

Principais Pontos do Ressarcimento ao SUS

Carina Burri Martins
Francine Leite
Marcos Novais

José Cechin
Superintendente Executivo

APRESENTAÇÃO

O Sistema de Saúde brasileiro conta com a participação do sistema público e privado. O Sistema Público é universal e responsável pelo atendimento de todos, brasileiros ou estrangeiros. É financiado por meio de impostos e contribuições. O Sistema privado é anterior ao SUS, nasceu na década de 50 com as caixas de Assistência e Previdência. O sistema privado não é substituído ao SUS, ele permite que os associados tenham atendimento diferenciado, maior conforto e agilidade. Cabe ao beneficiário de plano de saúde decidir entre ser atendido pelo SUS ou pelo plano. A lei 9.656 de 1998 impôs às operadoras de planos de saúde o encargo de ressarcir o Sistema Público sempre que seus beneficiários o utilizarem. Os beneficiários são quem mantêm as operadoras de planos de saúde por meio de suas mensalidades e o encargo de ressarcir o SUS recai, em última instância, sobre eles mesmos. Há bastante controvérsia nas discussões desta questão e este trabalho se propõe a contribuir para este importante debate.

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal, em seu art. 196, determina que saúde é direito de todos e dever do Estado. Assim, o cidadão que possui plano de saúde privado não pode ter restrição de acesso ao sistema público de saúde. Porém a lei nº9.656/98 em seu art. 32 impõe, às operadoras, o encargo de ressarcir o SUS sempre que este vier a atender pessoas que possuem planos de saúde. Ao final, o cidadão com plano arca com o financiamento da assistência à saúde duas vezes: uma, pelos tributos; outra, pela cobrança indireta, pois a operadora de planos de saúde (OPS) precifica a mensalidade do plano a partir dos custos assistenciais, incluindo atendimentos na rede pública.

Os planos de saúde são contratos privados de prestação de serviços ou de reembolso de despesas médicas, regulados a partir de 1º de janeiro de 1999 pela Lei nº 9.656/1998. Os contratos respeitam a legislação vigente à época de sua assinatura e suas cláusulas contratuais estipulam a região geográfica de cobertura, a rede de cobertura e os procedimentos cobertos.

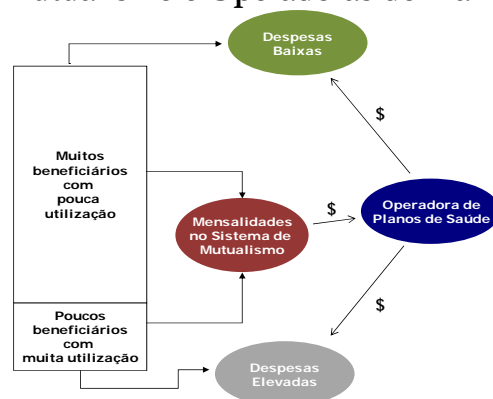
Os planos de saúde não substituem o Sistema Único de Saúde (SUS) e existem ou porque não há plena confiança da população no sistema público ou para se ter acesso diferenciado - com a escolha do prestador e com maior agilidade, conforto e comodidade na assistência médica. A adesão ao plano de saúde é voluntária e o fato de o indivíduo optar por ter plano não lhe tira o direito de se valer dos serviços oferecidos pelo SUS. O cidadão que contratou um plano é livre para escolher entre ser atendido pelo SUS, pela rede prestadora do plano ou ainda pagar do próprio bolso suas despesas com assistência à saúde.

2 Planos privados de assistência à saúde: mutualismo e precificação

As pessoas estão sujeitas a contraírem doenças cujo diagnóstico e tratamento podem custar muito para os indivíduos afetados e até mesmo causar a ruína financeira de suas famílias. O contrato de seguro ou o plano de saúde existe para indenizar, total ou parcialmente, as despesas incorridas ou garantir tratamento àqueles poucos que tiverem o infortúnio de ficarem doentes. O plano não evita que o indivíduo fique doente, mas garante o tratamento ou a reparação dos danos financeiros para aqueles que ficarem.

Para evitar os danos econômicos da doença, as pessoas se organizam para constituir um fundo mútuo, no qual todos contribuem com uma mensalidade modesta para que os recursos arrecadados sejam suficientes para indenizar o pequeno conjunto dos que sofrem os eventos adversos. Sempre existirão indivíduos cuja mensalidade do plano é superior aos seus gastos com saúde, para contrabalancear os demais que têm despesas com saúde que superam, em muito, a sua contribuição para o fundo. A união destes dois perfis cria a operadora de plano de saúde. Cabe à operadora estimar com auxílio de ferramentas estatísticas e atuariais o prêmio do seguro e custear as despesas de assistência médica dos associados (Figura 1).

Figura 1 – Mutualismo e Operadoras de Planos de Saúde



Fonte: Mendes (2008)¹.

¹ Figura extraída da apresentação de Solange Beatriz Palheiro Mendes no 7º Seminário Ética e Transparência na Atividade Seguradora.

O preço pago por cada segurado na forma de mensalidades deve cobrir o custo assistencial dos indivíduos associados somado ao custo de administração do plano. O custo assistencial varia conforme o preço dos eventos (procedimentos e serviços) e a frequência de eventos. Esses eventos são considerados aleatórios (exames, acidentes, consultas, internações, entre outros) e são avaliados probabilisticamente com base em série histórica dos eventos ocorridos para grupos de risco semelhante, isto é, considerando também a faixa etária e expectativa de vida das pessoas que compõem o mútuo. Os custos administrativos estão sob o controle de cada operadora, e incluem despesas com comercialização, operacionalização e margem de lucro do negócio.

Dessa forma, a precificação de um plano de saúde se dá por meio de uma série histórica de padrão de consumo de produtos e serviços médicos. Ao considerar que os beneficiários utilizam o SUS, um serviço de saúde público garantido pela Constituição, por preferência e não havendo ressarcimento, estes serviços não seriam contabilizados nos custos assistenciais da OPS e conseqüentemente representariam um abatimento na mensalidade do plano. Entretanto, se for válido o ressarcimento ao SUS, os custos do atendimento de beneficiários na rede pública serão contabilizados como custo assistencial e participarão da composição do preço dos planos de saúde de cada mútuo. Dessa forma, o cidadão com plano contribui duplamente para o financiamento da saúde pública - a primeira, com as contribuições e impostos e, a segunda, com as mensalidades e o ressarcimento.

3 O Ressarcimento e os valores identificados pela ANS

Coube à ANS a tarefa de regular a forma do ressarcimento, proceder à identificação dos beneficiários que utilizaram o SUS e à posterior cobrança das Operadoras.

O processo de identificação de beneficiários que utilizaram o SUS envolve comparações de nomes que constam na base de dados da ANS e do SUS. Pesquisa fonética deve identificar dentre todos os usuários do SUS aqueles que têm planos de saúde. Identificados os atendimentos que poderiam ser de pessoas com planos de saúde, a primeira tarefa do procedimento administrativo de cobrança é separar homônimos – pessoas que não tem plano, mas cujo nome é idêntico ao de um beneficiário. Posteriormente, a ANS envia os primeiros dados de ressarcimento para as operadoras que devem verificar se o atendimento realizado na rede pública tinha previsão de cobertura no contrato:

- segmentação do contrato: ambulatorial, hospitalar, ambulatorial e hospitalar (com ou sem obstetrícia) ou odontológico;
- época de assinatura do contrato;
- abrangência geográfica; e
- períodos de carência.

De setembro de 1999 a junho de 2006, a ANS listou 992.110 atendimentos no SUS de possíveis beneficiários de planos de saúde. Contudo, após o processo administrativo verificou-se que apenas 473.540 atendimentos eram passíveis de cobrança, ou seja, que originariam direito de ressarcimento. Os outros eram atendimentos a homônimos ou a pessoas que não tinham cobertura contratual por estarem ainda em carência ou em regiões geográficas não abrangidas pela cobertura. O valor total desses procedimentos referidos ao período de quase sete anos alcança R\$ 651,9 milhões correntes. Esse valor representa apenas 45,8% do valor inicialmente identificado. Como o total de gastos do SUS de 2000 a 2006 foi de R\$ 491,2 bilhões, o valor cobrado a título de ressarcimento representa 0,13% desses gastos no período.

As internações de beneficiários de planos de saúde no SUS nesse período representaram menos de 0,6% de todas as internações feitas no sistema público, conforme apresentado na Tabela 1 abaixo.

Tabela 1: Proporção do número e valor do total de internações de beneficiários no SUS em relação ao total de internações no SUS.

	Quantidade	Part. %	Valor (R\$)	Part. %
Internações passíveis de cobrança	473.540	0,59	651.854.808	1,63
Internações totais no SUS	79.660.597	100,0	39.979.883.913	100,0

Fonte: Caderno de Informação de Ressarcimento e Integração com o SUS, ANS julho 2008 e SIH/MS e SIB/ANS. Período: Setembro/1999 a Dezembro/2005. DATASUS.

No entanto, a discussão jurídica sobre o ressarcimento gerou custos, impactos negativos para toda a sociedade e ineficiências para o sistema privado. Entre eles, o custo do processo administrativo da ANS para identificação e cobrança e posteriormente os custos relativos às contestações judiciais das cobranças, desde a primeira instância, passando pelos tribunais regionais chegando até o Supremo Tribunal Federal.

4 Procedimentos utilizados por beneficiários de planos de saúde no SUS

Uma parte dos beneficiários de planos de saúde utiliza serviços do SUS eventualmente. Afirmar-se, especialmente entre os defensores do sistema público, que essa procura seria motivada para obter serviços de alta complexidade e caros, além de serviços específicos não cobertos pelos planos de saúde. No entanto, não é o que os dados disponíveis mostram.

O relatório da ANS reporta o montante de ressarcimento e mostra quais procedimentos são utilizados com maior frequência (o dado da ANS se refere a 911.559 atendimentos inicialmente identificados, para o período de setembro de 1999 a dezembro de 2005, e não aos 474 mil efetivamente em cobrança). As três causas mais frequentes representam 18,1% dos casos e estão relacionadas à gravidez e complicações de parto ou aborto. No entanto, muitas das parturientes

identificadas como beneficiárias de planos de saúde podem ter plano sem cobertura de parto, pois haviam optado por plano sem essa cobertura, e neste caso não cabe o ressarcimento.

Os números da Tabela 2 mostram que as internações não estão diretamente relacionadas a procedimentos de alta complexidade, mas sim a procedimentos de urgência e emergência. Os procedimentos de alta complexidade mais frequentes seriam as internações por insuficiência cardíaca (2,2%) e por insuficiência coronariana aguda (1,2%). Entretanto, são causas básicas de internação, podendo nesse grupo estarem inclusos procedimentos de urgência e emergência e internação para estabilização do quadro com medicamentos e não necessariamente procedimentos de alta complexidade, como seria a implantação de válvula, por exemplo.

Tabela 2 - Frequência por diagnóstico principal das internações de beneficiários ocorridas no SUS (Setembro 1999-2005).

Procedimento	Quantidade	%
Parto normal	90.267	9,9
Cesariana	48.504	5,4
Curetagem pós-aborto	25.950	2,8
Insuficiência cardíaca	19.921	2,2
Diagnóstico e/ou primeiro atendimento em clínica médica	17.783	2,0
Pneumonia em criança	18.881	2,0
Crise Asmática	16.878	1,9
Pneumonia em adulto	13.846	1,5
Intercorrências clínicas de paciente oncológico	11.763	1,3
Tratamento em psiquiatria em hospital psiquiátrico - B	11.784	1,3
Insuficiência Coronariana aguda	10.608	1,2
Pielonefrite	9.828	1,1
AVC agudo	10.167	1,1
Entero infecções	9.478	1,0
Diabetes sacarino	9.409	1,0
Crise hipertensiva	9.535	1,0
Diagnóstico e/ou primeiro atendimento em clínica cirúrgica	8.152	0,9
Doença pulmonar obstrutiva crônica	8.120	0,9
Diagnóstico e/ou primeiro atendimento em clínica pediátrica	7.189	0,8
Outros procedimentos	553.496	60,7
Total	911.559	100

Fonte: Caderno de Informação de Ressarcimento e Integração com o SUS, ANS julho 2008

Na Tabela 3 podemos comparar as proporções das internações por causas básicas realizadas no SUS e as realizadas no SUS por beneficiários da Saúde Suplementar para 2005. Existe uma diferença no padrão de uso entre a população que utiliza exclusivamente o SUS e a população que tem planos de saúde e utiliza o SUS, possivelmente associada a condicionantes sócio-econômicos. Percebe-se uma diferença de 2,2 pontos percentuais a mais para as internações totais no SUS para

doenças infecciosas e parasitárias. Estas doenças estão relacionadas a baixa renda e a piores condições fito-sanitárias, lembrando que a população beneficiária de plano de saúde tem em média maior escolaridade, maior renda e maior expectativa de vida do que a população brasileira em geral.

No que tange aos demais procedimentos outros fatores além das condições sócio-econômicas podem explicar a diferença entre beneficiários e usuários do SUS. A não cobertura de próteses previstas nos contratos assinados antes da vigência da Lei 9.656, por exemplo, leva os indivíduos a utilizarem o sistema público. Alguns contratos anteriores à lei ofereciam uma cobertura menor em troca de mensalidades bastante reduzidas, portanto, estes beneficiários recorrem ao SUS para os procedimentos que não têm cobertura em seus contratos. A maior proporção em relação a transtornos mentais pode estar relacionada à não cobertura. A cobertura psiquiátrica teve assistência aumentada no Rol de Procedimentos determinado pela ANS que passou a vigorar em 1º de abril de 2008.

Tabela 3: Distribuição proporcional das causas básicas de internação no SUS para toda a população e por beneficiários da saúde suplementar. Brasil - 2005.

Capítulo CID-10	SUS	SS
Doenças infecciosas e parasitárias	8,7	5,5
Neoplasias (tumores)	5,3	7,8
Doenças do sangue e sistema imunitário	0,7	0,6
Doenças endócrinas	2,5	2,3
Transtornos mentais	2,7	7,3
Doenças do sistema nervoso	1,5	2,7
Doenças do olho e anexos	0,6	1,2
Doenças do ouvido	0,2	0,2
Doenças do aparelho circulatório	10,3	11,3
Doenças do aparelho respiratório	13,7	8,4
Doenças do aparelho digestivo	8,5	7,7
Doenças da pele	1,3	1,4
Doenças sistema muscular	2,2	3,0
Doenças do aparelho geniturinário	6,6	6,3
Gravidez, parto e puerpério	23,1	19,8
Afecções no período perinatal	1,8	0,2
Malformações congênitas	0,8	1,8
Sinais e sintomas anormais	1,3	1,5
Lesões e envenenamentos	6,9	8,3
Causas externas	0,0	0,0
Contatos com serviços de saúde	1,3	2,5
Total em quantidade	11.429.133	173.332

Fonte: SIH/MS e Tabnet SIB/ANS. Período: Setembro/1999 a Dezembro/2005

5 Porque os beneficiários de planos de saúde utilizam o SUS

Dados do município de São Paulo indicam que os indivíduos escolhem, em sua maioria, qual serviço de saúde utilizar, se público ou privado, pela percepção da sua maior conveniência.

Para exemplificar, utilizamos dados da pesquisa realizada pela Secretaria da Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo acerca dos serviços, satisfação e imagem dos sistemas de saúde, tanto público quanto privado, na qual foram entrevistadas 2 mil pessoas em março de 2009. Dos entrevistados, 81% utilizaram com maior frequência o sistema público e 19% o sistema privado, sendo que 26% possuíam plano de saúde.

Quando perguntado o motivo de utilizar a rede pública mesmo tendo plano de saúde, nenhuma dessas pessoas mencionou negativa de cobertura como razão. Os principais motivos para utilização da rede pública quando possuíam planos de saúde foram:

- Distância e custo do transporte para deslocamento até a unidade de atendimento: 50%
- Não percepção de diferença entre o serviço público e o privado: 20%
- Carência e não cobertura: 10%

Em 70% dos casos, a utilização da rede pública foi escolhida devido à percepção individual de maior conveniência, seja para evitar custos de deslocamento e distância, seja porque não percebem diferenças na qualidade dos serviços públicos e privados e são indiferentes aos dois sistemas. Os demais beneficiários, 10% dos casos, ainda estavam em período de carência ou não tinham cobertura para o procedimento buscado.

O município de São Paulo concentra o maior número de serviços de saúde do país, inclusive serviços públicos de referência mundial por notória qualidade. Sendo assim, a percepção da não diferença entre serviços público e privado pode ser um fato típico desta região.

Outra pergunta feita na pesquisa buscou identificar quais tipos de serviços públicos de saúde foram mais utilizados por quem tem plano de saúde. Verificou-se que não existe uma relação direta com procedimentos de alta complexidade e sim a busca por serviços de emergência e urgência ou serviços que não fazem parte da cobertura dos planos de saúde. Abaixo está uma relação dos serviços buscados no SUS, por aqueles que têm plano de saúde (para suas respostas, os indivíduos podiam escolher mais de uma alternativa).

- Serviços ambulatoriais (clínico geral, pediatria, procedimentos simples): 77%
- Ginecologia e pré-natal: 42%
- Urgência e Emergência – PS: 34%
- Serviços não cobertos por planos de saúde:
 - Distribuição gratuita de medicamentos: 68%
 - Vacinação: 39%

Os resultados dessa pesquisa para o município de São Paulo corroboram as informações anteriores. Portanto, não parece verdadeira a hipótese de que os beneficiários de planos de saúde utilizam o SUS para procedimentos de maior complexidade.

6 Valores das Tabelas SUS e Tunep

O § 8º do artigo 32 da Lei nº 9.656, de 1998, determina que os valores a serem ressarcidos não podem ser inferiores aos praticados pelo SUS, e tampouco superiores aos praticados pelas operadoras de planos privados de atenção à saúde. Conforme previsto no § 1º do mesmo artigo, esses valores devem estar previstos em tabela de procedimentos aprovados pela ANS (Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - TUNEP).

A primeira edição da TUNEP foi publicada por Resolução Normativa em 28 de outubro de 1999, e foi sendo revisada ao longo do tempo. Da primeira tabela constavam apenas 2.484 procedimentos e na última, publicada em 2008, constavam 5.037 procedimentos (o dobro de procedimentos relativamente à tabela de 1999).

Os preços da Tabela TUNEP são superiores aos da tabela SUS. A média simples de todos os preços dos procedimentos da Tunep supera em 70% a média de todos os preços do SUS. A Tabela 4 mostra a distribuição dos preços de procedimentos por quartil, tanto para a Tabela SUS quanto para a Tunep, bem com o menor e maior preço das duas tabelas. Verifica-se uma grande diferença entre os preços mínimos, máximos e médios dos procedimentos.

Tabela 4: Distribuição dos valores (R\$) dos procedimentos tabelas Tunep e SUS- 2008.

	SUS	Tunep
Mínimo	0,03	0,03
Primeiro quartil (0 a 25%)	214,21	451,45
Segundo Quartil (25 a 50%)	545,29	1.037,40
Terceiro Quartil (50 a 75%)	1.476,30	2.676,50
Corte de 75 a 95%	7.697,51	12.612,42
Máximo	57.977,53	75.370,79
Média	1.643,65	2.774,69

Fonte: DATASUS e ANS (Tabelas Tunep 2006 e 2008)

Outra diferença observada são os preços do mesmo procedimento estipulados na tabela TUNEP em comparação a tabela SUS. A Tabela 5 apresenta a dispersão dos procedimentos pelo tamanho da diferença de preços entre as duas tabelas. Os procedimentos foram classificados conforme o valor do quociente entre o preço da Tabela Tunep e o preço da Tabela SUS. A tabela mostra que para 1.129 procedimentos (22,4% do total) os preços são iguais. Para 2.148 procedimentos (42,6%

do total) os preços da tabela Tunep estão entre uma e duas vezes maiores do que os da tabela SUS. Pouco mais de 1% dos procedimentos custam na Tunep mais de 4 vezes o preço da tabela SUS.

Tabela 5: Distribuição do número de procedimentos pela relação de preços entre as tabelas Tunep e SUS- 2008.

Relação	Quantidade de procedimento	Participação %
1	1129	22,4
$1 < r < 2$	2148	42,6
$2 \leq r < 3$	776	15,4
$3 \leq r < 4$	929	18,4
$4 \leq r < 5$	45	0,9
5	10	0,2
Total	5.037	100

Fonte: DATASUS e ANS (Tabelas Tunep 2006 e 2008)

7 Considerações

O ressarcimento foi pensado enquanto uma possível fonte de recursos para o SUS. Entretanto, de setembro de 1999 a junho de 2006 ou durante quase sete anos, foram identificados como passíveis de ressarcimento apenas R\$ 651,9 milhões. O montante representa somente 0,13% dos gastos totais no SUS entre 2000 e 2006. O valor é baixo devido ao reduzido número de internações no SUS de beneficiários de planos de saúde em relação às internações totais no sistema público (0,59%). Estes resultados indicam, aparentemente, que os beneficiários de planos de saúde recorrem ao SUS eventualmente, sendo que, a ida ao Sistema Público é muitas vezes para atendimentos de urgência e emergência ou por questões de comodidade.

É primordial discutir a importância do Ressarcimento para o SUS, porém sem desconsiderar o tamanho dos recursos mobilizados, tanto na ANS quanto nas operadoras, para recolher a obrigação. É bem possível que o montante gasto pela ANS para fazer frente ao ressarcimento seja quase equivalente ao valor já recolhido (R\$ 97 milhões).

As hipóteses de que os beneficiários de planos de saúde utilizam o SUS para procedimentos de maior complexidade ou negativa da Operadora não se verificam. Os beneficiários de planos podem estar utilizando o SUS por comodidade ou para procedimentos que não constam no contrato com a operadora.

Não menos importante é a discrepância entre a tabela de pagamentos da TUNEP e tabela SUS. Os valores da Tunep são, em média, mais de 70% superiores aos valores cobrados pelo SUS. É importante mencionar que a precificação dos procedimentos da tabela TUNEP é resultado da

decisão unilateral da agência reguladora e, às vezes, os valores são superiores aos preços da tabela de determinadas operadoras.

Urge repensar o ressarcimento ao SUS. A sociedade e principalmente os beneficiários de planos de saúde devem ser chamados para discutir este assunto. Uma primeira questão é sua constitucionalidade jurídica. Para esta é preciso aguardar o julgamento da ADI 1.931 (Ação Direta de Inconstitucionalidade) no STF. Em um segundo momento é preciso repensar a necessidade do dispositivo de ressarcimento presente na lei nº 9656, considerando que se gasta muito para arrecadar um montante imaterial frente às necessidades do SUS. Outro ponto é que o ressarcimento caberia somente ao beneficiário do plano caso a operadora lhe negasse atendimento ao qual ele tem direito. Este indivíduo deve ser ressarcido se em algum momento ele deixou de usar seu plano para um atendimento que constava na cobertura. Por último, é preciso refletir sobre a tabela Tunep, pois esta não deveria ser tão discrepante em relação à tabela SUS, visto que se trata de reembolso, ou seja, o valor a ser ressarcido deve ser igual ao valor gasto pelo SUS.