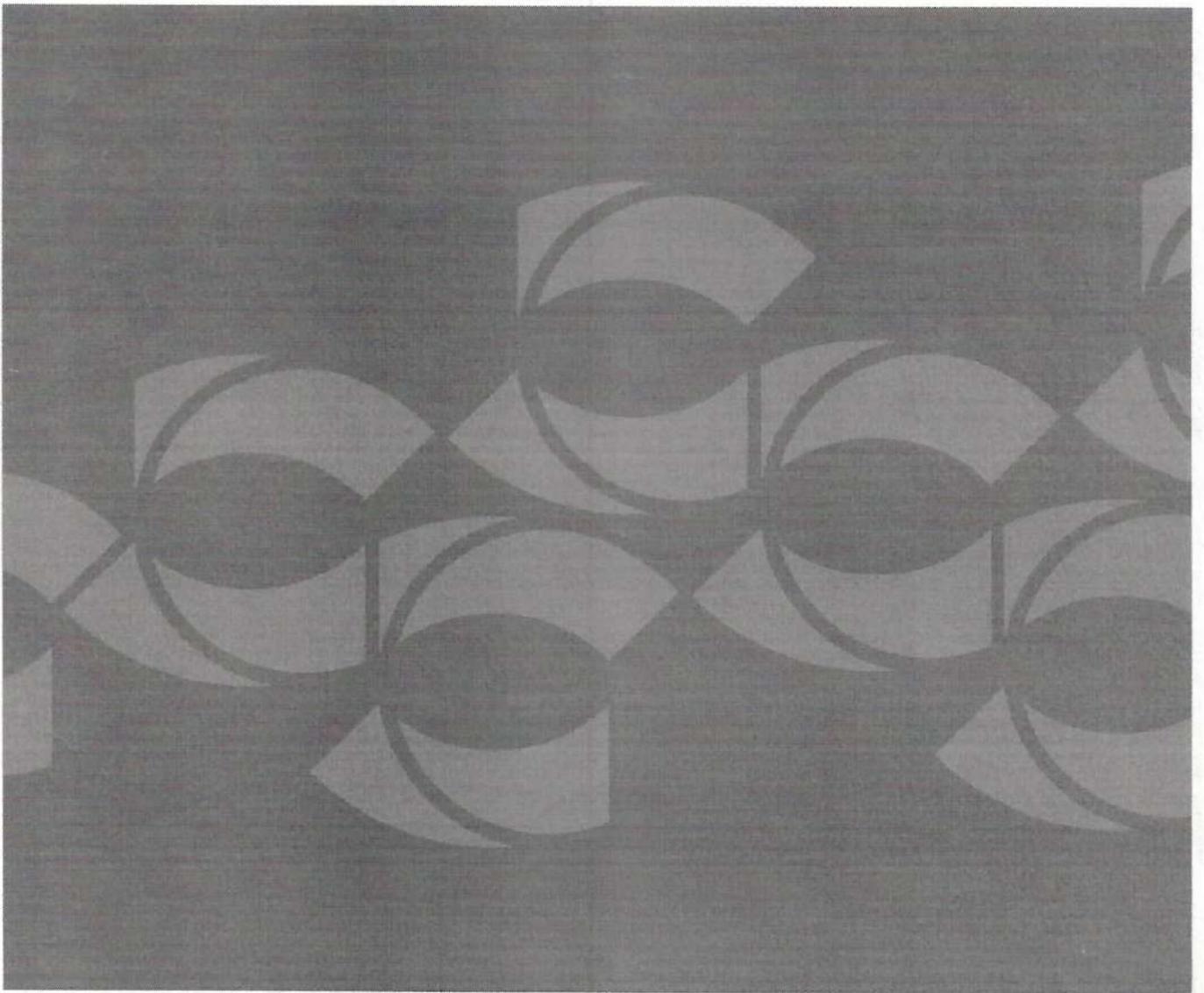
Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

MAURÍCIO CESHIN
Diretor de Desenvolvimento Setorial



BOLETIM DE SERVIÇO

ANO 10 - Nº 68 - RIO DE JANEIRO 21/09/2010





**BOLETIM
DE SERVIÇOS**

**ANO 10 - Nº68
RIO DE JANEIRO
21/09/2010**

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84, Glória
CEP: 20021-040, Rio de Janeiro/RJ



DIDES

PORTARIA Nº 02, DE 17 DE SETEMBRO DE 2010

O Diretor de Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, no uso da atribuição que lhe confere o artigo 77, I, "b" e considerando o disposto no artigo 85, II, todos da Resolução Normativa nº 197, de 16 de julho de 2009 e suas alterações posteriores, resolve:

Art. 1º - Substituir, no âmbito da Diretoria de Desenvolvimento Setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, membro do Grupo Técnico de Trabalho referente à TUNEP.

Art. 2º - O servidor Flávio Cardoso Rezende, matrícula SIAPE Nº 1512635, será substituído pelo servidor Marcus Vinicius Leitão Lins, matrícula SIAPE nº 1793838.

Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MAURICIO CESCHIN
Diretor de Desenvolvimento Setorial



**BOLETIM
DE SERVIÇOS**

**ANO 10 - Nº63
RIO DE JANEIRO
30/08/2010**

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84, Glória
CEP: 20021-040, Rio de Janeiro/RJ



DIDES

PORTARIA Nº 01, DE 30 DE AGOSTO DE 2010.

O Diretor de Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, no uso da atribuição que lhe confere o artigo 77, I, “b” e considerando o disposto no artigo 85, II, todos da Resolução Normativa nº 197, de 16 de julho de 2009 e suas alterações posteriores, resolve:

Art. 1º Constituir, no âmbito da Diretoria de Desenvolvimento Setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, o Grupo Técnico de Trabalho com as seguintes atribuições:

I – análise dos fundamentos técnicos e jurídicos para valoração dos procedimentos constantes da TUNEP – Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos, instituída pelo § 1º do art. 32 da Lei 9.656, de 1998, e regulamentada pela RDC nº 17, de 2000 e suas alterações posteriores;

II – análise da possibilidade de desenvolvimento de novos conceitos e fundamentos técnicos e jurídicos para alteração dos valores constantes na TUNEP;

III – proposta de nova resolução regulamentando a TUNEP, baseada nos estudos desenvolvidos a partir da criação deste Grupo de Trabalho.

Art. 2º. O Grupo Técnico previsto no artigo anterior será composto pelos servidores Melissa Silva Menezes, matrícula SIAPE nº 1578360, Vivian de Campos Souto, matrícula SIAPE nº 1793683, Teófilo José Machado Rodrigues, matrícula SIAPE nº 648120 e Flávio Cardoso Rezende, matrícula SIAPE nº 1512635, sob coordenação da primeira.

Art. 3º. O Grupo Técnico poderá convidar representantes dos diversos setores relacionados aos temas para participar de reuniões.

Art. 4º. O Grupo Técnico funcionará a partir da data de publicação desta Portaria pelo prazo de 45 (quarenta e cinco) dias, podendo ser prorrogado conforme necessidade.

Art. 5º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MAURICIO CESCHIN
Diretor de Desenvolvimento Setorial

*Anexa ao presente feito o
processo 33902.21337/2010-19
de 07/10/10.*
[Assinatura]

7

INTERESSADO:
M.S. PROCESSO
DATA: 20/9/2010
NÚMERO 33902.213341/2010-19
ASSUNTO:
INTERESSADO DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL
PROCEDÊNCIA DIRETORIA ADJUNTA
OUTROS DADOS:
RESUMO
SOLICITAÇÃO DE PUBLICAÇÃO EM BOLETIM DE SERVIÇO DE PORTARIA DIDES Nº 02 DE
17/09/2010
MOVIMENTAÇÃO

| Seq. | Sigla | Código | Data | Seq. | Sigla | Código | Data |
|------|-------|--------|------|------|-------|--------|------|
| 01 | | | / / | 15 | | | / / |
| 02 | | | / / | 16 | | | / / |
| 03 | | | / / | 17 | | | / / |
| 04 | | | / / | 18 | | | / / |
| 05 | | | / / | 19 | | | / / |
| 06 | | | / / | 20 | | | / / |
| 07 | | | / / | 21 | | | / / |
| 08 | | | / / | 22 | | | / / |
| 09 | | | / / | 23 | | | / / |
| 10 | | | / / | 24 | | | / / |
| 11 | | | / / | 25 | | | / / |
| 12 | | | / / | 26 | | | / / |
| 13 | | | / / | 27 | | | / / |
| 14 | | | / / | 28 | | | / / |

AS TRAMITAÇÕES DEVERÃO SER REGISTRADAS NO SIPAR
ANEXOS:

EM BRANCO

SOLICITAÇÃO DE ABERTURA DE PROCESSO

| | | | |
|------------------------------|---------------------------------------|----------------------|---------------------|
| Dados do Solicitante: | | | |
| 1.1 Unidade | DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL | | |
| 1.2 Órgão/Sigla: | DIRAD/DIDES | 1.3 Data: 31/05/2010 | 1.4 Solicitação nº: |

2. Solicitamos abertura de processo com as seguintes informações

| |
|--|
| Assunto: Publicação de Portaria nº 01, de 30 de agosto de 2010. |
| 2.2 Interessado: Diretoria de Desenvolvimento Setorial |

3. Reservado ao protocolo:

| | |
|---------------|-------------|
| 3.1 Assunto: | |
| 3.2 Natureza: | 3.3 Código: |

Monique Antunes

Monique Antunes Barreira
Técnico Administrativo
1500569

DIDES

PORTARIA Nº 01, DE 30 DE AGOSTO DE 2010.

O Diretor de Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, no uso da atribuição que lhe confere o artigo 77, I, "b" e considerando o disposto no artigo 85, II, todos da Resolução Normativa nº 197, de 16 de julho de 2009 e suas alterações posteriores, resolve:

Art. 1º Constituir, no âmbito da Diretoria de Desenvolvimento Setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, o Grupo Técnico de Trabalho com as seguintes atribuições:

I - análise dos fundamentos técnicos e jurídicos para valoração dos procedimentos constantes da TUNEP - Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos, instituída pelo § 1º do art. 32 da Lei 9.656, de 1998, e regulamentada pela RDC nº 17, de 2000 e suas alterações posteriores;

II - análise da possibilidade de desenvolvimento de novos conceitos e fundamentos técnicos e jurídicos para alteração dos valores constantes na TUNEP;

III - proposta de nova resolução regulamentando a TUNEP, baseada nos estudos desenvolvidos a partir da criação deste Grupo de Trabalho.

Art. 2º. O Grupo Técnico previsto no artigo anterior será composto pelos servidores Melissa Silva Menezes, matrícula SIAPE nº 1578360, Vivian de Campos Souto, matrícula SIAPE nº 1793683, Teófilo José Machado Rodrigues, matrícula SIAPE nº 648120 e Flávio Cardoso Rezende, matrícula SIAPE nº 1512635, sob coordenação da primeira.

Art 3º. O Grupo Técnico poderá convidar representantes dos diversos setores relacionados aos temas para participar de reuniões.

Art. 4º. O Grupo Técnico funcionará a partir da data de publicação desta Portaria pelo prazo de 45 (quarenta e cinco) dias, podendo ser prorrogado conforme necessidade.

Art. 5º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.


MAURICIO CESCHIN
Diretor de Desenvolvimento Setorial 

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
DIDES/GGSUS
Protocolo n.º 33902.093226/2010-11
Data Registro : 01/06/2010
Hora Registro : 11:30
Assinatura: Danielle

NT 008/2010/GEAR/DIDES/ANS

[Handwritten signature]
DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL - DIDES
GERÊNCIA GERAL DE INTEGRAÇÃO COM O SUS - GGSUS
02/06/2010

mal de
rentar



DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL - DIDES

GERÊNCIA GERAL DE INTEGRAÇÃO COM O SUS - GGSUS

NOTA TÉCNICA Nº 008/2010/GEAR/DIDES/ANS

Assunto: Criação de um Grupo de Trabalho multidisciplinar para elaboração de nova proposta de definição da TUNEP

Prezado(a) Senhor(a),

Em referência a NT nº 153/2010/GGSUS/DIDES/MS, de 24 de abril de 2010, apresento minha concordância quanto a criação de um Grupo de Trabalho multidisciplinar para elaboração de nova proposta de definição da TUNEP.

Não obstante o encaminhamento da constituição de novo grupo de trabalho com integrantes distintos do anterior (item 8.2), considero imprescindível a participação dos servidores Jheronimo Rodrigues e Melissa Menezes, os quais já fizeram parte do grupo anterior, tendo em vista seus conhecimentos acumulados sobre o tema, bem como o histórico das análises e argumentações anteriores. Indico ainda o servidor Teófilo Rodrigues, como membro do grupo, com formação na área de saúde e o servidor Flávio Rezende, como partícipe, com formação em Direito.

No que se refere ao questionamento, quanto a expectativa gerencial sobre a linha a ser seguida, reafirmo o já ponderado pelo Diretor de Desenvolvimento Setorial, quando da apresentação da proposta de nova metodologia para valoração da TUNEP, pela servidora Melissa Menezes, bem como em outras ocasiões, em que externou que deveria promover novo estudo vislumbrando simplificar a metodologia, tendo inclusive apontado sobre a possibilidade de criação de índice único de valoração, baseado em premissas técnicas.

Creio razoável, que seja ponderado também a respeito do custo administrativo operacional decorrente das análises de processos administrativos decorrentes do Ressarcimento ao SUS, assim como, uma reavaliação a despeito da

[Handwritten signature]



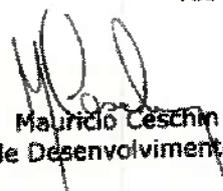
utilização de bases que sirvam efetivamente de fonte confiáveis de dados, além de minimamente duráveis.

Diante o exposto, solicito apreciação do Diretor de Desenvolvimento Setorial quanto ao aqui proposto, bem como encaminhamento anexo minuta de Portaria para constituição do referido grupo de trabalho, cujo prazo de funcionamento levou em conta o consignado no Planejamento Estratégico da DIDES.

Rio de Janeiro, 01 de junho de 2010.


Lenise Barcellos de Mello Secchin
Gerente de Ressarcimento ao SUS

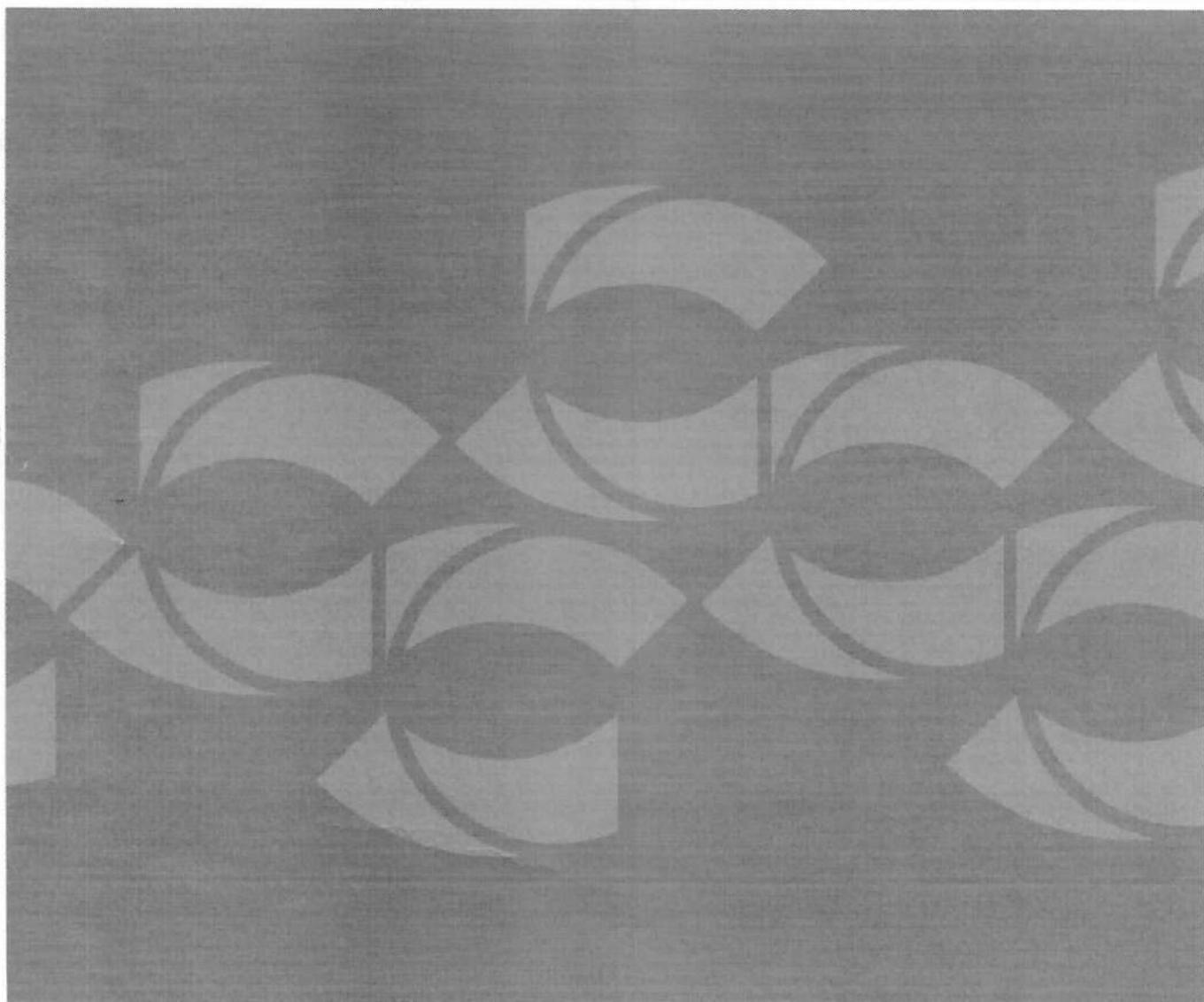
Rio de Janeiro, 01 de junho de 2010.


Maurício Ceschin
Diretor de Desenvolvimento Setorial

ASSNT/DIDES
05
E

BOLETIM DE SERVIÇO

ANO 10 - Nº 63 - RIO DE JANEIRO 30/08/2010



AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
Unidade : Assessoria Normativa - ASSNT/DIDES

TERMO DE JUNTADA POR ANEXAÇÃO

Em 07/10/2010, atendendo ao despacho da Assessora da Presidência às fl. 05, faço anexar ao presente processo de nº .33902.213337/2010-51, o processo n.º 33902.213341/2010-19.

Servidor

Angélica V. M. de A. Du R. Carvalho
Assessora
Assessoria
Mat. SIAPE nº 1753732

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS
Protocolo nº 33902.236581/2010-91
Data: 11/10/2010 Hora: 10:22
Assinatura: *[assinatura]*

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar



NOTA TÉCNICA nº 537/2010/GERES/GGSUS/DIDES/MS

Assunto: Prorrogação do prazo para Grupo Técnico de Trabalho

Destino: GERES

Prezada Gerente,

Esta nota técnica tem como finalidade justificar a necessidade de prorrogação do prazo concedido ao grupo técnico instituído através da portaria nº 01 da DIDES, de 30 de agosto de 2010.

O prazo outorgado foi de 45 dias, contados a partir da data de publicação da portaria. A data final, portanto, se dará no dia 14 de outubro de 2010.

Neste período, foram realizadas 4 reuniões do grupo, ou seja, 1 por semana, o que viabilizou o levantamento de possibilidades e a consolidação das propostas consideradas viáveis, diante do prazo estipulado.

No entanto, o grupo precisa ainda reunir suas considerações em um relatório, submetê-lo à chefia para, em seguida, confeccionar proposta de nova resolução regulamentando a TUNEP, conforme determina a referida portaria.

Destarte, diante da importância e complexidade do objeto, solicito que se renove o prazo por igual período.

À consideração superior.

Rio de Janeiro, 11 de outubro de 2010,

[assinatura]
Melissa Menezes
Especialista em Regulação
Coordenadora do Grupo Técnico
Mat. SIAPE 1578360

De acordo em 13/10 2010,

encaminhe-se à ASSNT/DIDES para providências,

[assinatura]
LENISE BARCELLOS DE MELLO SECCHIN
Gerente de Ressarcimento ao SUS

[assinatura]
Flávia Cristina Cordelro Blesbueck
Gerente de Ressarcimento ao SUS
Substituta
Mat. SIAPE nº 1613786



DIDES

PORTARIA Nº 03, DE 14 DE Outubro DE 2010.

O Diretor de Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, no uso da atribuição que lhe confere o artigo 77, I, "b" e considerando o disposto no artigo 85, II, todos da Resolução Normativa nº 197, de 16 de julho de 2009 e suas alterações posteriores, resolve:

Art. 1º Prorrogar em 45 (trinta) dias, no âmbito da Diretoria de Desenvolvimento Setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, o prazo para o Grupo Técnico de Trabalho referente à TUNEP.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.


MAURICIO CESCHIN
Diretor de Desenvolvimento Setorial

BOLETIM DE SERVIÇO

ANO 10 - Nº 76 - RIO DE JANEIRO 15/10/2010



**BOLETIM
DE SERVIÇOS**

**ANO 10 - Nº76
RIO DE JANEIRO
15/10/2010**

**Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84, Glória
CEP: 20021-040, Rio de Janeiro/RJ**





Agência Nacional de Saúde Suplementar

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DE PRODUTOS

DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DAS OPERADORAS

DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO

DIRETORIA DE GESTÃO



ÍNDICE

| | | |
|---|---|---|
| PRESI | 6 | |
| PORTARIA nº 3.972 DE 28 DE SETEMBRO DE 2010 | | 6 |
| DIDES | 8 | |
| PORTARIA Nº 03, DE 14 DE OUTUBRO DE 2010. | | 8 |



PRESI

PORTARIA nº 3.972 DE 28 DE SETEMBRO DE 2010

Cria a Comissão de Atualização e Divulgação da Legislação da Saúde Suplementar.

A DIRETORIA COLEGIADA DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS, no uso de suas atribuições previstas no inciso IV do art. 86 da RN nº 197 de 16 de julho de 2009, tendo aprovado a criação da Comissão de Atualização e Divulgação da Legislação da Saúde Suplementar, deliberada na 270ª Reunião Ordinária de Diretoria Colegiada, de 13 de setembro de 2010, resolve editar a presente Portaria e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação, para os seguintes fins:

Art. 1º Criar a Comissão de Atualização e Divulgação da Legislação da Saúde Suplementar, para tratar do aperfeiçoamento, da atualização e da disponibilização dos normativos referentes à saúde suplementar, com as finalidades abaixo indicadas, sem prejuízo de outras que possam ser determinadas pela Diretoria Colegiada:

I - elaborar projeto e efetivar a atualização da legislação da saúde suplementar;

II - efetuar estudos e elaborar projeto visando a disponibilização da legislação e dos atos administrativos pertinentes, na intrans e no sítio da Agência Nacional de Saúde Suplementar, conforme o caso, bem como ferramentas de pesquisa; e

III - apresentar estudos e propostas acerca da revisão do processo de edição normativa no âmbito da ANS.

Art. 2º Designar os servidores abaixo relacionados para comporem a Comissão de Atualização e Divulgação da Legislação da Saúde Suplementar:

Bruno Sobral de Carvalho - Secretaria-Geral - SEGER;

Lucila Carvalho Medeiros da Rocha - Procuradoria Federal junto à ANS - PROGE;

Stael Christian Riani Freire - Ouvidoria - OUVID;

Denise Jane Vieira Domingos Amorim da Silva - Coordenadoria de Documentação e Biblioteca - CODOB;

Luiz Ricardo Trindade Bacellar - Gerência-Geral de Acompanhamento das Operadoras e Mercado - GGAME;

Pedro Henriques Leal - Diretoria de Fiscalização - DIFIS;

Adriana Suzano de Camargo Castro - Assessoria Especial da PROGE - ASSEP;

Gustavo Junqueira Campos - Gerência de Consultoria Normativa - GECOS; e

Pedro da Silveira Villela - GECOS;

Angélica Villa Nova de Avellar du Rocher Carvalho - PRESI.

§ 1º A coordenação dos trabalhos será exercida:

I - pela PROGE, no que diz respeito à matéria de natureza jurídica;

II - pela SEGER, no que diz respeito aos assuntos de natureza administrativa e logística.

§ 2º Os serviços de arquitetura de informação da web serão prestados pelo funcionário terceirizado Luiz Felipe Freitas Lavor.



Art. 3º Os resultados dos trabalhos deverão ser apresentados à Diretoria Colegiada na periodicidade que vier por esta a ser determinada.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente



DIDES

PORTARIA Nº 03, DE 14 DE OUTUBRO DE 2010.

O Diretor de Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, no uso da atribuição que lhe confere o artigo 77, I, “b” e considerando o disposto no artigo 85, II, todos da Resolução Normativa nº 197, de 16 de julho de 2009 e suas alterações posteriores, resolve:

Art 1º Prorrogar em 45 (quarenta e cinco) dias, no âmbito da Diretoria de Desenvolvimento Setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, o prazo para o Grupo Técnico de Trabalho referente à TUNEP.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MAURICIO CESCHIN
Diretor de Desenvolvimento Setorial



Propostas de Nova Metodologia de Valoração do Ressarcimento ao SUS

SUMÁRIO EXECUTIVO

Trata-se de sumário executivo que visa expor de maneira sintética o conteúdo do estudo desenvolvido pelo Grupo Técnico de Trabalho - TUNEP, o qual teve como escopo avaliar novas metodologias para a valoração do Ressarcimento ao SUS.

O grupo partiu de duas premissas. A primeira é de simplificar a tabela hoje existente com a criação de um índice único para aplicar ao valor SUS; e a segunda premissa era buscar uma metodologia transparente e fundamentada tecnicamente, e não arbitrária, para justificar a diferença dos valores cobrados.

A partir dessas balizas norteadoras, o grupo construiu quatro novas metodologias que resumimos abaixo.

A *primeira* metodologia tem como proposta estipular o valor do ressarcimento ao SUS com o valor igual aquele cobrado pelo SUS. Isto é, com índice igual a 1. Seus pontos positivos são: maior transparência quanto aos métodos utilizados pela Agência para aferição do valor a ser ressarcido; expectativa de diminuição das demandas judiciais em virtude de cobrar o exato valor gasto pelo SUS, e conseqüentemente, uma indução a um maior volume no pagamento das cobranças.

Já os pontos negativos desta metodologia são: por ser o valor igual aquele cobrado pelo SUS, as operadoras podem ficar estimuladas a descumprir seus contratos "induzindo" seus clientes para a rede do SUS. Além disso, poderão pleitear em juízo a utilização desse índice em face de todas as demandas e ABI anteriores.

A *segunda* metodologia criada pelo grupo tem como proposta a utilização de um índice único que reflita os custos administrativos do ressarcimento ao SUS. Um índice que de fato reflita o esforço administrativo da ANS, em especial das GGSUS/GERES, em efetuar o ressarcimento. Esse esforço deve ser entendido como aquele que vai desde a geração do ABI até o efetivo recolhimento dos valores arrecadados à conta única da União. Em um cálculo aproximado encontramos o índice de 1,90.

O maior trunfo desta proposta é que os valores a serem coletados para a formação do índice de valoração ficarão circunscritos aos limites desta Agência. Sendo os dados internos, muitas são as vantagens: levantamento; apuração; estruturação, formação e alimentação de um banco de dados; concepção e implementação de programas de informática para estruturação digital dos centros de custos; disponibilidade da informação, e etc.

Outrossim, cabe também observar que a proposta em tela tem pontos fracos que precisam ser levados em consideração, quais sejam: o novo índice exporia a críticas os dispêndios da ANS. No mesmo diapasão, podemos afirmar que ao utilizarmos esse parâmetro para confecção do índice baseado no custo operacional do Ressarcimento ao SUS dúvidas podem surgir quanto à legalidade do ato, já que a Lei orçamentária repassa os valores necessários a manutenção das atividades ordinárias da ANS, da qual o ressarcimento ao SUS faz parte. Queremos alertar que 'podem' surgir um número maior de demandas judiciais questionando a legalidade, mas isso não significa que o índice seja ilegal.



A *terceira* metodologia proposta é baseada nos gastos em saúde pública informado pelo SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Consideramos a base de dados do SIOPS, pois, é fato que o valor da tabela SUS, que dá origem à TUNEP, representa apenas uma parte de todos os gastos públicos relacionados aos atendimentos identificados. Os valores da tabela SIH/SUS não refletem as despesas administrativas, despesas com investimentos, formação de pessoal, e outras despesas que compõem o custo de forma indireta dos atendimentos prestados. Segundo esta opção de metodologia, chegou-se a um índice de 1,5.

O ponto positivo desta metodologia é a transparência, já que a mesma é baseada em dados oficiais do Ministério da Saúde. Outra vantagem a ser considerada é que o cálculo não leva em conta apenas os gastos assistenciais, mas também outros gastos diretos e indiretos envolvidos no atendimento, assim como o faz o mercado de assistência à saúde (prestadores e operadoras). Não obstante, há que se levar em conta que a utilização de um índice a ser aplicado sobre a tabela SUS apresenta o seguinte benefício: compensar a existência de determinados acréscimos de pagamentos sobre o valor das AIHs que ocorrem em função de inúmeras e complexas variáveis, tais como nível hospitalar (hospitais de referência), tipo de complexidade do atendimento, atendimento de urgência e emergência, etc.

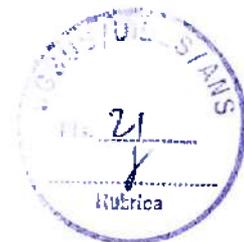
O ponto negativo está associado à forma de preenchimento dos dados no SIOPS que é de responsabilidade de cada ente – união, estados e municípios. Ademais, há o problema da padronização de preenchimento e a demasiada abrangência das categorias de despesa no SIOPS, fazendo com o que o conteúdo preenchido possa variar entre diferentes estados e municípios.

A *quarta* e última metodologia estudada é aquela baseada nos balanços contábeis das operadoras de planos de saúde privados. A utilização do sistema de custo das operadoras se justifica pelo fato de que, sendo inexecutável quantificar, em tempo hábil, o valor praticado em média pelo mercado, os custos administrativos e os assistenciais das operadoras ofereceriam uma aproximação. Para esta metodologia, encontramos um índice de 1,2.

O ponto positivo seria a disponibilidade desta informação na ANS, posto que a Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras – DIOPE faz esta mensuração anualmente. O lado negativo seria a dependência de dados informados pelas próprias operadoras e o fato de que a lógica de mercado (lucro) não se equipara à lógica de funcionamento do SUS (abrangência da assistência à saúde).

Apresentadas as quatro propostas, concluímos com a sugestão de que o novo índice, independente de qual for o adotado, seja aplicado a partir das competências do ano de 2008, de forma a aproveitar a alteração que será feita no cruzamento das bases de dados em função da consolidação ocorrida nas tabelas utilizadas pelo SUS neste ano.

Por fim, no tocante a nomenclatura TUNEP, cabe ressaltar, qualquer que seja a metodologia aplicada, não estaremos mais diante de uma Tabela Nacional de Equivalência de Procedimentos, mas sim, de um ÍNDICE de ressarcimento ao SUS. Dessa forma, será de bom alvitre a alteração do nome, salvo se houver melhor justificativa para que se mantenha o atual.



Valoração do Ressarcimento ao SUS: Proposta de Nova Metodologia

Gerência de Ressarcimento ao SUS
Gerência-Geral de Ressarcimento ao SUS
DIDES – Diretoria de Desenvolvimento Setorial

Outubro de 2010

EM BRANCO



Diretoria de Desenvolvimento Setorial

Leandro Reis Tavares

Diretor Interino

Luciana Silveira

Diretora Adjunta

Lenise Secchin

Gerente-Geral de Ressarcimento ao SUS

Flávia Biesbroeck

Gerente de Ressarcimento ao SUS

Produção: Grupo Técnico do Estudo da Nova Metodologia da TUNEP (Portaria DIDES 01/2010)

Integrantes:

Marcus Vinicius Leitão Lins _____

Melissa Silva Menezes _____

Teófilo José Machado Rodrigues _____

Vivian de Campos Souto _____

Colaboradores:

Flávia Biesbroeck

Frederico Noritomi

João Barroca

Lenise Secchin

EM BRANCO



ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| I – Introdução..... | 4 |
| II – Justificativas para a mudança da TUNEP..... | 8 |
| III – Objetivos do Grupo Técnico..... | 9 |
| IV – Propostas analisadas..... | 10 |
| V – Conclusão..... | 29 |
| VI – Referência Bibliográfica..... | 30 |
| VII – Anexos..... | 32 |

EM BRANCO



1. Introdução:

O ressarcimento ao SUS é regulamentado pelo artigo 32 da Lei 9656/98, que diz em seu *caput*: "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."

Este mesmo artigo da lei, em seu parágrafo 8º, diz que: "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".

Para cumprimento desta determinação legal, foi criada a Tabela Nacional de Equivalência de Procedimentos - TUNEP, aprovada pela CONSU Nº 23, 21 de outubro de 1999. Em 30 de março de 2000 a ANS publica a RDC 17, que determina que "a TUNEP terá como finalidade única o ressarcimento, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, dos atendimentos prestados a seus beneficiários pelas entidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS, sendo vedada sua utilização para outros fins". Esta TUNEP não sofreu alteração até setembro de 2002.

A partir deste período foram publicadas as seguintes Resoluções Normativas:

- RN 12, 06/09/2002;
- RN 13, 26/09/2002 (revoga a RN 12);
- RN 15, 30/10/2002;
- RN 23, 27/12/2002 (altera a RN 15);
- RN 31, 04/04/2003 (DOU 07/04/2003);
- RN 43, 17/07/2003 (DOU 18/07/03);

EM BRANCO



RN 84, 05/11/2004 (DOU 08/11/2004).

RN 92, 16/03/2005;

RN 110, 08/09/2005;

RN 120, 08/12/2005;

RN 131, 07/06/2006;

RN 177, 04/11/2008;

Cada uma destas resoluções está associada aos seguintes Avisos de Beneficiários Identificados – ABI:

Quadro 1 – Resoluções e respectivos ABI

| | |
|--------|-----------------------------|
| RDC 17 | 1º ao 6º ABI |
| RN 23 | 7º ao 9º ABI |
| RN 31 | 10º, 11º, 12º, 15º, 17º ABI |
| RN 84 | 13º e 14º ABI |
| RN 92 | 16º ABI |
| RN 110 | 18º e 19º ABI |
| RN 120 | 20º e 21º ABI |
| RN 131 | 22º ABI |
| RN 177 | 23º ABI |
| RN 220 | 24º ABI |

A publicação da RN 43 promoveu a possibilidade de atualização constante da TUNEP, tendo em vista suas disposições:

"art. 1º a atualização do elenco de procedimentos da TUNEP será sempre realizada simultaneamente à atualização da Tabela de procedimentos do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde-SIH/SUS, com a finalidade de manter a correspondência entre essas duas tabelas".

Esta atualização impede que sejam liberados ABI com valores inferiores aos praticados pelo SUS.

EM BRANCO



Os valores iniciais da TUNEP foram calculados a partir dos seguintes fatores:

- "a) Honorários médicos foram "tomados" do mercado a partir da tabela dotada pelo Comitê Integrado de Entidades Fechadas de Assistência (CIEFAS), associação representante de parcela do segmento de autogestões. Pressupõe codificação e valoração construídas e aprimoradas a partir da tabela da Associação Médica Brasileira (AMB-92);*
- b) Valores de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) foram inicialmente estimados, automática e proporcionalmente, frente aos honorários médicos acima descritos, mediante percentuais globais observados em estatísticas de autogestões coletadas no momento inicial dos estudos de implantação;*
- c) Valores de diárias calculados mediante tabela hospitalar de referência aleatoriamente escolhida, sendo utilizada a tabela dos hospitais privados do Rio de Janeiro, proporcionados segundo a média de permanência hospitalar projetada para o procedimento;*
- d) Valores e taxas de salas cirúrgicas e de recuperação projetados automaticamente mediante os valores previstos na mesma tabela escolhida para as diárias;*
- e) Valores de taxas diversas estimados proporcionalmente mediante o valor atribuído final de taxas e diárias acima descritos, mantendo uma proporção lógica global ao efetivamente observado em algumas autogestões;*

EM BRANCO



f) Valores de materiais e medicamentos estimados automática e proporcionalmente, nas mesmas bases percentuais às adotadas pela tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS).” (SCATENA, 2004, pp. 46-47)

A TUNEP sofreu algumas alterações, a partir de modificações na tabela do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). A partir da comparação entre a Tabela TUNEP e a Tabela SIH/SUS, verifica-se os procedimentos que foram incluídos e/ou excluídos da Tabela SIH/SUS.

Para os procedimentos incluídos, acrescenta-se estes na Tabela TUNEP, com a aplicação do fator de correção de 1,75, exceto os medicamentos, órteses e próteses, incluídos com os valores praticados pelo Sistema Único de Saúde.

A maior dificuldade encontrada na definição do valor a ser ressarcido diz respeito ao limite superior estabelecido pela lei, que deve ser aquele praticado pelas operadoras. Quando da formulação da primeira versão da TUNEP, tentou-se recolher informação a respeito dos valores faturados no mercado, entretanto apenas algumas operadoras responderam ao solicitado. Ademais, não há uma padronização entre as tabelas praticadas pelas operadoras, sendo também distinto o padrão da tabela SIH/SUS. Assim, a alternativa de aferir o valor de mercado mostra-se demasiadamente complexa e demorada, pois exigiria o recolhimento e organização de grande volume de informações, além de um trabalho delicado de estabelecer compatibilidade entre as tabelas.

Com o objetivo de analisar a possibilidade de desenvolvimento de novos conceitos e fundamentos técnicos e jurídicos para alteração dos valores constantes na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos, foi criado pela Portaria nº 2, de 05 de agosto de 2008, da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, o Grupo Técnico de Trabalho. A metodologia estudada foi baseada na apuração dos gastos em saúde de Estados e Municípios, tendo como fonte de informações o Sistema de Informações sobre

EM



Orçamento Público em Saúde - SIOPS. Foi sugerida a criação de uma Tabela de Valoração do Ressarcimento, que fosse calculada a partir da multiplicação de um índice da relação de gastos que influenciam na assistência médica pelo valor da AIH, refletindo o total de gastos ocorridos no atendimento aos beneficiários de planos de saúde no SUS.

Diante da necessidade e conveniência de trazer mais simplicidade a este índice, foi instituído novo Grupo Técnico de Trabalho, através da Portaria da DIDES nº 01, de 30 de agosto de 2010, cujas análises serão aqui relatadas. O Grupo, após diversas discussões, decidiu avaliar o custo e o benefício de 4 (quatro) propostas consideradas pertinentes. No item 4 elas serão detalhadas. Antes, apresenta-se uma pequena justificativa para a alteração da atual TUNEP e os objetivos a que se propôs o GT.

2. Justificativas para a mudança da TUNEP:

A Tabela TUNEP ao longo do tempo vem sofrendo um número muito grande de contestações administrativas e jurídicas, questionando-se a metodologia aplicada para o cálculo e os valores aplicados, sob a alegação de que são maiores que os valores pagos pelas operadoras a seus prestadores, sem haver, entretanto, a apresentação contundente de provas para esta alegação.

Existe também a questão do reajuste da TUNEP, pois no momento vem ocorrendo apenas uma atualização dos valores da referida tabela, a partir de reajustes na Tabela do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), inclusão e/ou exclusão de procedimentos. Estes reajustes vêm reduzindo gradualmente os valores cobrados pela TUNEP, uma vez que, à medida que os valores da tabela SUS são aumentados, muitas vezes eles acabam ultrapassando o valor da TUNEP, e assim na próxima publicação da TUNEP estes valores simplesmente são equiparados aos valores praticados pelo SUS. Como se vê nas tabelas abaixo, a média da proporção entre os

EM BRANCO

valores dos procedimentos listados nas tabelas TUNEP e os valores da tabela SIH/SUS se reduziu na última atualização da tabela, bem como a média dos valores na tabela TUNEP vem diminuindo.

Tabela 1 – Proporção entre valores da TUNEP e do SUS

| Proporção entre valor TUNEP e valor SUS = (vl. TUNEP/vl.SUS)*100 | 20° e 21° ABI RN 120 | 22° ABI RN 131 | 23° ABI RN 177 | 24° ABI RN 220 |
|--|-------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Procedimentos com 100% | 18,97% | 18,62% | 22,49% | 22,69% |
| Procedimentos entre 101% e 200% | 45,82% | 46,14% | 44,29% | 44,61% |
| Procedimentos entre 201% e 300% | 15,41% | 15,42% | 16,15% | 16,27% |
| Procedimentos entre 301% e 400% | 18,67% | 18,69% | 16,00% | 16,12% |
| Procedimentos de 401% a 499% | 0,93% | 0,94% | 0,91% | 0,17% |
| Procedimentos com 500% | 0,20% | 0,20% | 0,15% | 0,15% |
| Média | 205% | 206% | 197% | 165% |

Tabela 2 – Informações sintéticas das três últimas tabelas TUNEP

| Informações sobre as tabelas TUNEP - 20° ao 24° ABI | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Informações | 20° e 21° | 22° | 23° | 24° |
| Quantidade de procedimentos listados | 4601 | 4607 | 4811 | 4829 |
| Média dos valores da Tabela SUS | R\$ 1.674,12 | R\$ 1.664,55 | R\$ 1.673,09 | R\$ 1.672,43 |
| Média dos valores da Tabela TUNEP | R\$ 2.817,15 | R\$ 2.812,65 | R\$ 2.759,47 | R\$ 2.758,36 |

3. Objetivos do Grupo Técnico:

3.1. Objetivo Geral:

Estabelecer uma metodologia concisa e clara de cálculo dos valores de Ressarcimento ao SUS, de forma a dirimir as divergências e contestações existentes atualmente acerca da forma atual de cálculo.

EM BRANCO



3.2. Objetivos Específicos:

- Apontar as alternativas vislumbradas pelo GT à atual TUNEP;
- Apresentar as justificativas relacionadas a cada possibilidade aventada, avaliando prós e contras;
- Proporcionar embasamento para a decisão gerencial sobre a melhor proposta.

4. Propostas analisadas:

O grupo analisou quatro propostas de metodologia, todas pautadas na criação de um índice único, a ser aplicado sobre o valor da AIH/APAC. Sugere-se que ele seja denominado IVR – Índice de Valoração do Ressarcimento.

Como o intuito é apresentar um leque de opções possíveis dentro de uma razoabilidade administrativa, procuraremos estabelecer entre todas as propostas pontos positivos e negativos.

Proposta nº 1:

Cobrança do ressarcimento pelo valor exato pago pelo SUS, em cada AIH/APAC

A idéia central dessa proposta tem como fundamento a própria definição de ressarcimento, isto é, ressarcir, restituir, repor. O IVR, neste caso, seria igual a 1.

Não é função da ANS arrecadar valores para os hospitais públicos e privados ou mesmo para os gestores do SUS, mas tão somente regular o mercado de saúde suplementar cumprindo o disposto no art. 32 da Lei 9656/98 já explicitado acima.

EM BRANCO



Portanto, as operadoras devem ressarcir ao SUS as importâncias efetivamente despendidas no atendimento aos beneficiários de planos de saúde quando atendidos na rede SUS de acordo com a tabela respectiva, nos limites de cobertura assistencial e condições previstos nos respectivos contratos dos planos e seguros supra referidos.

a) Pontos Positivos:

A proposta de estabelecer como critério de aferição o próprio valor cobrado pelo SUS quando do atendimento na rede própria ou conveniada é o mais transparente de todos, pois, fica claro para todos os atores envolvidos no processo do ressarcimento a que se refere cada valor a ser ressarcido;

Ademais, esse critério atende aos ditames da lei: "os valores ressarcidos não podem ser menores que o gasto pelo SUS";

Além disso, seria esperada uma menor demanda judicial em face do Ressarcimento ao SUS, já que não haveria motivo de polêmica para questionamento dos valores cobrados às operadoras, pois eles representariam exatamente o gasto realizado pelo SUS com cada um dos beneficiários de planos de saúde atendidos na rede SUS;

Com regras mais simples ficaria a ANS isenta da acusação de estar prejudicando ou beneficiando qualquer um dos atores do sistema de saúde com uma tabela (a TUNEP) onde os parâmetros de construção nem sempre são muito claros ou feita sem uma base de cálculo válida. Isenta-se a ANS ao cobrar os valores descritos nas AIHs que são definidos com base em tabelas construídas pelo Ministério da Saúde;

Por ser menor o valor e representar o valor efetivamente gasto pelo SUS com o beneficiário do plano de saúde, é de se esperar maior volume de

EM BRANCO



pagamento do ressarcimento por parte das operadoras; o que diminuiria inclusive o número de impugnações. Insta ressaltar que foram mais de 40.000 impugnações do 1º ao 23º ABI, entre as AIHs já analisadas. Como existe um volume grande ainda a analisar, esse número será ainda maior.

Por fim, podemos citar que outra vantagem é que a ANS otimizará seus recursos humanos já que deixaria de usar o precioso tempo de seus funcionários com a construção da tabela TUNEP.

b) Pontos Negativos:

Um aspecto aparentemente desfavorável é que se não colocarmos um acréscimo no valor cobrado pelo SUS, esta medida pode ser entendida como um incentivo às operadoras a não cumprirem de maneira efetiva suas obrigações, já que geralmente os valores pagos pelo SUS são menores do que aqueles praticados pela iniciativa privada. Sendo assim, politicamente, a medida pode ser entendida como favorecimento às operadoras.

No que tange os aspectos legais, as operadoras podem pleitear judicialmente a aplicação dessa medida para todos os ABI anteriores, aumentando a demanda jurídica da Agência.

Proposta nº 2:

Criação de índice baseado no custo de operacionalização do Ressarcimento ao SUS

Uma das propostas para uma "nova TUNEP" é a utilização de um índice único que reflita os custos administrativos do ressarcimento ao SUS. Um índice que de fato represente o esforço administrativo da ANS, em especial das GGSUS/GERES, em efetuar o ressarcimento. Esse esforço deve ser entendido

EM BRANCO



como aquele que vai desde a geração do ABI até o efetivo recolhimento dos valores arrecadados à conta única da União.

Quando se fala desta proposta trata-se de abordar o tema sistema contábil de custeio. Cabendo, assim, a esse sistema de custeio apurar todos os custos envolvidos e, a partir dos mesmos, calcular tal índice, e ainda fundamenta-lo.

O sistema de custeio deve ser assentado sobre as modernas práticas de apuração de custos, critérios de apropriação, e técnicas de rateio. E, ainda, consolidado num banco de dados consistente e homogêneo, para a geração confiável do índice e, principalmente, para a fundamentação metodológica e técnica do mesmo.

Adotar um índice calcado sobre os custos administrativos do esforço de ressarcimento ao SUS exige uma primeira tentativa de aproximação, a qual utilizou-se das seguintes categorias de despesas: pessoal, energia elétrica, telefones, condomínio, copa, serviço de limpeza, contrato com os correios, diárias, passagens, manutenção e conservação de máquinas e equipamentos, assinatura de periódicos e anuidades, serviço de impressoras, fábrica de *software*, e licença e manutenção e licença de *software* (Anexo 1). Os dados utilizados foram do período de janeiro a agosto do corrente ano, disponibilizados pela Gerência de Finanças (GEFIN). No tocante aos valores arrecadados foram utilizados, para o mesmo período de referência, os dados extraídos do "Relatório de Conferência do Extrato de Cobrança - RSU" do SCI. A razão utilizada foi:

$$\text{IVR} = 1 + \frac{\text{Despesas do Centro de Custos GGSUS}}{\text{Valores Arrecadados de Ressarcimento ao SUS (SCI)}}$$

Em valores encontrou-se:

UNICO



$$\text{IVR} = 1 + \frac{4.206.333,31}{4.865.623,73} = 1,9$$

Um dado importante acerca dos **custos do Ressarcimento** (GGSUS e GERES) é apresentado no Relatório de Gestão de 2009, o qual informa que tal custo foi de R\$ 3.292.522,58 em 2009 e R\$ 2.132.769,48 em 2008, uma média no biênio de R\$ 2.712.646,03. Todavia, os dados apurados até agosto deste ano, segundo a Gerência de Finanças e aqui utilizados, representam R\$ 4.206.333,31 em custos do Ressarcimento.

Após essa breve explanação sobre a proposta de índice único através custo operacional do Ressarcimento ao SUS, vejamos agora seus pontos positivos e negativos, seus prós e contras, vantagens e desvantagens.

a) Pontos Positivos:

Primeiro, auxiliaria na adequação da ANS às mudanças apontadas pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), através da Secretaria do Tesouro Nacional (STN). A STN já implementou, desde 2007, o registro das despesas por centro de custos no Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI). O que corrobora a proposta ora avaliada, porque a implementação de centros de custos é uma etapa prévia e fundamental para se apurar um índice que reflita os custos administrativos do ressarcimento ao SUS.

Em segundo lugar, o centro de custos é uma ferramenta fundamental de gestão. A moderna Administração Pública Gerencial preconiza a racionalização e o controle de custo, tendo a MPOG (STN) anunciado para breve a implantação e utilização obrigatória do Sistema de Informação de Custos do Governo Federal, em TI, para utilização obrigatória de todas as Unidades Gestoras de recursos federais. O novo sistema será um marco dentro da Administração Pública federal. Tudo isso deixa claro que um índice que reflita

EM BRANCO



os custos administrativos do ressarcimento ao SUS seria uma ferramenta, dentre as várias possíveis, decorrente da utilização do centro de custos para gestão dos recursos da ANS; possibilidade que extrapola o escopo desse Grupo de Trabalho. Nunca é demais ressaltar que a lógica do centro de custos é identificar qual área ou setor gerou determinada despesa ou consumo, seja uma despesa de custeio, de investimento, ou contratação de um serviço. E dessa forma, o centro de custo, resumidamente, teria como vantagem facilitar o planejamento e a gestão de recursos, a logística (de aquisições, estocagem, reposição de estoques) e o controle.

Um terceiro ponto, vale destacar, é o fato da construção de um índice que reflita os custos administrativos do ressarcimento ao SUS ser o fruto de uma tarefa muito mais ampla, de caráter contábil-gerencial, a qual permitiria iniciar um correto dimensionamento, quantitativo e qualitativo, dos custos do ressarcimento ao SUS/análise das AIHs, na ANS, e de cada elemento de dispêndio que o compõe. Para isso, faz-se necessário um levantamento mínimo, de três exercícios financeiros pretéritos e criação de uma base de dados para o registro dos dispêndios nos exercícios futuros.

O quarto ponto ressaltado trata da possibilidade de não só gerar um substituto para a TUNEP atual. Trata-se de algo novo, que vai substituir a TUNEP, a qual é uma tabela com uma metodologia muito própria e fundamentação frágil, pois foi calculada com base nas autogestões do RJ. Irá além de um novo índice, pois poderá calcular indicadores diversos, os quais serão ferramentas gerenciais de gestão contábil e financeira, ao nível da ANS.

Não obstante, focando na GGSUS/GERES, o levantamento desse centro de custos possibilitaria, a partir da apuração do custo dessa Gerência, isto é, da apuração do custo do esforço em prol do ressarcimento, confrontar o mesmo com uma série de variáveis relevantes, tais como: valor monetário de um ABI; valor de cobranças emitidas em um período determinado; valor dos parcelamentos concedidos em um período selecionado; valores pagos pelas operadoras a título de ressarcimento ao SUS, valores inscritos em Dívida Ativa e CADIN, etc.

EM BRANCO



Como quinto ponto favorável está a utilização de dados internos da ANS. Dados orçamentários, extra-orçamentários, de dispêndios e ingressos, e das variáveis numerárias, quantitativas e qualitativas específicas da GGSUS/GERES. Sendo os dados internos, muitas são as vantagens: levantamento; apuração; estruturação, formação e alimentação de um banco de dados; concepção e implementação de programas de informática para estruturação digital dos centros de custos; disponibilidade da informação, e etc.

Por fim, a transparência poderá ser implementada na "nova TUNEP", buscando vencer as fragilidades do atual método de reajuste das AIHs; superar algumas das críticas à atual TUNEP: ausência de uma metodologia clara, ausência dos dados e fundamentos técnicos e conceituais formalizados para acesso intra e extra ANS, falta de clareza e de transparência para os agentes internos e externo da ANS.

Tendo em vista as vantagens expostas acerca da proposta de criar um índice único de reajuste das AIHs identificadas, baseado nos custos administrativos das atividades típicas do ressarcimento, faz-se necessária uma reflexão que sirva de contra-ponto ampliando a visão do tema abordado explorando os pontos negativos, desvantagens, os óbices, e os riscos atinentes a tal proposição.

b) Pontos Negativos:

Primeiramente, as despesas registradas por centro de custos, ou seja, apontando qual área ou setor beneficiou-se do dispêndio, tiveram sua implantação na ANS iniciada em 2007¹. Todavia, os centros de custos não estão implementados efetivamente, apesar de estarem mapeados e estruturados tecnicamente². A título de exemplo tem-se que os gastos com Tecnologia de Informação (TI) estão alocados ao centro de custos

¹ Conforme o Relatório de Gestão 2009, página 144.

² Conforme o Relatório de Gestão 2009, página 144 a 145.

EM BRANCO



“SEAF/PRESI”, todavia a TI é uma ferramenta de suporte de toda atividade da GGSUS/GERES, usada intensivamente nos setores de Análise, Recolhimento e Arquivo e Protocolo; é componente de custo direto, a ser apropriado (registrado) após a adoção de um critério de rateio, ainda não implementado, mas apenas identificados³. Além disso, os dados disponíveis para os anos de 2007 a 2009 mostram variações muito expressivas.⁴

Em segundo lugar, as despesas apropriadas (registradas) por centro de custos e divulgadas no Relatório de Gestão estão restritas às despesas orçamentárias executadas vias SIAFI. E não incluem as despesas com pessoal e encargos patronais, as quais são um dos principais componentes do custo direto da GGSUS/GERES. Essas estão registradas no SIAPE. Ainda no aspecto das despesas com pessoal observa-se forte variação entre os anos de 2007 a 2009.⁵ O mesmo se repete em relação ao quantitativo de pessoal classificado por tipo de vínculo (permanentes, comissionados, temporários).⁶

Terceiro ponto: não há um sistema de custeio, por centro de custos totalmente implementado, testado e avaliado. Todavia; a GEFIN possui uma metodologia definida, critérios de rateio de custos, critérios de apropriação de custos, e marco conceitual, o qual deverá atender tanto as exigências da MPOG/STN para a execução das despesas orçamentárias no SIAFI, quanto à boa técnica de gerenciamento de custos. E será determinante a adequação do que hoje existe a cerca de centro de custos na ANS ao Sistema de Informação de Custos do Governo Federal, implantado em 2010.⁷

E ainda, cabe ressaltar que a atividade de ressarcimento ao SUS ultrapassa o centro de custos GGSUS. A assessoria normativa da ANS realiza uma série de tarefas administrativas que se agregam ao que poderia ser chamado de fluxo de processo do ressarcimento ao SUS. O mesmo raciocínio se aplica ao trabalho da Diretoria Colegiada quando procede a deliberação e

³ Conforme o Relatório de Gestão 2009, página 144.

⁴ O Relatório de Gestão 2009, página 63, tabela de “Evolução dos Gastos Gerais”, item 3.3, apresenta os seguintes gastos com TI: R\$25.388.684,48 (2009), R\$ 4.822.763,12 (2008), e R\$ 6.353.478,32 (2007).

⁵ Valores registrados nos Relatórios de Gestão de 2007, 2008 e 2009.

⁶ Ver o Relatório de Gestão 2009, página 178, quadro 1: “Total do quadro de pessoal da ANS” dados de 2000 a 2009

⁷ Conforme o Relatório de Gestão 2009, página 145.

EM FRANCO



juízo dos recursos administrativos de 2ª instância. Apenas a título de uma aproximação, uma avaliação superficial dos custos diretos das GGSUS envolveria as seguintes categorias de despesas: servidores (comissionados, efetivos, temporários, e terceirizados); despesas com o uso de TI e manutenção da rede de computadores (SCI, SGR, SIPAR, INTRANS, e SISREL) _ e qual seria o critério de rateio dessa despesa? Número de usuários ou horas de uso? E as despesas com os contratos administrativos (com a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos; a empresa fornecedora das máquinas de reprodução eletrostática; as publicações no Diário Oficial da União)? Além das despesas com papel "A4". E como apropriar as despesas indiretas de consumo: eletricidade, água, ar condicionado, serviço de limpeza e conservação do ambiente, segurança, e etc.? O mapeamento dos centros de custos e os critérios de rateio já foram levantados pela GEFIN.

O quarto ponto a destacar faz o contra-ponto ao requisito da transparência, tão demandado pelos agentes internos e externos a ANS. O novo índice está sujeito a princípios públicos basilares como o da transparência e da publicidade. O que expõe a críticas os dispêndios da ANS. Os dispêndios com os contratos administrativos, R\$ 10.466.433,23 com "outras terceirizações", representam cerca de 7% dos gastos com despesas correntes da ANS. E dispêndios com TI, R\$ 25.388.684,86, aproximadamente 17% dos gastos com despesas correntes da ANS, observando os dados disponíveis no Relatório de Gestão 2009 para o mesmo ano.⁸

A quinta reflexão repousa sobre a fragilidade do argumento de cobrar das operadoras e auto-gestões o ressarcimento também do custo, ou de parte do custo administrativo da ANS com o esforço do ressarcimento ao SUS. Esse esforço que pode ser resumido em identificação das AIHs, análise das impugnações, emissão de cobranças, e todas as atividades inerentes a arquivamento e protocolo, é parte da missão legal e institucional da ANS, para a qual a Lei Orçamentária Anual consigna crédito, ou seja, o Governo Federal provisiona os recursos necessários ao custeio dessa atividade da ANS. A isso,

⁸ Conforme o Relatório de Gestão 2009, página 60 e 63. O somatório das despesas correntes com pessoal e outras despesas correntes foi de R\$ 148.162.777,28 em 2009 (página 60).

EM BRANCO



soma-se o fato de as receitas próprias arrecadadas pela ANS apresentarem uma média, no período de 2007 a 2009, de aproximadamente R\$ 70.559.272,39 anual. Enquanto o valor aproximado de um ABI é de cerca de R\$72 milhões.⁹

Estreitamente relacionado ao parágrafo anterior cabe avaliar, em hipótese, as contestações jurídicas tanto ao nível de recursos administrativos, quanto ao nível do Poder Judiciário, que poderão advir de um tal índice. Fato é que a TUNEP é uma das principais alegações, em termos de volume, quando se trata de impugnações. A proposta ora avaliada minimizaria o volume de recursos? Juridicamente, ela está inserida num critério de razoabilidade política, entretanto, acreditamos que se utilizarmos tal índice as operadoras vão alegar que o custo do Ressarcimento já está inserido na própria receita da Agência, e assim, estaríamos dando azo para alegação de uma espécie de *bis in idem*.

E por último, cabe falar do que os dados apresentados nos Relatórios de Gestão refletem: as variações expressivas em alguns itens de despesas. Conseqüentemente, um índice que reflita os custos administrativos da GGSUS/GERES estará, inequivocamente, sujeito a variações anuais, tendo em vista que os custos da análise das impugnações das AIHs poderão variar anualmente em função de oscilações de quantitativo de servidores; mudanças nos contratos de TI; variações nos contratos de mão de obra terceirizada; aumento, redução e contingenciamento de recursos orçamentários, etc. Apenas com uma base histórica homogênea e relativamente longa poderia ser retirado um índice médio consistente que poderia passar algum período sem atualização, as quais poderiam ser trienais ou quinquêenais, por exemplo.

⁹ Cálculo meramente aproximado considerando o valor médio de uma AIH em R\$ 1.600,00, e um número médio de AIHs, por ABI, de 45.000.

EM BRANCO



Proposta nº 3:

Criação de índice baseado no gasto em saúde pública informado pelo SIOPS

A conceituação do que é despesa com saúde pública, reproduzida abaixo da Resolução nº 322, de 08 de Maio de 2003, do Conselho Nacional de Saúde, condiz com a ideia que permeia a presente proposta:

"Para efeito da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas com pessoal ativo e outras despesas de custeio e de capital, financiadas pelas três esferas de governo, conforme o disposto nos artigos 196 e 198, § 2º, da Constituição Federal e na Lei nº 8080/90, relacionadas a programas finalísticos e de apoio, inclusive administrativos, que atendam, simultaneamente, aos seguintes critérios:

I – sejam destinadas às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito;

II – estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente federativo;

III – sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde."

(Grifo nosso)

EM BRANCO



Parece plausível concluir que o valor da tabela SUS, que dá origem à TUNEP, representa apenas uma pequena parte de todos os gastos públicos relacionados à saúde no Brasil. Os valores da tabela SIH/SUS não refletem as despesas administrativas, despesas com investimentos, formação de pessoal, e outras despesas que custeiam de forma indireta os atendimentos prestados.

Se o principal fundamento jurídico do ressarcimento ao SUS é a proibição do enriquecimento sem causa, há que se levar em conta não apenas os valores que a gestão do SUS paga aos prestadores de serviços pelos atendimentos realizados, mas também todas as despesas em que eles incorrem para manter em funcionamento a assistência à saúde. Afinal, o SUS não é apenas um prestador de serviços de saúde, mas sim um sistema de gestão de saúde da população brasileira.

Essa proposta tem como base para a construção do Índice da nova tabela TUNEP o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), que traz informações sobre os gastos públicos em saúde, divididos nos diversos níveis de governo (municipal, estadual e federal).

O SIOPS foi implantado em 1999 e constitui-se no maior banco de dados no âmbito de políticas públicas do Brasil. Ele reúne informações dos municípios, dos estados e da União sobre financiamento e gasto em saúde pública. O objetivo da criação do SIOPS foi permitir a transparência, facilitar o controle do Estado e apoiar o desenvolvimento de pesquisas. As informações do SIOPS subsidiaram a elaboração da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 29 de 2000, que estabeleceu percentuais obrigatórios mínimos de recursos que cada ente governamental deve aplicar em ações e serviços públicos de saúde.

Os dados são declarados eletronicamente pelos próprios municípios e estados, a partir de seus demonstrativos contábeis, o que apresenta a principal limitação deste banco de dados. A terminologia contábil do SIOPS foi definida pelo MPOG e a padronização amparada no Tesouro Nacional foi complexa, dada a multiplicidade de situações organizacionais e contábeis de municípios e estados. Existem filtros de consistência no sistema que conferem e identificam

EM BRANCO



divergências nas declarações, consolidam as informações e evitam a dupla contagem. Há também mecanismos que comparam os dados declarados com bancos de dados do Ministério da Saúde (TEIXEIRA & TEIXEIRA, 2003).

O uso do SIOPS como fonte de informações para este trabalho é justificado por ser ele o instrumento usado pelos órgãos de fiscalização e controle dos recursos vinculados a ações e serviços de saúde (BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007).

Lima *et al* (2006) atestaram em seu trabalho a confiabilidade do SIOPS e salientam que:

"Os dados do SIOPS têm subsidiado o MS na realização de estudos e estimativas sobre gastos públicos nas três esferas de governo, sendo utilizados para estimativas publicadas no Anuário da Saúde, nos Indicadores e Dados Básicos em Saúde – IDB e Cadernos de Informações de Saúde. Sendo a mais ampla fonte de dados sobre receita e despesa em saúde no âmbito municipal, seus dados devem ser mais amplamente utilizados, inclusive para estudos que relacionem o financiamento público em saúde com a situação de saúde dos municípios".

Segundo estes autores, o SIOPS passou, a partir do ano de 2002, a ser parte integrante do instrumental de controle da Lei de Responsabilidade Fiscal. Além disso, informam que o SIOPS comporta em sua estrutura básica uma Câmara Técnica de Orientação e Avaliação, composta por representantes das Secretarias do MS, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA), do IBGE e do Ministério Público Federal/Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. *"Sua missão é, entre outras, propor ações para o aperfeiçoamento dos instrumentos de coleta de dados, mecanismos que*

EM BRANCO



assegurem a qualidade das informações e analisar as informações geradas pelo sistema, visando a elaborar indicadores que reflitam a eficácia e a eficiência dos gastos em saúde” (op cit, pp. 1862).

Justificado o uso do SIOPS, é preciso entender os fluxos financeiros do SUS. Eles podem ser agrupados em três principais modalidades: pagamentos por serviços prestados (SIA e AIH), convênios (acordos celebrados entre órgãos públicos e prestadores públicos e privados) e transferências fundo a fundo (repasses regulares e automáticos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde de estados e municípios). Além destes três, há também recursos provenientes de outros incentivos e programas especiais (BANCO MUNDIAL, 2007).

Os fundos são usados por estados e municípios para complementar seus recursos próprios e cobrir seus orçamentos em saúde. Enquanto os prestadores públicos contam com todas estas fontes de recurso, evidenciando que o pagamento de AIHs e APACs é somente uma parte do todo, os hospitais privados, sobretudo os filantrópicos, contam com o financiamento público não só pelo pagamento por estes atendimentos mas também através de convênios. Não obstante, é sabido que os hospitais particulares tentam contrabalancear o recebimento do SUS com receitas de pacientes privados (Planos ou particulares). Este é o complexo retrato do sistema nacional de saúde que evidencia a necessidade de se contemplar os inúmeros fluxos de pagamentos feitos no SUS (BANCO MUNDIAL, 2007).

Assim, levando-se em conta que o gasto com um beneficiário atendido pelo SUS não se resume simplesmente ao valor de faturamento da AIH/APAC e, ainda, que os hospitais recebem do SUS outros tipos de financiamento além do pagamento destes atendimentos, tais como convênios e transferências intergovernamentais, buscou-se construir um índice para o cálculo dos valores de Ressarcimento que acresça ao preço da AIH/APAC um valor que represente, mesmo que aproximadamente, outros gastos que contribuem para que aquele atendimento aconteça.

EM BRANCO



O IVR aqui é calculado tendo por base o quanto representam os gastos administrativos em relação aos gastos com assistência hospitalar e ambulatorial.

Utilizando-se dos dados municipais e estaduais para os anos de 2002 a 2009 encontramos o IVR no valor de 1,5.

A aplicação deste índice se daria da seguinte maneira:

Considerando que: Valor de Ressarcimento = Y

Valor praticado pelo SUS = Z

$$Y = Z * IVR$$

Isto é, o valor de cada procedimento na Tabela de Valoração do Ressarcimento seria o valor do procedimento correspondente na tabela SUS acrescentado de uma proporção calculada através do IVR. Realizando uma simulação da aplicação do índice:

Sabendo-se que: IVR = 1,5

Valor praticado pelo SUS = R\$ 200,00

E sabendo que Valor de Ressarcimento = Y

$$Y = 200 * (1,5)$$

$$Y = R\$ 300,00$$

Assim, o valor a ser ressarcido representaria 150% do valor do atendimento.

a) Pontos Positivos:

As principais vantagens da utilização do IVR aqui proposto são a transparência na metodologia, já que é baseado em dados oficiais do Ministério da Saúde, e a padronização da proporção dos valores da Tabela de Valoração

EM BRANCO



do Ressarcimento em relação à Tabela SUS, isto é, todos os valores daquela tabela terão a mesma proporção em relação aos valores do SUS.

Outra vantagem a ser considerada é que o cálculo não leva em conta apenas os gastos assistenciais, mas também outros gastos diretos e indiretos envolvidos no atendimento. Não obstante, há que se levar em conta que a utilização de um índice a ser aplicado sobre a tabela SUS apresenta o benefício de compensar a existência de determinados acréscimos de pagamentos sobre o valor das AIHs que ocorrem em função de inúmeras variáveis, tais como nível hospitalar (como hospitais de referência), tipo de complexidade do atendimento, atendimento de urgência e emergência, etc.

b) Pontos Negativos:

As desvantagens estão relacionadas às limitações do SIOPS, quais sejam, a questão da padronização de preenchimento e a demasiada abrangência das categorias de subfunções, fazendo com o que o conteúdo preenchido possa variar entre diferentes estados e municípios (BANCO MUNDIAL, 2007). Ademais, tal índice representa tão somente uma *proxy* do valor despendido pelo SUS.

Proposta nº 4:

Índice baseado nos balanços contábeis das operadoras de planos de saúde privados

Como se viu, a RN 185 estabelece, em seu artigo 4º:

"Art. 4º O ressarcimento ao SUS será cobrado de acordo com os valores estabelecidos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - TUNEP.

EM BRANCO



§ 1º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores à média dos praticados no mercado de saúde suplementar”.

A metodologia de utilização do sistema de custo das operadoras tem como justificativa o fato de que, sendo inexequível quantificar em tempo hábil o valor praticado em média pelo mercado, o custo administrativo e o assistencial das operadoras ofereceriam uma aproximação ao que é praticado no mercado.

Partindo-se do pressuposto de que o valor a ser ressarcido deveria ser o custo assistencial arcado pelo SUS acrescido do custo administrativo relativo à assistência médica efetuada, poderia se buscar um índice a ser aplicado no valor SUS que demonstrasse a proporção das despesas administrativas com relação às despesas assistenciais das operadoras. Dessa maneira, o valor a ser ressarcido representaria a soma entre o valor SUS e uma parcela de acréscimo que simbolizasse o gasto em nível administrativo na iniciativa privada.

Uma forma aproximada de apresentar esta informação seria a utilização do DA - Índice de despesas administrativas, calculado pela ANS. Ele mostra a relação entre despesas administrativas e o total das receitas com operação de planos de saúde (contraprestações efetivas). Ele é medido pela fórmula: Despesas Administrativas / Contraprestações efetivas.

Em 2009, ano da última informação, o DA foi, para todas as operadoras, em média, de 16,09%. Sendo assim, o IVR seria, aproximadamente, 1,15.

Uma alternativa mais interessante seria buscar no próprio DIOPS o valor despendido pelas operadoras em termos administrativos e assistenciais (eventos indenizáveis). Dados sobre despesas administrativas e despesas assistenciais das operadoras são facilmente coletados pelo próprio site da ANS, por meio do TabNet.

EM BRANCO



Conforme se observa na tabela 3 a seguir, a proporção entre as despesas administrativas e as despesas assistenciais foi, na média para o período de 2001 a 2009, da ordem de 22%. Desta forma, chegaríamos a um IVR em torno de 1,2.

$$\text{IVR} = 1 + \frac{\text{Despesas Administrativas das operadoras}}{\text{Despesas Assistenciais das operadoras}}$$

Tabela 3 - Despesas Administrativas e Assistenciais das operadoras de plano de saúde, por ano

| Período: 2001-2009 | | | |
|--------------------|----------------------------|--------------------------|------------------|
| Ano | Desp.Administrativa (1) | Desp.Assistencial (2) | Razão (1)/(2) |
| 2001 | 3.788.360.870 | 17.523.286.233 | 21,62% |
| 2002 | 4.629.942.735 | 20.256.627.252 | 22,86% |
| 2003 | 5.352.513.805 | 23.047.039.678 | 23,22% |
| 2004 | 5.720.595.030 | 26.062.759.874 | 21,95% |
| 2005 | 6.467.727.487 | 29.997.192.041 | 21,56% |
| 2006 | 7.274.194.258 | 33.217.370.040 | 21,90% |
| 2007 | 9.938.946.931 | 41.416.193.389 | 24,00% |
| 2008 | 10.622.157.579 | 48.068.459.506 | 22,10% |
| 2009 | 10.812.733.086 | 53.916.220.499 | 20,05% |
| | Média | | 22,14% |

Fontes: DIOPS/ANS/MS - 08/09/2010 e FIP/ANS/MS - 12/2006.

Uma opção seria criar um índice individualizado por operadora, respeitando assim a diversidade que existe no mercado, em termos de porte, segmento e região. Entretanto, esta alternativa apresentaria a desvantagem de causar um impacto maior na adaptação dos sistemas da ANS para implementação desta mudança. Além disso, deixaríamos de contar com um índice único, que simplificasse a forma de cobrança do ressarcimento.

FRANCO



a) Pontos Positivos:

A vantagem de utilização deste índice seria a facilidade de obtenção desta informação na ANS, posto que a Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras – DIOPE faz esta mensuração anualmente.

b) Pontos Negativos:

A desvantagem do uso desta metodologia é a dependência de dados informados pelas próprias operadoras. Sendo o mercado regulado, seria adequado que houvesse independência na definição do valor a ser ressarcido.

Ademais, é sabido que a lógica de despesas do setor privado é absolutamente distinto da lógica do setor público. Sendo o ressarcimento direcionado ao SUS, é plausível a defesa de que a definição do valor a ser ressarcido deve ser orientado pela lógica do setor público. Este é também um meio de regular o mercado, ao invés de se inserir em sua lógica.

Além disso, o setor privado prima pela eficiência de seus gastos e maximização dos lucros, sendo certo que as despesas administrativas devem ser as menores possíveis. Desta maneira, cabe concluir que este índice apresenta uma tendência decrescente, o que faria com que, cada vez mais, o valor ressarcido pelas operadoras se aproxime do limite inferior, ou seja, do valor SUS.

Ademais, sendo baseado em dados informados pelas próprias operadoras, haveria uma pressão por parte do mercado para que o índice seja constantemente atualizado, de forma a se reduzir ao longo do tempo.

EM BRANCO



5. Conclusões

O estudo que ora concluímos teve como escopo apresentar novas metodologias capazes de estabelecerem novos critérios de aferição dos valores que devem ser ressarcidos ao SUS.

Para tanto, foram construídas 04 (quatro) metodologias em condições de respaldar as exigências contidas na Lei 9.656/98. Cada qual com seus pontos fortes e seus pontos fracos. Essa maneira de apresentar nosso estudo tem a finalidade de deixar claro que estamos diante de um critério político-discricionário, e, portanto, qualquer que seja a escolha final, sempre será de acordo com a oportunidade e conveniência administrativa. Insta ressaltar que todas contém substrato suficiente e bastante de legalidade.

No tocante à nomenclatura TUNEP, não poderíamos deixar de lembrar que, qualquer que seja a metodologia aplicada, não estaremos mais diante de uma Tabela Nacional de Equivalência de Procedimentos, mas sim, de um ÍNDICE de ressarcimento ao SUS. Sendo assim, será de bom alvitre a alteração do nome a ser utilizado no futuro, salvo se houver melhor justificativa para que se mantenha a atual nomenclatura. Nossa sugestão é que seja denominado Índice de Valoração do Ressarcimento.

Concluímos ainda com a sugestão de que o novo índice, independente de qual for o adotado, seja aplicado a partir das competências do ano de 2008, pois neste ano ocorreu a consolidação nas tabelas utilizadas pelo SUS, unificando os sistemas ambulatorial e hospitalar. Como já haverá a necessidade de introduzir alterações relevantes nas regras de batimento na ANS, seria oportuno aproveitar o ensejo para efetuar a alteração também da forma de valoração do ressarcimento.

Por fim, esperamos que o trabalho que ora se encerra, apesar do pouco tempo e pequeno número de participantes, possa estabelecer o devido balizamento para a aplicação do futuro índice nacional de ressarcimento ao SUS.

EM BRANCO



6. Referências Bibliográficas:

Banco Mundial. **Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil:** Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos. Relatório Nº. 36601-BR, 2007. Acesso:

<http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1185895645304/4044168-1186326902607/19GovernancaSUSport.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. ANS TabNet. Acesso:

http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/materia_novo.htm

Brasil. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde:** manual básico / Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde. – 3ª ed. rev. e ampl. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Resolução nº 322, de 08 de Maio de 2003.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS – Manual de Preenchimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde /** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. **NOTA TÉCNICA nº 59 /2008 SIOPS/AESD/SE/MS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NT SIOPS da União ASS .pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NT%20SIOPS%20da%20União%20ASS.pdf)

EM ANEXO



LIMA, Claudia Risso de Araújo, CARVALHO Marilia Sá e SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade. **Financiamento público em saúde e confiabilidade dos bancos de dados nacionais:** Um estudo dos anos de 2001 e 2002. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(9):1855-1864, set, 2006

SCATENA, Maria Ângela. **O Ressarcimento ao SUS:** Análise do perfil de utilização do Sistema Único de Saúde segundo período da contratação dos planos. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2004.

TEIXEIRA, H.V. e TEIXEIRA, M.G. **Financiamento da Saúde Pública no Brasil:** a experiência do Siops. Ciência & Saúde Coletiva, 8 (2): 379-391, 2003.

EM BRANCO

ANEXO 1 - Tabela com despesas mensais registradas por centro de custo - GGSUS e GERES

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
GERÊNCIA DE FINANÇAS
REGISTRO DE DESPESAS POR CENTRO DE CUSTOS

| DESPESAS | TABELA - DESPESAS COM O RESSARCIMENTO AO SUS (GGSUS e GERES) | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------|--|--|--|--|
| | JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO | ABRIL | MAIO | JUNHO | JULHO | AGOSTO | TOTAL | | | | |
| PESSOAL | | | | | | | | | | | | | |
| Pessoal - FBS | R\$ 35.740,99 | R\$ 35.740,99 | R\$ 35.740,99 | R\$ 35.740,99 | R\$ 35.740,99 | R\$ 35.740,99 | R\$ 35.740,99 | R\$ 35.740,99 | R\$ 285.927,92 | | | | |
| Pessoal - Temporários | | | | | | | R\$ 482.886,20 | R\$ 482.886,20 | R\$ 965.772,40 | | | | |
| Pessoal - GERES | R\$ 59.844,87 | R\$ 59.844,87 | R\$ 59.844,87 | R\$ 59.844,87 | R\$ 59.844,87 | R\$ 59.844,87 | R\$ 59.844,87 | R\$ 59.844,87 | R\$ 478.758,96 | | | | |
| Pessoal - GGSUS | R\$ 14.468,83 | R\$ 14.468,83 | R\$ 14.468,83 | R\$ 14.468,83 | R\$ 14.468,83 | R\$ 14.468,83 | R\$ 14.468,83 | R\$ 14.468,83 | R\$ 115.750,64 | | | | |
| TOTAL - DEPESAS PESSOAL | R\$ 110.054,69 | R\$ 110.054,69 | R\$ 110.054,69 | R\$ 110.054,69 | R\$ 110.054,69 | R\$ 110.054,69 | R\$ 592.940,89 | R\$ 592.940,89 | R\$ 1.846.209,92 | | | | |
| OUTRAS DESPESAS | | | | | | | | | | | | | |
| Energia elétrica | R\$ 6.243,34 | R\$ 7.300,79 | R\$ 6.777,21 | R\$ 6.393,51 | R\$ 6.389,66 | R\$ 5.938,82 | R\$ 5.187,05 | R\$ - | R\$ 44.230,38 | | | | |
| Telefones | R\$ 989,00 | R\$ 1.017,00 | R\$ 834,35 | R\$ 880,86 | R\$ 1.236,56 | R\$ 922,10 | R\$ 1.213,44 | R\$ - | R\$ 7.093,91 | | | | |
| Condomínio | R\$ 9.456,33 | R\$ 9.387,33 | R\$ 10.383,49 | R\$ 9.906,56 | R\$ 9.502,09 | R\$ 9.387,94 | R\$ 9.387,84 | R\$ 9.482,02 | R\$ 76.893,50 | | | | |
| Copa | R\$ 5.790,00 | R\$ 5.790,00 | R\$ 5.790,00 | R\$ 5.790,00 | R\$ 5.790,00 | R\$ 5.790,00 | R\$ 5.790,00 | R\$ 5.790,00 | R\$ 46.320,00 | | | | |
| Serviços de limpeza | R\$ 3.561,47 | R\$ 3.561,47 | R\$ 3.561,47 | R\$ 3.561,47 | R\$ 3.561,47 | R\$ 3.561,47 | R\$ 6.890,47 | R\$ 6.890,47 | R\$ 35.129,76 | | | | |
| Correios | R\$ 2.995,47 | R\$ 1.519,97 | R\$ 1.550,63 | R\$ 2.723,53 | R\$ 10.494,75 | R\$ 14.986,67 | R\$ 8.911,46 | R\$ 2.813,22 | R\$ 45.995,70 | | | | |
| Diárias | R\$ - | R\$ 3.987,38 | R\$ - | R\$ 1.866,64 | R\$ 6.448,50 | R\$ 186,93 | R\$ 969,53 | R\$ - | R\$ 13.458,98 | | | | |
| Passagens | R\$ - | R\$ 2.576,52 | R\$ - | R\$ 2.535,12 | R\$ 3.022,24 | R\$ 409,74 | R\$ 3.507,28 | R\$ - | R\$ 12.050,90 | | | | |
| Manut. e conserv. máq. E Equip. | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ 3.175,00 | R\$ - | R\$ 3.175,00 | | | | |
| Ass. de pericídicos e anuidades | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ 15.856,00 | R\$ - | R\$ * | R\$ 15.856,00 | | | | |
| Serv. de impressão departamental | R\$ 627,64 | R\$ 850,24 | R\$ 1.301,53 | R\$ 1.155,98 | R\$ 1.881,31 | R\$ 2.071,37 | R\$ 1.661,46 | R\$ 2.020,29 | R\$ 11.569,82 | | | | |
| Fabrica de Software | R\$ 17.214,84 | R\$ 1.382,15 | R\$ 23.879,76 | R\$ 14.864,10 | R\$ 16.240,28 | R\$ - | R\$ - | R\$ - | R\$ 73.581,13 | | | | |
| Software - Licenças e Manutenção | R\$ - | R\$ 273.025,82 | R\$ 273.028,72 | R\$ 273.064,25 | R\$ 321.536,07 | R\$ 287.993,91 | R\$ 273.060,07 | R\$ 273.060,07 | R\$ 1.974.768,91 | | | | |
| TOTAL - OUTRAS DEPESAS | R\$ 46.878,09 | R\$ 310.398,67 | R\$ 327.107,16 | R\$ 322.742,02 | R\$ 386.102,93 | R\$ 347.104,85 | R\$ 319.743,60 | R\$ 300.046,07 | R\$ 2.360.123,39 | | | | |
| TOTAL GERAL | R\$ 156.932,78 | R\$ 420.453,36 | R\$ 437.161,85 | R\$ 432.796,71 | R\$ 496.157,62 | R\$ 457.159,54 | R\$ 912.684,49 | R\$ 892.986,96 | R\$ 4.206.333,31 | | | | |



EM BRANCO



ANEXO 2 – Detalhamento da metodologia relacionada à proposta nº 3

Foi feita pelo Grupo Técnico a coleta dos dados municipais e estaduais para os anos de 2002 a 2009¹⁰, que foram os anos com informações disponíveis para todos os níveis, quando da extração de dados (outubro de 2010). Ressalte-se que foram utilizadas neste estudo as despesas liquidadas¹¹ referentes tanto à administração direta quanto à indireta.

Quanto aos dados da União, optou-se por não utilizá-los pois o SIOPS começou a disponibilizá-los apenas a partir de 2007. Esta opção não se apresenta como grande limitador pois a descentralização do SUS faz com que estados e municípios financiem cerca de 45% da assistência à saúde pública. Por volta de 2/3 do gasto do Ministério da Saúde é transferido para os governos estaduais e municipais. De fato, o governo federal retém pouca participação na prestação direta de serviços em saúde. (BANCO MUNDIAL, 2007).

As despesas estão classificadas por função, ou seja, por áreas de despesa que competem ao serviço público. A subfunção representa uma partição da função, que agrega determinado subconjunto de despesa do setor público (BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, 2008). No caso da função despesas com saúde, existem três grupos principais de subfunções¹²:

A) Subfunções Administrativas: Correspondem ao nível auxiliar de administração, se subdividem em:

1. PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO

2. ADMINISTRAÇÃO GERAL

3. ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA

4. CONTROLE EXTERNO

5. TECNOLOGIA DA INFORMATIZAÇÃO

¹⁰ O caminho para acesso dos dados encontra-se no ANEXO 4 deste documento.

¹¹ Estágio da despesa em que se reconhece sua execução.

¹² No Anexo 3 encontra-se um glossário com a definição das subfunções, de acordo com o Manual de Preenchimento do SIOPS (BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, 2005).

EM BRANCO



6.FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

7.COMUNICAÇÃO SOCIAL

B) Subfunções Vinculadas: Correspondem as ações típicas de serviços públicos de saúde, se subdividem em:

- 1.ATENÇÃO BÁSICA**
- 2.ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL**
- 3.SUORTE PROFILÁTICO E TERAPÊUTICO**
- 4.VIGILÂNCIA SANITÁRIA**
- 5.VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**
- 6.ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO**

C) Subfunções Complementares: Compreendem as ações que concorrem indireta e especificamente para a Saúde, se subdividem em:

- 1.PREVIDÊNCIA DE REGIME ESTATUTÁRIO**
- 2.PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR**
- 3.DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO**
- 4.DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E ENGENHARIA**
- 5.DIFUSÃO DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO**
- 6.REFINANCIAMENTO DA DÍVIDA INTERNA**
- 7.REFINANCIAMENTO DA DÍVIDA EXTERNA**
- 8.SERVIÇO DA DÍVIDA INTERNA**
- 9.SERVIÇO DA DÍVIDA EXTERNA**
- 10.TRANSFERÊNCIAS INTRAGOVERNAMENTAIS**

O custo dos procedimentos listados nas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), ou nas Autorizações de Procedimentos de Alto

2010-51



Custo/Complexidade, é composto de alguns componentes, como diárias, taxas, materiais e medicamentos, serviços auxiliares e honorários médicos. Este tipo de despesa está relacionado ao item de subfunção denominado no SIOPS de Assistência Hospitalar e Ambulatorial, cuja definição é: "Compreende as ações de atendimento médico e auxiliar através de internações hospitalares e a prestação de serviços no regime de ambulatório" (Glossário no Anexo 3).

Sendo assim, com a utilização das subfunções acima determinadas, chegou-se ao Índice de Valoração do Ressarcimento (IVR):

$$\text{IVR} = 1 + \frac{\text{Administração geral + Planejamento e Orçamento + Administração Financeira + Tecnologia da Informatização + Controle Externo + Formação de recursos humanos + Comunicação social}}{\text{Assistência hospitalar e ambulatorial}}$$

De forma resumida, agrupando-se as contas, o índice pode ser descrito como:

$$\text{IVR} = 1 + \frac{\text{Subfunções Administrativas}}{\text{Assistência hospitalar e ambulatorial}}$$

As subfunções escolhidas são aquelas que incluem os gastos que, direta ou indiretamente, influenciam e propiciam a ocorrência do atendimento ao paciente.

Realizando o cálculo acima, encontrou-se, ano a ano, o valor demonstrado na tabela 4 a seguir. Em média, as despesas administrativas representaram cerca de 50% do valor das despesas assistenciais. Baseando-se nestes dados, o IVR será estipulado em 1,5.

EM BRANCO



Tabela 4 – Cálculo da proporção entre despesas administrativas e a despesa com atenção hospitalar e ambulatorial

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | Média |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| SUBFUNÇÕES ADMINISTRATIVAS / ATENÇÃO HOSPITALAR E AMBULATORIAL | 83,47% | 64,35% | 43,46% | 45,63% | 45,17% | 47,53% | 47,81% | 35,26% | 51,59% |

ANEXO 3 – Glossário das Subfunções da Despesa Pública com Saúde:

SUBFUNÇÕES ADMINISTRATIVAS

Corresponde ao nível auxiliar de administração das ações que visem a garantir o apoio logístico necessário à execução de ações e serviços de saúde.

Planejamento e Orçamento

Compreende as ações relacionadas com a elaboração, implementação e aprovação de planos e programas sócio-econômicos, financeiros, orçamentários e administrativos, bem como o acompanhamento, controle e avaliação de sua execução.

Administração Geral

Compreende o conjunto de ações de caráter administrativo, exercidas continuamente, que garantam o apoio necessário à execução de diversos programas.

Administração Financeira

Compreende o conjunto de ações desenvolvidas visando a captação, aplicação, orientação e controle dos recursos financeiros.

Controle Externo

Compreende as ações relacionadas ao controle de gestão financeira dos órgãos públicos em geral, visando a normalidade de desempenho do mecanismo de obtenção de recursos e de execução da despesa.

Tecnologia da Informatização

Compreende as ações que visam a implantação, ampliação, melhoramento e operação de centros ou unidades de processamento de dados. Não se aplica a aquisição de serviços de processamento de dados.

EM BRANCO



Formação de Recursos Humanos

Compreende as ações necessárias ao aprimoramento técnico, funcional e acadêmico dos empregados ou servidores dos diversos órgãos da administração, bem como a preparação e seleção de candidatos a cargos públicos, visando aumentar a eficiência e produtividade dos serviços prestados.

Comunicação Social

Conjunto de ações desenvolvidas com vistas à manifestação do pensamento, a criação, a expressão e a informação, sob qualquer forma, processo ou veículo.

SUBFUNÇÕES VINCULADAS

Corresponde às ações típicas de serviços públicos de saúde.

Atenção Básica

Compreende os procedimentos e ações básicas de saúde, assim consideradas pelas normas operacionais e portarias complementares do Ministério da Saúde.

Assistência Hospitalar e Ambulatorial

Compreende as ações de atendimento médico e auxiliar através de internações hospitalares e a prestação de serviços no regime de ambulatório.

Suporte Profilático e Terapêutico

Compreende as ações relacionadas com a produção, armazenamento e distribuição de vacinas, soros e de produtos farmacêuticos em geral, com o objetivo de reduzir o custo individual de medicamentos pela população.

Vigilância Sanitária

Compreende as ações que busquem a garantia de qualidade, eficácia e segurança dos produtos que interferem na saúde humana, direta ou indiretamente, (drogas, medicamentos, alimentos, cosméticos, domosaneantes etc.), assim como a verificação, através de fiscalização e outros meios disponíveis, das condições sanitárias de estabelecimentos de saúde, assim como a fiscalização da entrada de produtos no País para evitar o ingresso de agentes nocivos à saúde da população.

Vigilância Epidemiológica

EM 2010



Compreende as ações de investigação por meios estatísticos, de verificação direta e outros meios disponíveis da ocorrência de doenças e agravos à saúde que levem à sua prevenção, subsidiando o planejamento e a programação em saúde.

Alimentação e Nutrição

Compreende as ações de vigilância nutricional, controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar, e a segurança alimentar promovida no âmbito do SUS.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Compreende as ações que concorrem indireta e especificamente para a Saúde

Previdência de Regime Estatutário

Conjunto de ações desenvolvidas no sentido de amparar e assistir aos segurados do regime estatutário e seus dependentes.

Previdência Complementar

Conjunto de ações desenvolvidas pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, na qualidade de empregador, no sentido de amparar e assistir aos servidores e dependentes beneficiários através de instituições e planos de previdência complementar.

Desenvolvimento Científico

Conjunto de ações desenvolvidas para a promoção e o desenvolvimento da ciência biomédica e as tecnologias de prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação de doenças que aumentem a eficácia do atendimento à saúde da população.

Desenvolvimento Tecnológico e Engenharia

Conjunto de ações desenvolvidas com o objetivo de assegurar e promover o desenvolvimento tecnológico na área da saúde.

Difusão do Conhecimento Científico e Tecnológico

Compreende as ações de coleta, processamento, armazenamento, análise e disseminação de informações e conhecimentos ligados à área da saúde que sejam produto das atividades científicas e tecnológicas desenvolvidas no País e no exterior.

EM BRANCO



Refinanciamento da Dívida Interna

Compreende as ações relativas a emissão de títulos para pagamento do principal acrescido da atualização monetária referente aos Serviços da Dívida Interna, desde que destinado à execução de ações e serviços de saúde.

Refinanciamento da Dívida Externa

Compreende as ações relativas à emissão de títulos para pagamento do principal acrescido da atualização monetária referente aos Serviços da Dívida Externa, desde que destinados à execução de ações e serviços da saúde.

Serviço da Dívida Interna

Compreende as ações relativas ao atendimento de compromissos de amortização, juros e comissões, decorrentes de empréstimos e financiamentos feitos diretamente com a rede interna de estabelecimentos bancários ou de financiamento, assim como o resgate relativo à colocação interna de títulos do governo, desde que decorrentes de operações de crédito destinadas a ações e serviços de saúde.

Serviço da Dívida Externa

Compreende as ações relativas ao atendimento de compromissos de amortização, juros e comissões, decorrentes de empréstimos e financiamentos feitos por estabelecimentos externos, seja diretamente ou indiretamente, em qualquer tipo de moeda, assim como, o resgate de títulos do governo colocados no exterior, desde que decorrentes de operações de crédito destinadas a ações e serviços de saúde.

Outras

Compreende as outras subfunções que concorrem para a execução de ações e serviços públicos de saúde que não estejam relacionadas nos itens anteriores.

EM BRANCO



ANEXO 4 – Caminho para coleta dos dados no SIOPS:

- 1) Acessar o link: <http://siops.datasus.gov.br/>
- 2) Para coleta dos dados municipais, seguir o caminho: Município -> Dados Informados -> Histórico da despesa por subfunção, consolidada por pasta, estágio de despesa e estado. Escolher as opções conforme tela abaixo:

UF: Consolidar dotas as UFs

Município: Todos os Municípios

Fase: Despesa Liquidada

Pasta: Todas

Quando os dados forem mostrados na tela, clicar em "Copiar Tabela para Memória" e colar no Excell.

EM PROCESSO



Fazer esse procedimento para a Administração Direta e em seguida para a Administração Indireta.

- 3) Para a coleta de dados estaduais, seguir o caminho: Estado -> Dados Informados -> Histórico da despesa por subfunção, consolidada por pasta, estágio de despesa. Escolher as opções conforme tela abaixo:

UF: Consolidar dotas as UFs

Fase: Despesa Liquidada

Pasta: Todas

Quando os dados forem mostrados na tela, clicar em "Copiar Tabela para Memória" e colar no Excell. Fazer esse procedimento para a Administração Direta e em seguida para a Administração Indireta.

EM BRANCO

| |
|---------------------------------------|
| AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR |
| DIDES/GGSUS |
| Protocolo n.º 33902.213337/2010-51 |
| Data Registro//..../2010. |
| Hora Registro |
| Assinatura:..... |



DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL - DIDES
GERÊNCIA GERAL DE INTEGRAÇÃO COM O SUS - GGSUS
GERÊNCIA DE RESSARCIMENTO AO SUS - GERES

Nota técnica n° 623/2010/GERES/GGSUS/DIDES/ANS

Assunto: Nova regra de valoração do ressarcimento ao SUS

1. A presente nota técnica tem o objetivo de sumarizar o trabalho realizado pela GERES/GGSUS/DIDES no que se refere à modificação da metodologia de cobrança do Ressarcimento ao SUS e justificar a escolha da proposta n° 03, descrita no relatório de folhas 40/45, "Valoração do Ressarcimento ao SUS: Proposta de Nova Metodologia", produzido pelo Grupo Técnico instituído pela portaria n° 01/DIDES, de 30 de agosto de 2010.
2. Tal grupo foi investido das seguintes atribuições:
 - a) Análise dos fundamentos técnicos e jurídicos para a valoração dos procedimentos constantes da TUNEP – Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos, instituída pelo §1º do art. 32 da Lei 9.656, de 1998, e regulamentada pela RDC n° 17, de 2000;
 - b) Análise da possibilidade de desenvolvimento de novos conceitos e fundamentos técnicos e jurídicos para alteração dos valores constantes na TUNEP;
 - c) Proposta de nova resolução regulamentando a TUNEP, baseada nos estudos desenvolvidos a partir da criação deste Grupo de Trabalho.
3. O GT cumpriu as tarefas atribuídas por meio da elaboração do referido relatório. Foi estudada a possibilidade de implantação de 4 (quatro) metodologias distintas, bem como avaliados os pontos positivos e negativos de cada uma, todas baseadas na ideia de criação de um índice único, que pudessem atender aos requisitos legais. Este índice, cujo nome sugerido é IVR – Índice de Valoração do Ressarcimento, deverá ser aplicado sobre o valor do atendimento identificado.
4. Em reunião da Diretoria Colegiada ocorrida em 04 de novembro de 2010, o grupo submeteu este estudo à apreciação dos diretores, estando presentes os senhores: Mauricio Seschin (diretor-presidente da ANS, diretor da DIPRO), Leandro Reis Tavares (diretor da DIOPE e diretor interino da DIDES), Eduardo Salles (diretor da DIFIS e diretor interino da DIGES). A reunião foi acompanhada pela Procuradora-Geral na ANS

EM BRANCO



Sra. Lucila Carvalho Medeiros da Rocha, pela Secretária Executiva Sra. Luciana Souza da Silveira, pela Ouvidora na ANS, Sra. Stael Christian Riani Freire e pelo Auditor Interno interino Sr. Washington Pereira da Cunha. Em deliberação extrapauta, por unanimidade, votou-se na proposta nº 03 como a mais conveniente e oportuna. Desta maneira, passamos a apresentar o resumo desta metodologia, para em seguida apontar os encaminhamentos necessários à implantação da alteração.

5. O artigo 32 da Lei nº 9.656, de 1998, que criou a obrigação de ressarcimento ao SUS, dispôs em seu § 1º que o ressarcimento será efetuado "mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pela ANS". Essa tabela serviria para delimitar os procedimentos cujo ressarcimento seria cobrado, bem como para estabelecer uma equivalência entre os procedimentos realizados pelo SUS e os cobrados das operadoras.

6. O mesmo artigo também dispôs, em seu § 8º, sobre os limites máximo e mínimo dos valores a serem ressarcidos, os quais não podem ser "inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras".

7. Para atender esses dispositivos, o Conselho de Saúde Suplementar – CONSU aprovou, por meio da Resolução CONSU nº 23, de 21 de outubro de 1999, a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP. Essa tabela listava e valorava os procedimentos passíveis de ressarcimento ao SUS. Os valores foram estipulados por meio da multiplicação de fatores de correção pelos valores dos mesmos procedimentos na tabela do Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS, numa tentativa de atender aos limites máximo e mínimo.

8. Em que pesem as diversas atualizações, a TUNEP jamais sofreu um revisão completa. A versão atual dessa tabela ainda se baseia nos mesmos parâmetros que definiram os valores da TUNEP original.

9. Ainda que a tabela SIH/SUS sirva de parâmetro para a estipulação do valor a ser ressarcido, ela não atende ao limite mínimo previsto no § 8º do artigo 32, da Lei nº 9.656, de 1998, pois não reflete todas as despesas praticadas pelo SUS. Os valores da tabela SIH/SUS não englobam as despesas administrativas, despesas com investimentos, formação de pessoal, e outras despesas que custeiam de forma indireta os atendimentos prestados.

10. Se o principal fundamento jurídico do ressarcimento ao SUS é a proibição do enriquecimento sem causa, há que se levar em conta não apenas os valores que a gestão do SUS paga aos prestadores de serviços pelos atendimentos realizados, mas também todas as despesas em que eles incorrem para manter em funcionamento a

ATA 000000



assistência à saúde. Afinal, o SUS não é apenas um prestador de serviços de saúde, mas sim um sistema de gestão de saúde da população brasileira.

11. Essa proposta parte da verificação da inviabilidade operacional de levantamento dos valores praticados pelo mercado, bem como da premissa de que os valores da tabela SUS não refletem o custo do atendimento, pois não computam as outras ações de serviço público de saúde e as despesas administrativas que dão suporte à assistência ambulatorial e hospitalar.

12. O trabalho propõe que os valores do ressarcimento ao SUS sejam estipulados a partir do limite mínimo estabelecido pela Lei – os valores praticados pelo SUS – devido à maior disponibilidade de uma base pública de dados orçamentários e à viabilidade de sua apuração. Para estimar o valor praticado pelo SUS, propõe-se a estipulação de um Índice de Valoração do Ressarcimento (IVR) a ser multiplicado pelo valor do atendimento identificado.

13. Para a construção de tal índice, foi utilizado o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS, que traz informações sobre como se subdividem os gastos públicos em saúde nos diversos níveis de governo (municipal, estadual e federal). Os dados utilizados foram das despesas públicas liquidadas, ou seja, efetivamente incorridas. As despesas estão classificadas por função, ou seja, por áreas de despesa que competem ao serviço público. A subfunção representa uma partição da função, que agrega determinado subconjunto de despesa do setor público. O uso do SIOPS como fonte de informações para este trabalho é justificado por ser ele o instrumento usado pelos órgãos de fiscalização e controle dos recursos vinculados a ações e serviços de saúde.

14. Analisando os componentes do gasto próprio com saúde por subfunções, é plausível concluir que o valor da tabela SUS, que dá origem à atual TUNEP, representa apenas uma pequena parte de todos os gastos públicos relacionados à saúde no Brasil. O preço dos procedimentos listados nas Autorizações de Internação Hospitalar- AIH ou nas Autorizações de Procedimentos de Alto Custo/Complexidade, que dão origem ao faturamento, é composto de alguns componentes, como diárias, taxas, materiais e medicamentos, serviços auxiliares e honorários médicos. Este tipo de despesa está relacionado, na classificação do SIOPS, ao item de gastos denominado Assistência Hospitalar e Ambulatorial, cuja definição é: "Compreende as ações de atendimento médico e auxiliar através de internações hospitalares e a prestação de serviços no regime de ambulatório".

EM BRANCO



15. Buscou-se assim construir um índice para o cálculo dos valores de Ressarcimento que acresça ao valor do atendimento identificado (por exemplo, AIH ou APAC) um valor que represente, mesmo que aproximadamente, todos os outros gastos que contribuem para que aquele atendimento aconteça. Sendo assim, com a utilização de algumas subfunções da despesa com saúde pública, chegou-se ao seguinte IVR:

$$\text{IVR} = 1 + \frac{\text{Subfunções Administrativas}}{\text{Assistência hospitalar e ambulatorial}}$$

16. Tal índice é calculado tendo por base o quanto representam os gastos administrativos (subfunções administrativas) em relação aos gastos com assistência hospitalar e ambulatorial. A aplicação do índice se daria da seguinte maneira:

Considerando que: Valor a ser ressarcido = Y

Valor do atendimento no SUS = Z

$$Y = Z * (\text{IVR})$$

17. Foi feita pelo Grupo Técnico a coleta dos dados municipais e estaduais para os anos de 2002 a 2009, que foram os anos com informações disponíveis para todos os níveis, quando da extração de dados (outubro de 2010). Ressalte-se que foram utilizadas neste estudo as despesas liquidadas referentes tanto à administração direta quanto à indireta. Em média, as despesas administrativas representaram cerca de 50% do valor das despesas assistenciais. Baseando-se nestes dados, o IVR será estipulado em 1,5.

18. Concluímos ainda que o novo índice deve ser aplicado nos atendimentos identificados a partir das competências do ano de 2008, pois neste ano ocorreu a consolidação nas tabelas utilizadas pelo SUS, unificando os sistemas ambulatorial e hospitalar. Como já haverá a necessidade de introduzir alterações relevantes nas regras de batimento na ANS, seria oportuno aproveitar o ensejo para efetuar a alteração também da forma de valoração do ressarcimento.

19. Enfim, as principais vantagens da utilização deste IVR proposto são a transparência na metodologia, já que é baseado em dados oficiais do Ministério da Saúde, e a padronização da proporção dos valores da Tabela de Valoração do

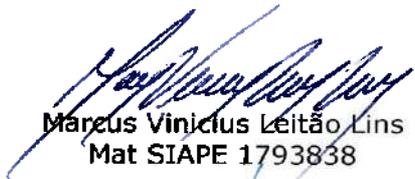
EM BRANCO

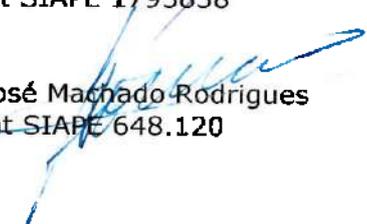
Ressarcimento em relação à Tabela SUS, isto é, todos os valores daquela tabela terão a mesma proporção em relação aos valores do SUS. Pretende-se que a adoção da nova metodologia aqui proposta sirva como meio eficaz e simples de dirimir divergências e litígios acerca da TUNEP em sua forma atual.

20. Apresentada, em suma, a proposta de metodologia aprovada pela Diretoria Colegiada, sugerimos:

- a) a elaboração de minuta de nova resolução que estabeleça a aplicação deste IVR a partir das competências de 2008;
- b) o envio do presente processo administrativo à Procuradoria-Geral da ANS, para que se manifeste acerca da proposta, apontando a fundamentação jurídica para sua adoção.

Rio de Janeiro, 10 de novembro de 2010.


Marcus Vinicius Leitão Lins
Mat SIAPE 1793838


Teófilo José Machado Rodrigues
Mat SIAPE 648.120


Melissa Silva Menezes
Mat SIAPE 1578360

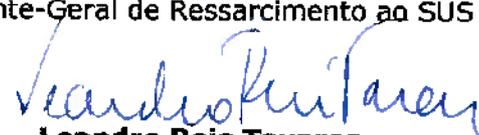

Vivian de Campos Souto
Mat SIAPE 1793683

De acordo.

Em 23 de novembro de 2010.


Flávia Cristina Cordeiro Biesbroeck
Gerente de Ressarcimento ao SUS


Lenise Barcellos de Mello Secchin
Gerente-Geral de Ressarcimento ao SUS


Leandro Reis Tavares
Diretor de Desenvolvimento Setorial Interino

Cátia Mantini
Gerente de Ressarcimento ao SUS
Substituta
Mat. SIAPE 1537224

EM BRANCO

| |
|---------------------------------------|
| AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR |
| DIDES/GGSUS |
| Protocolo n.º 33902 307595 1-20b-05 |
| Data Registro 22/11/2010. |
| Hora Registro 16:39 |
| Assinatura: [assinatura] |



DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL - DIDES
GERÊNCIA GERAL DE RESSARCIMENTO AO SUS - GGSUS

Assunto: Exposição de Motivos da proposta de alteração da RN nº 185, de 30 de dezembro de 2008 que estabelece o Índice de Valoração de Ressarcimento ao SUS - IVR.

1. Introdução:

O ressarcimento ao SUS é regulamentado pelo artigo 32 da Lei 9656/98, que diz em seu *caput*: "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".

Este mesmo artigo da lei, em seu parágrafo 8º, diz que: "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".

Para cumprimento desta determinação legal, foi criada a Tabela Nacional de Equivalência de Procedimentos - TUNEP, aprovada pela CONSU Nº 23, 21 de outubro de 1999. Em 30 de março de 2000 a ANS publica a RDC 17, que determina que "a TUNEP terá como finalidade única o ressarcimento, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, dos atendimentos prestados a seus beneficiários pelas entidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS, sendo vedada sua utilização para outros fins". Esta TUNEP não sofreu alteração até setembro de 2002.

A partir deste período foram publicadas as seguintes Resoluções Normativas: RN 12, 06/09/2002; RN 13, 26/09/2002 (revoga a RN 12); RN 15, 30/10/2002; RN 23, 27/12/2002 (altera a RN 15); RN 31, 04/04/2003 (DOU 07/04/2003); RN 43, 17/07/2003 (DOU 18/07/03); RN 84, 05/11/2004 (DOU 08/11/2004). RN 92, 16/03/2005; RN 110, 08/09/2005; RN 120, 08/12/2005; RN 131, 07/06/2006 e RN 177, 04/11/2008. Cada uma destas resoluções está associada à algum Aviso de Beneficiário Identificados - ABI.

Insta ressaltar que a RN 43 promoveu a possibilidade de atualização constante da TUNEP, tendo em vista suas disposições:

"art. 1º a atualização do elenco de procedimentos da TUNEP será sempre realizada simultaneamente à atualização da Tabela de procedimentos do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde-SIH/SUS, com a finalidade de manter a correspondência entre essas duas tabelas".

EM BRANCO

Com essa atualização restou impedido que fossem liberados ABI's com valores inferiores aos praticados pelo SUS. Ademais, os valores iniciais da TUNEP foram calculados a partir dos seguintes fatores:

- "a) Honorários médicos foram "tomados" do mercado a partir da tabela dotada pelo Comitê Integrado de Entidades Fechadas de Assistência (CIEFAS), associação representante de parcela do segmento de autogestões. Pressupõe codificação e valoração construídas e aprimoradas a partir da tabela da Associação Médica Brasileira (AMB-92);*
- b) Valores de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) foram inicialmente estimados, automática e proporcionalmente, frente aos honorários médicos acima descritos, mediante percentuais globais observados em estatísticas de autogestões coletadas no momento inicial dos estudos de implantação;*
- c) Valores de diárias calculados mediante tabela hospitalar de referência aleatoriamente escolhida, sendo utilizada a tabela dos hospitais privados do Rio de Janeiro, proporcionados segundo a média de permanência hospitalar projetada para o procedimento;*
- d) Valores e taxas de salas cirúrgicas e de recuperação projetados automaticamente mediante os valores previstos na mesma tabela escolhida para as diárias;*
- e) Valores de taxas diversas estimados proporcionalmente mediante o valor atribuído final de taxas e diárias acima descritos, mantendo uma proporção lógica global ao efetivamente observado em algumas autogestões;*
- f) Valores de materiais e medicamentos estimados automática e proporcionalmente, nas mesmas bases percentuais às adotadas pela tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS)." (SCATENA, 2004, pp. 46-47)*

A TUNEP sofreu algumas alterações, a partir de modificações na tabela do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). A partir da comparação entre a Tabela TUNEP e a Tabela SIH/SUS verifica-se os procedimentos que foram incluídos e/ou excluídos da Tabela SIH/SUS. Para os procedimentos incluídos, acrescenta-se estes na Tabela TUNEP, com a aplicação do fator de correção de 1,75, exceto os medicamentos, órteses e próteses, incluídos com os valores praticados pelo Sistema Único de Saúde.

A maior dificuldade encontrada na definição do valor a ser ressarcido diz respeito ao limite superior estabelecido pela lei, que deve ser aquele praticado pelas operadoras. Quando da formulação da primeira versão da TUNEP, tentou-se recolher informação a respeito dos valores faturados no mercado, entretanto apenas algumas operadoras responderam ao solicitado. Ademais, não há uma padronização entre as tabelas praticadas pelas operadoras, sendo também distinto o padrão da tabela SIH/SUS. Assim, a alternativa de aferir o valor de mercado mostra-se demasiadamente complexa e demorada,

EM BRANCO

pois exigiria o recolhimento e organização de grande volume de informações, além de um trabalho delicado de estabelecer compatibilidade entre as tabelas.

2. Justificativas para a mudança da TUNEP:

A Tabela TUNEP ao longo do tempo vem sofrendo um número muito grande de contestações administrativas e jurídicas, questionando-se a metodologia aplicada para o cálculo e os valores aplicados, sob a alegação de que são maiores que os valores pagos pelas operadoras a seus prestadores, sem haver, entretanto, a apresentação contundente de provas para esta alegação.

Existe também a questão do reajuste da TUNEP, pois no momento vem ocorrendo apenas uma atualização dos valores da referida tabela, a partir de reajustes na Tabela do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), inclusão e/ou exclusão de procedimentos. Estes reajustes vêm reduzindo gradualmente os valores cobrados pela TUNEP, uma vez que, à medida que os valores da tabela SUS são aumentados, muitas vezes eles acabam ultrapassando o valor da TUNEP, e assim na próxima publicação da TUNEP estes valores simplesmente são equiparados aos valores praticados pelo SUS. Como se vê nas tabelas abaixo, a média da proporção entre os valores dos procedimentos listados nas tabelas TUNEP e os valores da tabela SIH/SUS se reduziu na última atualização da tabela, bem como a média dos valores na tabela TUNEP vem diminuindo.

Tabela 1 – Proporção entre valores da TUNEP e do SUS

| Proporção entre valor TUNEP e valor SUS = (vl. TUNEP/vl.SUS)*100 | 20° e 21° ABI RN 120 | 22° ABI RN 131 | 23° ABI RN 177 | 24° ABI RN 220 |
|--|-------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Procedimentos com 100% | 18,97% | 18,62% | 22,49% | 22,69% |
| Procedimentos entre 101% e 200% | 45,82% | 46,14% | 44,29% | 44,61% |
| Procedimentos entre 201% e 300% | 15,41% | 15,42% | 16,15% | 16,27% |
| Procedimentos entre 301% e 400% | 18,67% | 18,69% | 16,00% | 16,12% |
| Procedimentos de 401% a 499% | 0,93% | 0,94% | 0,91% | 0,17% |
| Procedimentos com 500% | 0,20% | 0,20% | 0,15% | 0,15% |
| Média | 205% | 206% | 197% | 165% |

EM BRANCO

Tabela 2 – Informações sintéticas das três últimas tabelas TUNEP

| Informações sobre as tabelas TUNEP - 20° ao 24° ABI | | | | |
|--|------------------|--------------|--------------|--------------|
| Informações | 20° e 21° | 22° | 23° | 24° |
| Quantidade de procedimentos listados | 4601 | 4607 | 4811 | 4829 |
| Média dos valores da Tabela SUS | R\$ 1.674,12 | R\$ 1.664,55 | R\$ 1.673,09 | R\$ 1.672,43 |
| Média dos valores da Tabela TUNEP | R\$ 2.817,15 | R\$ 2.812,65 | R\$ 2.759,47 | R\$ 2.758,36 |

3. Metodologia e Propostas:

Sendo assim, com o intuito de resolver o problema, quatro propostas foram desenvolvidas a partir de um conceito metodológico novo. A ideia para combater tanto a complexidade anterior como também sua correção quanto aos valores mínimos atualizados é a criação não mais de uma tabela, mas sim, de um índice de valoração do ressarcimento ao SUS.

Esse índice – o IVR – deve ser multiplicado sobre o valor encontrado no batimento. Assim agindo, podemos afirmar que facilitaremos de sobremaneira a aferição e a atualização dos valores cobrados pelo SUS, resolvendo de maneira definitiva, portanto, os problemas atuais.

Neste contexto foram criadas quatro propostas, conforme fls. 30/49 do processo administrativo em epígrafe. Dentre todas, a proposta nº 3 foi a escolhida para ser aplicada como fator índice pelos motivos que explicitaremos a seguir.

Proposta nº 3:

Criação de Índice baseado no gasto em saúde pública informado pelo SIOPS

A conceituação do que é despesa com saúde pública, reproduzida abaixo da Resolução nº 322, de 08 de Maio de 2003, do Conselho Nacional de Saúde, condiz com a ideia que permeia a presente proposta:

"Para efeito da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de

EM BRANCO

saúde aquelas com pessoal ativo e outras despesas de custeio e de capital, financiadas pelas três esferas de governo, conforme o disposto nos artigos 196 e 198, § 2º, da Constituição Federal e na Lei nº 8080/90, relacionadas a programas finalísticos e de apoio, inclusive administrativos, que atendam, simultaneamente, aos seguintes critérios:

I – sejam destinadas às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito;

II – estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente federativo;

III – sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde.” (Grifo nosso)

Parece plausível afirmar que o valor da tabela SUS, que dá origem à TUNEP, representa apenas uma pequena parte de todos os gastos públicos relacionados à saúde no Brasil. Sendo assim, podemos concluir que os valores da tabela SIH/SUS não refletem as despesas administrativas, despesas com investimentos, formação de pessoal, e outras despesas que custeiam de forma indireta os atendimentos prestados.

Se o principal fundamento jurídico do ressarcimento ao SUS é a proibição do enriquecimento sem causa, há que se levar em conta não apenas os valores que a gestão do SUS paga aos prestadores de serviços pelos atendimentos realizados, mas também todas as despesas em que eles incorrem para manter em funcionamento a assistência à saúde. Afinal, o SUS não é apenas um prestador de serviços de saúde, mas sim um sistema de gestão de saúde da população brasileira.

Essa proposta tem como base para a construção do índice da nova tabela TUNEP o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), que traz informações sobre os gastos públicos em saúde, divididos nos diversos níveis de governo (municipal, estadual e federal).

O SIOPS foi implantado em 1999 e constitui-se no maior banco de dados no âmbito de políticas públicas do Brasil. Ele reúne informações dos municípios, dos estados e da União sobre financiamento e gasto em saúde pública. O objetivo da criação do SIOPS foi permitir a transparência, facilitar o controle do Estado e apoiar o desenvolvimento de pesquisas. As informações do SIOPS subsidiaram a elaboração da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 29 de 2000, que estabeleceu percentuais obrigatórios mínimos de recursos que cada ente governamental deve aplicar em ações e serviços públicos de saúde.

O uso do SIOPS como fonte de informações para este trabalho é justificado por ser ele o instrumento usado pelos órgãos de fiscalização e controle dos recursos vinculados a ações e serviços de saúde. Além disso, os dados do SIOPS têm subsidiado o Ministério da Saúde na realização de estudos e estimativas sobre gastos públicos nas três esferas de governo, sendo utilizados para estimativas publicadas no Anuário da Saúde, nos Indicadores e Dados Básicos em Saúde – IDB e Cadernos de Informações de Saúde. Sendo a mais ampla fonte de dados sobre receita e despesa em saúde no âmbito municipal, seus dados devem ser mais amplamente utilizados, inclusive para estudos que relacionem o financiamento público em saúde com a situação de saúde dos municípios.

EM BRANCO

A partir do ano de 2002, o SIOPS passou a ser parte integrante do instrumental de controle da Lei de Responsabilidade Fiscal. Além disso, é de conhecimento hodierno que o SIOPS comporta em sua estrutura básica uma Câmara Técnica de Orientação e Avaliação, composta por representantes das Secretarias do MS, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA), do IBGE e do Ministério Público Federal/Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão.

Justificado o uso do SIOPS, é preciso entender os fluxos financeiros do SUS. Eles podem ser agrupados em três principais modalidades: pagamentos por serviços prestados (SIA e AIH), convênios (acordos celebrados entre órgãos públicos e prestadores públicos e privados) e transferências fundo a fundo (repasse regulares e automáticos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde de estados e municípios). Além destes três, há também recursos provenientes de outros incentivos e programas especiais.

Os fundos são usados por estados e municípios para complementar seus recursos próprios e cobrir seus orçamentos em saúde. Enquanto os prestadores públicos contam com todas estas fontes de recurso, evidenciando que o pagamento de AIHs é somente uma parte do todo, os hospitais privados, sobretudo os filantrópicos, contam com o financiamento público não só pelo pagamento de AIHs mas também através de convênios. Não obstante, é sabido que os hospitais particulares tentam contrabalançar o recebimento do SUS com receitas de pacientes privados (Planos ou particulares). Este é o complexo retrato do sistema nacional de saúde que evidencia a necessidade de se contemplar os inúmeros fluxos de pagamentos feitos no SUS.

Assim, levando-se em conta que o gasto com um beneficiário atendido pelo SUS não se resume simplesmente ao valor de faturamento da AIH e, ainda, que os hospitais recebem do SUS outros tipos de financiamento além do pagamento de AIH, tais como convênios e transferências intergovernamentais, buscou-se construir um índice para o cálculo dos valores de Ressarcimento que acresça ao preço da AIH um valor que represente, mesmo que aproximadamente, outros gastos que contribuem para que aquele atendimento aconteça. Sendo assim, chegou-se ao índice denominado Índice de Valoração do Ressarcimento (IVR).

O IVR é calculado tendo por base o quanto representam os gastos administrativos em relação aos gastos com assistência hospitalar e ambulatorial. Utilizando-se dos dados municipais e estaduais para os anos de 2002 a 2009 encontramos o IVR no valor de 1,5.

A aplicação deste índice se daria da seguinte maneira:

Considerando que: Valor de Ressarcimento = Y

Valor SUS = Z

$Y = Z * IVR$

Isto é, o valor de cada procedimento na Tabela de Valoração do Ressarcimento seria o valor do procedimento correspondente na tabela SUS acrescentado de uma proporção calculada através do IVR. Realizando uma simulação da aplicação do índice:

Sabendo-se que: $IVR = 1,5$

Valor SUS = R\$ 200,00

EM BRANCO



E sabendo que Valor de Ressarcimento = Y

$$Y = 200 * (1,5)$$

$$Y = R\$ 300,00$$

Assim, o valor a ressarcir representaria 150% do valor cobrado pelo SUS

As principais vantagens da utilização do IVR proposto são a transparência na metodologia, já que é baseado em dados oficiais do Ministério da Saúde, e a padronização da proporção dos valores da Tabela de Valoração do Ressarcimento em relação à Tabela SUS, isto é, todos os valores daquela tabela terão a mesma proporção em relação aos valores do SUS.

Outra vantagem a ser considerada é que o cálculo não leva em conta apenas os gastos assistenciais, mas também outros gastos diretos e indiretos envolvidos no atendimento. Não obstante, há que se levar em conta que a utilização de um índice a ser aplicado sobre a tabela SUS apresenta o benefício de compensar a existência de determinados acréscimos de pagamentos sobre o valor das AIHs que ocorrem em função de inúmeras variáveis, tais como nível hospitalar (como hospitais de referência), tipo de complexidade do atendimento, atendimento de urgência e emergência, etc.

No que tange as desvantagens, podemos citar que as mesas estão relacionadas as limitações do SIOPS, quais sejam, a questão da padronização de preenchimento e a demasiada abrangência das categorias de subfunções, fazendo com o que o conteúdo preenchido possa variar entre diferentes estados e municípios (BANCO MUNDIAL, 2007). Também há o fato de que este índice não tem relacionamento direto com o limite superior que determina a lei, isto é, não há como comprovar formalmente que o valor alcançado com a aplicação do índice seria menor do que o valor praticado pelo mercado.

Vale a pena citar que o novo índice deve ser aplicado nos atendimentos identificados a partir das competências do ano de 2008, pois neste ano ocorreu a consolidação nas tabelas utilizadas pelo SUS, unificando os sistemas ambulatorial e hospitalar. Como já haverá a necessidade de introduzir alterações relevantes nas regras de batimento na ANS, seria oportuno aproveitar o ensejo para efetuar a alteração também da forma de valoração do ressarcimento.

4. Conclusão:

A exposição em tela teve o escopo de esclarecer os motivos que levaram à revisão da TUNEP e à criação de uma nova metodologia baseada em um índice que pudesse salvaguardar a eficácia da Lei 9.656/98, além de tornar o mecanismo de sua aplicação mais objetiva e otimizada.

Ademais, é certo que o uso do SIOPS como substrato do Índice de Valoração do Ressarcimento ao SUS vai ao encontro dos anseios legais. Ficou demonstrado que o valor cobrado no batimento não cobre totalmente o gasto suportado pelo SUS, portanto, ao usarmos como referência o SIOPS podemos nos aproximar do valor real despendido.

EM BRANCO

Concluindo, podemos afirmar que as principais vantagens da utilização do Índice de Valoração do Ressarcimento ao SUS proposto são: a transparência na metodologia, já que é baseado em dados oficiais do Ministério da Saúde, e a padronização da proporção dos valores em relação à Tabela SUS, isto é, todos os valores cobrados terão a mesma proporção em relação aos valores do SUS. Pretende-se que a adoção da nova metodologia aqui proposta sirva como meio eficaz e simples de dirimir divergências e litígios acerca da TUNEP em sua forma atual.

Por fim, ressalte-se que o IVR será aplicado sobre os fatos geradores ocorridos a partir de janeiro de 2008, conforme acima justificado, especificamente para as identificações de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH). Paralelamente, no que se refere às APACs, o IVR poderá ser aplicado tão logo se findem os estudos sobre a sua cobrança, mesmo que se defina pela identificação de atendimentos ocorridos em competências anteriores a janeiro de 2008.

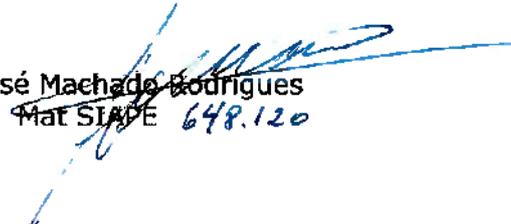
Rio de Janeiro, 18 de novembro de 2010.



Marcus Vinicius Leitão Lins
Mat SIAPE 1793838



Melissa Silva Menezes
Mat SIAPE 1578360



Teófilo José Machado Rodrigues
Mat SIAPE 648.120



Vivian de Campos Souto
Mat SIAPE 1793683

EM BRANCO



RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº, DE DE

Altera a Resolução Normativa – RN nº 185, de 30 de dezembro de 2008, que instituiu o procedimento eletrônico de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e estabeleceu normas sobre a repetição de indébito, o parcelamento dos débitos e o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, tendo em vista o disposto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e no inciso VI do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, no uso da competência que lhe é conferida pelo inciso II do art. 10 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, em reunião realizada em adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º O artigo 4º da Resolução Normativa – RN nº 185, de 30 de dezembro de 2008, alterado pela RN Nº 217, de 13 de maio de 2010, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 4º O ressarcimento ao SUS será cobrado de acordo com os valores estabelecidos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP, para os fatos geradores ocorridos até dezembro de 2007, e de acordo com os valores praticados pelo SUS multiplicados pelo Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR, que será igual a 1,5, para os fatos geradores ocorridos a partir de janeiro de 2008.

§ 1º Os valores praticados pelo SUS são aqueles lançados no documento de autorização do atendimento, conforme as regras de valoração e tabelas de procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS e do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS.

§ 2º O IVR é calculado a partir da proporção entre as despesas administrativas e as despesas com assistência hospitalar e ambulatorial do SUS, informadas pelo Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS."

Art. 2º Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

EM BRANCO



Despacho nº 29/2010/GGSUS/DIDES/ANS

Rio de Janeiro, 23 de novembro de 2010.

À Assessoria Normativa da DIDES

Assunto: Proposta de Nova Metodologia de Valoração do Ressarcimento ao SUS
Processo Administrativo nº 33902.213337/2010-51

O assunto supramencionado está sumarizado na Nota Técnica nº 623/2010/GERES/GGSUS/DIDES/ANS (fls. 62-66). As propostas de uma nova metodologia de valoração do Ressarcimento ao SUS passaram pela deliberação e voto da Diretoria Colegiada a respeito do tema, em 04 de novembro de 2010. E resta-nos solicitar a apreciação da Assessoria Normativa da DIDES quanto aos aspectos jurídicos atinentes ao tema e a minuta de Resolução Normativa que alterará a RN nº 185. E logo após solicitamos o encaminhamento do presente processo administrativo à Procuradoria-Geral da ANS, para que se manifeste acerca da proposta, apontando a fundamentação jurídica para a sua adoção.

Atenciosamente,


LENISE BARCELLOS DE MELLO SECCHIN
Gerente-Geral de Ressarcimento ao SUS
GERES/GGSUS/DIDES/ANS

EM BRANCO

| |
|---|
| Gerência/Diretoria: DIOPE |
| Protocolo nº 33902.354431 /2010-69 |
| Data: 14/12/10 Hora: 09:29 |
| Assinatura:  |



Despacho n.º 677 /2010/DIDES/ANS

Ref.: Processo nº 33902.213337/2010-51

Assunto: Proposta de edição de Resolução Normativa – RN

À PROGE/GECOS

Sirvo-me do presente para, em atenção ao assunto em epígrafe, encaminhar o presente feito à PROGE/GECOS, para manifestação acerca dos aspectos jurídicos de alta relevância envolvidos na questão, referente à proposta de edição de Resolução Normativa – RN versando acerca da nova metodologia de valoração do ressarcimento ao SUS (minuta às fls. 75 e exposição de motivos às fls. 67/74), nos termos das atribuições definidas no Regimento Interno da ANS – RN nº 197/2009 e posteriores alterações.

Ressalte-se que a minuta de RN ora encaminhada foi fruto de pesquisas realizadas pelo Grupo Técnico de Trabalho constituído pela Portaria nº 01, de 30 de agosto de 2010, tendo sido submetido à apreciação da Diretoria Colegiada a conclusão dos trabalhos (Nota técnica nº 623/2010/GERES/GGSUS/DIDES/ANS –fls. 62/66), por ocasião da Reunião Ordinária realizada em 04 de novembro de 2010, conforme extrato de ata em anexo.

Rio de Janeiro, 13 de dezembro de 2010.


LEANDRO REIS TAVARES

Diretor de Desenvolvimento Setorial Interino

EM BRANCO

**Extrato de Ata
da 275ª Reunião de Diretoria Colegiada – DC Ordinária
realizada em 4 de novembro de 2010.**

Às quatorze horas do dia quatro de novembro de dois mil e dez, nesta cidade, na Avenida Augusto Severo, nº 84, no 9º andar, no gabinete do Diretor-Presidente, foi realizada a 275ª Reunião Ordinária da Diretoria Colegiada – DC da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, mediante convocação de seus membros. A sessão foi presidida pelo Diretor-Presidente Sr. Mauricio Ceschin, secretariada pela Sra. Lêda Maria de Vargas Rebello e contou com a presença dos Diretores Sr. Leandro Reis Tavares e o Sr. Eduardo Marcelo de Lima Sales. A reunião foi acompanhada pela Procuradora-Geral na ANS Sra. Lucila Carvalho Medeiros da Rocha, pela Secretária Executiva Sra. Luciana Souza da Silveira, pela Ouvidora na ANS Sra. Stael Christian Riani Freire e pelo Auditor Interno interino Sr. Washington Pereira da Cunha. O Diretor-Presidente deu início aos trabalhos com o propósito de apreciar, discutir e deliberar a pauta prevista para esta reunião, que tratou dos seguintes assuntos: **2) Deliberação extrapauta: a)** Apresentação pela DIDES do estudo desenvolvido pelo GT - TUNEP referente à proposta de nova metodologia de valoração do Ressarcimento ao SUS;... . Feitas essas deliberações, o Diretor-Presidente considerou cumprida a pauta, dando por encerrada a sessão.

Rio de Janeiro, (RJ), 4 de novembro de 2010.

Este Extrato de Ata é cópia fiel de partes da referida ATA.

COADC, no RJ, em 17/11/2010.

Leda Maria de Vargas Rebello
Leda Maria de Vargas Rebello

Coordenadora
COADC/SEGER/DICOL
SIAPE 2339362
Leila Magaly Valois Durso
Coordenadora Substituta
Matrícula SIAPE 0130031
COADC/PRES/ANS/MS

RECEBIDO
DEFISA em 14/12/10 às 10h48


ASSINATURA

EM BRANCO



**ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
PROCURADORIA-GERAL FEDERAL
PROCURADORIA FEDERAL – ANS
R. Teixeira de Freitas, nº 5 - 4º andar, Centro
Rio de Janeiro, CEP 20021-350**

DESPACHO nº — 2010/GEFISA/ANS.

A GECOS,

Em prosseguimento, face a natureza da matéria aqui tratada.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2010.

HELIO VERDUSSEN DE ANDRADE FILHO

Procurador Federal

Gerente de Consultoria Financeira e Serviço Administrativo

Mat. SIAPE 1.357.384

Recbido
GECOS 14 / 12 / 2010
ASS:

EM BRANCO



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
PROCURADORIA-GERAL FEDERAL
PROCURADORIA FEDERAL - ANS



De ordem da Procuradora-Chefe, distribuo o presente feito a Dra
Adriana Castro.

Em 15/12/2010

Edibaldo H. Santa Brígida
Gerente de Consultoria Normativa Substituto
Mat. SIAPE 0130672

Recebido,

Em 15/12/10

Adriana S. de C. Castro
Procuradora Federal
Mat. SIAPE 1357368

EM BRANCO



**ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
PROCURADORIA - GERAL FEDERAL
PROCURADORIA FEDERAL – ANS**

Rua Teixeira de Freitas, 5 – 4º andar
CEP: 20.021-350 – Centro – Rio de Janeiro/RJ

Parecer Nº ⁰⁶⁰ /2011/ GECOS /PROGE-ANS/PGF

Processo nº 33902.213337/2010-51

Interessado: Diretoria de Desenvolvimento Setorial

Assunto: Proposta de resolução normativa para dispor sobre os valores dos procedimentos para fins de ressarcimento ao SUS

- I – Criação de grupo técnico para estudar a forma de quantificação dos valores dos procedimentos para o ressarcimento ao SUS.
- II – Apresentação de estudos com quatro metodologias.
- III – Opção pela utilização de índice considerando as despesas administrativas e as despesas com assistência hospitalar e ambulatorial do Sistema Único de Saúde.
- IV - Proposta de normativo.
- V - Considerações.

Senhora Gerente da Consultoria Normativa,

- 1 -

01. Trata-se de minuta encaminhada em 13 de dezembro de 2010 à Procuradoria Federal junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS pelo Diretor Interino da Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES, por intermédio do Despacho nº 677/2010/DIDES/ANS (fl. 77), para análise jurídica da *proposta de edição de Resolução Normativa versando acerca da nova metodologia de valoração do ressarcimento ao SUS (minuta à fl. 75 e exposição de motivo às fls. 67/74).*

02. Informa ainda ser a proposta fruto de pesquisas realizadas pelo Grupo Técnico de Trabalho constituído pela Portaria nº 01 de 30 de agosto de 2010, cuja conclusão foi submetida à apreciação da Diretoria Colegiada, na Reunião Ordinária de 04 de novembro de 2010 (extrato à fl. 78).

03. À fl. 02 encontra-se acostada a referida Portaria nº 01 que criou o Grupo Técnico de Trabalho com atribuição para analisar os fundamentos técnicos e jurídicos para valoração dos procedimentos constantes da TUNEP – Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos, e a possibilidade de desenvolvimento de novos conceitos e fundamentos técnicos e jurídicos para alteração dos valores

P:\procuradoria\GECOS\Procuradores Federais\Adriana Castro\Pareceres\minutas\Parecer TUNEP - IVR 213337-2010-51.doc

1

constantes da TUNEP, o qual apresentou proposta de nova resolução a regulamentar a TUNEP.

04. À fl. 02 do processo 33902.213341/2010-19, juntado por anexação em decorrência do despacho de fl. 07, encontra-se alteração da referida portaria.

05. À fl. 18 consta cópia do Boletim de Serviço referente à publicação da portaria nº 03 de 14 de outubro de 2010 que prorrogou os trabalhos do Grupo Técnico.

06. Às fls. 19/20 consta o Sumário Executivo acerca das Propostas de Nova Metodologia de Valoração do Ressarcimento ao SUS, e às fls. 21/61 consta documento denominado "Valoração do Ressarcimento ao SUS: Proposta de Nova Metodologia".

07. Às fls. 62/66 consta Nota Técnica 623/2010/GERES/GGSUS/DIDES/ANS, a qual apresenta as conclusões do Grupo Técnico.

08. Às fls. 67/74 consta a exposição de motivos que acompanha a minuta de RN de fl. 75.

É o breve relato.

- II -

Da competência da ANS para a edição do normativo em questão

Da disposição legal

A competência para a ANS estabelecer normas para o ressarcimento ao SUS encontra-se disposta no inciso VI do art. 4º da Lei 9.961/00:

Art. 4º Compete à ANS:

.....
VI - estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS;
.....

Esta regra deve ser analisada em conjunto com o art. 32 da Lei 9.656/98 que instituiu o ressarcimento ao SUS. Cita-se:

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

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

§ 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 décimo quinto dia após a apresentação da cobrança pela ANS, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao respectivo fundo de saúde, conforme o caso.

§ 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 fixará normas aplicáveis ao processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo.

§ 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. (grifo nosso)

Deste artigo chama-se atenção aos §§ 1º e 8º, os quais determinam que o valor do ressarcimento será determinado pela ANS, mediante tabela de procedimentos por ela aprovada, e que não poderá ser inferior ao praticado pelo SUS e nem superior ao praticado pelas operadoras de planos de saúde.

Necessário, portanto, verificar se a proposta apresentada preenche tais requisitos.

Da tabela de procedimentos

A proposta consiste em deixar de utilizar a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP para estabelecer um índice a ser aplicável à tabela do SUS, para se calcular o valor a ser ressarcido. Como justificativa, consta da exposição de motivos o seguinte:

2. Justificativa para mudança da TUNEP:

A Tabela TUNEP ao longo do tempo vem sofrendo um número muito grande de contestações administrativas e jurídicas, questionando-se a metodologia aplicada para o cálculo e os valores aplicados, sob a alegação de que são maiores que os valores pagos pelas operadoras a seus prestadores, sem haver, entretanto, a apresentação contundente de provas para esta alegação.

Existe também a questão do reajuste da TUNEP, pois no momento vem ocorrendo apenas uma atualização dos valores da referida tabela, a partir de reajustes na Tabela do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), inclusão e/ou exclusão de procedimentos. Estes reajustes vêm reduzindo gradualmente os valores cobrados pela TUNEP, uma vez que, à medida que os valores da tabela SUS são aumentados, muitas vezes eles acabam ultrapassando o valor da TUNEP, e assim na próxima publicação da TUNEP estes valores simplesmente são equiparados aos valores praticados pelo SUS. Como se vê nas tabelas abaixo, a média da proporção entre os valores dos procedimentos listados nas tabelas TUNEP e os valores da tabela SIH/SUS se reduziu na última atualização da tabela, bem como a média dos valores na tabela TUNEP vem diminuindo. (sublinhado nosso).

Resta, portanto, apresentada a justificativa pelo setor técnico da necessidade de alterar a sistemática adotada, substituindo a tabela TUNEP.

A opção pela substituição por um índice, e não por uma tabela em sentido estrito, em uma primeira leitura, não parece encontrar impeditivo legal, pois embora o §1º do art. 32, da Lei 9656/98 estabeleça que os valores serão ressarcidos pela operadora mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pela ANS, pode-se depreender que a ANS estabeleça que esta tabela é o resultado da aplicação de um índice sobre o valor da tabela do SUS (Tabela do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde -SIH/SUS).

Contudo, ressalta-se que poderá haver demandas arguindo vício de legalidade, considerando o estabelecimento de um índice com tratamento igualitário

para todos os procedimentos ao invés da adoção de uma tabela, a qual poderia conferir tratamento diferenciado aos procedimentos quando do estabelecimento do valor a ser ressarcido, e que a *mens legis* ao prever que a ANS criasse uma tabela determinou, por via oblíqua esta diferenciação.

Superada a questão da legalidade de a ANS determinar um índice aplicável à tabela SIH-SUS para calcular o valor a ser ressarcido desde que obedecidos os limites mínimos e máximos estabelecidos pela Lei 9.656/98, passa-se à análise da legalidade da forma de cálculo do índice.

Do índice proposto

A proposta, aprovada pela DICOL, consiste na criação de índice baseado no gasto em saúde pública informado SIOPS. Como fundamento, aduz o grupo técnico (fl. 41 e 43):

Se o principal fundamento jurídico do ressarcimento ao SUS é a proibição do enriquecimento sem causa, há que se levar em conta não apenas os valores que a gestão do SUS paga aos prestadores de serviços pelos atendimentos realizados, mas também todas as despesas em que eles incorrem para manter em funcionamento a assistência à saúde. Afinal, o SUS não é apenas um prestador de serviços de saúde, mas sim um sistema de gestão de saúde da população brasileira.

Esta proposta tem como base para a construção do índice da nova tabela TUNEP o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), que traz informações sobre os gastos públicos em saúde, divididos nos diversos níveis de governo (municipal, estadual e federal).

O SIOPS foi implementado em 1999 e constitui-se no maior banco de dados no âmbito de políticas públicas do Brasil. Ele reúne informações dos municípios, dos estados e da União sobre financiamento e gasto em saúde pública. O objetivo da criação do SIOPS foi permitir a transparência, facilitar o controle do Estado e apoiar o desenvolvimento de pesquisas. AS informações do SIOPS subsidiaram a elaboração da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 29 de 2000, que estabeleceu percentuais obrigatórios mínimos de recursos que cada ente governamental deve aplicar em ações e serviços públicos de saúde.

Justificado o uso do SIOPS, é preciso entender os fluxos financeiros do SUS. Eles podem ser agrupados em três principais modalidades: pagamentos por serviços prestados (SIA e AIH), convênios (acordos celebrados entre órgãos públicos e prestadores públicos e privados) e transferências fundo a fundo (repasses regulares e automáticos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde de estados e municípios). Além destes três, há também recursos provenientes de outros incentivos e programas especiais (BANCO MUNDIAL, 2007).

Os fundos são usados por estados e municípios para complementar seus recursos próprios e cobrir seus orçamentos em saúde. Enquanto os prestadores públicos contam com todas estas fontes de recurso, evidenciando que o pagamento de AIHs e APACs é somente uma parte do todo, os hospitais privados, sobretudo os filantrópicos, contam com o financiamento público não só pelo pagamento por estes atendimentos mas também através de convênios. Não obstante, é sabido que os hospitais particulares tentam contrabalancear o recebimento do SUS com receitas de pacientes privados (Planos ou particulares). Este é complexo retrato do sistema nacional de saúde que evidencia a necessidade de se contemplar os inúmeros fluxos de pagamentos feitos no SUS (BANCO MUNDIAL, 2007).



Assim, levando-se em conta que o gasto com um beneficiário atendido pelo SUS não se resume simplesmente ao valor de faturamento da AIH/APAC e, ainda, que os hospitais recebem do SUS outros tipos de financiamento além do pagamento destes atendimentos, tais como convênios e transferências intergovernamentais, buscou-se construir um Índice para o cálculo dos valores de Ressarcimento que acresce ao preço da AIH/APAC um valor que represente, mesmo que aproximadamente, outros gastos que contribuem para que aquele atendimento aconteça.

O IVR aqui é calculado tendo por base o quanto representam os gastos administrativos em relação aos gastos com assistência hospitalar e ambulatorial. (grifo nosso)

Para melhor esclarecer, cumpre trazer trecho da Nota Técnica nº 623/2010/GERES/GGUSS/DIDES/ANS (fls. 62/66):

09. Ainda que a tabela SIH/SUS sirva de parâmetro para a estipulação do valor a ser ressarcido, ela não atende ao limite mínimo previsto no § 8º do art. 32, da Lei nº 9.656, de 1998, pois não reflete todas as despesas praticadas pelo SUS. Os valores da tabela SIH/SUS não englobam as despesas administrativas, despesas com investimentos, formação de pessoal, e outras despesas que custeiam de forma indireta os atendimentos prestados.

10. Se o principal fundamento jurídico do ressarcimento ao SUS é a proibição do enriquecimento sem causa, há que se levar em conta não apenas os valores que a gestão do SUS paga aos prestadores de serviços pelos atendimentos realizados, mas também todas as despesas em que eles incorrem para manter em funcionamento a assistência à saúde. Afinal, o SUS não é apenas um prestador de serviços de saúde, mas sim um sistema de gestão de saúde da população brasileira.

11. Essa proposta parte da verificação da inviabilidade operacional de levantamento dos valores praticados pelo mercado, bem como da premissa de que os valores da tabela SUS não refletem o custo do atendimento, pois não computam as outras ações de serviço público de saúde e as despesas administrativas que dão suporte à assistência ambulatorial e hospitalar.

12. O trabalho propõe que os valores do ressarcimento ao SUS sejam estipulados a partir do limite mínimo estabelecido pela Lei – os valores praticados pelo SUS – devido à maior disponibilidade de uma base pública de dados orçamentários e à viabilidade de sua apuração. Para estimar o valor praticado pelo SUS, propõe-se a estipulação de um Índice de Valoração do Ressarcimento (IVR) a ser multiplicado pelo valor do atendimento identificado.

13. Para a construção de tal índice, foi utilizado o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, que traz informações sobre como se subdividem os gastos públicos em saúde nos diversos níveis de governo (municipal, estadual e federal). Os dados utilizados foram das despesas públicas liquidadas, ou seja, efetivamente incorridas. As despesas estão classificadas por função, ou seja, por áreas de despesa que competem ao serviço público. A subfunção representa uma partição da função, que agrega determinado subconjunto de despesa do setor público. O uso do SIOPS como fonte de informações para este trabalho é justificado por ser ele o instrumento usado pelos órgãos de fiscalização e controle dos recursos vinculados a ações e serviços de saúde.

Em suma, a proposta consiste na estipulação de um Índice de Valoração do Ressarcimento (IVR) a ser multiplicado pelo valor do atendimento identificado, com base no que o setor técnico entende ser o limite mínimo estabelecido

pela lei, qual seja, o valor praticado pelo SUS. Para calcular este limite mínimo, foram consideradas outras variáveis além da tabela SIH/SUS¹, visto que para haver o atendimento ambulatorial e hospitalar o SUS incorre em outras despesas, que custeiam de forma indireta os atendimentos prestados, como despesas administrativas, despesas com investimentos e formação de pessoal.

Para verificar a legalidade da proposta, aconselhável trazer novamente a redação do § 8º, do art. 32, da Lei 9.656/98:

Art. 32.
§ 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. (grifo nosso)

Em uma primeira leitura do § 8º acerca do limite mínimo para o valor a ser ressarcido, com base em uma interpretação literal, obtém-se o entendimento de que o valor praticado pelo SUS seria o valor da tabela que o SUS paga aos prestadores de serviço, qual seja a tabela SIH/SUS. Depreender-se-ia que a *mens legis* foi garantir que o ressarcimento seja no mínimo o valor da tabela, pois se fosse menor não haveria efetivo ressarcimento e geraria um enriquecimento sem causa da operadora.

Surge a questão: haveria outra interpretação para este limite mínimo, considerando a aparente clareza do dispositivo?

Para responder, cumpre trazer os ensinamentos de Luís Roberto Barroso, em sua obra, *Interpretação e Aplicação da Constituição*²:

Toda norma jurídica, e, *ipso facto*, toda norma constitucional, precisa ser interpretada. Interpretam-se todas as leis, sejam claras ou obscuras, pois não se deve confundir a interpretação com a dificuldade de interpretação. Não se partilha, aqui, da posição de Konrad Hesse, que nega o caráter de interpretação à atividade de revelar o conteúdo da norma constitucional quando "não se suscitam dúvidas". Embora haja recuperado algum prestígio após décadas de rejeição, a máxima *in claris cessat interpretatio* há de ter, tão-somente, o sentido de reconhecimento de que a zona de clareza existente na lei enfraquece a atividade do intérprete, mas não o condena a uma acrílica interpretação literal.

Consoante apontado pelo setor técnico, o custo do SUS para o atendimento ambulatorial ou hospitalar não se resume ao preço da tabela SIH/SUS. Questiona-se, portanto, a viabilidade de interpretar que o valor praticado pelo SUS seria resultado do custo do atendimento acrescido do custo administrativo do SUS.

Volvendo aos ensinamentos de Luís Roberto Barroso³:

As normas devem ser aplicadas atendendo, fundamentalmente, ao seu espírito e à sua finalidade. Chama-se teleológico o método interpretativo que procura revelar o fim da norma, o valor ou bem jurídico visado pelo ordenamento com a edição de dado preceito. (...)

A Constituição e as leis, portanto, visam acudir certas necessidades e devem ser interpretadas no sentido que melhor atenda à

¹ Não se pretende onerir tecnicidade à denominação da tabela, pois embora o relatado cite a nomenclatura acima utilizada, a RN 217 cuida da Tabela de Procedimentos Unificada do Sistema de Informações Ambulatoriais e do Sistema de Informação Hospitalar SIA/SIH - SUS. Contudo, para fins de uniformização de nomenclatura, optou-se por utilizar a redação trazida pelo setor técnico.

² BARROSO, Luis Roberto. *Interpretação e aplicação da constituição: fundamentos de uma dogmática constitucional transformadora*. 3. ed. - São Paulo : Saraiva, 1999 pp.103 e 104.

³ Ob. cit. pp. 137/139.



finalidade para a qual foi criada. O legislado brasileiro, em uma das raras exceções em que editou uma lei de cunho interpretativo, agiu, precisamente, para consagrar o método teleológico, ao dispor, no art. 5º da Lei de Introdução ao Código Civil, que na aplicação da lei o juiz atenderá aos fins sociais a que ela se dirige e às exigências do bem comum. Nem sempre é fácil, todavia, desentranhar com clareza a finalidade da norma. À falta de melhor orientação, deverá o intérprete voltar-se para as finalidades mais elevadas do Estado, que são, na boa passagem de Marcelo Caetano, a segurança, a justiça e o bem-estar social.

A Constituição brasileira de 1988, em seu Título I, dedicado aos *princípios fundamentais*, abriu um artigo específico para as finalidades do Estado brasileiro, cuja consecução deve figurar como vetor interpretativo de toda a atuação dos órgãos públicos. É o que decore do art. 3º e seus incisos, *in verbis*:

“Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

- I - construir uma sociedade livre, justa e solidária;
- II - garantir o desenvolvimento nacional;
- III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;
- IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”.

(grifo ausente no original)

Em uma interpretação teleológica visa-se revelar o fim da norma, no caso em apreço, nota-se que o valor a ser protegido é o erário público, com o ressarcimento dos valores indevidamente custeados pelo SUS e que deveriam ter sido custeados pelas operadoras. Caso tais atendimentos não ocorressem no SUS, não acarretaria apenas um menor custo no pagamento dos procedimentos de acordo com a tabela do SUS, mas a estrutura administrativa do SUS seria diminuída. Diante disto, chega-se ao entendimento de que o ressarcimento efetivo ao SUS deve contemplar mais do que a tabela de SIH/SUS, pois o custo para que o atendimento ocorra comporta outras variáveis. Este entendimento é ratificado, se analisar pela ótica de que o ressarcimento apenas a tabela do SUS incentivaria as operadoras a utilizarem o SUS como “rede credenciada” nas localidades em que não houver interesse, como, por exemplo, econômico, em credenciar prestadores de serviço.

Pelo exposto, conclui-se, partindo-se de uma interpretação teleológica, não haver óbice a ANS estabelecer um índice considerando que o custo mínimo do SUS, englobe o gasto administrativo para que o atendimento se efetive. Contudo, deve-se advertir que esta interpretação teleológica poderá ter menos chances de êxito em eventual contestação judicial, considerando a outra interpretação esposada anteriormente, literal, devido a sua aparente clareza e objetividade.

Estabelecida a premissa de que o custo do SUS considerando também as despesas administrativas para que o atendimento seja efetuado pode ser entendido como limite mínimo previsto no § 8º do art. 32 da Lei 9.656/98, passa-se a análise da proposta apresentada na minuta.

A minuta propõe a utilização de dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, para se obter elementos suficientes a permitir o cálculo do valor a ser ressarcido. Para aclarar, vale trazer trecho da Nota Técnica nº 623/2010/GERES/GGUSS/DIDES/ANS (fls. 62/66):

12. O trabalho propõe que os valores do ressarcimento ao SUS sejam estipulados a partir do limite mínimo estabelecido pela Lei – os valores praticados pelo SUS – devido à maior disponibilidade de uma base pública de dados orçamentários e à viabilidade de sua apuração. Para estimar o valor

praticado pelo SUS, propõe-se a estipulação de um índice de Valoração do Ressarcimento (IVR) a ser multiplicado pelo valor do atendimento identificado.

13. Para a construção de tal índice, foi utilizado o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, que traz informações sobre como se subdividem os gastos públicos em saúde nos diversos níveis de governo (municipal, estadual e federal). Os dados utilizados foram das despesas públicas liquidadas, ou seja, efetivamente incorridas. As despesas estão classificadas por função, ou seja, por áreas de despesa que competem ao serviço público. A subfunção representa uma partição da função, que agrega determinado subconjunto de despesa do setor público. O uso do SIOPS como fonte de informações para este trabalho é justificado por ser ele o instrumento usado pelos órgãos de fiscalização e controle dos recursos vinculados a ações e serviços de saúde.

15. Buscou-se assim construir um índice para o cálculo dos valores de Ressarcimento que acresça ao valor do atendimento identificado (por exemplo, AIH ou APAC) um valor que represente, mesmo que aproximadamente, todos os outros gastos que contribuem para que aquele atendimento aconteça. Sendo assim, com a utilização de algumas subfunções da despesa com saúde pública, chegou-se ao seguinte IVR:

$$\text{IVR} = 1 + \frac{\text{Subfunções Administrativas}}{\text{Assistência hospitalar e ambulatorial}}$$

16. Tal índice é calculado tendo por base o quanto representam os gastos administrativos (subfunções administrativas) em relação aos gastos com assistência hospitalar e ambulatorial. A aplicação do índice se daria da seguinte maneira:

Considerando que: Valor a ser ressarcido = Y

Valor do atendimento no SUS = Z

$Y = Z * (\text{IVR})$

17. Foi feita pelo grupo Técnico a coleta dos dados municipais e estaduais para os anos de 2002 a 2009, que foram os anos com informações disponíveis para todos os níveis, quando da extração de dados (outubro de 2010). Ressalte-se que foram utilizadas neste estudo as despesas liquidadas referentes tanto à administração direta quanto à indireta. Em média, as despesas administrativas representaram cerca de 50% do valor das despesas assistenciais. Baseando-se nestes dados, o IRV será estipulado em 1,5.

19. Enfim, as principais vantagens da utilização deste IVR proposto são a transparência na metodologia, já que é baseado em dados oficiais do Ministério da Saúde, e a padronização da proporção dos valores da Tabela de Valoração do Ressarcimento em relação à Tabela SUS, isto é, todos os valores daquela tabela terão a mesma proporção em relação aos valores do SUS. Pretende-se que a adoção da nova metodologia aqui proposta sirva como meio eficaz e simples de dirimir divergências e litígios acerca da TUNEP em sua forma atual. (grifo nosso)



Quanto à metodologia de cálculo utilizada pelo setor técnico para chegar ao cômputo do custo administrativo do SUS, imperioso ressaltar não caber a esta Procuradoria adentrar em temas não jurídicos⁴.

Contudo, ressalta-se que a premissa utilizada pelo setor técnico para não justificar o limite máximo estabelecido pela lei consiste na utilização do limite mínimo para fins de ressarcimento. Desta forma, cumpre que o setor técnico indique que a fórmula de cálculo observa os custos administrativos inerentes a atendimento ambulatorial e hospitalar, pois este fato não resta claro na leitura feita pela presente parecerista, considerando que foram utilizados os custos referentes a, por exemplo, comunicação social (v. fl. 55) e, consoante salientado acima, as despesas liquidadas referem-se tanto à administração direta quanto à indireta. Merece, portanto, uma motivação técnico-científica mais consistente destituída de qualquer elemento jurídico, que indique que os custos administrativos referem-se aos atendimentos ambulatoriais e hospitalares.

Por outro lado, ainda que o valor calculado, considerando o custo administrativo acima explicitado, não reflita somente os custos administrativos que o SUS incorre para prestar os atendimentos ambulatoriais e hospitalares, cumpre observar que outros custos não apenas administrativos podem compor o custo dos referidos atendimentos. Desta feita, pode a ANS, justificando devidamente (justificativa técnico-científica) as outras variáveis, em sendo o caso, utilizar o custo administrativo do SUS, como um valor aproximado do custo para o SUS dos atendimentos aos usuários de planos de saúde.

Por fim, caso não reste demonstrado tratar o índice proposto do limite mínimo previsto na Lei 9.656/98, imperioso observar que o § 1º do art. 32 da referida lei atribui poder a ANS de regular o tema, ao estabelecer que a ANS aprovará a tabela de procedimentos para fins de ressarcimento. Cumpre citar:

Art. 32.
§ 1º O ressarcimento a que se refere o caput será efetuado pelas operadoras à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao SUS, mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pela ANS.

O poder regulatório das agências reguladoras deve observar os *standards* legais, consoante leciona Alexandre Santos de Aragão⁵:

As leis instituidoras as agências reguladoras integram, destarte, a categoria das leis-quadro (*lois-cadre*) ou standartizadas, próprias das matérias de particular complexidade técnica e dos setores suscetíveis a constantes mudanças econômicas e tecnológicas.

Podemos ver, com efeito, que apesar da maior ou menor magnitude de poder normativo legalmente outorgado nas suas esferas de atuação, todas as agências reguladoras – umas mais e outras menos – possuem competências normativas calcadas em *standards*, ou seja, em palavras dotadas de baixa densidade normativa, às vezes meramente habilitadoras, devendo exercer estas competências na busca da realização das finalidades públicas – também genéricas – fixadas nas suas respectivas leis.

As leis com essas características não dão maiores elementos pelos quais o administrador deva pautar a sua atuação concreta ou regulamentar, referindo-se genericamente a valores morais, políticos e

⁴ V. Manual de Boa Prática Consultiva da Advocacia-Geral da União – BPC nº 07, Brasília: 2011.

⁵ ARAGÃO, Alexandre Santos de. Agências Reguladoras e a evolução do direito administrativo econômico. Rio de Janeiro: Forense, 2009. p.408.

econômicos existentes no seio da sociedade (saúde pública, utilidade pública, suprimento do mercado interno, boas práticas da indústria, competição no mercado, preços abusivos, continuidade dos serviços públicos, regionalização, etc.). Assim, confere à Administração Pública um grande poder de integração do conteúdo da vontade do legislador, dentro dos quadros por ele estabelecidos. O objetivo das leis assim formuladas é "introduzir uma vagueza que permita o trato de fenômenos sociais muito fugazes para se prestarem ao aprisionamento em uma regra precisa".

Depreende-se ser atribuição da ANS, dentro no exercício de seu poder regulatório, fixar a tabela do ressarcimento, observando os *standards* legais (limites mínimo e máximo). Para tanto poderá se basear nos parâmetros que entender pertinentes a alcançar a finalidade da lei, considerando todas as peculiaridades relacionadas. Assim, pode entender, devidamente motivada, adequado tal índice. Isto não impede que em momento posterior, possa entender diferente, caso, por exemplo, constate que o índice aplicado contribua para que as operadoras se utilizem da rede do SUS ao invés de contratar rede credenciada, deixando de disponibilizar rede adequada nos locais onde não houver interesse.

Contudo, caso a ANS determine a aplicação deste índice dentro de seu poder regulatório, estabelecendo apenas como parâmetro o custo administrativo do SUS, caberá a demonstração da observância do limite máximo legal, ou da impossibilidade de obtê-lo, da forma a seguir detalhada.

Limite máximo

Quanto ao limite máximo para os valores a serem ressarcidos, importa observar o grande número de ações judiciais propostas em face da ANS, argüindo a ilegalidade da TUNEP ao argumento de estabelecer valores superiores aos praticados pelo mercado.

Nestes casos, o Poder Judiciário tem se manifestado pela presunção de legalidade da TUNEP considerando ser resultado de um processo administrativo, amplamente discutido no âmbito do Conselho de Saúde Complementar, de que participaram os gestores responsáveis pelo processamento do ressarcimento, os representantes das operadoras e das unidades prestadoras de serviços integrantes do Sistema Único de Saúde (ver Resolução CONSU nº, 23/1999) e, ainda, pelo fato de as operadoras não demonstrarem perante o Poder Judiciário que o preço que praticam é inferior ao da TUNEP.

Para melhor demonstrar a importância de estar devidamente justificado que o valor a ser cobrado de ressarcimento ao SUS é inferior ao praticado pelo mercado, considerando, principalmente eventuais futuras demandas judiciais, cumpre trazer julgados dos Tribunais Regionais Federais da 2ª e 3ª Regiões:

DIREITO ADMINISTRATIVO. DIREITO FINANCEIRO. RESSARCIMENTO AO SUS. CARÁTER INDENIZATÓRIO. LEI Nº 9.656/98. LEGALIDADE DA EXIGÊNCIA. LIMITAÇÃO RESTRITA AO CONTRATO PRIVADO. AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS. TUNEP. DEFESA EM PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO ADEQUADO. SENTENÇA MANTIDA. 1. A Lei nº 9.656/98, no seu artigo 32, obriga o ressarcimento, por parte de operadoras de planos de saúde, dos valores despendidos para a prestação de serviços aos seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde. 2. O objetivo da norma é o de evitar o enriquecimento sem causa das operadoras de planos de saúde que decorreria do atendimento



de seus conveniados por meio da rede pública de atendimento, onerando sobremaneira esta, quando aqueles deveriam ser atendidos por meio dos hospitais próprios da operadora ou através de instituições credenciadas. 3. Todavia, de fato o limite desta responsabilidade diz respeito aos serviços contratados, não tendo a parte autora obrigação de ressarcir serviços para os quais não contratou a respectiva cobertura. Nessa hipótese, não há como exigir o ressarcimento, até porque se trata de responsabilidade do Estado a prestação do serviço público de saúde à população. 4. No caso dos autos, em que pese a autora ter colacionado aos autos diversos papéis e defesas administrativas, nas quais impugna as cobranças posta em deslinde, tais documentos, porém, não são suficientes para comprovar as afirmações ali exaradas, tendo em vista a ausência de outros elementos de prova ali mencionados e que poderiam corroborar com tais assertivas, porém, restaram não colacionados. 5. (...). 7. Outrossim, não restou comprovada a alegação da apelante de que os preços cobrados com base na chamada tabela TUNEP - Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos, não refletem o real valor de mercado dos serviços. Além disso, limitou-se a alegar a vultosa diferença de valores que teria identificado, contudo, não trouxe qualquer documento que comprove a plausibilidade das alegações, limitando-se apenas a transcrever nas razões de sua apelação parte da referida tabela. No entanto, o procedimento realizado pela beneficiária não se encontra descrito na parte transcrita da referida tabela. 8. Ademais, deve-se registrar que a aprovação da TUNEP é resultado de um processo administrativo, amplamente discutido no âmbito do Conselho de Saúde Complementar, de que participam os gestores responsáveis pelo processamento do ressarcimento, os representantes das operadoras e das unidades prestadoras de serviços integrantes do Sistema Único de Saúde, conforme pode se depreender da Resolução CONSU nº. 23/1999. Assim, remanescendo qualquer dúvida sobre a razoabilidade dos preços, esta milita em favor da apelada, no sentido da regularidade dos valores discriminados na referida tabela. 9. (...) 10. Apelação a que se nega provimento.

(TRF3 - AC 200261000292203 AC - APELAÇÃO CÍVEL - 1419554 - TERCEIRA TURMA - Relator(a) JUIZ CONVOCADO VALDECI DOS SANTOS - DJF3 CJ1 DATA:19/07/2010 PÁGINA: 317 Data da Decisão 08/07/2010) - grifo nosso

ADMINISTRATIVO. RESSARCIMENTO AO SUS PELAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE PRIVADOS. ART. 32 DA LEI Nº 9.656/98. CONSTITUCIONALIDADE. SÚMULA Nº 51 DESTA CORTE. RECURSO NÃO PROVIDO. 1. Trata-se de Apelação interposta em face de sentença que julgou improcedente o pedido, sob o fundamento, em síntese, de que inexistente a alegada inconstitucionalidade do art. 32 da Lei nº 9.656/98, que trata do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS. 2. Hipótese em que a sentença impugnada seguiu orientação pacificada nesta Corte no sentido da constitucionalidade do ressarcimento ao SUS, cristalizada no enunciado da Súmula nº 51/TRF-2ªRG, DJ de 14.01.2009: "O art. 32, da Lei nº 9.656/98, que trata do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), é constitucional". 2. (...) 5. A aprovação da Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - TUNEP é resultado de um processo participativo, discutida no âmbito do Conselho de Saúde Complementar, de que participam os gestores responsáveis pelo processamento do ressarcimento, os representantes das operadoras e das unidades prestadoras de serviço integrantes do Sistema Único de Saúde (Resolução CONSU nº 23/1999), restando desarrazoada, dessa forma, a alegação de que de a tabela contém valores incompatíveis, e de que não fora cumprido o disposto no §5º do art. 32 da Lei nº 9.656/98. Note-se, que há presunção de que os valores estabelecidos pela ANS incluem todas as ações necessárias para o pronto atendimento e recuperação do paciente, subsistindo, portanto, dúvida razoável que milita em

favor da Agência, no sentido da regularidade dos valores discriminados na TUNEP. 6. Quanto à questionada legitimidade da Agência Nacional de Saúde para regulamentar a matéria em comento, cabe dizer que o recolhimento dos valores encontra expressa previsão legal, nos termos do art. 32, § 3º, da Lei 9.656/98, inexistindo vício na outorga desta atribuição. A Lei 9.961/00, que criou a ANS prevê, dentre as competências funcionais, a de "estabelecer normas para o ressarcimento do Sistema Único de Saúde -SUS", 7.(...) 9. Recurso não provido.

(Processo AC - APELAÇÃO CIVEL - 444576 - 200751010021480 - Relatora Desembargadora Federal CARMEN SILVIA LIMA DE ARRUDA - TRF2 - SEXTA TURMA ESPECIALIZADA - DJU - Data::14/08/2009 - Página::155) - grifo nosso.

Depreende-se ser tema reiterado das impugnações a não observância do limite máximo estabelecido pela Lei. Contudo, nos julgados em apreço, o Poder Judiciário tem julgado desfavoravelmente aos pleitos, considerando a participação do mercado na formação da TUNEP, bem como o fato de as operadoras não provarem que seus custos são inferiores.

Volvendo aos autos, observa-se não estar justificada a observância do limite máximo (a aplicação do índice não ensejará valor superior ao praticado pelas operadoras). Cumpre trazer trecho da Exposição de motivos (precisamente à fl. 68/69):

A maior dificuldade encontrada na definição do valor a ser ressarcido diz respeito ao limite superior estabelecido pela lei, que deve ser aquele praticado pelas operadoras. Quando da formulação da primeira versão da TUNEP, tentou-se recolher informação a respeito dos valores faturados no mercado, entretanto apenas algumas operadoras responderam ao solicitado. Ademais, não há uma padronização entre as tabelas praticadas pelas operadoras, sendo também distinto o padrão da tabela SIH/SUS. Assim a alternativa de aferir o valor de mercado mostra-se demasiadamente complexa e demorada, pois exigiria o recolhimento e organização de grande volume de informações, além de um trabalho delicado de estabelecer compatibilidade entre as tabelas. (grifo nosso)

Em que pese ser ressalvado nos documentos técnicos acostados aos autos a dificuldade na definição do limite superior a ser ressarcido (o valor praticado pelas operadoras), não se pode olvidar que a ANS, caso não venha a demonstrar tratar-se o índice proposto da aplicação do limite mínimo, deve demonstrar que o valor do índice que pretende utilizar não traz um valor superior ao limite máximo, pois deve ser obedecido ao § 8º do art. 32 da Lei nº 9656/98, o qual estabelece que 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.

Diante disto, imperioso que o setor técnico se manifeste acerca deste ponto, motivando expressamente o cumprimento deste requisito pela proposta apresentada (na hipótese de não se restringir exatamente ao limite mínimo), ou caso não tenha elementos hábeis a certificar que os valores das operadoras são superiores ao resultado da aplicação do índice a ser aprovado na tabela SIH/SUS, que demonstre os esforços perpetrados para alcançar este objetivo, bem como os fatos que inviabilizaram. Na hipótese de não dispor a ANS destes elementos, indica-se que a ANS, ainda que por amostragem (v.g., por porte, região e outras variáveis) convoque as operadoras a apresentarem sua planilha detalhada de pagamentos aos prestadores⁶ para que possa obter elementos a certificar a correção ou, eventualmente, alterar o índice ora proposto.

⁶ O nome técnico deste documento/arquivo é desconhecido pela signatária do presente parecer.



Da análise da minuta

Cumpra ressaltar que não será efetuada a análise formal da minuta acerca da subsunção à Lei Complementar - LC 95/98. Passa-se à análise dos aspectos jurídicos não estritamente formais da minuta proposta, acostada à fl. 75.

Da Ementa

Embora conste da redação minutada que a RN 185 estabelece normas de "parcelamentos dos débitos", esta matéria não é disciplinada pela referida norma, tampouco consta de sua ementa, prevendo apenas, genericamente, em seu art. 48, que os débitos poderão ser parcelados na forma da legislação em vigor. Desta feita, sugere-se a alteração da ementa para excluir a referida expressão.

Art. 1º

O art. 1º propõe a alteração da redação do art. 4º da RN 185.

Dispõe o art. 4º em vigor:

Art. 4º O ressarcimento ao SUS será cobrado de acordo com os valores estabelecidos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - TUNEP.

§ 1º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas OPS. (Alterado pela RN nº 217, de 2010).

§ 2º A TUNEP estabelece os procedimentos e valores de referência a serem ressarcidos, conforme disposto em Resolução Normativa.

§ 3º Para os procedimentos que não constarem da TUNEP, considerar-se-á como valores de ressarcimento ao SUS os valores da Tabela de Procedimentos Unificada do Sistema de Informações Ambulatoriais e do Sistema de Informação Hospitalar SIA/SIH - SUS do mês de competência do atendimento. (Alterado pela RN nº 217, de 2010).

§ 4º Caso o valor do procedimento na Tabela do SIA/SIH - SUS se torne superior ao constante na TUNEP, o valor devido para ressarcimento ao SUS será o valor da Tabela de procedimentos do SIA/SIH - SUS até a atualização da TUNEP. (Alterado pela RN nº 217, de 2010).

Da minuta consta a seguinte proposta:

Art. 4º O ressarcimento ao SUS será cobrado de acordo com os valores estabelecidos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - TUNEP, para os fatos geradores ocorridos até dezembro de 2007, e de acordo com os valores praticados pelo SUS multiplicados pelo Índice de Valoração do Ressarcimento - IVR, que será igual a 1,5, para os fatos geradores ocorridos a partir de janeiro de 2008.

§ 1º Os valores praticados pelo SUS são aqueles lançados no documento de autorização do atendimento, conforme as regras de valoração e tabelas de procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS e do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS.

§ 2º O IVR é calculado a partir da proporção entre as despesas administrativas e as despesas com assistência hospitalar e ambulatorial do SUS, informadas pelo Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS.”

Primeiro, observa-se que a redação do *caput* começa com a regra de transição (aplicação da TUNEP para os fatos geradores ocorridos até dezembro de 2007), e com a criação da nova regra em sua parte final (definição do IRV). De acordo com a Lei Complementar 95⁷, a regra deve estar no *caput*, e as exceções e detalhamento nos parágrafos. No caso em apreço, cuida de regra de transição, que seria melhor alocada no Capítulo VII da norma, referente às disposições transitórias. Caso não acatada esta sugestão, sugere-se que a regra transitória seja reescrita em um parágrafo do art. 4º.

Observa-se ainda que o *caput* do artigo minutado dispõe que o ressarcimento ao SUS será cobrado de acordo com os valores praticados pelo SUS multiplicados pelo Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR. A tese proposta pela minuta é a de que o valor do ressarcimento obtido pelo resultado do IVR aplicado à tabela SUS é justamente o “valor praticado pelo SUS”, e conseqüentemente o limite mínimo estabelecido pela lei. Desta forma, a redação vai de encontro a tese defendida, carecendo ser alterada (caso constatados elementos hábeis a fundamentar esta tese, conforme demonstrado no curso do presente parecer).

Outro ponto que merece ser observado refere-se ao § 1º explicar o que se entende por “valor praticado pelo SUS” (valor da tabela de procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS e do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS). Nota-se que na redação do art. 4º em vigor (conferida pela RN 217) dispõe sobre a Tabela de Procedimentos Unificada do Sistema de Informações Ambulatoriais e do Sistema de Informação Hospitalar SIA/SIH – SUS. Questiona-se se não é o caso de reportar apenas a esta tabela e qual a nomenclatura correta a hipótese em apreço?

Cumpra observar, ainda, que o § 2º pode se mostrar despidendo caso a intenção da ANS não seja vincular o Índice a eventuais alterações do valor da subfunção administrativa do SUS, o que poderá ser, inclusive, pleiteado pelas operadoras administrativa e judicialmente. Isto porque, o § 2º tal como posto traz a forma de cálculo do IVR, a qual deveria constar da exposição de motivos da norma.

Sendo as premissas acima acertadas, sugere-se:

“Art. 4º O valor do ressarcimento ao SUS resulta da multiplicação do Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR, igual a 1,5 (um vírgula cinco), pelo valor lançado no documento de autorização do atendimento, conforme as regras de valoração e a Tabela de Procedimentos Unificada do Sistema de Informações Ambulatoriais e do Sistema de Informação Hospitalar SIA/SIH – SUS.

⁷ Art. 11. As disposições normativas serão redigidas com clareza, precisão e ordem lógica, observadas, para esse propósito, as seguintes normas:

III - para a obtenção de ordem lógica:

c) expressar por meio dos parágrafos os aspectos complementares à norma enunciada no *caput* do artigo e as exceções à regra por este estabelecida;



Parágrafo único. A regra prevista no caput aplica-se aos fatos geradores ocorridos a partir de janeiro de 2008.⁸ (NR)

Como exposto, sugere-se incluir no Capítulo VII, das disposições transitórias, da RN 185:

“Art. Xxx-A. O ressarcimento ao SUS para os atendimentos ocorridos até dezembro de 2007 será cobrado de acordo com os valores estabelecidos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP, aprovada pela Resolução Normativa nº xxx de xxxx de xxxx⁹.”

Estabelecidos os apontamentos quanto à redação minutada para o art. 4º da RN 185, imperioso passar à análise da previsão de que o IVR se aplique aos fatos ocorridos a partir de janeiro de 2008 e que a TUNEP se aplique aos fatos até dezembro de 2007.

A justificativa para esta modulação encontra-se na Nota Técnica nº 623/2010/GERES/GGUSS/DIDES/ANS (fls. 62/66), da qual cabe trazer:

18. Concluímos ainda que o novo índice deve ser aplicado nos atendimentos identificados a partir das competências do ano de 2008, pois neste ano ocorreu a consolidação das tabelas utilizadas pelo SUS, unificando os sistemas ambulatorial e hospitalar. Como já haverá a necessidade de introduzir alterações relevantes nas regras de batimento na ANS, seria oportuno aproveitar o ensejo para efetuar a alteração também da forma de valoração do ressarcimento.

Contudo, cumpre lembrar ser entendimento assente nesta Procuradoria que o valor do ressarcimento deve ser o da TUNEP na data do efetivo atendimento, com a devida correção monetária. Neste sentido, importa trazer trecho do Parecer Nº 662/2004/PROGE/GECOS (repisado no PARECER Nº 012/2008/PROGE/GECOS, o qual analisou a minuta que originou a RN 185), acerca da utilização da tabela na data do atendimento e da possibilidade de cobrança da correção monetária, que inclusive seria viável a utilização de nova tabela TUNEP se esta contemplasse somente a correção monetária apurada. Do citado parecer, vale aduzir:

Por meio do Ressarcimento ao SUS, tenta-se restituir aos cofres públicos o valor efetivamente gasto com o paciente que seja beneficiário de um plano privado de assistência à saúde. Nesta linha de entendimento, o § 8º do art. 32 da Lei nº 9.656/98 estabelece que *“os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras ...”*

Tendo em vista que a obrigação legal da operadora de providenciar o ressarcimento se origina no momento em que o beneficiário de plano privado de assistência à saúde é atendido em uma instituição pública ou privada, conveniada ou contratada, integrante do SUS, este, portanto, deve ser o instante a ser levado em consideração para o cálculo da TUNEP.

Este entendimento não impossibilita, entretanto, a aplicação da correção monetária no valor da TUNEP vigente à data do fato.

Isto porque é cediço que o ressarcimento ao SUS foi criado com base na vedação, existente em nosso ordenamento jurídico, do enriquecimento sem causa. Pois bem, atentado-se para o art. 884 do Código Civil Brasileiro, constata-se que ele é expresso no sentido de determinar a aplicação da correção monetária no cálculo do seu montante, in verbis:

⁸ Neste momento, não se questiona a legalidade da regra prevista neste parágrafo único, que será analisada a seguir. A sua inserção teve como finalidade apenas demonstrar a estrutura da norma, após as observações iniciais.

⁹ Necessário indicar qual foi a resolução normativa que aprovou a TUNEP que será aplicada aos atendimentos em questão.



Art. 884. Aquele que, sem justa causa, se enriquecer à custa de outrem, será obrigado a restituir o indevidamente auferido, feita a atualização dos valores monetários.

Neste passo, cabe aferir se os aludidos reajustes retratam o valor originário da TUNEP acrescido tão-somente da correção monetária, ou se neles estão também agregados outros valores, como, por exemplo, o aumento dos custos médico-hospitalares, etc.

Na primeira hipótese, a TUNEP a ser utilizada deve ser aquela em vigor na data da cobrança. Entretanto, se os referidos atos normativos traduzem o acréscimo de outros custos que não a mera correção monetária, a Resolução a ser utilizada deve ser aquela vigente à época do atendimento do paciente.

De qualquer forma, sugere-se a edição de um ato normativo, com base no art. 32 da Lei nº 9.656/98 e no art. 4º, VI da Lei nº 9.961/00, que defina um índice de correção monetária a ser aplicado para que não haja a perda do valor real do serviço prestado. (grifo ausente no original).

Cabe aqui reiterar os mesmos argumentos, indicando-se que o IVR seja aplicado aos atendimentos ocorridos a partir da vigência da norma que o criar.

Cumpram observar que a proporção entre o valor da TUNEP e do SUS, de acordo com a tabela constante da exposição de motivos (fl. 69), para o 24º ABI foi de 165%, enquanto para o 20º e 21º foi de 205%. Desta forma, é aconselhável que a norma deixe claro se aplicar a partir do período x (seja o previsto na minuta ou o sugerido no presente parecer), para evitar argumentação de retroatividade para favorecer as operadoras, considerando que a retroatividade benéfica, duvidosa, poderia prejudicar o ressarcimento ao erário.

Da TUNEP

Cumpram observar que outros dispositivos da RN 185 mencionam a TUNEP, a qual será extinta, sendo necessária a alteração dos mesmos. Cita-se:

"Art. 19. A DIDES notificará as OPS das identificações de que trata o art. 5º.

VIII - código, descrição, quantidade e valor TUNEP de cada procedimento;

"Art. 46. A OPS tem o direito à restituição total ou parcial dos valores pagos nos seguintes casos:

II - erro na identificação da OPS, na determinação do valor da TUNEP ou na análise de qualquer documento relativo ao procedimento; ou

Considerações finais

Por fim, ressalva-se a necessidade de regularizar a juntada aos autos do processo nº 33902.213341/2010-19 (alocado entre as fls. 07/08 Processo ANS 33902.213337/2010-51), em conformidade com os termos da IS DIGES nº 03.



Processo ANS 33902.213337/2010-51

Continuação do Parecer Nº /2011/ GECOS /PROGE-ANS/PGF

- III -

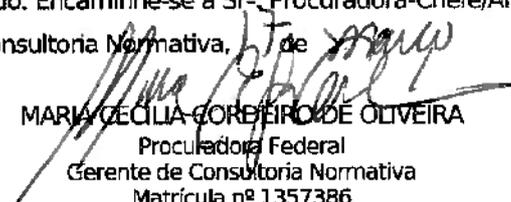
Pelo exposto, sendo estas as considerações para o momento, entendo por necessário o retorno dos autos ao órgão consultente para manifestação acerca dos pontos levantados no presente parecer.

À consideração superior.

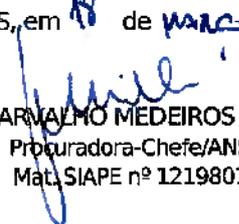
Gerência de Consultoria Normativa, Rio de Janeiro, de março de 2011.


ADRIANA SUZANO DE CAMARGO CASTRO
Procuradora Federal
Matrícula nº 1357369

De acordo. Encaminhe-se a Srª Procuradora-Chefe/ANS.
Gerência de Consultoria Normativa, de março de 2011.


MARIA CECÍLIA CORDEIRO DE OLIVEIRA
Procuradora Federal
Gerente de Consultoria Normativa
Matrícula nº 1357386

Aprovo. Encaminhe-se à DIDES.
Procuradoria Federal/ANS, em março de 2011.


LUCILA CARVALHO MEDEIROS DA ROCHA
Procuradora-Chefe/ANS
Mat. SIAPE nº 1219801

EM BRANCO

DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL - DIDES
GERÊNCIA GERAL DE INTEGRAÇÃO COM O SUS - GGSUS
GERÊNCIA DE RESSARCIMENTO AO SUS - GERES

Nota técnica nº 374/2011/GERES/GGSUS/DIDES/ANS

Assunto: Proposta de resolução normativa para dispor sobre os valores dos procedimentos para fins de ressarcimento ao SUS

Referência: Parecer nº 060/2011/GECOS/PROGE-ANS/PGF (fls. 81-89)

Prezado Diretor,

1. Em atenção ao Parecer nº 060/2011/GECOS/PROGE-ANS/PGF (fls. 81-89), em que são analisados aspectos jurídicos da proposta de alteração da Resolução Normativa nº 185, de 30 de dezembro de 2008, a fim de alterar a forma de valoração do ressarcimento ao SUS, passamos de pronto à manifestação sobre os pontos levantados.
2. Em breves linhas, a proposta de alteração presume a construção de um índice para o cálculo dos valores de Ressarcimento que acresça ao valor do atendimento identificado (por exemplo, AIH ou APAC) um valor que represente, mesmo que aproximadamente, todos os outros gastos que contribuem para que aquele atendimento aconteça. Logrou-se denominar este índice de IVR - Índice de Valoração do Ressarcimento. Ele é calculado tendo por base o quanto representam os gastos administrativos em relação aos gastos com assistência hospitalar e ambulatorial, baseando-se em dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS.
3. A Procuradora Federal Adriana Castro, nobre parecerista no presente processo, alega, em síntese, que a ANS, *"caso não venha a demonstrar tratar-se o índice proposto da aplicação do limite mínimo, deve demonstrar que o valor do índice que pretender utilizar não traz um valor superior ao limite máximo (...)"* (fl. 86-verso). Estes limites estão aludidos no § 8º do art. 32 da lei 9656/1998, que diz que *"os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras (...)"*.
4. Argumenta, ainda, que não resta claro que o IVR engloba custos administrativos inerentes ao atendimento ambulatorial e hospitalar. A parecerista acredita que gastos administrativos tais como "comunicação social", discriminado na

RECEBUE

classificação do SIOPS, não podem ser facilmente associados a gastos diretos de atendimento.

5. Vale ressaltar preliminarmente que o Grupo Técnico não teve como objetivo provar que a aplicação do IVR sobre o valor cobrado na tabela SIH/SUS significaria cobrar das operadoras o valor mínimo citado no § 8º do art. 32 da lei 9656/1998. Buscou-se tão somente o entendimento de que o funcionamento do SUS não se limita aos gastos diretos com saúde, isto é, gastos facilmente identificáveis com o objeto, neste caso específico, o atendimento ao paciente. Para entender este funcionamento, é preciso estar claro tratar-se de um complexo sistema de gestão do SUS, composto por diversos órgãos, entidades, prestadores de serviço, tudo isso alimentado pelo Estado brasileiro.

6. A fim de esclarecer a metodologia, cabe lembrar que o índice sugerido corresponde a:

$$\text{IVR} = 1 + \frac{\text{Subfunções Administrativas}}{\text{Assistência hospitalar e ambulatorial}}$$

7. A título de informação, é preciso elucidar algumas definições contábeis. A classificação funcional responde à pergunta: Em que área de ação governamental a despesa contábil foi realizada? A função representa o maior nível de agregação das diversas áreas de despesa que competem ao setor público. No nosso caso, a função é SAÚDE. Já a subfunção representa uma parte da função, visando agregar determinado subconjunto de despesas do setor público, identificando a natureza básica das ações que se agrupam em torno das funções. Temos, para o nosso caso, as seguintes subfunções: 1. Subfunções Administrativas: Correspondem ao nível auxiliar de administração da execução de ações e serviços de saúde; 2. Subfunções Vinculadas: Correspondem às ações típicas de serviços públicos de saúde; 3. Informações Complementares: Compreende as ações que concorrem indireta e especificamente para a Saúde.

8. São as subfunções administrativas: 1. Planejamento e Orçamento, 2. Administração Geral, 3. Administração Financeira, 4. Controle Externo, 5. Tecnologia da Informatização, 6. Formação de Recursos Humanos, 7. Comunicação Social. Esta classificação obedece a um criterioso padrão de conformidade com a codificação de classificação de receitas e despesas, definidas em portarias pela Secretaria do Tesouro

RECEBIDO

Nacional/Ministério da Fazenda. O SIOPS é uma importante e oficial ferramenta de divulgação de despesas especificadas por esta classificação, no que tange à saúde pública. Ou seja, incontestavelmente, todas as despesas descritas no SIOPS, independentemente da sua classificação, **são despesas públicas com saúde**. Acreditamos que não cabe à ANS questionar a classificação de despesas públicas tecnicamente sedimentadas pela Secretaria de Tesouro Nacional (STN), uma vez que a classificação das despesas no SIOPS obedece ao Plano de Contas do Governo Federal criado pela STN/MF.

9. Desta certeza, advém outra: as despesas agrupadas em subfunções, sejam elas administrativas, vinculadas ou complementares, são aquelas que geram direta ou indiretamente impacto na saúde da população (beneficiários de plano de saúde inclusive) e, por consequência, são também determinantes da demanda por assistência médica pública.

10. É preciso ter em mente que os sistemas de saúde público e privado no Brasil não são independentes, se emaranham de forma bastante complexa, sendo o Ressarcimento ao SUS uma prova incontroversa desta interdependência. É razoável concluir que as despesas públicas impactam as despesas privadas: quanto mais o Estado investir em um sistema universal de saúde, efetivando-o conforme preconiza a Constituição brasileira, menos gastos privados serão necessários para garantir a saúde da população. Gastos públicos, por exemplo, com vacinação, levam a uma tendência a que os planos privados tenham que despender menos, posto que seus beneficiários estarão mais protegidos de doenças.

11. Expandindo este raciocínio, podemos traçar o mesmo argumento para qualquer outro gasto público com saúde. Inclusive gastos com Comunicação Social, citados no Parecer em tela. Esta subfunção agrega as despesas relacionadas ao importante processo de produção e veiculação adequada e sistemática das informações públicas sobre saúde, a fim de tornar possível o ideal de saúde: dever do Estado e direito do cidadão. E, particularmente, visa atender ao disposto no artigo 5º, inciso I, da Lei 8.080 de 19/09/1990¹ bem como ações relacionadas à promoção, prevenção e informação discorridas no artigo 6º da citada lei. Em linhas gerais, para que o direito à saúde se concretize, não basta o recurso financeiro, é preciso qualificação, organização, gerenciamento e controle social.

¹ "Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:
I - a identificação e **divulgação** dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; (...)" (grifo nosso).

EM BRANCO

12. O ressarcimento ao SUS se enquadra com exatidão neste contexto, porquanto um de seus objetivos regulatórios é justamente colibir o enriquecimento ilícito das operadoras de plano de saúde. Ora, se um cidadão contrata um plano de saúde, escolhe escapar das conhecidas carências do sistema público. Por outro lado, se é atendido pelo SUS, este serviço só é possível por estar funcionando o sistema como um todo, mesmo com suas dificuldades, e não depende apenas daquela entidade prestadora de serviço em particular.

13. Da mesma forma que os serviços, os produtos em uma economia são resultado de uma engrenagem ampla. No preço de um produto fabricado, por exemplo, um automóvel, precisam estar embutidos o gasto com energia, aluguel, com a mão-de-obra, maquinário, o salário dos administradores e proprietários da empresa, etc. Há que se notar que, da mesma maneira, o pagamento sob fatura pelo SUS se insere num contexto muito mais amplo de financiamento, que passa por repasses automáticos, convênios e programas, isso sem considerar o investimento público em construção de hospitais privados, compra de equipamentos, incentivo a pesquisas. Não se pode, portanto, pressupor que a fatura de AIH é suficiente para cobrir o que se gastou de recursos públicos para viabilizar um atendimento hospitalar.

14. Podemos concluir, destarte, que o simples ressarcimento do valor da fatura do atendimento significaria prolongar as dificuldades do SUS, posto que não restituiria completamente os cofres públicos, quando na verdade o ressarcimento ao SUS deve servir para, no mínimo, não aumentá-las.

15. É válido, neste ponto, traçar uma breve observação sobre o significado de um índice. Podemos defini-lo como um indicador médio de comportamento de determinadas variáveis, relacionadas através de um quociente. Todo índice sofre de limitações quando são utilizados para retratar a realidade, como, por exemplo, um índice de preços (inflação), que é calculado por meio de amostragem. Isso, entretanto, não nulifica sua importância. Usando o IVR como *proxy*, isto é, como uma aproximação à realidade, não se pretende afirmar categoricamente que os gastos indiretos com os atendimentos correspondem a 50% do valor pago sob fatura, mas tão somente sinalizar que este valor não encerra o gasto total e que é plausível que ele sofra acréscimos.

16. Com relação à sugestão de que a ANS tentasse mensurar o limite máximo, expresso no § 8º do art. 32 da Lei 9656/1998, mesmo que se diligenciasse uma amostra de operadoras, isso não garantiria o cumprimento estrito da exigência legal, o que só seria alcançado *ipsis litteris* caso a ANS conseguisse reunir todas as tabelas praticadas

ENCERRADO

pelas operadoras operando no mercado, o que exigiria esforço indubitavelmente anti-econômico e, possivelmente, ineficaz.

17. Para reforçar ainda mais a proposta de uso do IVR, lembramos que nunca houve comprovação, por parte das operadoras, de que o valor da TUNEP fosse superior ao valor praticado no mercado. Ora, se consideramos que a TUNEP representa, aproximadamente, **2 vezes** o valor da tabela SUS, conforme descrito no estudo de fis. 21-51, não há, por dedução lógica, como imaginar de que o IVR, sendo **1,5 vezes** o valor praticado pelo SUS, seria contestado pelo mercado por descumprimento da exigência legal. A objeção das operadoras à TUNEP atualmente está mais relacionada à existência de uma irregularidade com relação ao valor SUS: alguns procedimentos chegam a ter o valor 5 (cinco) vezes maior do que o da tabela SIH/SUS. Este é o grande trunfo do IVR: padronizar esta relação, tornando mais lógica a cobrança do ressarcimento.

18. Ressaltamos também a importância de se diferenciar o que é o valor de um procedimento do que é o valor do atendimento. Este é composto, muitas vezes, por vários procedimentos e inclui diárias de internação, honorários médicos e medicamentos. Nas poucas vezes em que as operadoras ousaram alegar que gastaram menos do que o valor TUNEP cobrado, se valeram de um argumento falacioso ao comparar valor de **procedimento** com valor do **atendimento**, este muito mais abrangente que aquele.

19. Lembramos uma vez mais que cada operadora de plano de saúde adota uma tabela própria no que se refere à nomenclatura, que diferem entre si e também são distintas da tabela SIH/SUS. Ademais, no que se refere a valores, as operadoras têm uma tabela específica para cada prestador de serviço. Não é trivial, pois, comparar todas elas a fim de aferir em quanto o valor praticado pelo mercado é maior do que o praticado no SUS. Isto exigiria um trabalho metodológico rigoroso de padronização, que já é, inclusive, alvo de outros setores da ANS, mas cuja implantação é muito recente e os objetivos são diversos, não sendo possível aproveitá-lo para os fins aqui dispostos, até porque que não trata de valores, mas apenas da nomenclatura dos procedimentos.

20. Finalmente, com relação às sugestões da parecerista no que se refere à minuta de Resolução Normativa com vistas a alterar a RN nº 185, de 30 de dezembro de 2008, estão elas acatadas, desta feita acosta-se ao presente processo nova versão para apreciação da Procuradoria. Cumpre apenas realçar que o IVR será aplicado para os atendimentos identificados a partir da alteração da norma, e não para os atendimentos ocorridos a partir desta alteração. A sugestão da parecerista em aplicar o IVR na

BRANCA

cobrança dos atendimentos ocorridos a partir da alteração mostra-se inviável tendo em vista o lapso temporal existente entre a data do atendimento e o batimento das bases de dados na ANS. Considerando que o próximo Aviso de Beneficiário Identificado - ABI a ser lançado será o 30º (trigésimo), relativo aos atendimentos com competência entre janeiro e março de 2008 (ou seja, cerca de três anos atrás), serão estes os primeiros a serem cobrados a partir da nova metodologia do IVR.

Rio de Janeiro, 28 de março de 2011.



Melissa Menezes
Especialista em Regulação da Saúde Suplementar
Matrícula SIAPE 1578360



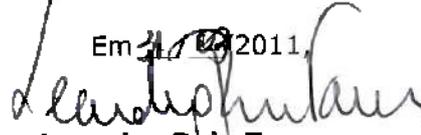
Flavia Cristina Cordeiro Biesbroeck
Gerente de Ressarcimento ao SUS



Lenise Barcellos de Mello Secchin
Gerente-Geral de Ressarcimento ao SUS

Encaminhe-se à Procuradoria-Geral da ANS, com a urgência que a matéria requer,

Em 31/03/2011,



Leandro Reis Tavares
Diretor de Desenvolvimento Setorial Interino

RECEBUEMOS
O VALOR DE R\$ 1.000,00
EM 10/05/2010



RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº, DE DE

Altera a Resolução Normativa – RN nº 185, de 30 de dezembro de 2008, que instituiu o procedimento eletrônico de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e estabeleceu normas sobre a repetição de indébito e o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, tendo em vista o disposto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e no inciso VI do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, no uso da competência que lhe é conferida pelo inciso II do art. 10 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, em reunião realizada em adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Os artigos 4º, 19 e 46 da Resolução Normativa – RN nº 185, de 30 de dezembro de 2008, alterado pela RN Nº 217, de 13 de maio de 2010, passam a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 4º O valor de ressarcimento ao SUS resulta da multiplicação do Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR, estipulado em 1,5 (um vírgula cinco), pelo valor lançado no documento de autorização do atendimento, conforme as regras de valoração do SUS e a Tabela de Procedimentos Unificada do Sistema de Informações Ambulatoriais e do Sistema de Informação Hospitalar SAI/SIH – SUS.

Parágrafo Único. A regra prevista no caput se aplica aos fatos geradores ocorridos a partir de janeiro de 2008.

Art. 19

.....

VIII - código, descrição, quantidade e valor a ressarcir de cada procedimento;

....." (NR)

Art. 46

.....

II - erro na identificação da OPS, na determinação do valor a ressarcir ou na análise de qualquer documento relativo ao procedimento; ou

....." (NR)

EM BRANCO

**DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL
GERÊNCIA GERAL DE RESSARCIMENTO AO SUS**



Art. 2º A Resolução Normativa - RN nº 185, de 30 de dezembro de 2008, alterado pela RN Nº 217, de 13 de maio de 2010, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 53-A:

"Art. 53-A O ressarcimento ao SUS para os atendimentos ocorridos até dezembro de 2007 será cobrado de acordo com os valores estabelecidos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - TUNEP, aprovada pela Resolução Normativa - RN nº 177, de 03 de novembro de 2008.

Art. 3º Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

MAURICIO CESCHIN

DIRETOR-PRESIDENTE DA ANS

2010



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
PROCURADORIA-GERAL FEDERAL
PROCURADORIA FEDERAL – ANS
R. Teixeira de Freitas, nº 5 - 4º andar, Centro
Rio de Janeiro, CEP 20021-350

DESPACHO nº 1 /2011/GEFISA/ANS.

A GECOS,

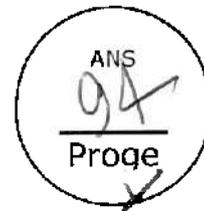
Em prosseguimento, face a natureza da matéria.

Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2011.

HELIO VERDUSSEN DE ANDRADE FILHO
Procurador Federal
Gerente de Consultoria Financeira e Serviço Administrativo
Mat. SIAPE 1.357.384

Recebido
GECOS 01/04/11
ASS: [Assinatura]

EM BRANCO



**ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
PROCURADORIA-GERAL FEDERAL
PROCURADORIA FEDERAL - ANS**

Referência: Processo nº 33902.213337/2010-51.

Distribuo o presente feito a Dra. Adriana S. de Camargo Castro para análise jurídica e ao Especialista Gustavo Campos para análise formal.

Rio de Janeiro, em 1 de abril de 2011.

MARIA CECÍLIA CORDEIRO OLIVEIRA
Procurador Federal
Matrícula SIAPE n.1357386
Gerente de Consultoria Normativa

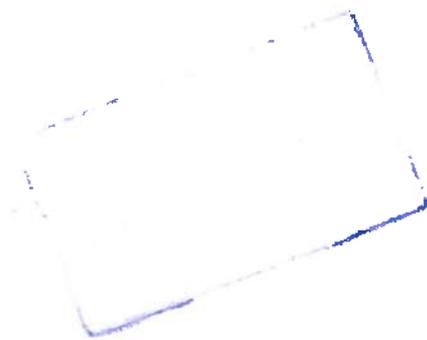
Recebido,

Em, 04/04/2011.

Gustavo Henrique Campos
Especialista em Regulação
Especialidade-Direito
Mat. SIAPE 1621002

Recebido,

Em, / /



)

)



**ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
PROCURADORIA - GERAL FEDERAL
PROCURADORIA FEDERAL – ANS**

Rua Teixeira de Freitas, 5 – 4º andar
CEP: 20.021-350 – Centro – Rio de Janeiro/RJ



Nota Nº 81/2011/ GECOS /PROGE-ANS/PGF

Processo nº 33902.213337/2010-51

Interessado: Diretoria de Desenvolvimento Setorial

Assunto: Proposta de resolução normativa para dispor sobre os valores dos procedimentos para fins de ressarcimento ao SUS

I – Considerações após Parecer acerca de proposta normativa.
~~III~~ Considerações.

Senhora Gerente da Consultoria Normativa,

01. Trata-se de processo encaminhado à Procuradoria em 1º de abril de 2011, com pedido de urgência para análise considerando a Nota Técnica nº 374/2011/GERES/GGSUS/DIDES/ANS (fls. 90/95 e minuta de fls. 96/97), após manifestação desta Procuradoria por meio do Parecer nº 060/2011/GECOS/PROGE-ANS/PGF (fls. 81/89).

02. A referida Nota Técnica apresenta manifestações sobre pontos levantados no citado parecer, contudo, não apresenta questão jurídica nova a ser dirimida.

03. Quanto aos argumentos trazidos, cumpre repisar não ser atribuição deste órgão jurídico analisar questões técnicas.

04. Por fim, quanto a eventual equívoco de interpretação apontado no item 5 da referida Nota Técnica, importa ressaltar ter decorrido do disposto no item 12 da Nota Técnica nº 623/2010/GERES/GGSUS/DIDES/ANS (fl. 64).

Pelo exposto, reitera-se a manifestação consubstanciada no Parecer nº 060/2011/GECOS/PROGE-ANS/PGF (fls. 81/89) e sugere-se a devolução dos autos ao consulente.

À consideração superior.

Gerência de Consultoria Normativa, Rio de Janeiro, 05 de abril de 2011.

ADRIANA SUZANO DE CAMARGO CASTRO
Procuradora Federal
Matrícula nº 1357369



P:\procuradoria\GECOS\Procuradores Federais\Adriana Castro\Nota\minutas\TUNEP - IVR 213337-2010-51.doc

EM BRANCO

Processo ANS 33902.213337/2010-51

Continuação da Notar Nº /2011/ GECOS /PROGE-ANS/PGF



De acordo. Encaminhe-se a Srª. Procuradora-Chefe/ANS.
Gerência de Consultoria Normativa, 08 de abril de 2011.

Maria Cecília
MARIA CECÍLIA CORDEIRO DE OLIVEIRA
Procuradora Federal
Gerente de Consultoria Normativa
Matrícula nº 1357386

Aprovo. Encaminhe-se à DIDES.
Procuradoria Federal/ANS, em 09 de abril de 2011.

Lucila Carvalho
LUCILA CARVALHO MEDEIROS DA ROCHA
Procuradora-Chefe/ANS
Mat. SIAPE nº 1219801

EM BRANCO



| | |
|---|--|
| NOME OU TÍTULO/ASSUNTO INTERESSADO: GERES/GGSUS/DIDES ASSUNTO: Proposta de criação do índice de valoração do ressarcimento - IVR. | NÚMERO DO PROCESSO 33902.213337/2010-51 |
|---|--|

NOTA 82 /2011/ PROGE/GECOS

Nota. Proposta de criação do índice de valoração do ressarcimento – IVR.

Senhora Gerente de Consultoria Normativa,

O processo em epígrafe foi distribuído em 01 de abril de 2011 para o especialista subscritor desta nota técnica realizar a análise formal da minuta de fls.96/97.

Ocorre que a análise solicitada já foi realizada anteriormente sem a presença do processo na GECOS, conforme demonstra o e-mail e as versões da minuta com e sem marcações, todos em anexo.

Nada a acrescentar. É a nota técnica, *sub censura*.

Gerência de Consultoria Normativa, 04 de abril de 2011.

GUSTAVO JUNQUEIRA CAMPOS
Especialista em Regulação – Especialidade Direito
Matr. SIAPE nº 1621002

De acordo.

Procuradoria Federal/ANS, 08 de abril de 2011.

MARIA CECÍLIA CORDEIRO DE OLIVEIRA
Procuradora Federal
Matr. SIAPE nº 130672
Gerente da Gerência de Consultoria Normativa

EM BRANCO



Gustavo Campos

De: "Gustavo Campos" <gustavo.campos@ans.gov.br>
Para: <lucila.rocha@ans.gov.br>
Cc: "Cecília" <cecilia.oliveira@ans.gov.br>; "Adriana" <adriana.castro@ans.gov.br>
Enviada em: quarta-feira, 30 de março de 2011 12:06
Anexar: Minuta de alteração RN 185 - IVR - 30-03-2011 - com marcações.doc; Minuta de alteração RN 185 - IVR - 30-03-2011 - sem marcações.doc
Assunto: Re: Última versão da minuta do IVR com uma pendência
 Lucila,

Segue agora a versão final da minuta do IVR, já esclarecida com a Lenise a questão do e-mail anterior.

Att.,



Gustavo Junqueira Campos
 Especialista em Regulação de Saúde Suplementar - especialidade Direito
 Gerência de Consultoria Normativa
 Procuradoria Federal Junto à ANS
 tel.: 21 2105-0053

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é o órgão regulador do setor de planos de saúde. Conheça os seus direitos. Leia o contr

----- Original Message -----

From: Gustavo Campos
To: Adriana
Cc: lucila.rocha@ans.gov.br ; Cecília
Sent: Wednesday, March 30, 2011 11:34 AM
Subject: Última versão da minuta do IVR com uma pendência

Adriana,

Segue a última versão da minuta do IVR. Os pontos marcados em azul na minuta com marcações representam as nossas alterações. A expressão "ou do registro" no § 1º do art. 4º ainda depende da sua confirmação com a Lenise.

Att.,



Gustavo Junqueira Campos
 Especialista em Regulação de Saúde Suplementar - especialidade Direito
 Gerência de Consultoria Normativa
 Procuradoria Federal Junto à ANS
 tel.: 21 2105-0053

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é o órgão regulador do setor de planos de saúde. Conheça os seus direitos. Leia o co



RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº, DE DE

Altera a Resolução Normativa – RN nº 185, de 30 de dezembro de 2008, que instituiu o procedimento eletrônico de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e estabeleceu normas sobre a repetição de indébito e o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em vista do que dispõe o art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; o inciso VI do art. 4º e o inciso II do art. 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e a alínea “a” do inciso II do art. 86 da Resolução Normativa – RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

Art. 1º O artigo 4º, os incisos VIII e IX do § 1º do art. 19 e o inciso II do art. 46 da Resolução Normativa – RN nº 185, de 30 de dezembro de 2008, alterado pela RN Nº 217, de 13 de maio de 2010, passam a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 4º O valor de ressarcimento ao SUS resulta da multiplicação do Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR, estipulado em 1,5 (um virgula cinco), pelo valor lançado no documento do SUS de autorização ou de registro do atendimento.

§ 1º O valor lançado no documento de autorização ou do registro do atendimento é obtido com base nas regras de valoração do SUS e na Tabela de Procedimentos Unificada do Sistema de Informações Ambulatoriais e do Sistema de Informação Hospitalar SAI/SIH – SUS.

§ 2º A regra prevista neste artigo se aplica aos atendimentos das competências a partir de janeiro de 2008.” (NR)

“Art. 19

VIII - código, descrição, quantidade e valor a ressarcir de cada procedimento;

IX - discriminação do valor total a ser ressarcido;

.....” (NR)

Art. 46

II - erro na identificação da OPS, na determinação do valor a ressarcir ou na análise de qualquer documento relativo ao procedimento; ou

.....” (NR)

Art. 2º A Resolução Normativa – RN nº 185, de 30 de dezembro de 2008, alterado pela RN Nº 217, de 13 de maio de 2010, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 53-A:

“Art. 53-A O ressarcimento ao SUS para os atendimentos das competências até dezembro de 2007 será cobrado de acordo com os valores estabelecidos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP, aprovada para as referidas competências.”

Art. 3º Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

MAURICIO CESCHIN
DIRETOR-PRESIDENTE DA ANS





RESOLUÇÃO NORMATIVA N°, DE DE

Altera a Resolução Normativa – RN n° 185, de 30 de dezembro de 2008, que instituiu o procedimento eletrônico de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998, e estabeleceu normas sobre a repetição de indébito e o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, tendo em vista o disposto no art. 32 da Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998, e no inciso VI do art. 4° e o inciso II do art. 10, ambos da Lei n° 9.961, de 28 de janeiro de 2000, no uso da competência que lhe é conferida pelo inciso II do art. 10 da Lei n° 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e a alínea "a" do inciso II do art. 86 da Resolução Normativa – RN n° 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1° Os artigos 4°, os incisos VIII e IX do § 1° do art. 19 e o inciso II do art. 46 da Resolução Normativa – RN n° 185, de 30 de dezembro de 2008, alterado pela RN N° 217, de 13 de maio de 2010, passam a vigorar com a seguinte redação:

~~“Art. 1° O valor de ressarcimento ao SUS resulta da multiplicação do Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR, estipulado em 1,5 (um vírgula cinco), pelo valor lançado no documento de autorização do atendimento, conforme as regras de valoração do SUS e a Tabela de Procedimentos Unificada do Sistema de Informações Ambulatoriais e do Sistema de Informação Hospitalar SAI/SIH – SUS.~~

~~Parágrafo Único. A regra prevista no caput se aplica aos fatos geradores ocorridos a partir de janeiro de 2008.~~

~~“Art. 4° O valor de ressarcimento ao SUS resulta da multiplicação do Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR, estipulado em 1,5 (um vírgula cinco), pelo valor lançado no documento do SUS -de autorização ou de registro do atendimento.~~

~~§ 1° O valor lançado no documento de autorização ou do registro do atendimento é obtido com base nas regras de valoração do SUS e na Tabela de Procedimentos Unificada do Sistema de Informações Ambulatoriais e do Sistema de Informação Hospitalar SAI/SIH – SUS.~~

~~§ 2° Parágrafo Único. A regra prevista no caput neste artigo se aplica aos atendimentos das competências ~~ocorridos~~ a partir de 1° de janeiro de 2008.” (NR)~~

Art. 19

VIII - código, descrição, quantidade e valor a ressarcir de cada procedimento;

IX - discriminação do valor total a ser ressarcido;

..... (NR)

Art. 46

II - erro na identificação da OPS, na determinação do valor a ressarcir ou na análise de qualquer documento relativo ao procedimento; ou

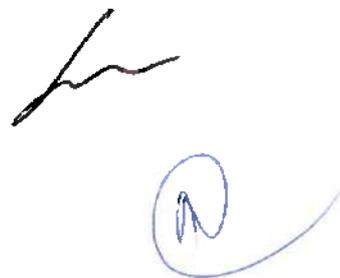
..... (NR)

Art. 2º A Resolução Normativa – RN nº 185, de 30 de dezembro de 2008, alterado pela RN Nº 217, de 13 de maio de 2010, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 53-A:

“Art. 53-A _O ressarcimento ao SUS para os atendimentos das competências ocorridos até 31 de dezembro de 2007 será cobrado de acordo com os valores estabelecidos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP, aprovada para as referidas competências, pela Resolução Normativa – RN nº 177, de 03 de novembro de 2008.” (NR)

Art. 3º Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

MAURICIO CESCHIN
DIRETOR-PRESIDENTE DA ANS



RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº, DE DE

Altera a Resolução Normativa – RN nº 185, de 30 de dezembro de 2008, que instituiu o procedimento eletrônico de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e estabeleceu normas sobre a repetição de indébito e o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em vista do que dispõe o art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; o inciso VI do art. 4º e o inciso II do art. 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e a alínea “a” do inciso II do art. 86 da Resolução Normativa – RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

Art. 1º O artigo 4º, os incisos VIII e IX do § 1º do art. 19 e o inciso II do art. 46 da Resolução Normativa – RN nº 185, de 30 de dezembro de 2008, alterado pela RN Nº 217, de 13 de maio de 2010, passam a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 4º O valor de ressarcimento ao SUS resulta da multiplicação do Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR, estipulado em 1,5 (um vírgula cinco), pelo valor lançado no documento do SUS de autorização ou de registro do atendimento.

§ 1º O valor lançado no documento de autorização ou do registro do atendimento é obtido com base nas regras de valoração do SUS e na Tabela de Procedimentos Unificada do Sistema de Informações Ambulatoriais e do Sistema de Informação Hospitalar SLA/SIH – SUS.

§ 2º A regra prevista neste artigo se aplica aos atendimentos das competências a partir de janeiro de 2008.” (NR)

“Art. 19

VIII - código, descrição, quantidade e valor a ressarcir de cada procedimento;

IX - discriminação do valor total a ser ressarcido;

.....” (NR)

Art. 46

II - erro na identificação da OPS, na determinação do valor a ressarcir ou na análise de qualquer documento relativo ao procedimento; ou

.....” (NR)

Art. 2º A Resolução Normativa – RN nº 185, de 30 de dezembro de 2008, alterado pela RN nº 217, de 13 de maio de 2010, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 53-A:

“Art. 53-A O ressarcimento ao SUS para os atendimentos das competências até dezembro de 2007 será cobrado de acordo com os valores estabelecidos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP, aprovada para as referidas competências.”

Art. 3º Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

MAURICIO CESCHIN
DIRETOR-PRESIDENTE DA ANS

| |
|-----------------------|
| RECEBIDO |
| Doc. Nº: _____ |
| Data: <u>15/04/11</u> |
| ANS/02/DOC |
| Assinatura |



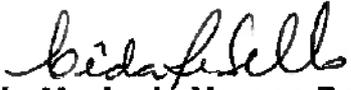
**Extrato de Ata
da 289ª Reunião de Diretoria Colegiada – DC Ordinária
realizada em 30 de março de 2011.**

Às quatorze horas e trinta minutos do dia trinta de março de dois mil e onze, nesta cidade, na Avenida Augusto Severo, nº 84, no 9º andar, no gabinete do Diretor-Presidente, foi realizada a 289ª Reunião Ordinária da Diretoria Colegiada – DC da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, mediante convocação de seus membros. A sessão foi presidida pelo Diretor-Presidente Sr. Maurício Ceschin, secretariada pela Sra. Lêda Maria de Vargas Rebello e contou com a presença dos Diretores Sr. Leandro Reis Tavares e o Sr. Eduardo Marcelo de Lima Sales. A reunião foi acompanhada pela Procuradora-Geral na ANS Sra. Lucila Carvalho Medeiros da Rocha, pela Secretária Executiva Sra. Luciana Souza da Silveira, pela Ouvidora na ANS Sra. Stael Christian Riani Freire e pelo Auditor Interno Sr. Washington Pereira da Cunha. O Diretor-Presidente deu início aos trabalhos com o propósito de apreciar, discutir e deliberar a pauta prevista para esta reunião, que tratou dos seguintes assuntos: **B) Deliberações Extrapauta:...** **2)** Aprovada à unanimidade a proposta de Resolução Normativa – RN que altera a RN nº 185, de 30 de dezembro de 2008, que instituiu o procedimento eletrônico de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei 9656, de 3 de junho de 1998, e estabeleceu normas sobre a repetição de indébito e o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS;... Feitas essas deliberações, o Diretor-Presidente considerou cumprida a pauta, dando por encerrada a sessão.

Rio de Janeiro, (RJ), 30 de março de 2011.

Este Extrato de Ata é cópia fiel de partes da referida ATA.

COADC, no RJ, em 7/4/2011.


Lêda Maria de Vargas Rebello
Coordenadora
COADC/SEGER/DICOL/ANS
SIAPE 2339362

EM BRANCO

RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 251, DE 19 DE ABRIL 2011.

Altera a Resolução Normativa – RN nº 185, de 30 de dezembro de 2008, que instituiu o procedimento eletrônico de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e estabeleceu normas sobre a repetição de indébito e o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em vista do que dispõe o art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; o inciso VI do art. 4º e o inciso II do art. 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e a alínea “a” do inciso II do art. 86 da Resolução Normativa – RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 30 de março de 2011, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

Art. 1º O artigo 4º, os incisos VIII e IX do § 1º do art. 19 e o inciso II do art. 46 da Resolução Normativa – RN nº 185, de 30 de dezembro de 2008, alterado pela RN Nº 217, de 13 de maio de 2010, passam a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 4º O valor de ressarcimento ao SUS resulta da multiplicação do Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR, estipulado em 1,5 (um vírgula cinco), pelo valor lançado no documento do SUS de autorização ou de registro do atendimento.

§ 1º O valor lançado no documento de autorização ou do registro do atendimento é obtido com base nas regras de valoração do SUS e na Tabela de Procedimentos Unificada do Sistema de Informações Ambulatoriais e do Sistema de Informação Hospitalar SAI/SIH – SUS.

§ 2º A regra prevista neste artigo se aplica aos atendimentos das competências a partir de janeiro de 2008.” (NR)

“Art. 19

VIII - código, descrição, quantidade e valor a ressarcir de cada procedimento;

IX - discriminação do valor total a ser ressarcido;

EM BRANCO



.....
....." (NR)

Art. 46
.....
.....

II - erro na identificação da OPS, na determinação do valor a ressarcir ou na análise de qualquer documento relativo ao procedimento; ou
.....
....." (NR)

Art. 2º A Resolução Normativa – RN nº 185, de 30 de dezembro de 2008, alterado pela RN Nº 217, de 13 de maio de 2010, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 53-A:

"Art. 53-A O ressarcimento ao SUS para os atendimentos das competências até dezembro de 2007 será cobrado de acordo com os valores estabelecidos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP, aprovada para as referidas competências."

Art. 3º Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.


MAURICIO CESCHIN
Diretor - Presidente


EM BRANCO



| | | | | | | |
|-------|----|-----|-----|----|-----|-----|
| SE | 3 | 15 | 18 | 3 | 6 | 24 |
| SP | 5 | 25 | 30 | 6 | 12 | 40 |
| TO | 1 | 5 | 6 | 1 | 6 | 12 |
| Total | 85 | 422 | 507 | 95 | 225 | 732 |

Nota: Auditorias encerradas até 60 (sessenta) dias após a data programada, para finalização do relatório ou após esse prazo, caso seja concedida prorrogação, para a justificativa do auditado, até 30 (trinta) dias, devidamente registrada no Sistema de Auditoria do SUS (SisaudSUS).

ANEXO II

| UF | Auditoria de Gestão encerrada | Auditoria Estratégica encerrada | 2º ciclo (out2011 a mar2012) Total de Auditorias encerradas | Auditoria Integrada encerrada 20% | Cooperação Técnica | TOTAL |
|----|-------------------------------|---------------------------------|---|-----------------------------------|--------------------|-------|
| AC | 1 | 4 | 5 | 1 | 5 | 15 |
| AL | 2 | 4 | 10 | 1 | 5 | 15 |
| AM | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 4 |
| AP | 1 | 4 | 5 | 1 | 5 | 10 |
| BA | 5 | 20 | 25 | 5 | 10 | 35 |
| CE | 3 | 20 | 25 | 5 | 15 | 40 |
| DF | 2 | 8 | 10 | 2 | 25 | 35 |

| | | | | | | |
|-------|----|-----|-----|----|-----|-----|
| ES | 3 | 12 | 15 | 3 | 5 | 20 |
| GO | 5 | 20 | 25 | 5 | 5 | 30 |
| MA | 5 | 20 | 25 | 5 | 5 | 30 |
| MG | 5 | 20 | 25 | 5 | 5 | 30 |
| MS | 5 | 20 | 25 | 5 | 5 | 30 |
| MT | 5 | 20 | 25 | 5 | 5 | 30 |
| PA | 3 | 12 | 15 | 3 | 3 | 20 |
| PB | 3 | 12 | 15 | 3 | 3 | 20 |
| PE | 3 | 12 | 15 | 3 | 3 | 20 |
| PI | 3 | 12 | 15 | 3 | 3 | 20 |
| PR | 3 | 12 | 15 | 3 | 3 | 20 |
| RJ | 6 | 24 | 30 | 6 | 6 | 45 |
| RN | 2 | 8 | 10 | 2 | 2 | 15 |
| RO | 1 | 4 | 5 | 1 | 1 | 10 |
| RR | 1 | 4 | 5 | 1 | 1 | 10 |
| RS | 2 | 8 | 10 | 2 | 2 | 15 |
| SC | 2 | 8 | 10 | 2 | 2 | 15 |
| SE | 2 | 8 | 10 | 2 | 2 | 15 |
| SP | 5 | 20 | 25 | 5 | 5 | 30 |
| TO | 1 | 5 | 6 | 1 | 6 | 12 |
| Total | 85 | 337 | 422 | 85 | 187 | 699 |

Nota: Auditorias encerradas até 60 dias após a data programada, para finalização do relatório ou após esse prazo, caso seja concedida prorrogação, para a justificativa do auditado, até 30 dias, devidamente registrada no SisaudSUS.

PORTARIA Nº 880, DE 20 DE ABRIL DE 2011

Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes à Estratégia Saúde da Família no Município de Montanhas (RN).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87, da Constituição, e

Considerando os escopos do Ministério da Saúde pela transparência nos repasses de recursos para a Atenção Básica;

Considerando o disposto na Política Nacional de Atenção Básica, instituída pela Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, em especial o subitem 5, do Capítulo III;

Considerando a responsabilidade do Ministério da Saúde pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica transferidos para Municípios e Distrito Federal; e

Considerando a existência de irregularidades na gestão das ações financiadas por meio do Incentivo Financeiro Parte Variável do Piso da Atenção Básica (PAB) para a Saúde da Família, resolve:

Art. 1º Suspende a transferência de incentivo financeiro referente às equipes de Estratégia Saúde da Família, a partir da competência financeira abril de 2011, do Município de Montanhas (RN), em virtude de impropriedades/irregularidades constatadas a partir de supervisão técnica realizada pela Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte.

Art. 2º Em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica, a suspensão ora formalizada de-se-a 6 (seis) Equipes de Saúde da Família, e prorrogará até a adequação das irregularidades por parte do Município.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 251, DE 19 DE ABRIL DE 2011

Altera a Resolução Normativa - RN nº 185, de 30 de dezembro de 2008, que institui o procedimento eletrônico de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e estabelece normas sobre a repelição de indúcio e o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o art. 86, inciso II, alínea "c" do Regimento Interno, aprovado pela RN nº 197, de 16 de julho de 2009, na forma do disposto no art. 24 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, alterada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, em reunião ordinária de 30 de março de 2011, considerando as anormalidades econômico-financeiras e administrativas graves que colocam em risco a continuidade do atendimento à saúde, de acordo com os elementos constantes do processo administrativo nº 33902.073244/2010-87, adotou a seguinte Resolução Operacional e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º O artigo 4º, os incisos VIII e IX do § 1º do art. 19 e o inciso II do art. 46 da Resolução Normativa - RN nº 185, de 30 de dezembro de 2008, alterado pela RN nº 217, de 13 de maio de 2010, passam a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 4º O valor de ressarcimento ao SUS resulta da multiplicação do Índice de Valorização do Ressarcimento - IVR, estipulado em 1,5 (um vírgula cinco), pelo valor lançado no documento do SUS de autorização ou de registro do atendimento.

§ 1º O valor lançado no documento de autorização ou de registro do atendimento é obtido com base nas regras de valorização do SUS e na Tabela de Procedimentos Unificada do Sistema de Informações Ambulatoriais e do Sistema de Informação Hospitalar SAIS/SH - SUS.

§ 2º A regra prevista neste artigo se aplica aos atendimentos das competências a partir de janeiro de 2008." (NR)

Art. 19
VIII - código, descrição, quantidade e valor a ressarcir de cada procedimento;

IX - discriminação do valor total a ser ressarcido; (NR)

Art. 46

II - erro na identificação da OPS, na determinação do valor a ressarcir ou na análise de qualquer documento relativo ao procedimento; ou

....." (NR)

Art. 2º A Resolução Normativa - RN nº 185, de 30 de dezembro de 2008, alterado pela RN nº 217, de 13 de maio de 2010, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 53-A:

"Art. 53-A O ressarcimento ao SUS para os atendimentos das competências até dezembro de 2007 será cobrado de acordo com os valores estabelecidos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - TUNEP, aprovada para as referidas competências."

Art. 3º Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

RESOLUÇÃO OPERACIONAL - RO Nº 1.017, DE 19 DE ABRIL DE 2011

Dispõe sobre a determinação da alienação da carteira da operadora Dental Seguros Ltda.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o inciso "b" do inciso II do art. 64 do Regimento Interno aprovado pela RN nº 81, de 2 de setembro de 2004, na forma do disposto no art. 24 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, alterada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, em reunião ordinária de 30 de março de 2011, considerando as anormalidades econômico-financeiras e administrativas graves que colocam em risco a continuidade do atendimento à saúde, de acordo com os elementos constantes do processo administrativo nº 33902.073244/2010-87, adotou a seguinte Resolução Operacional e eu, Diretor-Presidente, na forma do disposto nos incisos I e III do art. 82, da RN 197 de 16 de julho de 2009, determino a sua publicação:

Art. 1º Fica determinado que a operadora Dental Seguros Ltda., registro ANS nº 34727-2, inscrita no CNPJ nº 69.422.772/0001-18, promova a alienação da sua carteira, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data do recebimento da intimação a que se refere o art. 40 da RN nº 112, de 28 de setembro de 2005.

Art. 2º Esta Resolução Operacional - RO entra em vigor na data de sua publicação.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

RESOLUÇÃO OPERACIONAL - RO Nº 1.018, DE 19 DE ABRIL DE 2011

Dispõe sobre o decretado do Regime de Liquidação Extrajudicial na operadora Santa Cruz Saúde Ltda.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o inciso XXXIV do art. 4º da Lei nº 9.981, de 28 de janeiro de 2000, o inciso I e III do art. 82, da RN nº 197, de 16 de julho de 2009, e na forma do disposto no art. 24 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, em reunião ordinária de 30 de março de 2011, considerando as anormalidades econômico-financeiras e administrativas graves, constantes no processo administrativo nº 33902.093258/2008-01, adotou a seguinte Resolução Operacional e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Fica decretado o regime de Liquidação Extrajudicial na operadora Santa Cruz Saúde Ltda., inscrita no CNPJ sob o nº 02.312.661/0001-88, registro ANS nº 40495-1 e com foneiro no § 2º, do art. 99, da Lei nº 11.101, de 09 de fevereiro de 2005, fixa-se como Termo Legal da Liquidação da operadora, o dia 10 de fevereiro de 2008.

Art. 2º Esta Resolução Operacional - RO entra em vigor na data de sua publicação.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

RESOLUÇÃO OPERACIONAL - RO Nº L019, DE 19 DE ABRIL DE 2011

Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal na operadora Santa Marina Saúde S/C Ltda.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o art. 86, inciso II, alínea "c" do Regimento Interno, aprovado pela Resolução Normativa RN nº 197, de 16 de julho de 2009, na forma do disposto no art. 24 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, alterada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, em reunião ordinária de 30 de março de 2011, considerando as anormalidades econômico-financeiras e administrativas graves que colocam em risco a continuidade do atendimento à saúde, de acordo com os elementos constantes do processo administrativo nº 33902.092225/2009-63, adotou a seguinte Resolução Operacional e eu, Diretor-Presidente, na forma do disposto nos incisos I e III, do art. 82, da RN 197 de 16 de julho de 2009, determino a sua publicação:

Art. 1º Fica instaurado o Regime de Direção Fiscal na operadora Santa Marina Saúde S/C Ltda., registro ANS nº 41379-8, inscrita no CNPJ sob o nº 04.324.878/0001-33.

Art. 2º Esta Resolução Operacional - RO entra em vigor na data de sua publicação.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

RESOLUÇÃO OPERACIONAL - RO Nº 1.020, DE 19 DE ABRIL DE 2011

Dispõe sobre o encerramento do regime especial de Direção Fiscal e cancelamento do registro provisório da operadora Clínica de Fisioterapia FisioLogos Ltda.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o art. 86, inciso II, alínea "c" do Regimento Interno, aprovado pela RN nº 197, de 16 de julho de 2009, na forma do disposto no art. 24 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, alterada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, em reunião ordinária de 30 de março de 2011, considerando os elementos constantes do processo administrativo nº 33902.117227/2010-69, adotou a seguinte Resolução Operacional e eu, Diretor-Presidente, na forma do disposto no inciso I e III, do art. 82, da RN 197, de 16 de julho de 2009, determino a sua publicação:

Art. 1º Fica encerrado o Regime de Direção Fiscal e cancelado o registro provisório nº 40688-1, na operadora Clínica de Fisioterapia FisioLogos Ltda., inscrita no CNPJ sob o nº 32.534.661/0001-93.

Art. 2º Esta Resolução Operacional - RO entra em vigor na data de sua publicação.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

EM BRANCO



SIPAR - Sistema de Pesquisa pelo Número do Protocolo



Nº do Protocolo :

Buscar

limpar

PROTOCOLO 33902.213337/2010-51 **TIPO - Nº DOCUMENTO** PROCESSO-33902.213337/2010-51 **ASSUNTO** PUBLICAÇÃO DE MATÉRIAS NO DIÁRIO OFICIAL **REG. ANS**

ORGÃO POSSE
GECON

RESUMO DO DOCUMENTO

PUBLICAÇÃO DE PORTARIA Nº 01, DE 30 DE AGOSTO DE 2010.

| ORGÃO ORIGEM | DATA SAÍDA | ORGÃO DESTINO | DATA CHEGADA |
|--------------|---------------------|---------------|---------------------|
| CLS/RN293 | 20/9/2010 11:01:16 | DIRAD/DIDES | 22/9/2010 09:48:12 |
| DIRAD/DIDES | 22/9/2010 11:15:51 | ASSNT/DIDES | 7/10/2010 16:04:11 |
| ASSNT/DIDES | 15/10/2010 12:36:16 | DIRAD/DIDES | 15/10/2010 14:34:10 |
| DIRAD/DIDES | 19/10/2010 11:30:51 | ASSNT/DIDES | 19/10/2010 12:15:08 |
| ASSNT/DIDES | 23/11/2010 17:13:13 | GG SUS | 23/11/2010 17:33:07 |
| GG SUS | 23/11/2010 17:33:15 | ASSNT/DIDES | 24/11/2010 11:16:49 |
| ASSNT/DIDES | 14/12/2010 09:31:33 | GEFISA | 14/12/2010 10:47:53 |
| GEFISA | 14/12/2010 12:14:55 | GECOS | 15/12/2010 10:12:33 |
| GECOS | 18/3/2011 09:57:33 | PROGE | 18/3/2011 10:26:40 |
| PROGE | 18/3/2011 15:19:23 | DIDES | 21/3/2011 12:02:24 |
| DIDES | 21/3/2011 15:09:47 | GG SUS | 22/3/2011 12:12:56 |
| GG SUS | 22/3/2011 12:13:00 | DIDES | 28/3/2011 11:47:01 |
| GG SUS | 31/3/2011 17:00:11 | GEFISA | 1/4/2011 10:48:48 |
| GEFISA | 1/4/2011 11:56:45 | GECOS | 1/4/2011 14:29:16 |
| GECOS | 8/4/2011 14:51:37 | PROGE | 8/4/2011 16:37:17 |
| PROGE | 8/4/2011 16:37:20 | DIDES | 13/4/2011 15:55:19 |
| DIDES | 15/4/2011 10:16:03 | GG SUS | 15/4/2011 10:27:17 |
| GG SUS | 15/4/2011 13:10:44 | COADC | 15/4/2011 14:56:47 |
| COADC | 25/4/2011 13:39:44 | GG SUS | 25/4/2011 16:43:47 |
| GG SUS | 9/1/2014 17:01:00 | GECON | 10/1/2014 10:01:46 |

Gecon, 19/02/14.

*Finalizada a consulta no subs do
processo p.a., à G6UJ, em desolo.
f6.*

[Handwritten Signature]
Danilo Sarmiento Ferreira
Procurador Federal
Gerente de Contencioso PP/ANS
Mat. SIAPE 1378903

EM BRANCO



Processo: **0802217-19.2021.4.05.8100**

Assinado eletronicamente por:

SILVIA FERRAZ SOBREIRA FONSECA - Procurador

Data e hora da assinatura: 18/02/2022 11:00:50

Identificador: 4058100.24631884

Para conferência da autenticidade do documento: <https://pje.jfce.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>



2202181059327460000024672952