

**FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E DE EMPRESAS**

ROGERIO BAPTISTA TEIXEIRA FERNANDES

**O SISTEMA DE GESTÃO DO RESSARCIMENTO AO SUS:
ANÁLISE DE SEU DESEMPENHO NO PERÍODO 2011-2014**

**RIO DE JANEIRO
2015**

ROGERIO BAPTISTA TEIXEIRA FERNANDES

**O SISTEMA DE GESTÃO DO RESSARCIMENTO AO SUS: ANÁLISE DE SEU
DESEMPENHO NO PERÍODO 2011-2014**

Trabalho Final de Curso apresentado à Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para conclusão do Curso de Mestrado Profissional em Administração Pública (MAP)

Campo de Conhecimento: Governança e Administração Pública

Orientador: Prof. Roberto da Costa Pimenta

**RIO DE JANEIRO
2015**

Fernandes, Rogerio Baptista Teixeira

O sistema de gestão do ressarcimento ao SUS: análise de seu desempenho no período 2011-2014 / Rogerio Baptista Teixeira Fernandes. – 2015.

78 f.

Dissertação (mestrado) - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa.

Orientador: Roberto da Costa Pimenta.

Inclui bibliografia.

1. Governança. 2. Administração pública - Brasil. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil). 4. Brasil. [Lei n.9.656, de 3 de junho de 1998]. 5. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil) I. Pimenta, Roberto da Costa. II. Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas. Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa. III. Título.

CDD – 353



ROGERIO BAPTISTA TEIXEIRA FERNANDES

**O SISTEMA DE GESTÃO DO RESSARCIMENTO AO SUS: ANÁLISE DE SEU
DESEMPENHO NO PERÍODO 2011-2014**

Trabalho Final de Curso apresentado ao Curso de Mestrado Profissional em Administração Pública da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas para obtenção do grau de Mestre em Administração Pública.

Data da defesa: 21/12/2015

Aprovada em:

ASSINATURA DOS MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA

Roberto da Costa Pimenta
Orientador (a)

Joaquim Rubens Fontes Filho

Isabela Soares Santos

Dedico este trabalho a meus pais.

AGRADECIMENTOS

Aos Professores Isabela Soares Santos, Joaquim Rubens Fontes Filho e Roberto da Costa Pimenta, pelo interesse e valiosas contribuições, ressaltando que as falhas e omissões deste trabalho são de minha exclusiva responsabilidade.

Aos meus ex-chefes João Bernardo de Azevedo Bringel e Francisco Gaetani, pela cooperação e apoio.

Ao meu amigo Luiz Arnaldo Pereira da Cunha Júnior que, como um dos primeiros diretores da ANS, possibilitou que tivesse um contato inicial com o tema.

A minha amiga Ana Elisa Estrela Ferreira, pelo apoio e valiosos comentários.

RESUMO

O ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Lei n. 9.656, de 1998, apresentou resultados expressivos no período 2011-2014, em contraposição ao período 2007-2010. O presente estudo, de caráter exploratório, buscou analisar o ressarcimento ao SUS, sua origem, base legal, fundamentação jurídica, organização, funcionamento, desempenho operacional e efetividade, com foco nos resultados alcançados no período 2011-2014. Para isso, o autor apoiou-se em estudos anteriores, em documentos e relatórios oficiais, na legislação em vigor, nos acórdãos do Tribunal de Contas da União e nas ações ajuizadas perante o Supremo Tribunal Federal. As análises efetuadas indicam que os resultados alcançados nos últimos quatro anos são promissores, refletindo um cenário favorável à consolidação do ressarcimento ao SUS como um importante instrumento de regulação para o setor de saúde suplementar.

Palavras-chave: ressarcimento ao SUS; saúde suplementar; regulação em saúde; avaliação de gestão.

ABSTRACT

The reimbursement to the Unified Health System (SUS), created by Law No. 9.656 of 1998, showed impressive results in the period 2011-2014, compared to the period 2007-2011. This exploratory study analyzes the reimbursement to the SUS, its origin, legal support, juridical basis, organization, functioning, operating performance and effectiveness, focusing on results achieved in the period 2011-2014. In order to accomplish, the author relied on previous studies, official documents and reports, legislation, judgments of the Court of Audit and lawsuits filed before the Supreme Court. The analysis indicates that the results achieved in the last four years are promising, reflecting a favorable scenario for the consolidation of reimbursement to SUS as an important regulatory instrument for the supplementary health sector.

Keywords: reimbursement to SUS; supplementary health; regulation on health; management evaluation.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABI – Aviso de Beneficiário Identificado

ABRASCO – Associação Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ADI – Ação Direta de Inconstitucionalidade

AGU – Advocacia-Geral da União

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

APAC – Autorização de Procedimento Ambulatorial

CAP – Caixa de Aposentadorias e Pensões

CCO – Código de Controle Operacional

CADIN – Cadastro Informativo de Créditos não quitados do setor público federal

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CGU – Controladoria-Geral da União

CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas

CNS – Confederação Nacional de Saúde – Hospitais, Estabelecimentos e Serviços

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONSU – Conselho Nacional de Saúde Suplementar

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

DIDES – Diretoria de Desenvolvimento Setorial

DIFIS – Diretoria de Fiscalização

DIGES – Diretoria de Gestão

DIOPE – Diretoria de Operações

DIPRO – Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras

FNS – Fundo Nacional de Saúde

GG SUS – Gerência-Geral de Ressarcimento ao SUS

GRU – Guia de Recolhimento da União

IAP – Instituto de Aposentadorias e Pensões

IPASE – Instituto de Previdência e Pensões dos Marítimos

IAPB – Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários

IAPI – Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IVR – Índice de Valoração do Ressarcimento

MP – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão

MS – Ministério da Saúde

NURAF – Núcleo Regional de Atendimento e Fiscalização

PERSUS – Protocolo Eletrônico do Ressarcimento ao SUS

RE – Recurso Extraordinário

RN – Resolução Normativa

SAG/C.Civil/PR – Subchefia de Análise e Acompanhamento de Políticas Governamentais, da Casa Civil da Presidência da República

SAS – Secretaria de Assistência à Saúde

SIB – Sistema de Beneficiário Identificado

STF – Supremo Tribunal Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

TCU – Tribunal de Contas da União

TUNEP – Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos

LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1 – Despesas do SUS com internações hospitalares e despesas assistenciais das operadoras médico hospitalares (em R\$).	56
Tabela 2 – Valores do ressarcimento ao SUS e situação da cobrança, de 2007 a 2014 (em R\$).	57
Tabela 3 – Quantidade de AIHs por ano de vencimento e situação da cobrança.	58
Tabela 4 – Valores do ressarcimento ao SUS, por ano de vencimento e situação de cobrança (valores originais em R\$).	61
Tabela 5 – Receitas realizadas por período (incluindo principal, juros e multa)	65
Tabela 6 – Análise de impugnações e recursos de AIHs.	67
Tabela 7 – Quantidade de ABIs por competência.	69

LISTA DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico 1 – AIHs cobradas 2000 a 2015 – Quantidade AIHs (cobradas por vencimento).	59
Gráfico 2 – AIHs pagas – 2000 a 2015 – Quantidade AIH (AIHs pagas por vencimento).	59
Gráfico 3 – AIHs parceladas 2000 a 2015 – Quantidade AIH – (AIHs parceladas por vencimento).	60
Gráfico 4 – AIHs vencidas e não pagas 2000 a 2015 – Quantidade AIH.	60
Gráfico 5 – Inscrição Dívida Ativa (2006 a 2005) – (Valor total enviado no período).	61
Gráfico 6 – AIHs cobradas 2000 a 2015 – Valor (R\$ milhões) – (AIHs cobradas por vencimento).	62
Gráfico 7 – AIHs pagas 2000 a 2015 – Valor (R\$ milhões) – (AIHs cobradas por vencimento).	62
Gráfico 8 – AIHs parceladas 2000 a 2015 – Valor (R\$ milhões) – (AIHs cobradas por vencimento).	63
Gráfico 9 – AIHs vencidas e não pagas 2000 a 2015 – Valor (R\$ milhões).	63
Gráfico 10 – Inscrição em Dívida Ativa 2006 a 2015 – Valor (R\$ milhões) – (Valor total enviado no período).	64
Gráfico 11 – Receitas realizadas 2000 a 2015 – Valor (em R\$ milhões) – (receitas totais arrecadadas no período).	65
Gráfico 12 – Adimplência das operadoras (%).	66
Gráfico 13 – Valor partilhado/ repassado (em R\$ milhões).	66
Gráfico 14 – Análise de AIHs (2001 a 2015).	67
Gráfico 15 – Análise de AIHs 1 instância (2001 a 2015).	68
Gráfico 16 – Análise de AIHs 2 instância (2002 a 2015).	68
Gráfico 17 – Quantidade de competências lançadas por ano x passivo de competências.	69

LISTA DE QUADROS

	Página
Quadro 1 – Resultados dos Contratos de Gestão no período de 2002 a 2014	46

SUMÁRIO

	Página
1. INTRODUÇÃO	13
1.1 Contextualização	13
1.2 Relevância do Estudo	14
2. OBJETIVO GERAL	14
2.1 Objetivos Específicos	15
3. REVISÃO DA LITERATURA	15
3.1 Definição de Política Pública	15
3.2 Tipos de Política Pública	17
3.3 Ciclo de Política Pública	19
3.4 Avaliação do ponto de vista do gasto e financiamento das políticas públicas	25
3.5 Avaliação econômica de programas sociais	27
3.6 Avaliação de eficiência, eficácia e efetividade	28
3.7 As contradições do sistema de saúde brasileiro	29
3.8 A Agência Nacional de Saúde Suplementar	33
3.9 O Ressarcimento ao SUS	36
3.10 A Fundamentação Jurídica do Ressarcimento ao SUS	38
3.11 A Ação Direta de Inconstitucionalidade – ADIN n. 1931-7	40
3.12 O Processo de Ressarcimento ao SUS	41
3.13 Os Contratos de Gestão da ANS	44
3.14 Os Acórdãos do Tribunal de Contas da União (TCU)	50
4. METODOLOGIA	55
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
6. CONCLUSÃO	72
REFERÊNCIAS	75

1. INTRODUÇÃO

O ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), criado há cerca de 17 anos, apresentou, nos últimos anos um desempenho diferenciado, que requer uma análise mais detalhada. De acordo com informação divulgada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o volume de arrecadação aumentou 114% no ano de 2014, em relação a 2013. No período de 2011 a 2014, o valor do ressarcimento chegou a R\$ 731 milhões, contra R\$ 125,21 milhões, no período de 2000 a 2010 (ANS, 2015). O presente estudo, de caráter exploratório, tem por propósito analisar o ressarcimento ao SUS, sua origem, base jurídica, organização, funcionamento, desempenho operacional e efetividade, com foco nos resultados alcançados no período 2011-2014.

1.1 Contextualização

O tema selecionado insere-se num momento em que a imprensa alerta que projetos em tramitação no Congresso Nacional, como a PEC n. 451, de 2014, que inclui como garantia fundamental a obrigação do empregador oferecer plano de saúde a seus empregados, e a emenda do Deputado Eduardo Cunha à Medida Provisória n. 627, de 2013, que concedia anistia de dívidas às operadoras de planos de saúde, a qual foi vetada por ocasião de sua conversão na Lei n. 12.973, de 13 de maio de 2014, bem como projetos recentemente aprovados, como a Emenda Constitucional n. 86, de 17 de março de 2015, conhecida como emenda do orçamento impositivo, que reduz o percentual mínimo da receita destinada ao sistema público de saúde para 15% da receita corrente líquida da União, e a Lei n. 13.097, de 19 de janeiro de 2015, que autoriza a participação do capital estrangeiro na oferta de serviços de saúde, ameaçam a sobrevivência do SUS, cuja criação, em 1988, representou um dos mais significativos avanços no campo das políticas sociais nas últimas décadas.

Num sistema de saúde misto como o brasileiro, em que o segmento público de acesso universal convive com um segmento privado fortemente subsidiado, o ressarcimento, apesar de não se constituir em fonte de receita para o SUS, desempenha um papel importante no equilíbrio do segmento público, já deficitário, na medida em que reverte aos cofres públicos um incentivo adicional indireto às operadoras de planos de saúde, consubstanciado no atendimento de seus beneficiários na rede pública, o que muitas vezes é por uma parcela dessas empresas estimulado, dando margem ao enriquecimento ilícito das que assim procedem, em

detrimento da coletividade.

Para se ter uma ideia do que isso representa, documento entregue pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) a parlamentares, baseado em estudos sobre o Projeto de Lei Orçamentária da União para 2015, realizados pela Secretaria Executiva da entidade, revela um déficit no montante de recursos destinados ao Ministério da Saúde de R\$ 29 bilhões. Do valor total do déficit apresentado, a maior parte, cerca de R\$ 25 bilhões, estão nas ações de média e alta complexidade, o que, segundo o referido documento, pode acarretar significativas dificuldades nessa área (CONASS, 2014). Por outro lado, o valor estimado de renúncia fiscal em 2015 para o segmento privado é de cerca de R\$ 22,7 bilhões (Rodrigues, 2015). O ressarcimento ao SUS, apesar de modesto frente a tais valores, tende a contribuir de forma crescente para amenizar tal desequilíbrio, na medida em que aperfeiçoar seus sistemas de informações e ampliar seu campo de atuação, passando a abranger outras ações, como os atendimentos ambulatoriais de alto custo, cujo impacto financeiro tende a ser expressivo. Tal contribuição seria decorrente do aumento dos valores arrecadados a título de ressarcimento ou, o que seria mais desejável, da diminuição da pressão sobre o SUS, em função de uma melhor regulação do mercado de saúde suplementar, com as operadoras atendendo seus beneficiários de forma mais satisfatória.

1.2 Relevância do Estudo

O projeto é relevante em função dos resultados alcançados pelo ressarcimento ao SUS no período 2011-2014, tendo em vista que análises anteriores, como as desenvolvidas por Freitas (2011) e Silva (2013), relativas aos períodos 2001-2006 e 2001-2011, respectivamente, apontavam para a baixa efetividade da política, em termos de valores arrecadados e impacto sobre o público alvo, o que dava margem a que sua descontinuidade fosse considerada, em face das dificuldades enfrentadas em sua implementação. Dada a escassez de estudos recentes sobre o tema, a presente análise torna-se relevante na medida em que busca reavaliar a efetividade da política frente a essa nova realidade.

2. OBJETIVO GERAL

Analisar o ressarcimento ao SUS, sua origem, base legal, fundamentação jurídica, organização, funcionamento, desempenho operacional e efetividade.

2.1 Objetivos Específicos

- a) Analisar o desempenho do ressarcimento ao SUS no período 2011-2014.
- b) Comparar os resultados do ressarcimento ao SUS no período 2011-2014 com os obtidos no período 2007-2010.
- c) Identificar as medidas que contribuíram para o aperfeiçoamento do ressarcimento ao SUS no período 2011-2014.
- d) Identificar os principais desafios que se apresentam para o ressarcimento ao SUS neste momento.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Definição de Políticas Públicas

De acordo Secchi (2013, p. 2), política pública é definida como sendo “uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público”, sendo integrada por dois elementos básicos: intencionalidade pública e resposta a um problema público.

Nesse sentido, o referido autor acrescenta que “a razão para o estabelecimento de uma política pública é o tratamento ou a resolução de um problema entendido como coletivamente relevante” (2013, p. 2).

O mesmo autor adverte não haver consenso no meio acadêmico acerca da definição de políticas públicas, em função de três nós conceituais, decorrentes, basicamente, da disparidade de respostas aos seguintes questionamentos (2013, p. 2):

1. Políticas públicas são elaboradas exclusivamente por atores estatais? Ou também por atores não estatais?
2. Políticas públicas também se referem à omissão ou à negligência?
3. Apenas diretrizes estruturantes (de nível estratégico) são políticas públicas? Ou as diretrizes mais operacionais também podem ser consideradas políticas públicas?

O primeiro nó conceitual refere-se ao conflito entre, de um lado, abordagens estadocêntricas, que consideram que “o que determina se uma política é ou não ‘pública’ é a personalidade jurídica do ator protagonista”, e, de outro, abordagens multicêntricas ou policêntricas, que consideram “organizações privadas, organizações não governamentais, organismos multilaterais, redes de políticas públicas (*policy networks*), juntamente com os

atores estatais, protagonistas no estabelecimento das políticas públicas” (Secchi, 2013, p.3).

Segundo o autor, na abordagem estatista a política somente é considerada pública quando emanada de um ente estatal, enquanto na multicêntrica é assim considerada quando lida com um problema público, independentemente de quem exerça a liderança do processo.

Como subgrupo das políticas públicas, encontram-se as políticas governamentais, assim consideradas as formuladas e implementadas por atores governamentais.

Nesse segmento, há também uma distinção entre política de governo e política de Estado, sendo a primeira dependente e a segunda independente dos ciclos eleitorais.

A abordagem predominante recai sobre o enfoque multicêntrico, que considera que “são os contornos da definição de um problema público que dão à política o adjetivo de *pública*” (Secchi, 2013, p. 5).

O segundo nó conceitual, conforme o citado autor, refere-se à concepção de que política pública significa não somente ação, mas também omissão ou negligência de quem a formula ou implementa.

Para diversos autores, como Bachrach e Baratz, “não fazer nada em relação a um problema também é uma forma de política pública” (1962, apud Secchi, 2013, p. 6).

Se por um lado, a inação frente a uma situação problemática pode ser tomada como interesse na sua manutenção, por outro, a adoção da concepção de política pública como diretriz torna impraticável a aceitação da omissão como forma de política pública.

De acordo com Secchi (2013, p. 6), por ser um problema interpretativo, “se todas as omissões ou negligências de atores governamentais e não governamentais fossem consideradas políticas públicas, tudo seria política pública”.

Para o referido autor, tais situações refletem apenas um problema de agenda, o que não se confunde com a inação derivada da política pública.

Nesse sentido, “uma política pública é uma diretriz, ou seja, uma orientação de um *policymaker* à atividade ou à passividade de um *policytaker*, e também é o conjunto de ações ou inações derivadas dessa diretriz” (Secchi, 2013).

O terceiro nó refere-se a uma interpretação restritiva do conceito de políticas públicas que considera como tal “somente as macrodiretrizes estratégicas ou conjuntos de programas” (Comparato, 1997; Massa-Arzabe, 2002, apud Secchi, 2013, p. 7).

Para os adeptos dessa corrente, a política pública possui caráter estruturante, enquanto que os programas, planos e projetos são meros elementos operacionais.

No entanto, segundo Secchi (2013, p. 7), “o nível de operacionalização da diretriz não é um bom critério para o reconhecimento de uma política pública.”

Para esse autor (2013, p. 7), “as políticas públicas são tanto as diretrizes estruturantes (nível estratégico) como as diretrizes de nível intermediário e operacional.”

Tal posicionamento é reforçado pelo fato de que “grande parte da construção teórica dos *policy studies* acontece sobre a análise de programas, planos e políticas locais ou regionais” (Secchi, 2013, p. 7).

Nesse sentido, Secchi (2013, p. 11) acrescenta que as políticas públicas podem tomar a forma de “programas públicos, projetos, leis, campanhas publicitárias, esclarecimentos públicos, inovações tecnológicas e organizacionais, subsídios governamentais, rotinas administrativas, decisões judiciais, coordenação de uma rede de atores, gasto público direto, contratos formais e informais com *stakeholders*, entre outros.”

Outro aspecto a ser mencionado consiste na definição prática do que seja problema público.

Nessa linha, alguns autores o definem como “a diferença entre a situação atual e uma situação ideal possível” (Sjöblom, 1984, apud Secchi, 2013, p. 10).

De forma resumida, Secchi (2013, p. 10) informa que “um problema só se torna público quando os atores políticos intersubjetivamente o consideram um **problema** (situação inadequada) e público (relevante para a coletividade).”

No caso do ressarcimento ao SUS, trata-se de uma política pública que toma a forma de um programa governamental que busca enfrentar um problema reconhecido como público na esfera legal (atores políticos) e como relevante para gestores e usuários do sistema público de saúde (coletividade).

3.2 Tipos de Política Pública

Tradicionalmente, segundo Secchi (2013), a ciência política considerava que as políticas públicas (*policies*) eram determinadas pela política (*politics*).

Nesse sentido, David Easton (1953, apud Secchi, 2013, p. 23) entendia “as políticas públicas como um produto do processo político que transforma *inputs* (demandas e apoios) em *outputs* (decisões e ações).”

Theodore J. Lowi inverteu essa equação ao afirmar que são as políticas públicas que orientam a política, isto é, o processo político varia em função do tipo ou conteúdo de uma

política pública (Secchi, 2013).

Para Secchi (2013), as tipologias são importantes por fornecerem esquemas de interpretação e análise de um fenômeno baseados em variáveis e categorias analíticas.

No caso das tipologias de políticas públicas, sua importância recai sobre a possibilidade de “classificar os conteúdos, os atores, os estilos, as instituições, dentro do processo de política pública” (Secchi, 2013, p. 24).

As cinco principais tipologias de conteúdo das políticas públicas são apresentadas a seguir.

a) Tipologia de Lowi

Baseada no critério “impacto esperado na sociedade”, a tipologia proposta por Theodore J. Lowi, em 1964, abrange quatro tipos de políticas públicas: regulatórias, distributivas, redistributivas e constitutivas (Secchi, 2013).

Nesse sentido, segundo Secchi, políticas regulatórias são as que “estabelecem padrões de comportamento, serviço ou produto para atores públicos e privados”, desenvolvendo-se, em geral, no âmbito de uma dinâmica pluralista, associada à correlação de forças entre atores e interesses (2013, p. 25).

Políticas distributivas são as que “geram benefícios concentrados para alguns grupos de atores e custos difusos para toda a coletividade/contribuintes” (Secchi, 2013, p. 25).

Políticas redistributivas são as que “concedem benefícios concentrados a algumas categorias de atores” (Secchi, 2013, p. 25).

Políticas constitutivas, as que definem as competências, jurisdições, regras da disputa política e da elaboração de políticas públicas” (Secchi, 2013, p. 25).

b) Tipologia de Wilson

Baseada no critério da distribuição dos custos e benefícios da política pública na sociedade, a tipologia formulada por James Quinn Wilson, segundo Secchi (2013), abrange quatro tipos de políticas públicas: clientelista, de grupos de interesse, empreendedora e majoritária.

O referido autor (2013, p. 27) esclarece que políticas clientelistas “são aquelas em que os benefícios são concentrados em certos grupos e os custos são difusos na coletividade”, sendo equivalentes às políticas distributivas, na terminologia de Lowi.

Políticas de grupos de interesse “são aquelas em que tanto custos como benefícios estão concentrados sobre certas categorias”, sendo equivalentes às políticas redistributivas, na terminologia de Lowi (Secchi, 2013, p. 27).

Políticas empreendedoras “importam em benefícios coletivos, e os custos ficam concentrados sobre certas categorias”, constituindo-se num diferencial importante da tipologia de Wilson, posto não terem sido previstas na terminologia de Lowi. No caso das políticas empreendedoras, vale ressaltar que uma de suas principais dificuldades consiste na organização de interesses concentrados contrários a benefícios distribuídos (Secchi, 2013, p. 27).

Políticas majoritárias “são aquelas em que os custos e benefícios são distribuídos pela coletividade” (Secchi, 2013, p. 27).

c) Tipologia de Gormley

Baseada na interseção entre o nível de saliência, entendida como a “capacidade de afetar e chamar a atenção do público em geral”, e o nível de complexidade, entendida como a “necessidade de conhecimento especializado para sua formulação e implementação”, abrange quatro tipos de política: de sala operatória, de sala de reuniões, de audiência e de baixo escalão (Secchi, 2013, p. 28).

d) Tipologia de Gustafsson

Baseada na distinção entre o conhecimento e a intenção do formulador de política pública, abrange os seguintes tipos de política: real, pseudopolítica, simbólica e sem sentido (Secchi, 2013).

e) Tipologia de Bozeman e Pandey

Baseada na distinção entre conhecimento técnico e político, a tipologia de Bozeman e Pandey pode ser visualizada numa linha contínua, que vai desde um conteúdo eminentemente técnico até um eminentemente político, de acordo com o conteúdo predominante (Secchi, 2013).

A despeito das limitações presentes nas diversas tipologias de políticas públicas, o ressarcimento ao SUS possui características que o aproximam da política regulatória de Lowi (dinâmica pluralista), da política empreendedora de Wilson (benefícios distribuídos/custos concentrados) e da política de sala de reuniões de Gormley (alta complexidade/baixa saliência).

3.3 Ciclo de Políticas Públicas

O processo de elaboração de políticas públicas (*policy-making process*), também denominado ciclo de políticas públicas (*policy cycle*) envolve, em termos gerais, as seguintes fases: identificação do problema, formação da agenda, formulação de alternativas, tomada de decisão, implementação, avaliação e extinção (Secchi, 2013).

A despeito de muitas vezes não se adequar à dinâmica das políticas públicas, a divisão do ciclo em fases contribui para que “a complexidade de uma política pública seja simplificada e ajuda políticos, administradores e pesquisadores a criar um referencial comparativo para casos heterogêneos” (Secchi, 2013, p. 44).

Nesse sentido, segue-se uma breve descrição das diferentes fases do ciclo de políticas públicas:

a) Identificação do problema

Como mencionado anteriormente, um problema é “a diferença entre o que é e aquilo que se gostaria que fosse a realidade pública” (Secchi, 2013, p. 44).

Para Sjöblom (1984, apud Secchi, 2013), a identificação do problema público envolve a percepção do problema, a definição ou delimitação do problema e a avaliação da possibilidade de solução.

De acordo com o referido autor, a percepção do problema público constitui um conceito intersubjetivo.

Nesse sentido, uma situação pública insatisfatória passa à condição de problema público ao afetar a percepção de um número razoável de atores relevantes.

A definição ou delimitação corresponde à essência do problema, pois envolve a definição de seus elementos, muito embora nas fases subsequentes é comum ser redefinido e adaptado por políticos, burocratas e pelos próprios destinatários da política pública.

A avaliação da possibilidade de solução não significa necessariamente que o problema tenha uma solução, pois muitas vezes uma política pública é formulada apenas para mitigá-lo ou reduzir seus efeitos negativos.

Normalmente, os partidos políticos, os agentes políticos, os burocratas, os juízes, os grupos de interesse, os meios de comunicação, os *think tanks*, os destinatários das políticas públicas e as organizações do terceiro setor encontram-se entre os atores que costumam estar mais envolvidos na identificação de problemas públicos e na sua resolução (Secchi, 2013).

b) Formação da agenda

A agenda é definida como sendo “um conjunto de problemas ou temas entendidos como relevantes” (Secchi, 2013, p. 46).

Para Cobb e Elder (1983, apud Secchi, 2013) agenda pode ser de dois tipos: política e formal.

A agenda política ou sistêmica refere-se aos problemas ou temas selecionados pela comunidade política, enquanto que a agenda formal ou institucional aos selecionados pelo

poder público.

Além desses dois tipos, existe também a agenda da mídia, ou seja, a lista de problemas ou temas tidos como merecedores de atenção por parte dos meios de comunicação.

Os problemas costumam entrar e sair da agenda de acordo com os mais variados fatores, como limitação de recursos humanos, financeiros, materiais, falta de tempo, de vontade política ou de pressão popular (Secchi, 2013).

De acordo com Baumgartner e Jones (1993, apud Secchi, 2013), no que denominaram de teoria do equilíbrio pontuado, a agenda costuma alternar períodos de estabilidade de problemas e períodos de emergência de problemas.

Para os dois autores, os períodos de estabilidade refletem as pressões políticas de manutenção do *status quo*, enquanto que os períodos de ruptura refletem a ascensão de novos problemas ou redefinição de velhos problemas.

Segundo Cobb e Elder (1983, apud Secchi, 2013), para ingressar na agenda política, um problema deve atender às seguintes condições: atenção (a situação deve ser merecedora de atenção), resolutividade (as ações devem ser consideradas necessárias e factíveis) e competência (o problema deve ser afeto à esfera pública).

c) Formulação de alternativas

Em termos ideais, a formulação de alternativas inclui a definição de objetivos e estratégias e avaliação das consequências de cada escolha, seus custos e eventuais benefícios (Secchi, 2013).

Segundo Secchi (2013, p. 50), “a avaliação *ex ante* das possíveis soluções para o problema público é um trabalho de investigação sobre as consequências e os custos das alternativas.”

Nessa fase, o referido autor menciona que a manutenção do *status quo* é também considerada como uma das alternativas possíveis.

Dentre as técnicas mais utilizadas na avaliação *ex ante* de alternativas de políticas públicas, destacam-se as projeções, as predições e as conjecturas.

As projeções baseiam-se “na prospecção de tendências presentes ou históricas identificadas, a partir de dados apresentados na forma de séries temporais” (Dunn, 1999, apud Secchi, 2013, p. 50).

Por basearem-se em fatos passados ou atuais relacionados a determinado setor, dependem de fontes seguras de informações quantitativas e qualitativas.

As predições baseiam-se “na aceitação de teorias, proposições ou analogias, e

tentam prever as consequências das diferentes políticas” (Dunn, 1999, apud Secchi, 2013, p. 50).

Dentre os diferentes métodos de predições, um muito utilizado no meio acadêmico refere-se às correlações e regressões estatísticas.

As conjecturas “são juízos de valor criados a partir de aspectos intuitivos ou emocionais dos *policymakers*” (Secchi, 2013, p. 50).

Em geral, as conjecturas apoiam-se em reuniões, debates e fóruns, sendo o *brainstorming* um dos exemplos mais conhecidos dessa técnica.

Em decorrência de problemas diversos, como a instabilidade das condições sociais e econômicas, a dificuldade de se obter informações atualizadas, consistentes e confiáveis e a falta de recursos financeiros e de tempo, as conjecturas não estruturadas acabam sendo a técnica mais empregada pelos formuladores de políticas (Secchi, 2013).

d) Tomada de decisão

A tomada de decisão decorre da formulação de alternativas de solução, consubstanciando-se no “momento em que os interesses dos atores são equacionados e as intenções (objetivos e métodos) de enfrentamento de um problema público são explicitadas” (Secchi, 2013, p. 51).

Em termos simplificados, as escolhas de alternativas de solução para os problemas públicos ocorrem de três formas diferentes: na primeira, os tomadores de decisão partem do problema para a solução, na segunda, ajustam os problemas às soluções e as soluções aos problemas, e, na terceira, partem da solução em busca do problema (Secchi, 2013).

A primeira forma segue os modelos de racionalidade absoluta, proposto por Jan Tinbergen, e de racionalidade limitada, proposto por Hebert Simon, nos quais a tomada de decisão segue um padrão ideal de *policy cycle*.

No modelo de racionalidade absoluta, a decisão é tida como uma atividade puramente racional, enquanto que no modelo de racionalidade limitada reflete um esforço para escolher opções satisfatórias, mas não necessariamente ótimas (Secchi, 2013).

A segunda forma segue o modelo incremental, proposto por Charles E. Lindblom, no qual as decisões presentes são dependentes das decisões passadas.

O modelo incremental diverge dos anteriores ao considerar que, em situações de alta complexidade, o elemento político tem um peso maior que o elemento técnico.

A terceira forma segue o modelo de fluxos múltiplos, proposto por John Kingdon, no qual o fluxo dos problemas é dependente da atenção do público.

De acordo com esse modelo, “o nascimento de uma política pública é muito dependente da confluência de problemas, soluções e condições políticas favoráveis” (Secchi, 2013, p. 54).

Tal proposta decorre do modelo da lata de lixo, de Cohen, March e Olsen, segundo o qual “as decisões são meros encontros casuais de problemas, das soluções e das oportunidades de tomada de decisão” (Secchi, 2013, p. 55).

e) Implementação da política pública

A implementação é a fase em “que são produzidos os resultados concretos da política pública” (Secchi, 2013, p. 55).

Nela a administração pública exerce sua função precípua, por meio dos chamados instrumentos de política pública.

Tais instrumentos tomam as mais variadas formas: regulamentação, desregulamentação e legalização, aplicação da lei (*enforcement*), impostos e taxas, subsídios e incentivos fiscais, prestação direta de serviço público, terceirização, prestação pública de serviço de mercado, prestação privada de serviços de mercado, informação ao público, campanhas/mobilização, seguros governamentais, transferência de renda, discriminação seletiva positiva, prêmios e concursos, certificados e selos, dentre outras (Secchi, 2013).

Em termos analíticos, existem basicamente dois modelos de implementação de políticas públicas: *top-down* e *bottom-up* (Sabatier, 1986, apud Secchi, 2013).

O modelo *top-down* (de cima para baixo) é baseado na distinção entre política e administração proposta por Wilson, segundo a qual “os tomadores de decisão (políticos) são separados dos implementadores (administração)” (Secchi, 2013, p. 60).

O modelo *bottom-up* (de baixo para cima) é caracterizado por uma “maior liberdade de burocratas e redes de atores em auto-organizar e modelar a implementação de políticas públicas” (Secchi, 2013, p. 61).

Numa pesquisa sobre implementação, o pesquisador que adota a perspectiva *top-down* parte dos documentos que formalizam a política para chegar às falhas da implementação, enquanto que aquele que adota a perspectiva *bottom-up* parte da observação de como a política pública vem sendo aplicada na prática para chegar às desconexões e imprecisões prescritivas.

Para Secchi (2013), o modelo *top-down* é mais indicado a verificar as falhas de implementação (culpa da administração), enquanto que o modelo *bottom-up* é mais adequado a identificar as falhas de elaboração de soluções e de tomada de decisão (culpa do político).

f) Avaliação da política pública

A avaliação é definida como sendo a fase “em que o processo de implementação e o desempenho da política pública são examinados com o intuito de conhecer melhor o estado da política e o nível de redução do problema que a gerou” (Secchi, 2013, p. 63).

Quanto ao momento de sua realização, a avaliação pode ser *ex ante*, quando ocorre antes da implementação, tendo sido abordada no item referente à formulação de alternativas, ou *ex post*, quando ocorre após a implementação.

Pode ainda ser *in itinere*, também conhecida como monitoramento, quando ocorre durante a implementação, tendo por propósito promover ajustes e correções imediatos.

Segundo Secchi (2013), a avaliação de uma política pública envolve os seguintes elementos: critérios, indicadores e padrões.

Os critérios constituem parâmetros de julgamento de uma política pública, sendo os mais comuns a economicidade (*inputs*), a produtividade (*outputs*), a eficiência econômica (relação entre *inputs* e *outputs*), a eficiência administrativa, a eficácia e a equidade (Secchi, 2013).

Tais critérios são operacionalizados por meio de indicadores, que podem ser utilizados para medir *input*, *output* e resultado (*outcome*).

Os indicadores de *input* mais comuns são relacionados a gastos financeiros, de *output* à produtividade de serviços/produtos e de resultado à capacidade de resolução ou mitigação do problema afeto à política pública em foco.

Indicadores de *input* aplicam-se a esforços enquanto que os de *output* à realizações (Secchi, 2013).

No entanto, Secchi (2013) adverte que a elaboração de bons indicadores nem sempre é uma tarefa fácil, por ser desejável que apresentem qualidades como validade, confiabilidade, simplicidade, acessibilidade e estabilidade.

Por sua vez, segundo o referido autor (Secchi, 2013, p. 64), os padrões ou parâmetros oferecem uma referência comparativa aos indicadores, podendo ser agrupados em três tipos principais:

- Padrões absolutos: metas qualitativas ou quantitativas estabelecidas anteriormente à implementação da política pública;
- Padrões históricos: valores ou descrições já alcançados no passado e que facilitam a comparação por períodos (meses, anos) e, por consequência, geram informações sobre declínio ou melhora da política pública;
- Padrões normativos: metas qualitativas ou quantitativas estabelecidas com base em um *benchmark* ou *standard* ideal.

Por outro lado, a avaliação pode resultar numa das seguintes situações (Secchi, 2013, p. 65):

- Continuação da política pública na forma em que está, nos casos em que as adversidades de implementação são pequenas;
- Reestruturação marginal de aspectos práticos da política pública, nos casos em que as adversidades de implementação existem, mas não são suficientemente graves para comprometer a política pública;
- Extinção da política pública, nos casos em que o problema público foi resolvido, ou quando os problemas de implementação são insuperáveis, ou quando a política pública se torna inútil pelo natural esvaziamento do problema.

g) Extinção da política pública

A política pública chega ao seu final quando são extintas ou substituídas por outras.

Para Giuliani (2005, apud Secchi, 2013, p. 67), as causas de extinção de uma política pública são basicamente as seguintes:

- O problema que originou a política é percebido como resolvido;
- Os programas, as leis ou as ações que ativaram a política pública são percebidos como ineficazes;
- O problema, embora não resolvido, perdeu progressivamente importância e saiu das agendas políticas e formais. Para Meny e Thoenig (1991), esta é a causa mais comum.

Um dos propósitos do presente estudo consiste na avaliação do ressarcimento ao SUS tendo como pano de fundo o ciclo de vida dessa política pública, de modo a verificar se atingiu seu último estágio ou se, ao contrário, os propósitos que motivaram sua criação continuam válidos, justificando a sua manutenção.

3.4 Avaliação do ponto de vista do gasto e financiamento das políticas públicas

Fagnani (2001), aborda o tema a partir das seguintes questões:

- O que expressa o financiamento e o gasto na avaliação das políticas sociais?
- Quais indicadores sobre financiamento e gasto são relevantes para a

avaliação das políticas sociais?

- Quais são as principais características do financiamento das políticas sociais no Brasil?

A propósito da primeira questão, Fagnani informa que no plano específico da política social avaliada, “o financiamento e o gasto fornecem indicações sobre o alcance, os limites e o caráter redistributivo desta”. No plano geral, o autor acrescenta que “a análise dos mecanismos de financiamento e gasto refletem as relações existentes entre a política social avaliada e a política econômica geral do governo” (2001, p. 121).

Quanto à segunda questão, o referido autor destaca a relevância de três indicadores sobre financiamento e gasto: direção do gasto social, magnitude do gasto social e natureza das fontes de financiamento.

A direção do gasto social indica para onde foram os recursos, se foram dirigidos aos segmentos prioritários e aos extratos mais carentes, possibilitando também a identificação de articulações entre os setores público e privado, com o predomínio dos interesses relacionados a estes últimos, o que muitas vezes explica a desproporção entre “os vultosos recursos aplicados em determinados programas e os débeis resultados correspondentes” (Fagnani, 2001, p. 122).

A magnitude do gasto social revela se os recursos previstos são compatíveis com o problema que se deseja enfrentar, isto é, se são compatíveis com o nível de carência social que motivou a formulação de uma determinada política pública.

A esse respeito, Fagnani (2001) destaca a importância de se avaliar a magnitude do gasto social a partir de séries históricas de longo prazo e “que sejam utilizadas informações que demonstrem (...) seu desempenho *vis-a-vis* a amplitude do problema sobre o qual se pretende atuar.” (Fagnani, 2001, p. 122).

Por sua vez, a natureza das fontes de financiamento pode ter três origens diferentes: recursos fiscais, recursos autossustentados e contribuições sociais, sendo que os recursos fiscais são os que apresentam maior potencial redistributivo, por serem provenientes de receitas tributárias (impostos e taxas), cuja aplicação não exige retorno financeiro.

Em relação à terceira questão, o referido autor aponta como principal característica do financiamento da política social no Brasil “a ausência de articulação positiva entre desenvolvimento econômico e a equidade social” (2001, p. 124).

O mesmo autor vai além ao considerar que os mecanismos de financiamento não apenas não contribuem para a redistribuição indireta de renda, em função do aspecto excludente das ações governamentais, como também “colocam limites objetivos intransponíveis à

efetividade das políticas sociais brasileiras” (Falagni, 2001, p. 124).

No âmbito do sistema de saúde brasileiro, a análise da direção do gasto contribui para revelar quais setores são beneficiados com a repartição dos recursos destinados à saúde e qual a participação dos incentivos fiscais às operadoras de planos de saúde nesse processo.

3.5 Avaliação econômica de programas sociais

Para Aguilar e Ander-Egg (1994, p. 170) a avaliação econômica de programas sociais é necessária “tanto por razões de responsabilidade social das instituições e organismos prestadores de serviços como por critérios de rentabilidade que permitem analisar qual é a melhor alternativa de intervenção considerando o esforço que absorve e seus resultados”.

Segundo os referidos autores, existem dois tipos principais de avaliação econômica: a que se baseia na avaliação de produtividade, entendida como a que relaciona processos com recursos mobilizados, e a que se baseia na avaliação de rentabilidade, entendida como a que relaciona efeitos, resultados ou consequências com recursos investidos.

Ao abordar o tema, os mencionados autores optam por concentrar o exame nas três modalidades de avaliação associadas à rentabilidade econômica: análise de custo-benefício, análise de custo-eficácia e análise de custo-utilidade.

A análise de custo-benefício baseia-se na comparação entre os benefícios e os custos de um programa, expressos em termos monetários (Aguilar e Ander-Egg, 1994).

Nesse sentido, se os benefícios são superiores aos custos, há um indicativo no sentido de que o programa seja aceitável, enquanto que no caso inverso, o indicativo é no sentido de que o programa deva ser rejeitado.

Tal modalidade é utilizada basicamente para medir a eficiência de um programa ou projeto, “mediante a comparação dos recursos utilizados na implementação do mesmo e os benefícios obtidos” (Aguilar e Ander-Egg, 1994, p. 173).

A análise de custo-eficácia ou custo-efetividade é semelhante à de custo-benefício, com a diferença de que os benefícios são expressos em unidades de resultado, e não em unidades monetárias (Aguilar e Ander-Egg, 1994).

A análise de custo-utilidade difere das duas anteriores em função dos resultados serem expressos por meio de medidas subjetivas, relacionadas à satisfação do indivíduo com os benefícios gerados pelo programa (Aguilar e Ander-Egg, 1994).

No caso em tela, a análise de custo-benefício é útil para verificar se o programa

é aceitável em termos econômicos, a despeito dos demais aspectos envolvidos em sua implementação.

3.6 Avaliação de eficiência, eficácia e efetividade

Ao analisar as tendências no estudo sobre avaliação de políticas públicas, Arretche (2001) recorda que a literatura costuma, como recurso analítico, classificá-las em termos de eficiência, eficácia e efetividade.

Segundo a autora, por avaliação de eficiência, “entende-se a avaliação da relação entre o esforço empregado na implementação de uma dada política e os resultados alcançados” (Arretche, 2001, p. 34).

Por avaliação de eficácia, “a avaliação da relação entre os objetivos e instrumentos explícitos de um dado programa e seus resultados efetivos” (Arretche, 2001, p. 34).

Por avaliação de efetividade, “o exame da relação entre a implementação de um determinado programa e seus impactos e/ou resultados, isto é, seu sucesso ou fracasso em termos de uma efetiva mudança nas condições sociais prévias da vida das populações atingidas pelo programa sob avaliação” (Arretche, 2001, p. 31).

Para Bresser, a efetividade é definida como sendo “o grau em que se atingiu um resultado esperado, não tendo cunho econômico, mas sim de avaliação qualitativa dos serviços públicos.” (BRESSER, 2007, apud SANTOS; RAUPP, 2015, p. 1432)

De forma simplificada, Sano (2013) associa eficiência à avaliação de processo, eficácia à avaliação de metas e efetividade à avaliação de impacto.

O referido autor apresenta as seguintes propostas de utilização de indicadores relacionados aos critérios de eficiência, eficácia e efetividade, por serem considerados, segundo ele, os mais tradicionais, usuais e relevantes:

a) **Balanced Scorecard:** ferramenta de gestão que integra indicadores financeiros e não financeiros.

b) **Quadro Lógico:** criada para demonstrar a efetividade dos projetos de cooperação internacional.

c) **Entidades de Fiscalização** (no caso brasileiro, representado principalmente pelo Tribunal de Contas da União): suas auditorias são denominadas operacionais ou de desempenho e buscam avaliar as organizações públicas em aspectos como eficiência,

economicidade, eficácia e efetividade.

d) Planilhas: operacionalizada por meio de diferentes indicadores.

e) Estado para resultados: elaborado a partir do modelo de gestão do Estado de Minas Gerais, nos moldes do modelo de gestão desenvolvido para o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), juntamente com o Centro Latino-Americano de Administração para o Desenvolvimento (CLAD).

f) TOM Web (Transparência Orçamentária Municipal via Internet): consiste na prestação de contas pela internet, disponibilizando em tempo real informações pormenorizadas sobre sua execução orçamentária e financeira.

Costa e Castanhar (2003) chamam a atenção para a necessidade de serem definidas medidas para a aferição dos resultados obtidos, denominadas critérios de avaliação, cuja operacionalização requer a utilização de indicadores, os quais são estabelecidos e utilizados de inúmeras formas, em função da área e do propósito da avaliação.

Segundo Van Bellen e Trevisan os critérios de avaliação mais comuns seriam eficiência, eficácia, impacto ou efetividade, sustentabilidade, análise custo-efetividade, satisfação do usuário e equidade (VAN BELLEN; TREVISAN, 2008, apud COSTA; CASTANHAR, 2003).

Por sua vez, Bresser, ao tratar da reforma gerencial, adverte que o processo de avaliação e mensuração da eficiência, eficácia e efetividade “não é estático e vem sofrendo uma série de mudanças, adaptando-se aos países em que se solidificou, substituindo, por completo, os antigos padrões” (BRESSER, 2007, apud SANTOS; RAUPP, 2015, p. 1435).

No presente estudo, os conceitos de eficiência, eficácia e efetividade serão úteis no sentido de avaliar a viabilidade do ressarcimento ao SUS enquanto política pública no campo da saúde suplementar.

3.7 As contradições do sistema de saúde brasileiro

O arcabouço jurídico do sistema de saúde brasileiro baseia-se na Constituição Federal, arts. 196 a 200, na Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (Lei Orgânica da Saúde), e na Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Há cerca de quatro anos, foi editado o Decreto n. 7.508, de 28 de novembro de 2011, que regulamenta, em alguns aspectos, a Lei n. 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Pouco depois, o art. 198 da Constituição Federal, com a redação dada pela Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000, veio a ser regulamentado pela Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012, para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados e Municípios em ações e serviços públicos de saúde, dentre outras providências.

Recentemente, a Emenda Constitucional n. 86, de 2015, alterou novamente a redação do art. 198 da Constituição Federal, estabelecendo novo limite mínimo para aplicação de recursos da União em ações e serviços públicos de saúde.

O sistema de saúde estabelecido pela Constituição Federal de 1988 é formado pelo SUS, publicamente financiado e pautado pelo princípio de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, pelo sistema de Seguros e Planos de Saúde, de caráter privado e contratualmente adquirido e, ainda, pelo sistema de Desembolso Direto, restrito à parcela da população de maior poder aquisitivo (Brasil, 2004).

Historicamente, pode-se dizer que até o início do século XX foram poucas as iniciativas do Poder Público no campo da saúde pública, dentre as quais destacam-se algumas ações de saneamento desenvolvidas na cidade do Rio de Janeiro e as campanhas de vacinação lideradas pelo sanitarista Oswaldo Cruz.

Em 1923, em decorrência do início do processo de industrialização, a Lei Eloy Chaves regulamenta as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), constituídas nas empresas e administradas e financiadas por empresários e trabalhadores, com o propósito de prestar assistência médica, aposentadoria e pensão aos trabalhadores e seus dependentes.

Com a revolução de 1930, e a expansão dos processos de industrialização e urbanização, são criados, a partir de 1933, os chamados Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), os quais eram organizados por categoria profissional, controlados pelo Ministério do Trabalho e Previdência Social e administrados de forma tripartite, por representantes dos trabalhadores, dos empresários e do governo federal.

Tal política vigorou até 1966, com a criação de diversos institutos, como o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos (IAPM), o Instituto de Aposentadorias e

Pensões dos Industriários (IAPI), o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários (IAPB) e o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE).

Em 1966, os vários IAPs são extintos e é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que unificou o regime de previdência social e de assistência médica, mas manteve os benefícios restritos aos trabalhadores assalariados.

Ainda assim, o INPS teve o mérito de passar a atender todos os segurados de forma igualitária, coisa que não acontecia até então. Nessa mesma época, em função dos problemas financeiros decorrentes da unificação dos institutos, o regime de capitalização foi substituído pelo regime de caixa, até hoje vigente. (Rodrigues; Santos, 2011)

A solução buscada, durante o governo militar, para fazer frente ao incremento na demanda por serviços de saúde foi o financiamento e a contratação de tais serviços junto ao setor privado, o qual teve um grande crescimento entre os anos de 1969 e 1984. (Ludwig; Casagrande, 2012)

Em 1977, é criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), com o objetivo de incorporar a assistência médica prestada por outros órgãos da Previdência Social então existentes, representando mais um passo em direção à ampliação do acesso, embora com a mesma lógica do modelo médico-assistencial privatista (LUZ, 1979 apud BUSS, 1995), no que diz respeito ao estímulo e financiamento do setor privado a ele conveniado.

Segundo Buss, o modelo médico-assistencial privatista, hegemônico de meados dos anos 60 a meados dos anos 80, baseava-se no Estado, como grande financiador, no setor privado nacional, como prestador de serviços, e no setor privado internacional, como produtor de equipamentos e medicamentos (MENDES, 1993 apud BUSS, 1995).

A partir de 1974, com a reversão do crescimento econômico e o início do período de abertura política, novos atores surgem em cena, questionando o modelo então vigente (Buss, 1995).

Tais atores localizavam-se principalmente nas Faculdades de Medicina, Escolas de Saúde Pública e em alguns setores da sociedade civil, como organizações de profissionais de saúde e movimento sindical, “nos quais se origina e se difunde um pensamento crítico da saúde, que viria a constituir-se no denominado movimento sanitário brasileiro, base político-ideológica da Reforma Sanitária” (Buss, 1995, p. 78).

Dentre tais organizações, destacam-se as atuações do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), criado em 1976, e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva (ABRASCO), criada em 1979.

Com a redemocratização do país, em 1985, vários membros do movimento sanitário, também conhecido como Frente Sanitária, vieram a ocupar cargos estratégicos no Ministério da Saúde e suas vinculadas, colocando em prática diversas medidas que vieram a alterar profundamente o setor.

A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a defesa das teses da Reforma Sanitária, tanto na Conferência quanto na Assembleia Nacional Constituinte, a partir de 1987, são consequências desse processo (Rodrigues; Santos, 2011).

A respeito da Constituição de 1988, Buss afirma ter representado “importante ponto de inflexão na evolução institucional do país, por ter introduzido regras, direitos e deveres integrantes, até então, apenas das plataformas políticas de segmentos ou movimentos sociais não hegemônicos” (Buss, 1995, p. 81).

Dentre os novos direitos civis e sociais introduzidos na Constituição Federal, destaca-se o direito à saúde, proclamado como direito de todos e dever do Estado.

Ocorre que ao surgir o sistema público de saúde já existia um sistema privado mais antigo e bem estruturado, o qual passou a brigar com o novo sistema por espaço, poder e recursos (Ludwig; Casagrande, 2012).

Apesar do art. 199 da Constituição Federal estabelecer que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, a convivência entre atores sociais e projetos divergentes é, muitas vezes, prejudicial ao SUS, em função dos princípios e normas que o norteiam.

Nesse sentido, em um contexto de restrição orçamentária como o atual, a convivência entre um sistema público de acesso universal, igualitário e gratuito e outro privado fortemente subsidiado representa, provavelmente, a principal contradição do sistema de saúde brasileiro.

Tais subsídios estão presentes na concessão de benefícios fiscais ao setor privado, na forma de incentivos à importação de equipamentos e à concessão de créditos e empréstimos (Bahia, 2009) e, principalmente, na possibilidade de dedução integral das despesas médicas e de planos de saúde do imposto de renda pessoa física, em detrimento do financiamento ao sistema público de saúde.

Outra grave distorção do sistema de saúde brasileiro consiste nas desigualdades de oferta decorrentes de seu *mix* público-privado, onde a cobertura e a prestação de serviços oferecidas pelo SUS é duplicada no setor de saúde suplementar (Santos, 2008).

Como destaca Santos (2008), o predomínio de prestadores privados na oferta de

serviços de saúde envolve um fluxo financeiro significativo do setor público para o setor privado, o favorecimento dos beneficiários de planos de saúde no acesso ao SUS e “relações pouco claras entre o papel que um mesmo prestador privado exerce em segmentos diferentes (no SUS e no setor de saúde suplementar)” (Santos, 2008, p. 7).

3.8 A Agência Nacional de Saúde Suplementar

A ANS foi criada pela Lei n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000, como autarquia especial, vinculada ao Ministério da Saúde (MS), com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro, e atuação em todo o território nacional como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar a saúde.

A natureza de autarquia especial conferida à ANS teve por propósito atribuir-lhe um maior grau de autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de recursos humanos, bem como dotá-la de autonomia em relação às decisões técnicas, o que é assegurado por meio do mandato fixo de seus dirigentes.

A finalidade institucional da Agência consiste em defender o interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país (ANS, 2013).

A gestão da ANS é exercida por uma Diretoria Colegiada, composta por até cinco diretores, sendo um deles seu Diretor-Presidente, contando, ainda, com o apoio de uma Câmara de Saúde Suplementar, de caráter permanente e consultivo.

A Câmara de Saúde Suplementar constitui-se num órgão colegiado, com ampla representatividade social, que tem por finalidade auxiliar a Diretoria Colegiada nas suas discussões.

Dentre as competências da ANS, destaca-se a de estabelecer normas para o ressarcimento ao SUS.

As atribuições das cinco diretorias da ANS encontram-se sintetizadas em seu último Relatório de Atividades, da seguinte forma:

a) Diretoria de Gestão (DIGES): “desenvolve e implementa políticas, ações e projetos inovadores na área de gestão para fortalecer e otimizar a capacidade de governo da ANS” (ANS, 2013, p. 22);

b) Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES): “dissemina e produz

informações padronizadas e de qualidade para a inovação do setor de saúde suplementar. Subsidiava políticas públicas, inclusive ressarcindo os recursos do SUS. Cria estímulos para a qualificação dos prestadores de serviços de saúde contratados pelas operadoras” (ANS, 2013, p. 21);

c) Diretoria de Fiscalização (DIFIS): “assegura o cumprimento da legislação na saúde suplementar por meio de medidas de mediação de conflitos e de penalidades às operadoras de planos de saúde, em casos de internação. Promove ações de fiscalização preventivas nas operadoras e atendimento aos consumidores por meio de canais de relacionamento, inclusive pessoalmente nos núcleos da ANS. Realiza articulações com órgãos e entidades de defesa do consumidor e centrais sindicais” (ANS, 2013, p. 21);

d) Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIPRO): “regulamenta, habilita, qualifica e monitora os produtos ou planos privados de assistência à saúde” (ANS, 2013, p. 21); e

e) Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIOPE): “planeja, coordena, organiza e monitora as atividades referentes à autorização de funcionamento, acreditação, transferência de controle societário, acompanhamento econômico-financeiro, regimes especiais de direção fiscal e liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde” (ANS, 2013, p. 21).

No que concerne à descentralização da atividade regulatória, a Agência conta ainda com 12 Núcleos Regionais de Atendimento e Fiscalização (NURAFs), ligados à Diretoria de Fiscalização, os quais têm por objetivo a apuração de infração e aplicação de sanções administrativas contra operadoras em suas respectivas regiões, localizados nos seguintes Estados: Bahia, Ceará, Distrito Federal, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraná, Pernambuco, São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo.

Apesar da ANS ter sido constituída como um ente autônomo, a administração da Agência é regida por um Contrato de Gestão, negociado entre o seu Diretor-Presidente e o MS, e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU).

O descumprimento injustificado do Contrato de Gestão implica na dispensa do Diretor-Presidente, pelo Presidente da República, mediante solicitação do Ministro da Saúde.

O CONSU integra a estrutura regimental do MS, sendo composto pelo Ministro-Chefe da Casa Civil da Presidência da República, que o preside, e pelos Ministros da Justiça, da Saúde, da Fazenda e do Planejamento, Orçamento e Gestão.

Aqui cabe uma observação em relação à composição do CONSU, o qual não

incorpora os órgãos e entidades representativos do setor e da sociedade civil, como o faz a Câmara de Saúde Suplementar, medida que, caso adotada, em menor escala, e com as devidas adaptações, de modo a garantir a sua operacionalidade, poderia contribuir para a definição de metas e indicadores mais abrangentes, e, conseqüentemente, para o aperfeiçoamento, o controle social e a legitimação do Contrato de Gestão da ANS.

Por outro lado, merece destaque o fato da ANS ter colocado em consulta pública os temas estratégicos e prioritários de sua Agenda Regulatória para o triênio 2015-2017, após tê-lo feito para os dois biênios anteriores, tendo a discussão ocorrido a partir dos seguintes eixos: garantia de acesso e qualidade assistencial, sustentabilidade do setor e integração com o SUS.

Segundo informação divulgada pela ANS, 62% das 328 contribuições feitas na edição da consulta pública realizada no biênio 2013-2014 foram acatadas, total ou parcialmente (ANS, abr. 2015).

Como contraponto, cabe mencionar que, nos termos de seu Regimento Interno, a Câmara de Saúde Suplementar é integrada pelos seguintes órgãos e entidades:

a) Entidades Participantes: Associação Médica Brasileira; Associação Nacional dos Hospitais Privados; Central Única dos Trabalhadores; Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas; Confederação Nacional da Indústria; Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços; Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo; Conselho Federal de Enfermagem; Conselho Federal de Medicina; Conselho Federal de Odontologia; Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde; Federação Brasileira de Hospitais; Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e Capitalização (atual Federação Nacional de Saúde Suplementar); Força Sindical; Ministério da Fazenda; Ministério da Previdência Social; Ministério do Trabalho e Emprego; Ministério da Justiça; Ministério da Saúde; Social Democracia Sindical (atual União Geral dos Trabalhadores).

b) Autogestão de assistência à saúde: União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde.

c) Empresas de medicina de grupo: Sindicato Nacional das Empresas de medicina de grupo.

d) Cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar: Confederação Nacional das Cooperativas Médicas.

e) Empresas de odontologia de grupos: Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo.

f) Cooperativas de serviços odontológicos que atuem na área de saúde suplementar: Central Nacional de Cooperativas Odontológicas.

g) Administradoras de Benefícios: Associação Nacional de Administradoras de Benefícios.

h) Defesa do consumidor: Núcleos de Defesa do Consumidor; Associação Nacional do Ministério Público do Consumidor.

i) Associações de consumidores de planos privados de assistência à saúde: Associação dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde; Associação de Defesa da Cidadania e do Consumidor; Centro de Defesa do Consumidor do Rio Grande do Norte; Associação das Donas de Casa, dos Consumidores e da Cidadania de Tubarão.

j) Portadores de deficiência e patologias especiais: entidades de portadores de deficiência e entidades de patologias especiais.

Ao contrário do CONSU, na Câmara de Saúde Suplementar a representação de órgãos e entidades representativos do setor e da sociedade civil parece exagerada, o que provavelmente dificulta a sua operacionalização e funcionamento.

3.9 O Ressarcimento ao SUS

De acordo com o Glossário Temático da ANS, o ressarcimento ao SUS é “a restituição ao Sistema Único de Saúde (SUS) dos custos, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, dos atendimentos à saúde previstos nos respectivos contratos e prestados a seus beneficiários e dependentes, em instituições públicas ou privadas, contratadas ou conveniadas, integrantes do SUS, cuja cobrança é realizada por meio de procedimento administrativo da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)” (ANS, 2012, p. 82).

O ressarcimento ao SUS tem como base legal a própria Constituição Federal, a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, a Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e a Lei n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que cria a ANS.

A Lei n. 9.656, de 1998, estabelece, em seu art. 32, a obrigatoriedade do ressarcimento ao SUS de serviços prestados a beneficiários de planos privados de saúde por unidades próprias ou contratadas pelos gestores públicos para atendimento ao setor público, nos

casos em que este atendimento se configurar como descumprimento do contrato firmado entre o beneficiário e sua operadora.

Diz o art. 32, da Lei n. 9.656, de 1998:

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

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

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

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

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

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

II - multa de mora de dez por cento.

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

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

§ 7º A ANS disciplinará o processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo, cabendo-lhe, inclusive, estabelecer procedimentos para cobrança dos valores a serem ressarcidos.

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

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

O ressarcimento ao SUS, além de procurar restituir aos cofres públicos os gastos realizados pelo SUS com os atendimentos de usuários em procedimentos que estariam cobertos por seus planos privados de assistência à saúde, busca ainda subsidiar a regulação do mercado de saúde suplementar.

De acordo com a ANS (2010), o ressarcimento ao SUS tem por objetivo:

- a) evitar o enriquecimento sem causa das operadoras em detrimento da coletividade;
- b) promover preventivamente a tutela dos beneficiários de planos, desestimulando o descumprimento, por parte das operadoras, dos contratos celebrados; e
- c) impedir o subsídio não programado, ainda que indireto, de atividades

lucrativas com recursos públicos.

Por seu turno, a Lei n. 9.961, de 2000, dispõe, em seu art. 4º, inciso VI, que compete à ANS “estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS.”

Nesse sentido, a base legal do ressarcimento é também constituída por inúmeras normas internas editadas pela ANS, tais como resoluções normativas, instruções normativas e súmulas normativas.

A despeito de ter sido criado por lei e de contribuir para a redução da desigualdade, no sentido recomendado por John Rawls (Coelho, 2007), sendo considerado “por gestores públicos, agências multilaterais, como o Banco Mundial e o BID e setores da sociedade civil como uma ferramenta adequada à obtenção de maior equidade no financiamento da saúde” (Bahia, 2007, p. 13), o ressarcimento ao SUS é alvo de pesadas críticas por parte das operadoras de planos de saúde e de entidades representativas de hospitais privados, que o consideram inócuo, frente à alegada superioridade dos serviços oferecidos por tais empresas, e inconstitucional, por afronta ao art. 196 da Constituição Federal, que estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (Brasil, 1988).

3.10 A Fundamentação Jurídica do Ressarcimento ao SUS

A fundamentação jurídica da cobrança ainda é objeto de controvérsia entre os doutrinadores. Em estudo sobre o tema, Reis (2003) aborda as três principais correntes acerca da matéria: a que considera que o ressarcimento é um tributo, e como tal só poderia ser instituído por Lei complementar; a que defende que o ressarcimento teria seu fundamento na responsabilidade civil; e a que postula que o ressarcimento se fundamenta no enriquecimento sem causa das operadoras.

Para a referida autora, a tese de que o ressarcimento possui natureza de obrigação tributária não prospera por não se enquadrar em nenhuma das espécies de tributo: impostos, taxas e contribuições de melhoria. Tampouco se enquadra entre as contribuições sociais. Além disso, o ressarcimento não tem sua origem na Lei n. 9.656, de 1998, mas em fato anterior a esta. Antes mesmo da edição desta norma, as operadoras já tinham a obrigação de restituir o Poder Público. A Lei n. 9.656, de 1998, apenas conferiu ao Estado um instrumento para obter essa restituição.

Para verificar se o ressarcimento possui natureza de obrigação indenizatória, a

citada autora procede à análise dos pressupostos da responsabilidade civil, os quais repousam nos seguintes elementos: dano, culpa do agente, nexo de causalidade e conduta do agente (ação ou omissão).

Embora o ressarcimento não contemple todos esses elementos, posto que a operadora não pode ser responsabilizada pelo simples fato de seus beneficiários optarem pela assistência prestada pelo SUS, exercendo, dessa forma, um direito que lhes é garantido constitucionalmente, há uma situação peculiar que é por ela destacada.

Trata-se da hipótese em que a operadora se nega a prestar os serviços, obrigando o beneficiário a buscar assistência no SUS. Neste caso, há uma conduta ilícita por parte da operadora e um nexo de causalidade entre a conduta da operadora e a utilização dos serviços públicos. Entretanto, não há o dano, mesmo tendo ocorrido prejuízo para o SUS, pois não existiu ofensa a um direito tutelado, já que, neste caso, o indivíduo apenas exerceu seu direito público subjetivo à saúde.

Embora não tenha havido um dano, no sentido jurídico, para o SUS, o mesmo não se pode afirmar em relação ao beneficiário do plano de saúde, pois, nesta hipótese, todos os elementos que ensejam a responsabilidade civil (dano, culpa do agente, nexo de causalidade e conduta do agente) encontram-se presentes, cabendo a este último acionar a operadora.

Afastadas as hipóteses de obrigação tributária e responsabilidade civil, resta a de obrigação civil restituitória.

Diz o art. 884 do Código Civil de 2002:

aquele que, sem justa causa, se enriquecer à custa de outrem, será obrigado a restituir o indevidamente auferido, feita a atualização dos valores monetários.

A partir da análise do art. 884 do Código Civil de 2002, Reis extrai três elementos caracterizadores do enriquecimento sem causa: o enriquecimento do beneficiado sem justa causa, o empobrecimento do lesado e a relação de imediatidade entre o enriquecimento e o empobrecimento.

Continua a autora esclarecendo que a restituição por enriquecimento sem causa não caracteriza uma indenização. Ao contrário da indenização, a restituição se fundamenta em um ato lícito.

Nessa linha, destaca que, no caso do enriquecimento sem causa, os três

elementos estão presentes, pois há o enriquecimento da operadora toda vez que um cliente seu busca os serviços do SUS, há o empobrecimento do SUS sempre que um cliente de plano privado o utiliza e há um forte nexos de causalidade entre o enriquecimento de um e o empobrecimento do outro. Desse modo, diante do enriquecimento sem justa causa por parte das operadoras, conclui que resta evidente o dever de restituir.

O ressarcimento se legitima ainda, segundo a citada autora, em função do princípio da solidariedade ou fraternidade social, segundo o qual a todo cidadão e toda instituição pública ou privada cabe o dever de zelar pelo bem comum.

A partir desta análise, a referida autora conclui, acertadamente, que o fundamento jurídico da cobrança baseia-se no enriquecimento sem causa da operadora, sempre que as operadoras se locupletam em prejuízo do SUS e de toda a sociedade, que, em última instância, é quem financia os serviços públicos de saúde.

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

Por meio da Ação Direta de Inconstitucionalidade – ADI n. 1931-7, ajuizada perante o Supremo Tribunal Federal (STF) em 10 de dezembro de 1998, a Confederação Nacional de Saúde – Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS) questionou a constitucionalidade de diversos dispositivos da Lei n. 9.656, de 1998, bem como a integralidade da Medida Provisória nº 1.730-7, de 7 de dezembro de 1998, que alterava a própria lei dos planos de saúde.

Dentre os dispositivos questionados na ADI n. 1931-7, encontra-se o art. 32 da Lei n. 9.656, de 1998, que versa sobre o ressarcimento ao SUS.

Segundo informação divulgada pelo STF (Notícias STF, 2003), em outubro de 1999, o relator do processo, ministro Maurício Correa, proferia seu voto, concedendo, em parte, a medida cautelar, quando o julgamento foi suspenso, em decorrência de um pedido de vistas do ministro Nelson Jobim.

O julgamento da liminar foi retomado na sessão plenária do dia 21 de agosto de 2003, ocasião em que o Tribunal deferiu em parte o pedido de liminar, cujo principal efeito foi o de declarar que os contratos celebrados antes da edição da Lei n. 9.656, de 1998, não podiam ser atingidos pela regulamentação dos planos de saúde.

No entanto, em face das inúmeras reedições da Medida Provisória n. 1.730-7, de 1998, cada uma delas promovendo novas modificações no texto legal, a maioria dos

dispositivos da Lei n. 9.656, de 1998, não foi conhecida pelos ministros do Supremo.

Como consequência, tanto as alegações de inconstitucionalidade formais alegadas pela CNS quanto os argumentos de ofensa ao ato jurídico perfeito e ao direito adquirido não foram aceitos pelo Supremo.

Dentre os dispositivos que não sofreram alteração, encontra-se o art. 32 da Lei n. 9.659, de 1998, o que significa ter sido, em sede de liminar, reconhecido como constitucional.

Apesar disso, espera-se que a ADI n. 1931-7 seja julgada o quanto antes, de modo a encerrar em definitivo qualquer questionamento acerca da legitimidade do ressarcimento ao SUS.

3.12 O Processo de Ressarcimento ao SUS

O processo de Ressarcimento ao SUS é regulado pela Resolução Normativa (RN) n. 358, de 27 de novembro de 2014, alterada pela Resolução Normativa n. 377, de 8 de maio de 2015, da Diretoria Colegiada da ANS, e pela Instrução Normativa n. 54, de 27 de novembro de 2014, alterada pela Instrução Normativa n. 58, de 8 de maio de 2015, da Diretoria de Desenvolvimento Setorial da Agência.

Ao dispor sobre o assunto, a Resolução n. 358, de 2014, faz distinção entre dois tipos de procedimentos administrativos: físico, autuado em papel e não integrado por qualquer peça digital, e híbrido, autuado em papel, com peças físicas e digitais.

Nos termos da referida norma, o processo de Ressarcimento ao SUS tem início com a Identificação de Atendimento a Beneficiário de Plano Privado de Assistência à Saúde Feito pelo SUS, definida como sendo o procedimento administrativo, a cargo da ANS, que verifica a obrigação legal de ressarcir ao SUS por meio da constatação de atendimento a beneficiário na rede pública, o que inclui o cálculo do montante devido e a indicação da operadora.

A identificação é realizada a partir do cruzamento de informações relativas aos atendimentos realizados nas unidades prestadoras de serviços vinculadas ao SUS, constantes do banco de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS/MS), com as informações cadastrais das operadoras constantes do banco de dados da ANS.

O ressarcimento ao SUS é cobrado com base nos valores praticados pelo SUS, multiplicados pelo Índice de Valoração do Ressarcimento (IVR), sendo que, para os atendimentos identificados das competências até dezembro de 2007, é cobrado com base nos

valores estabelecidos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP), aprovada para as referidas competências.

As notificações às operadoras, as impugnações e os recursos são realizados por meio do serviço online de protocolo.

Atualmente, tal serviço é o único meio para realizar os seguintes procedimentos:

a) impugnar atendimentos identificados notificados às operadoras por meio de Aviso de Beneficiário Identificado (ABI); e

b) recorrer contra decisões de impugnação notificadas às operadoras.

Por meio das Notificações de Identificação de Atendimento a Beneficiário Feito pelo SUS, a ANS notifica as operadoras dos ABIs e das Cobranças.

As notificações contém as seguintes informações:

a) número do processo de ressarcimento ao SUS;

b) razão social e número de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) da operadora;

c) prazo de impugnação da identificação dos atendimentos;

d) para cada atendimento identificado:

- identificação, natureza e endereço de cada unidade prestadora de serviço;

- número e mês de competência lançados no documento do SUS de autorização ou registro do atendimento identificado;

- código de controle operacional (CCO) e data de nascimento do beneficiário atendido;

- data, mês ou período em que o serviço foi realizado;

- caráter do atendimento, conforme classificação do SUS, caso aplicável;

- código, descrição, quantidade e valor de cada procedimento realizado, e eventuais acréscimos aplicados pelo SUS;

e) discriminação do valor total a ser ressarcido e o prazo de pagamento sem incidência juros de mora e multa;

f) possibilidade de incidência, findo o prazo de pagamento, de:

- juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento do referido prazo de pagamento;

- multa de mora na forma da legislação em vigor a contar do final do referido prazo de pagamento; e

g) informação de que o não pagamento no prazo possibilitará a inscrição dos valores devidos na Dívida Ativa da ANS, e, após setenta e cinco dias do vencimento da obrigação, de inscrição da operadora no Cadastro Informativo de Créditos não quitados do setor público federal (CADIN).

As operadoras têm prazo de trinta dias após a notificação para impugnar a identificação.

A impugnação à identificação é julgada pelo Diretor da DIDES.

Da decisão proferida, cabe recurso à Diretoria Colegiada da ANS, no prazo de dez dias, contados da ciência da decisão.

A cobrança opera-se por intermédio da notificação da operadora, a qual fixa a data de vencimento do prazo para pagamento do valor devido, que ocorre pelo decurso de quinze dias, após o fim do prazo de impugnação.

Já o pagamento do ressarcimento ao SUS se dá exclusivamente por intermédio da Guia de Recolhimento da União (GRU).

Além disso, existe a possibilidade de parcelamento dos débitos a vencer, dos vencidos e não pagos, e dos inscritos em dívida ativa.

Ao final, os valores recolhidos são repassados pela ANS ao Fundo Nacional de Saúde (FNS).

Em termos simplificados, o processo de Ressarcimento ao SUS é assim descrito pela ANS, em seu Espaço da Operadora:

- a) Atendimento: os beneficiários do Plano de Saúde são atendidos pelo SUS.
- b) Identificação: a ANS cruza os dados dos sistemas de informações do SUS com o Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) da própria Agência para identificar os atendimentos a beneficiários de planos de saúde, excluindo aqueles sem cobertura contratual.
- c) Notificação: ANS notifica a operadora a respeito dos atendimentos identificados.
- d) Impugnação e recurso: a operadora pode contestar as identificações em duas instâncias administrativas. Caso comprove que os serviços prestados no atendimento identificado não têm cobertura contratual, a identificação é anulada. Se ficar demonstrado que o contrato cobre apenas parte do atendimento, a identificação é retificada.
- e) Cobrança e recolhimento: preclusa a faculdade de impugnar ou recorrer, ou decidida em última instância administrativa, e mantida a identificação integral ou parcialmente,

a ANS encaminha para a operadora notificação de cobrança dos valores devidos, a qual tem o prazo de 15 dias para pagamento ou parcelamento.

f) Inadimplência: caso os valores devidos não sejam pagos ou parcelados no prazo, a operadora fica sujeita à inscrição no CADIN, à inscrição na dívida ativa da ANS e à execução judicial.

g) Repasse: os valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS são repassados pela ANS para o Fundo Nacional de Saúde.

A propósito do processo de ressarcimento ao SUS, cabe uma sugestão no sentido de agilizar o seu trâmite.

O art. 56 da Lei n. 9.784, de 29 de janeiro de 1999, que regula o processo administrativo no âmbito da Administração Pública Federal (Lei do Processo Administrativo), estabelece que o recurso será dirigido à autoridade que proferiu a decisão, a qual, se não a reconsiderar no prazo de cinco dias, o encaminhará à autoridade superior.

No caso, sugere-se que a legislação aplicável à ANS seja alterada de modo a estabelecer que a autoridade que profere a decisão passe a ser o Gerente-Geral de Ressarcimento ao SUS e a autoridade superior, o Diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS.

3.13 Os Contratos de Gestão da ANS

O art. 14 da Lei n. 9.961, de 2000, que criou a ANS, dispõe que a administração da ANS será regida por um contrato de gestão, que estabelecerá parâmetros de administração interna e indicadores que permitam avaliar, objetivamente, a sua atuação administrativa e desempenho operacional.

Conforme mencionado em Relatório da Subchefia de Análise e Acompanhamento de Políticas Governamentais, da Casa Civil da Presidência da República (SAG/C.Civil/PR), a ANS dá início ao processo de elaboração do contrato de gestão, com a definição dos objetivos e das metas a serem pactuadas, com base em seu planejamento estratégico, seguindo-se as fases de negociação com o Ministério da Saúde (MS) e de assinatura do documento aprovado (Brasil, 2012).

O primeiro Contrato de Gestão da ANS foi celebrado no dia 21 de dezembro de 2000, com vigência inicial até 31 de julho de 2001, sendo posteriormente prorrogado até 31 de dezembro de 2001.

Para acompanhar e avaliar o referido contrato foi instituída a primeira

Sistemática de Acompanhamento e Avaliação do Desempenho da ANS, aprovada pela Portaria Conjunta n. 119, de 29 de agosto de 2001, a qual foi revogada pela Portaria Conjunta n. 6, de 23 de outubro de 2002.

Atualmente, a sistemática de acompanhamento e avaliação dos contratos de gestão celebrados entre o MS e a ANS é regulada pela Portaria Conjunta n. 771, de 22 de julho de 2011, que revogou a Portaria Conjunta n. 6, de 2002.

De acordo com a Portaria Conjunta n. 771, de 2011, o acompanhamento e a avaliação dos contratos de gestão da ANS é feita por Comissão de Acompanhamento e Avaliação, constituída por ato do Ministro da Saúde, com a seguinte composição:

- a) um representante da Secretaria Executiva do MS;
 - b) um representante da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do MS;
 - c) um representante do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MP);
- e
- d) um representante da ANS.

Os atuais integrantes da Comissão de Acompanhamento e Avaliação foram designados pela Portaria GM/MS n. 1.407, de 16 de junho de 2011, a qual foi posteriormente alterada pelas Portarias GM/MS n. 462, de 15 de março de 2012, e n. 1.246, de 19 de junho de 2012.

Nos termos da mencionada norma, a avaliação de desempenho realizada pela Comissão é feita a partir da análise dos indicadores constantes do Contrato de Gestão, atualmente construídos e classificados com base no *Balanced Scorecard*, metodologia de avaliação de desempenho originalmente desenvolvida para o meio empresarial.

Tal avaliação se dá mediante a comparação entre os resultados efetivamente alcançados e os pactuados na forma de indicadores.

Como critério de avaliação são previstos dois conceitos:

a) A (suficiente): indicador correspondente a um resultado igual ou superior a 75%; e

b) B (insuficiente): indicador correspondente a um resultado inferior a 75%.

O cumprimento satisfatório do Contrato de Gestão somente é atestado e 80% ou mais do conjunto de indicadores obtiver conceito A.

Caso tal resultado não seja alcançado, configura-se a hipótese de descumprimento do Contrato de Gestão.

A Comissão de Acompanhamento e Avaliação é responsável pela elaboração do

Comunicado Final Sintético, pelo qual avalia o grau de cumprimento do Contrato de Gestão.

As informações apresentadas a seguir são extraídas dos Comunicados Finais Sintéticos relacionados aos Contratos de Gestão do período 2002 a 2014 e do Relatório produzido pela Casa Civil da Presidência da República (Relatório Final, 2012).

O quadro abaixo apresenta um recorte dos resultados dos contratos de gestão da ANS no período de 2002 a 2014.

Quadro 1 – Resultados dos Contratos de Gestão no período de 2002 a 2014.

Ano	Indicador de Desempenho	Meta	Resultado	Avaliação
2002/3	Monitoramento do Cumprimento da Regulamentação: 1) Grau de Ressarcimento ao SUS I 2) Grau de Ressarcimento ao SUS II	35% 76%	29% 78%	Cumprida Atingida
2004	Monitoramento do Cumprimento da Regulamentação: 1) Grau de Ressarcimento ao SUS I 2) Grau de Ressarcimento ao SUS II	40% 80%	30% 70%	Cumprida (-) Cumprida (-)
2005	Integração do setor de saúde suplementar com o setor público de saúde: 1) Índice de ressarcimento 2) Índice de partilha	25% 96%	19% 77%	Não cumpriu Cumpriu
2006	Efetividade do Ressarcimento Efetividade de execução de agendas de integração SUS/ANS	80% 90%	71% 67%	Não cumpriu Não Cumpriu
2007	Efetividade da Integração com o SUS	90%	109%	Cumpriu
2008	Gerenciamento eletrônico de conteúdos não estruturados no processo de ressarcimento	75%	91%	Cumpriu

	Implementação de melhorias nos processos de ressarcimento ao SUS	75%	100%	Cumpriu
	Índice de atividades de integração com o SUS	90%	100%	Cumpriu
2009	Gerenciamento eletrônico de conteúdos não estruturados no processo de ressarcimento – II	75% a 135%	140%	Cumpriu
	Implementação de melhorias nos processos de ressarcimento ao SUS	90%	80%	Não cumpriu
	Índice de atividades de integração com o SUS	90%	80%	Não cumpriu
2010	Índice de acompanhamento do passivo de processamento dos atendimentos identificados para fins de ressarcimento ao SUS	325%	100%	Não cumpriu
	Implantação do projeto de ressarcimento ao SUS das autorizações de procedimentos de alto custo (APACs)	80%	68%	Não cumpriu
2011	Índice de acompanhamento do passivo de processamento dos atendimentos identificados para fins de ressarcimento ao SUS	225%	250%	Cumpriu
	Implantação do projeto de ressarcimento ao SUS das autorizações de procedimentos de alto custo (APACs)	80%	30%	Não cumpriu
2012	Índice de Acompanhamento do passivo de processamento dos atendimentos identificados para fins de ressarcimento ao SUS	150%	200% (67%)	Não cumpriu

	Definição do projeto de implantação do ressarcimento das Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais (APAC)	80%	75%	Cumpriu
2013	<p>Índice de Acompanhamento do passivo de processamento dos atendimentos identificados para fins de ressarcimento ao SUS</p> <p><i>Expressa as ações a serem desenvolvidas no sentido de reduzir o tempo necessário entre a realização do procedimento de internação registrado através de AIH, pelo DATASUS e a identificação deste procedimento para fins de ressarcimento ao SUS, sendo considerado como tempo ideal um intervalo de 12 (doze) meses.</i></p> <p><i>Comentário: pretende-se, em 2014, alcançar a meta ideal (12 meses = 100%)</i></p>	150%	150%	Cumpriu
	<p>Definição do projeto de implantação do ressarcimento das Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais (APAC)</p> <p><i>Expressa a execução das ações referentes à implementação dos estudos necessários à futura implantação das Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais (APAC) emitidas para beneficiários de planos de saúde que utilizam os serviços do SUS. A proposta é de analisar as condições de viabilidade para a implantação do ressarcimento, detalhando as necessidades de recursos normativos, de infraestrutura, de pessoal, de TI, de decisão e de articulação.</i></p>	100%	100%	Cumpriu

	<p><i>Comentário: O indicador foi retirado do Contrato e substituído por um novo com a seguinte denominação: Definição das regras de negócio para o sistema eletrônico para o Ressarcimento das Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais (APAC).</i></p> <p><i>O objetivo para 2014 é executar 100% do cronograma acumulado. A apuração será feita ao final do ano, considerando a premissa de que o ressarcimento de APAC deverá ser realizado pelo sistema eletrônico de ressarcimento. Tal premissa expressa objetivo de tornar o processamento do ressarcimento de APAC mais eficiente, tendo em vista que a atual ainda utiliza processos em papel (ou físicos).</i></p>			
2014	<p>Índice de Acompanhamento do passivo de processamento dos atendimentos identificados para fins de ressarcimento ao SUS</p> <p><i>Expressa as ações a serem desenvolvidas no sentido de reduzir o tempo necessário entre a realização do procedimento de internação registrado através de AIH, pelo DATASUS e a identificação deste procedimento para fins de ressarcimento ao SUS, sendo considerado como tempo ideal um intervalo de 12 meses.</i></p> <p><i>Comentário: o indicador refere-se à relação entre a quantidade acumulada atual de competências de AIH não processadas e o intervalo mínimo de meses entre a Competência do Atendimento e o</i></p>	100%	100%	Cumpriu

	<p><i>Processamento do Ressarcimento.</i></p> <p>Definição das regras de negócio para o sistema eletrônico para o ressarcimento das Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais (APAC)</p> <p><i>Expressa a execução das ações referentes à elaboração das regras de negócio para futuro desenvolvimento de sistema eletrônico que operacionalize o ressarcimento de APAC emitidas para beneficiários de planos de saúde que utilizaram os serviços do SUS.</i></p> <p><i>Comentário: o indicador refere-se ao percentual acumulado de ações realizadas dentre as programadas a partir do cronograma previsto para o ano de 2014. A meta refere-se a 100% do cronograma acumulado.</i></p>	100%	100%	Cumpriu
--	---	------	------	---------

Fonte: Relatório Final, 2012.

Fonte: Comunicados Finais Sintéticos dos Contratos de Gestão, 2002 a 2014.

A partir dos resultados acima compilados, verifica-se que por quatro anos, de 2009 a 2012, a ANS não atingiu desempenho superior a 75% das metas pactuadas, no âmbito do ressarcimento ao SUS, configurando-se, em relação a tais metas, a hipótese de descumprimento no contrato de gestão.

Além disso, o indicador referente à implantação ou definição do projeto de implementação das APACs integrou os Contratos de Gestão da ANS de 2010 a 2013, o que revela a dificuldade enfrentada em face dessa meta.

3.14 Os Acórdãos do Tribunal de Contas da União (TCU)

O Acórdão n. 1023/2008-TCU-Plenário, de 4 de junho de 2008, autorizou a realização, pela 4ª Secretaria de Externo, de auditoria com o objetivo de avaliar a sistemática adotada para o ressarcimento ao SUS dos serviços prestados a pacientes beneficiários de planos

de assistência à saúde.

Tal auditoria deu origem ao Acórdão n. 502//2009-TCU-Plenário, de 25 de março de 2003, pelo qual foram emanadas uma série de determinações e recomendações à ANS, à Controladoria-Geral da União (CGU) e ao Ministério da Saúde (MS), dentre as quais destacam-se as seguintes:

9.2. **DETERMINAR** à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS que:

9.2.1. passe a processar, a partir de 2009, o batimento também dos procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade e que informe, em 90 dias, um cronograma no qual entenda ser possível organizar-se para proceder ao batimento das APAC relativas aos atendimentos ocorridos na rede do Sistema Único de Saúde desde o início do processamento do ressarcimento das AIH pela Agência, a partir da vigência da Lei nº 9.565/1998;

9.2.2. em um prazo de 90 (noventa) dias:

9.2.2.1. apresente cronograma tendente a dar vazão às Autorização de Internação Hospitalar (AIH) dos exercícios de 2006 e 2007 já processadas pelo DATASUS, cuidando para que, a partir de então, a diferença temporal entre a realização do batimento e os meses de competência delas não se distancie;

9.2.2.2. encaminhe o resultado dos estudos realizados pela Agência a respeito de filtros a serem inseridos na sistemática do ressarcimento ao SUS, mencionando pontualmente os filtros sugeridos, a previsão de data de implementação deles e a possível repercussão no processo de batimento e notificação das operadoras de saúde;

9.2.2.3. informe ao Tribunal o resultado das ações do Grupo de Trabalho criado com a finalidade de receber, analisar e emitir Nota Técnica nos processos administrativos de ressarcimento ao SUS nos quais foram impetrados recursos à Diretoria Colegiada (Portaria DIDES nº 4, de 4.9.2008), devendo encaminhar cronograma que contemple o julgamento dos 1.594 processos encaminhados à Diretoria Colegiada da Agência;

9.2.2.4. encaminhe ao Tribunal informações acerca do resultado do estudo sobre a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - TUNEP (Portaria DIDES nº 2, de 5.8.2008), com indicação das implementações a serem adotadas na Agência;

9.2.3. ajuste seu normativo interno de modo a definir a competência para análise das impugnações técnicas apresentadas pelas operadoras de saúde, ante a incapacidade verificada de a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), por meio do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (DRAC), responder à demanda de tais análises;

9.2.4. adapte e estruture as 1ª e 2ª instâncias do ressarcimento ao SUS no âmbito da DIDES, promovendo 1) a separação física delas e distribuindo os recursos humanos de sorte a regularizar a rotina de análises sob responsabilidade da GGSUS; e 2) insira controle no Sistema de Controle de Impugnações (SCI) de modo que não ele aceite a inclusão de um mesmo analista como responsável pela elaboração de parecer, no próprio processo, para instâncias diferentes, de modo a assegurar aos administrados as garantias do princípio da recursividade, no caso, segundo as disposições da Lei nº 9.784/99;

9.2.5. reveja o prazo para impugnação das AIH pelas operadoras de saúde (30 dias úteis), assim como o tempo de análise estipulado para que a Agência decida as impugnações e recursos apresentados, ajustando-os ao que preceitua a Lei nº 9.784/99 (art. 59 e art. 66, § 2º);

9.2.6. adote sistemática que defina periodicidade para saneamento e envio dos processos relativos ao ressarcimento ao SUS à unidade responsável pela inscrição das operadoras de saúde no CADIN e/ou dívida ativa, bem como adote solução para a sistemática até então adotada pela unidade que não permite encaminhar as AIH livres de pendência pelo fato de estarem em um único processo com AIH em outra situação, de forma a cumprir o prazo estabelecido na Lei nº 10.522/2002 (75 dias após a notificação), e, no mesmo prazo de 90 (noventa) dias, informe ao Tribunal acerca das medidas adotadas;

9.2.7. em cumprimento ao princípio da publicidade e ao Decreto nº 5.482/05, disponibilize em sua página eletrônica na Internet a íntegra dos relatórios da Comissão de Acompanhamento e Avaliação do Desempenho da ANS, a exemplo do ocorrido nos exercícios anteriores, de sorte a conferir transparência em suas ações e, com isso, permitir o amplo controle social;

9.2.8. implemente melhorias nos sistemas, consistentes em definir parâmetros confiáveis que permitam interação entre as informações constantes dos diversos sistemas da Agência e, com isso, seja possível a extração de relatórios completos, facilitadores da atuação dos órgãos de controle e, antes disso, sejam úteis como ferramentas gerenciais da própria Agência;

9.2.9. institua adequada política de segurança da informação, mediante revisão da Resolução Administrativa nº 5, de 10 de maio de 2004, devendo implementar necessariamente mecanismos de controle de senha, restrição de acesso aos sistemas conforme perfis dos usuários e revisão periódica das capacidades de acesso, guiando-se, se assim o desejar, pelo manual 'Boas práticas em Segurança da Informação', 2ª edição, do Tribunal de Contas da União;

9.2.10. uma vez implantado o processo eletrônico de ressarcimento na Agência e ocorra o primeiro batimento sob a nova sistemática, apresente ao TCU os critérios adotados para a seleção de amostra das impugnações apresentadas para as quais o encaminhamento de documentação comprobatória se fará necessário, a quantidade da amostra e o resultado da análise empreendida;

9.3. **DETERMINAR** à Controladoria-Geral da União (CGU) que verifique nas próximas contas da ANS se as medidas determinadas no item 9.2.9 foram cumpridas, devendo fazer testes próprios, e relatar o resultado em item próprio de seu relatório de auditoria de gestão;

9.4. **DETERMINAR** ao Ministério da Saúde que:

9.4.1. exerça efetivamente a supervisão do desempenho da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), mediante elaboração de relatórios que avaliem o cumprimento das metas estabelecidas no Contrato de Gestão firmado com a referida Agência, consoante prevê a Portaria Conjunta ANS/MS nº 6, de 23.10.2002, enviando-os à ANS para que a Agência considere-os e insira-os no relatório de gestão anual;

9.4.2. aperfeiçoe os indicadores utilizados para mensurar o desempenho da ANS com relação ao ressarcimento ao SUS - tanto qualitativa quanto quantitativamente -, pois, apesar de os números atestarem o cumprimento das metas, não expressam a realidade encontrada pelo Tribunal nas fiscalizações empreendidas;

9.5. comunicar à Advocacia-Geral da União (AGU) o teor da determinação constante do item 9.4 exarada ao Ministério da Saúde, em cumprimento à orientação da Secretaria-Geral de Controle Externo por meio do Memorando-Circular nº 27/2007, de 2.5.2007;

Por meio do Acórdão n. 2879/2012-TCU-Plenário, o TCU promoveu o monitoramento das determinações e recomendações exaradas no Acórdão n. 502/2009-TCU-Plenário, proferido em processo de fiscalização que teve por objeto avaliar a sistemática adotada no ressarcimento ao SUS.

Na ocasião foram consideradas cumpridas as determinações contidas nos itens 9.2.2.2, 9.2.2.4, 9.2.3, 9.2.4, 9.2.7, 9.2.9, 9.4.1 e 9.4.2 e as recomendações contidas nos itens 9.6.1 e 9.6.2 do Acórdão 502/2009-TCU-Plenário; parcialmente cumpridas as determinações contidas nos itens 9.2.2.1, 9.2.2.3, 9.2.5, 9.2.6 e 9.2.8, e as recomendações contidas nos itens 9.6.3, 9.6.4 e 9.6.5 do Acórdão nº 502/2009-TCU-Plenário; e insubsistente a determinação contida no item 9.2.10 do Acórdão 502/2009-TCU-Plenário.

Dentre as determinações do Acórdão n. 502/2009-TCU-Plenário à ANS, a única remanescente refere-se ao item 9.2.1, conforme reproduzido abaixo:

9.2.1 Passe a processar, a partir de 2009, o batimento também dos procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade e que informe, em 90 dias, um cronograma no qual entenda ser possível organizar-se para proceder ao batimento das APAC relativas aos atendimentos ocorridos na rede do Sistema Único de Saúde desde o início do processamento do ressarcimento das AIH pela Agência, a partir da vigência da Lei 9656/1998.

Nos itens 9.4 e 9.4.1 do Acórdão n. 2879/2012-TCU-Plenário, o Tribunal orienta que os procedimentos ambulatoriais de alta e média complexidade deverão ser processados no prazo de 180 dias de sua publicação, com prioridade para o processamento e cobrança dos procedimentos e internações mais recentes, de modo a minimizar possíveis questionamentos judiciais das operadoras relacionados à prescrição de seus débitos, enquanto que no item 9.4.2 orienta acerca do prazo prescricional dos valores devidos ao SUS a título de ressarcimento, conforme abaixo:

9.4 esclarecer à ANS que o prosseguimento das ações daquela Agência tendentes ao cumprimento do item 9.2.1 do Acórdão 502/2009-TCU-Plenário devem observar o seguinte:

9.4.1 no prazo de 180 (cento e oitenta) dias a contar da publicação deste acórdão, passe a processar o ressarcimento dos procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade;

9.4.2 até que o TCU se manifeste em definitivo acerca do prazo prescricional dos valores devidos ao SUS a título de ressarcimento por parte das operadoras de planos de saúde, priorize o processamento e cobrança dos procedimentos e internações mais recentes, de modo a minimizar possíveis questionamentos judiciais das operadoras relacionados à prescrição de seus débitos;

O Acórdão n. 2879/2012-TCU-Plenário foi objeto de pedido de reexame formulado pela ANS, que teve provimento parcial, resultando no Acórdão n. 1546/2014-TCU-Plenário, que alterou a redação do item 9.4.1 acima transcrito.

Com isso, o item 9.4.1 do Acórdão n. 2879/2012-TCU-Plenário passou a vigorar com a seguinte redação:

9.4.1 no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da notificação deste Acórdão, apresente a esta Corte um cronograma que contemple as atividades necessárias para o início do processamento do ressarcimento dos procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, de modo que, até a data de 30/06/2015, seja lançado, ao menos, o primeiro ABI (Aviso de Beneficiário Identificado) de APAC (Autorização de Procedimento Ambulatorial).

A propósito da imprescritibilidade dos créditos relacionados ao ressarcimento ao

SUS, o Tribunal, por meio do Acórdão n. 798/2014-TCU-Plenário, de 2 de abril de 2014, havia se manifestado da seguinte forma:

9.2. enquanto durar o sobrestamento, manter o juízo firmado no Acórdão 502/2009-TCU-Plenário e determinar à Agência Nacional de Saúde (ANS) que exija o ressarcimento ao SUS das operadoras, sem o reconhecimento de qualquer limitação temporal (prescrição), apenas com relação às cobranças iniciadas (com o envio de ABI's) após 31.3.2009, data de publicação do referido acórdão.

Recentemente, o Tribunal, por meio do Acórdão n. 495/2015-TCU-Plenário, acolheu parcialmente os embargos de declaração opostos pela ANS contra o Acórdão n. 798/2014-TCU-Plenário, conferindo a seguinte redação ao item 9.2 da decisão embargada:

9.2 determinar à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que, enquanto durar o sobrestamento, priorize o processamento e a cobrança dos procedimentos e das internações cujos créditos sejam ou tenham sido constituídos dentro do prazo quinquenal adotado pela Advocacia-Geral da União, nos termos da Nota Conjunta CGU/PGF/AGU/01/2011, de modo a minimizar possíveis questionamentos judiciais e alcançar o máximo dos valores devidos pelas operadoras de planos de saúde ao SUS.

Cabe destacar, a propósito do prazo prescricional do ressarcimento ao SUS, a divergência de entendimento existente entre o TCU, favorável à tese da imprescritibilidade dos créditos da ANS, e a Advocacia-Geral da União (AGU), favorável à tese da prescrição quinquenal.

No caso em tela, o TCU decidiu sobrestar a matéria, em face do STF ter reconhecido a repercussão geral da matéria e do consequente impacto do julgamento do Recurso Extraordinário (RE) 669.069/MG, que poderá vir a pacificar a questão.

A respeito do RE 669.069/MG, o informativo virtual do Supremo, denominado Notícias STF, de 27 de agosto de 2013, agrega as seguintes informações:

Prescrição da ação de ressarcimento ao erário tem repercussão geral, decide STF
No Recurso Extraordinário (RE) 669069, a União questiona acórdão (decisão colegiada) do Tribunal Regional Federal da 1ª Região (TRF-1) que confirmou sentença que extinguiu uma ação de ressarcimento por danos causados ao patrimônio público aplicando o prazo prescricional de cinco anos. A União sustenta a imprescritibilidade da ação. No caso em disputa, uma viação de ônibus de Minas Gerais foi processada por ter causado acidente em que foi danificado um automóvel de propriedade da União. No recurso contra a decisão do TRF-1, a União sustenta a necessidade de se definir a correta interpretação do disposto no artigo 37, parágrafo 5º, da Constituição Federal. Segundo esse dispositivo constitucional, a lei estabelecerá os prazos de prescrição para ilícitos praticados por qualquer agente, servidor ou não, que causem danos ao erário, ressalvadas as respectivas ações de ressarcimento. Para a União, é relevante “atentar para o princípio isonômico no tratamento em face da variada natureza da responsabilidade por danos causados ao erário, provocada pela variedade das formas e dos agentes causadores desses danos”.

Segundo o relator do RE, ministro Teori Zavascki, o que se questiona é o sentido e o alcance a ser dado à ressalva final do dispositivo. “A questão transcende os limites subjetivos da causa, havendo, no plano doutrinário e jurisprudencial, acirrada divergência de entendimentos, fundamentados, basicamente, em três linhas interpretativas: (a) a imprescritibilidade aludida no dispositivo constitucional alcança qualquer tipo de ação de ressarcimento ao erário; (b) a imprescritibilidade alcança apenas as ações por danos ao erário decorrentes de ilícito penal ou de improbidade administrativa; (c) o dispositivo não contém norma apta a consagrar imprescritibilidade alguma”, afirma.

Para o ministro, é manifesta a relevância e a transcendência da questão constitucional, caracterizando a repercussão geral do tema. A decisão em favor do reconhecimento da repercussão geral foi tomada por unanimidade no Plenário Virtual do STF.

Consultando-se o andamento processual do RE 669.069/MG, verifica-se que sua última movimentação foi bastante recente, tendo sido concluso ao relator, ministro Teori Zavascki, em 23 de setembro de 2015.

4. METODOLOGIA

Quanto ao método, a presente pesquisa foi predominantemente qualitativa, por ter buscado entender a complexidade do ressarcimento ao SUS frente ao seu desempenho operacional, ao mesmo tempo em que empregou técnicas estatísticas simples no tratamento de informações extraídas de relatórios gerenciais da ANS e do banco de dados do DATASUS (Richardson, 1985).

Quanto aos fins, a pesquisa em tela classifica-se como exploratória, em função da escassez de estudos recentes sobre o tema, que abordem o desempenho do ressarcimento ao SUS no período analisado, e quanto aos meios, em documental e bibliográfica, em função das fontes utilizadas (Vergara, 2010).

O presente estudo foi desenvolvido em duas etapas: a primeira, de revisão da literatura e compreensão do tema, e a segunda, de análise quantitativa dos dados oficiais fornecidos pela ANS.

A primeira etapa foi efetuada com base em pesquisa bibliográfica e documental, a qual foi desenvolvida a partir dos acervos das bibliotecas da Escola Nacional de Administração Pública e da Fundação Getúlio Vargas no Rio de Janeiro e em Brasília.

Nessa etapa, foram igualmente consultados os sítios eletrônicos da ANS, do MS, do CONASS, do TCU, do STJ e do STF, onde foram obtidos documentos e relatórios oficiais, como Relatórios de Gestão e de Atividades da ANS, Acórdãos do TCU e ações e recursos ajuizados perante os tribunais superiores.

Também foram efetuadas buscas na base de dados eletrônica SciELO

(<http://www.scielo.org>) e em bases abertas, como o *site* Google.

No caso do SciELO, foram usadas os seguintes descritores: ressarcimento ao SUS, avaliação de políticas públicas, avaliação de efetividade e financiamento do SUS.

A segunda etapa foi desenvolvida com base em dados quantitativos e financeiros obtidos junto à Gerência-Geral de Ressarcimento ao SUS (GGSUS), da ANS.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O desempenho operacional do processo de ressarcimento ao SUS será analisado a partir de informações extraídas do Relatório Gerencial da ANS, de maio de 2015, e das bases de dados da ANS e do DATASUS.

Os dados foram agrupados em dois períodos, de modo a permitir a análise do desempenho operacional do ressarcimento ao SUS nos últimos quatro anos, correspondentes ao período de 2011 a 2014, em relação aos quatro anos anteriores, correspondentes ao período de 2007 a 2010.

As tabelas foram objeto de elaboração pessoal, enquanto que os gráficos foram extraídos diretamente dos relatórios e bases de dados da ANS.

A Tabela 1 apresenta os valores totais de despesas do SUS com internações e os valores totais de despesas assistenciais das operadoras médico-hospitalares.

A respeito das despesas assistenciais das operadoras médico-hospitalares, cabe mencionar não ter sido possível identificar, para efeitos de comparação, as despesas totais relativas exclusivamente a internações hospitalares.

Tabela 1 – Despesas do SUS com internações hospitalares e despesas assistenciais das operadoras médico-hospitalares (em R\$).

Ano	Total de despesas do SUS com internações hospitalares	Total de despesas assistenciais das operadoras médico-hospitalares
2007	7.617.769.441,99	19.887.180.300,00
2008	8.286.055.941,30	22.711.486.631,00
2009	10.124.918.629,27	25.356.347.273,00
2010	10.740.754.368,48	28.588.703.115,00
Subtotal	36.769.498.381,04	96.543.717.319,00
2011	11.308.412.465,19	32.376.073.020,00
2012	11.656.121.321,77	37.703.681.464,00
2013	12.698.359.917,70	42.330.499.281,00
2014	13.369.834.331,16	49.871.443.519,00
Subtotal	49.032.728.035,82	162.281.697.284,00
Total	85.802.226.416,86	258.825.414.603,00

Fonte: Dados Consolidados da Saúde Complementar (ANS), outubro de 2015.

Fonte: DATASUS/2015.

A Tabela 2, a seguir, apresenta os valores do ressarcimento ao SUS e a situação da cobrança, nos períodos de 2007 a 2010 e de 2011 a 2014, tendo sido elaborada, com as devidas adaptações, tomando-se por base tabela análoga desenvolvida por Freitas (2011), para o período de 1999 a 2006.

Tabela 2 – Valores do ressarcimento ao SUS e situação da cobrança, de 2007 a 2014 (em R\$).

Valores do Ressarcimento ao SUS e Situação da Cobrança (em R\$)		
Período	2007 a 2010	2011 a 2014
Total de despesas do SUS com internações	36.769.498.381,04	49.032.728.035,82
Total de despesas das operadoras médico-hospitalares com assistência médica	96.543.717.319,00	162.281.697.284,00
% do cobrado sobre as despesas do SUS com internações	0,33%	3%
% do cobrado sobre as despesas das operadoras médico-hospitalares com assistência médica	0,13%	0,8%
Total cobrado	120.789.443,12	1.295.314.803,210
Total pago	36.752.435,01	507.538.737,08
% pago pelas operadoras	30%	39%
Total parcelado	27.975.819,11	363.523.394,64
Total pago e parcelado	64.728.254,12	871.062.131,72
% pago e parcelado pela operadora	54%	67%
Débitos vencidos	29.166.684,97	257.108.486,17
% vencidos	24%	20%
Inscritos em Dívida Ativa	33.750.214,08	516.245.249,31
% Dívida Ativa	28%	40%

Fonte: Relatório Gerencial, maio de 2015.

Fonte: DATASUS/2015.

A Tabela 2 revela que o valor cobrado a título de ressarcimento ao SUS representou para o sistema público 0,33% e 3% do seu gasto com internações, nos períodos de 2007-2010 e 2011-2014, respectivamente.

Para as operadoras, o valor cobrado representou 0,13% e 0,8% das despesas assistenciais, nos períodos de 2007-2010 e 2011-2014, respectivamente.

Por sua vez, o percentual correspondente aos valores pagos pelas operadoras, em relação ao cobrado, passou de 30%, no período 2007-2010, para 39%, no período 2011-2014.

No entanto, agrupando-se os valores pagos e os parcelados pelas operadoras, tais percentuais sobem para 54% e 67%, respectivamente, tendo chegado a 68%, em 2014, o que representa um valor significativo, especialmente se considerarmos que nos levantamentos feitos para o período de 1999 a 2006, apenas 22,5% do cobrado havia sido restituído para o SUS

(Freitas, 2011).

Já a relação entre os valores vencidos e os cobrados, que reflete o percentual de inadimplência das operadoras, foi de 24%, no período de 2007-2010 e de 20%, no período de 2011-2014, revelando uma queda expressiva, especialmente quando comparado com o percentual de 66,51% apurado no período de 1999 a 2006 (Freitas, 2011).

A Tabela 2 revela ainda um crescimento considerável dos débitos inscritos em dívida ativa, que representou, em relação aos valores cobrados, um percentual de 28%, no período de 2007 a 2010 e de 40%, no período de 2011 a 2014, ao passo que no período de 1999 a 2006 teria sido de 6,42% (Freitas, 2011).

A esse respeito, cabe esclarecer que as operadoras inscritas em dívida ativa sofrem execução judicial e são inscritas no CADIN, o que as impede de contratar com a União.

A Tabela 3 apresenta a quantidade de Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) por ano de vencimento e a situação da cobrança, em termos de AIHs cobradas, pagas, parceladas, vencidas e não pagas, bem como de débitos inscritos em dívida ativa.

Tabela 3 – Quantidade de AIHs por ano de vencimento e situação da cobrança.

Ano	AIHs Cobradas	AIHs Pagas	AIHs Parceladas	AIHs vencidas e não pagas	Inscrição em Dívida Ativa
2007	42.505	11.441	9.725	12.978	1.460
2008	16.391	6.226	3.618	2.895	6.989
2009	8.129	2.019	1.656	2.028	7.023
2010	18.318	6.848	4.357	2.509	7.517
Subtotal	85.343	26.534	19.356	20.410	22.989
2011	124.378	53.506	34.227	16.614	25.123
2012	116.526	43.097	30.732	20.440	70.719
2013	215.062	91.329	49.598	39.436	111.577
2014	326.903	131.830	85.516	82.022	119.925
Subtotal	782.869	319.762	200.073	158.512	327.344
Total	868.212	346.296	219.429	178.922	350.333

Fonte: Relatório Gerencial (ANS), maio de 2015.

A Tabela 3 revela que houve grande aumento da emissão da cobrança, sendo 9,8% correspondentes ao período 2007-2010, e 90,2%, ao período 2011-2014.

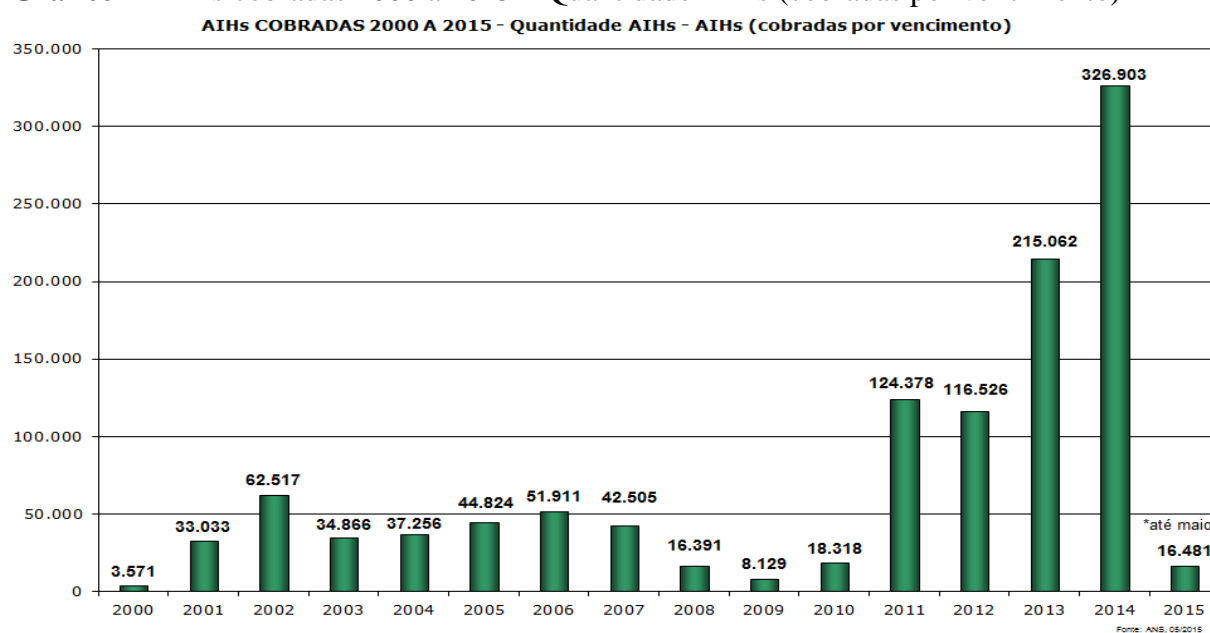
A título de esclarecimento, cabe mencionar que a cobrança aqui considerada é a devida quando ocorre a preclusão temporal de prazo de impugnação ou recurso ou por decisão em última instância administrativa que mantenha integralmente ou parcialmente a identificação do atendimento.

Ainda em relação aos subtotais constantes da Tabela 3, nota-se que houve um crescimento das AIHs pagas, de 7,7% para 92,3%, das AIHs parceladas, de 8,8% para 91,2%,

das vencidas e não pagas, de 9,8% para 91%, e dos débitos inscritos em dívida ativa, de 6,6% para 93,4%.

O Gráfico 1 ilustra a situação da cobrança, em termos de quantidade de AIHs cobradas, no período de 2000 a 2015.

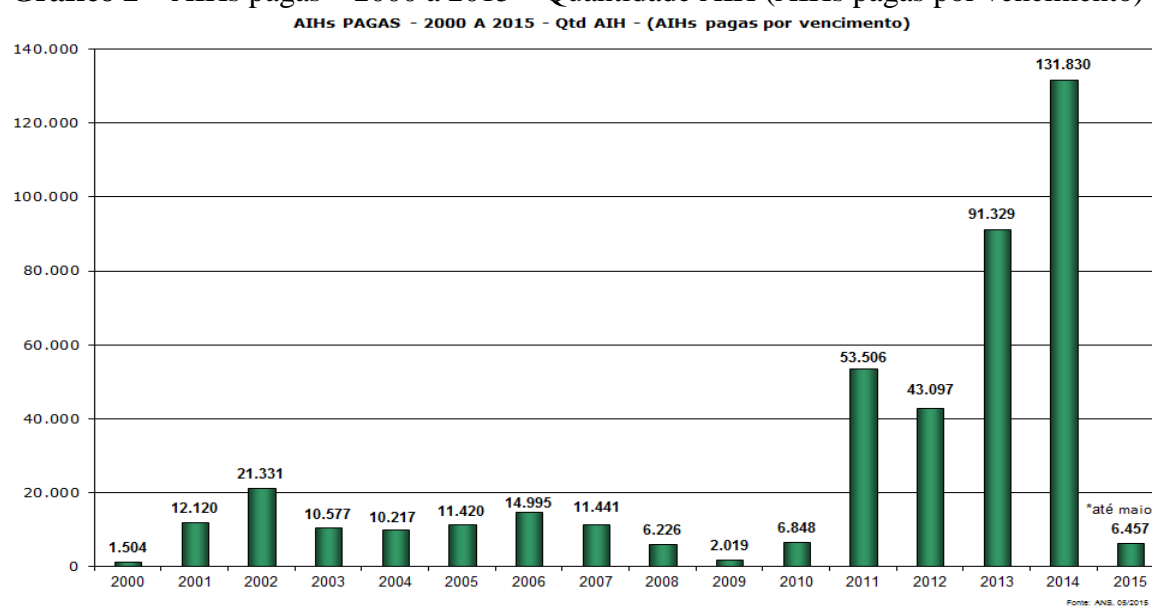
Gráfico 1–AIHs cobradas 2000 a 2015 – Quantidade AIHs (cobradas por vencimento)



Fonte: Relatório Gerencial (ANS), maio de 2015.

O Gráfico 2 ilustra a quantidade de AIHs pagas, no período de 2000 a 2015.

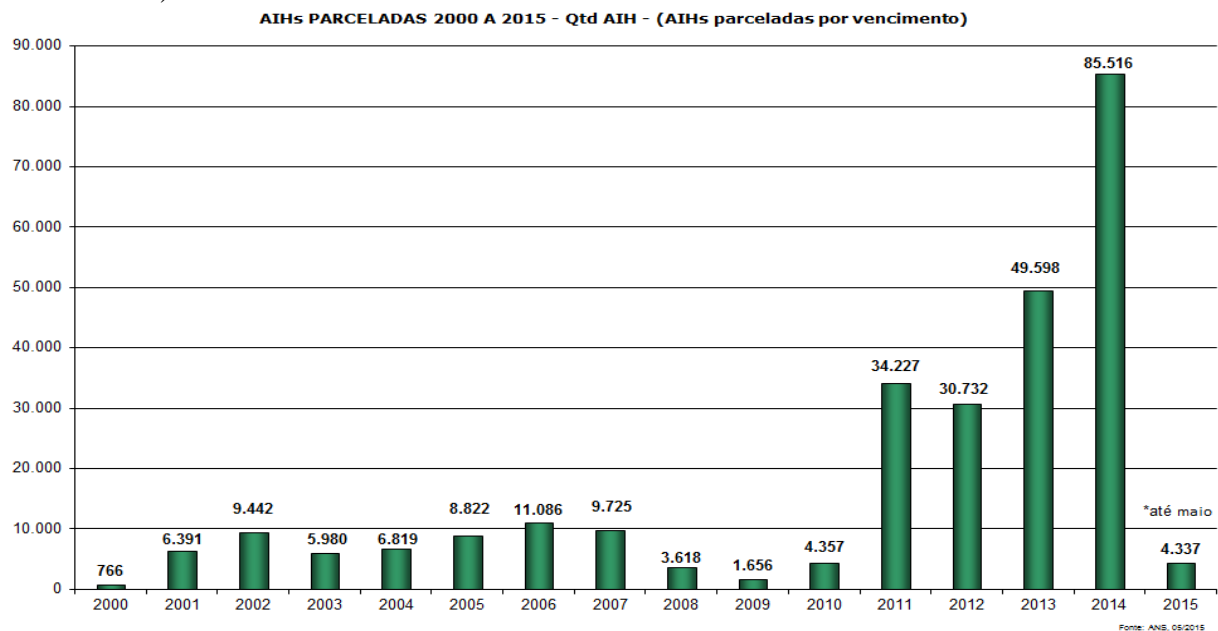
Gráfico 2 – AIHs pagas – 2000 a 2015 – Quantidade AIH (AIHs pagas por vencimento)



Fonte: Relatório Gerencial (ANS), maio de 2015.

O Gráfico 3 ilustra a quantidade de AIHs parceladas, no período de 2000 a 2015.

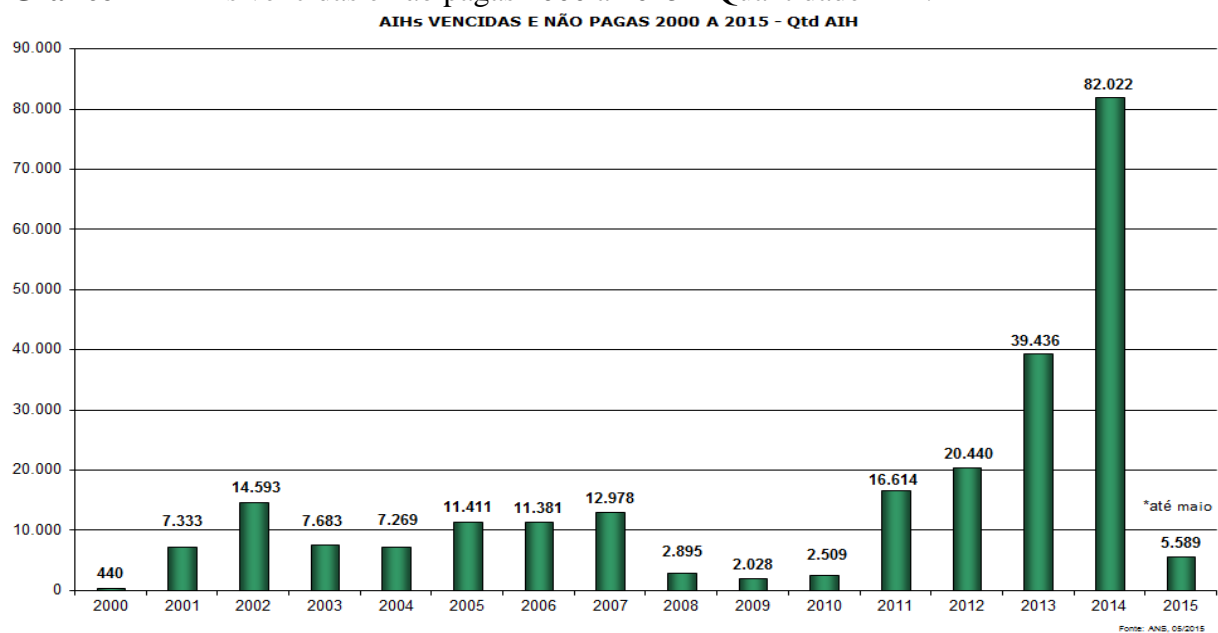
Gráfico 3 – AIHs parceladas 2000 a 2015 – Quantidade AIH – (AIHs parceladas por vencimento).



Fonte: Relatório Gerencial (ANS), maio de 2015.

O Gráfico 4 ilustra a quantidade de AIHs vencidas e não pagas, no período de 2000 a 2015.

Gráfico 4 – AIHs vencidas e não pagas 2000 a 2015 – Quantidade AIH.

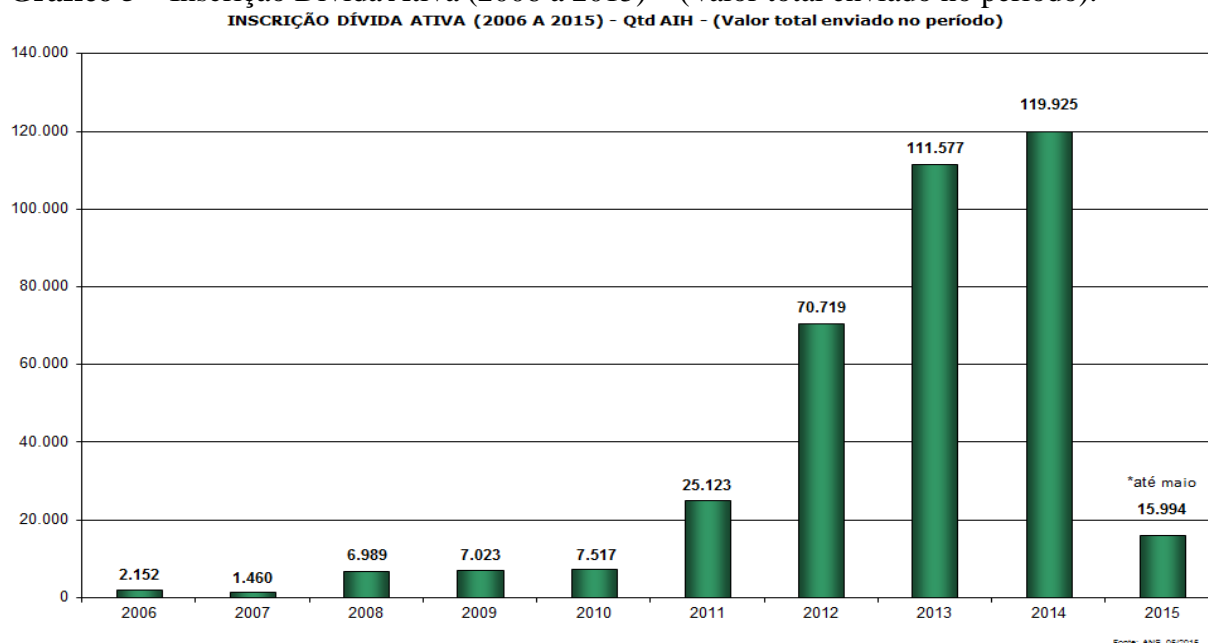


Fonte: Relatório Gerencial (ANS), maio de 2015.

O Gráfico 5 ilustra a quantidade de débitos inscritos em Dívida Ativa, no período

de 2000 a 2015.

Gráfico 5 – Inscrição Dívida Ativa (2006 a 2015) – (Valor total enviado no período).



Fonte: Relatório Gerencial (ANS), maio de 2015.

A Tabela 4 apresenta os valores do ressarcimento ao SUS, por ano de vencimento e situação da cobrança, em termos de AIHs cobradas, pagas, parceladas, vencidas e não pagas, bem como de débitos inscritos em dívida ativa.

Tabela 4 - Valores do ressarcimento ao SUS, por ano de vencimento e situação de cobrança (valores originais em R\$).

Ano	AIHs Cobradas	AIHs Pagas	AIHs Parceladas	AIHs vencidas e não pagas	Inscrição em Dívida Ativa
2007	58.868.048,43	14.695.921,85	13.922.587,56	18.596.949,14	2.258.033,80
2008	22.740.599,16	8.775.271,28	4.816.164,03	4.173.213,83	10.455.323,38
2009	11.530.659,14	2.641.129,80	2.445.335,79	2.820.189,90	10.090.901,22
2010	27.650.136,39	10.640.112,08	6.791.731,73	3.576.332,10	10.945.955,68
Subtotal	120.789.443,12	36.752.435,01	27.975.819,11	29.166.684,97	33.750.214,08
2011	194.331.567,62	83.872.842,26	55.402.205,91	25.071.354,16	35.906.066,72
2012	181.907.812,02	66.581.909,81	48.065.393,61	32.435.325,78	110.154.704,68
2013	342.980.764,81	139.590.925,88	86.056.423,52	61.712.495,86	174.484.811,46
2014	576.094.658,76	217.493.059,13	173.999.371,60	137.889.310,37	195.699.666,45
Subtotal	1.295.314.803,21	507.538.737,08	363.523.394,64	257.108.486,17	516.245.249,31
Total	1.416.104.246,33	544.291.172,09	391.499.213,75	286.275.171,14	549.995.463,39

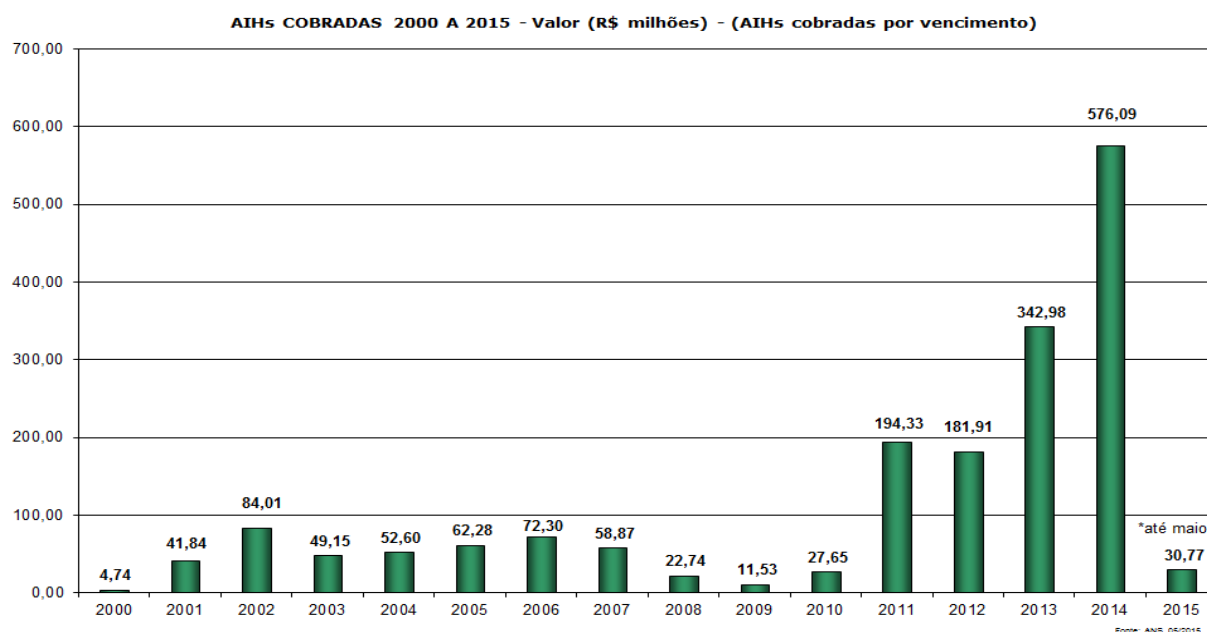
Fonte: Relatório Gerencial (ANS), maio de 2015.

A propósito dos valores financeiros constantes da Tabela 4, nota-se que houve um crescimento, em termos monetários, das AIHs cobradas, de 8,5% para 91,5%, das AIHs pagas, de 6,7% para 93,3%, dos parcelamentos, de 7,1% para 92,9%, das AIHs vencidas e não

pagas, de 10,2% para 89,8%, e dos débitos inscritos em Dívida Ativa, de 6,1% para 93,9%.

O Gráfico 6 ilustra a situação da cobrança, em termos de valores financeiros, no período de 2000 a 2015.

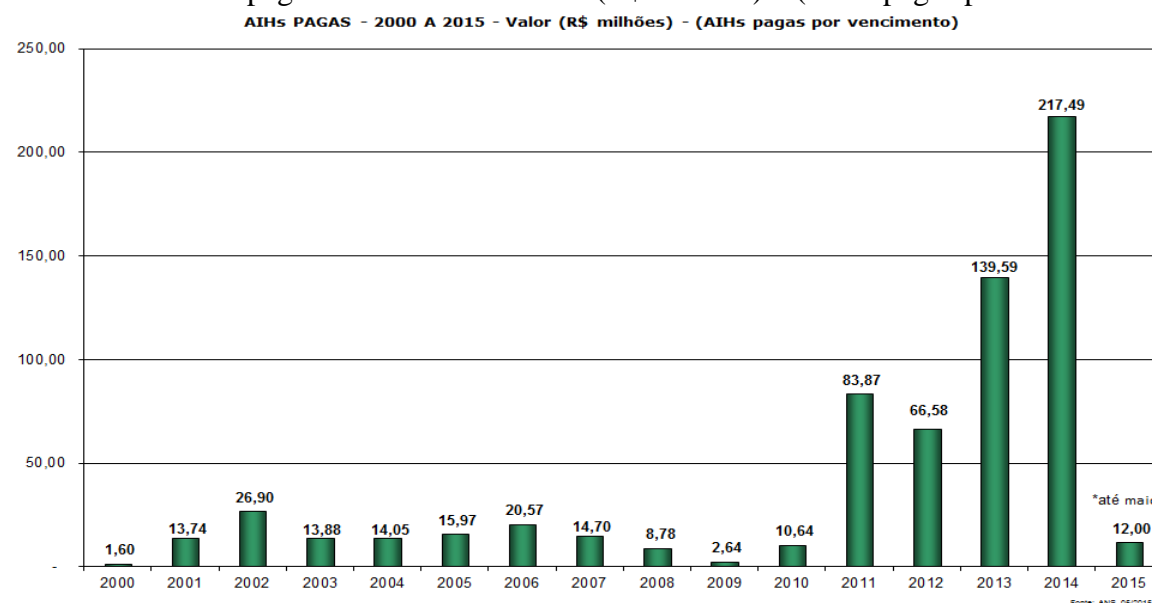
Gráfico 6 – AIHs cobradas 2000 a 2015 – Valor (R\$ milhões) – (AIHs cobradas por vencimento).



Fonte: Relatório Gerencial (ANS), maio de 2015.

O Gráfico 7 ilustra os valores correspondentes ao pagamento de AIHs, no período de 2000 a 2015.

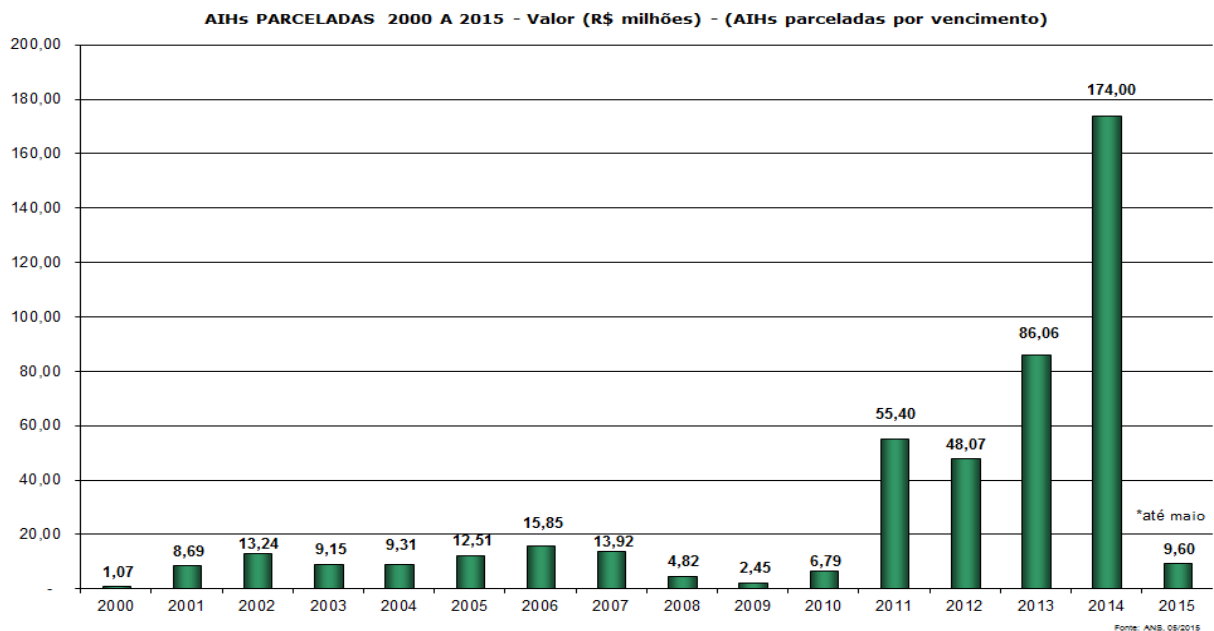
Gráfico 7 – AIHs pagas 2000 a 2015 – Valor (R\$ milhões) – (AIHs pagas por vencimento).



Fonte: Relatório Gerencial (ANS), maio de 2015.

O Gráfico 8 ilustra os valores correspondentes às AIHs parceladas, no período de 2000 a 2015.

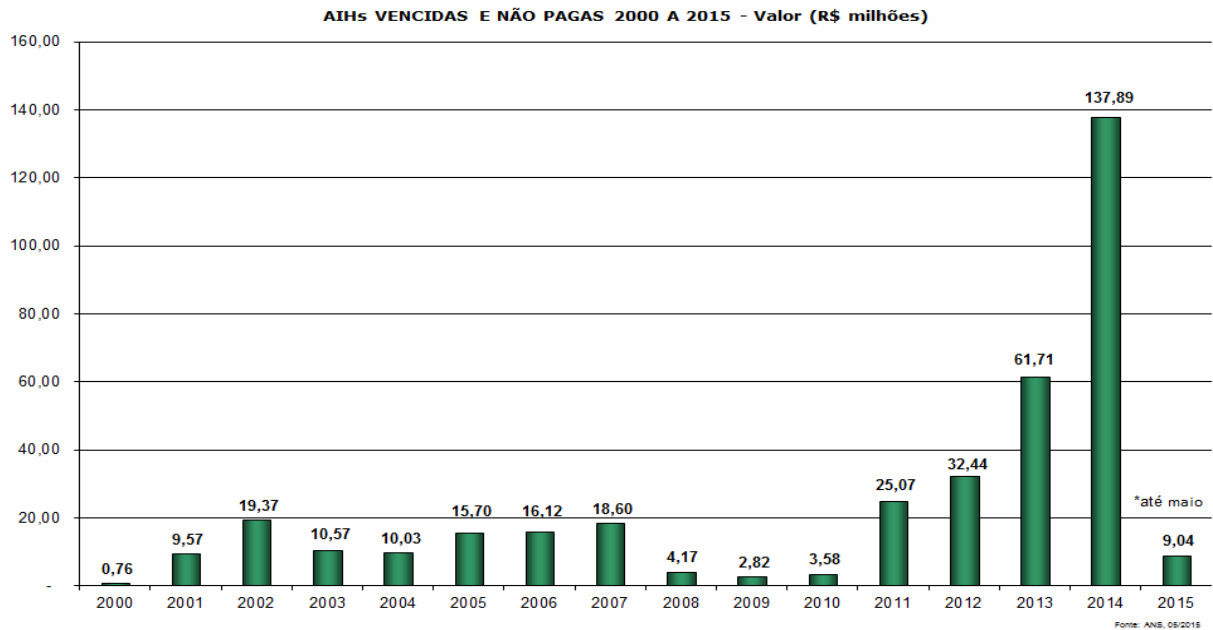
Gráfico 8 - AIHs parceladas 2000 a 2015 – Valor (em R\$ milhões) – AIHs parceladas por vencimento).



Fonte: Relatório Gerencial (ANS), maio de 2015.

O gráfico 9, relativo às AIHs vencidas e não pagas, refere-se aos valores originais de todas as GRUs, sobre as quais as operadoras não tomaram qualquer atitude (pagamento ou parcelamento).

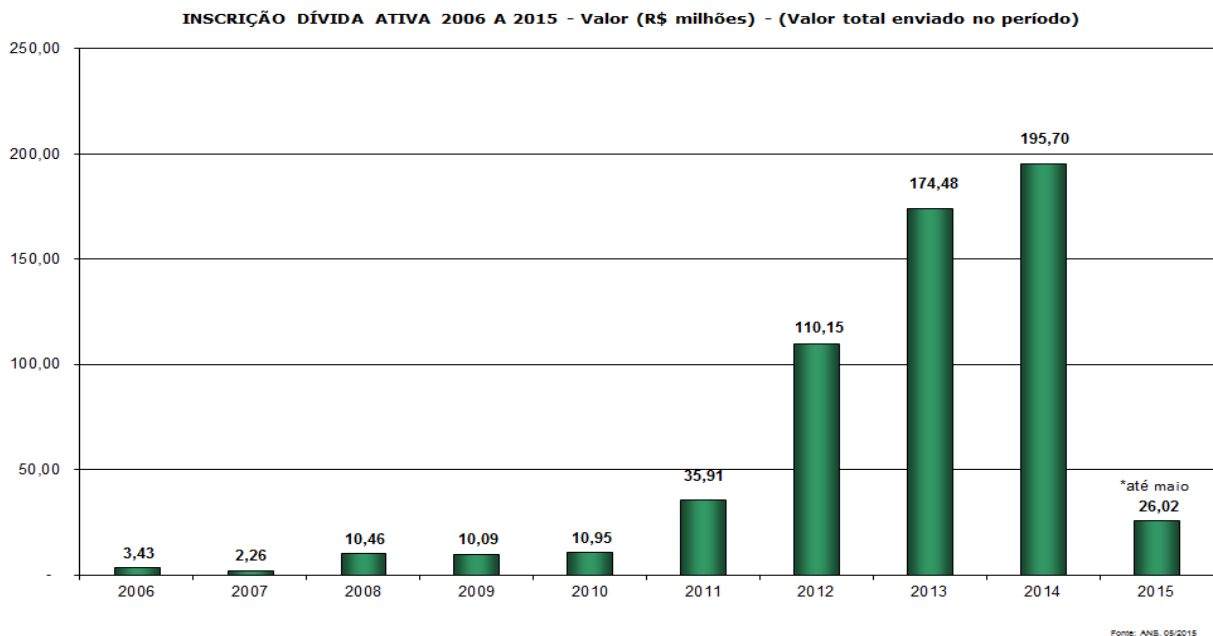
Gráfico 9 – AIHs vencidas e não pagas 2000 a 2015 – Valor (R\$ milhões).



Fonte: Relatório Gerencial (ANS), maio de 2015.

O Gráfico 10 ilustra os valores correspondentes aos débitos inscritos em Dívida Ativa, no período de 2000 a 2015.

Gráfico 10- Inscrição Dívida Ativa 2006 a 2015– Valor (em R\$ milhões) – (Valor total enviado no período).



Fonte: Relatório Gerencial (ANS), maio de 2015.

A Tabela 5 apresenta os valores correspondentes às receitas realizadas nos períodos de 2007 a 2010 e de 2011 a 2014.

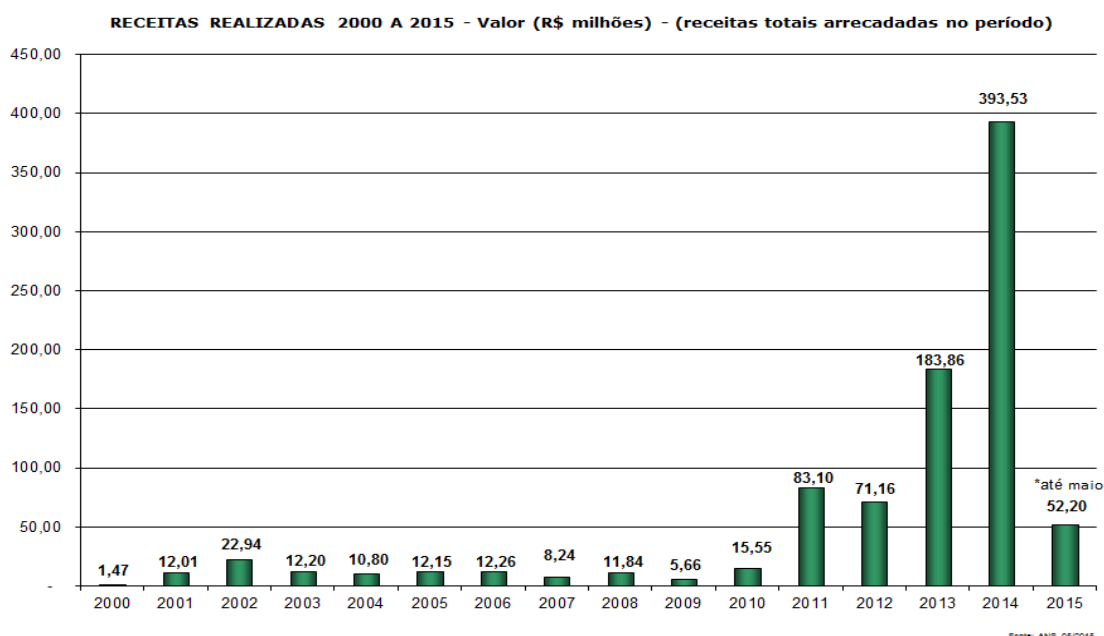
Tabela 5 – Receitas realizadas por período (incluindo principal, juros e multa).

Ano	Res ao SUS	Res ao SUS RE 05	Parcel de débitos	Total (R\$)
2007	7.142.011,94	96.701,94	1.005.456,57	8.244.170,45
2008	9.080.037,28	510.016,22	2.245.629,15	11.835.682,65
2009	3.037.530,77	386.341,09	2.236.851,62	5.660.723,48
2010	11.368.616,17	136.016,25	4.040.626,70	15.545.259,12
Subtotal	30.628.196,16	1.129.075,50	9.528.564,04	41.285.835,70
2011	71.192.865,66	607.514,61	11.300.902,19	83.101.282,46
2012	49.696.508,84	557.414,93	20.903.176,78	71.157.100,55
2013	142.366.371,12	2.407.782,57	39.089.799,36	183.863.953,05
2014	304.482.138,52	2.205.618,80	86.838.572,20	393.526.329,52
Subtotal	567.737.884,14	5.778.330,91	158.132.450,53	731.648.665,58
Total	598.366.080,30	6.907.406,41	167.661.014,57	772.934.501,28

Fonte: Relatório Gerencial (ANS), maio de 2015.

A propósito dos valores financeiros constantes da Tabela 5, nota-se que as receitas realizadas no período 2007-2010 representam 5,3% do período total, enquanto que as realizadas no período 2011-2014 representam 94,5%.

O Gráfico 11 ilustra o comportamento das receitas realizadas no período de 2000 a 2015.

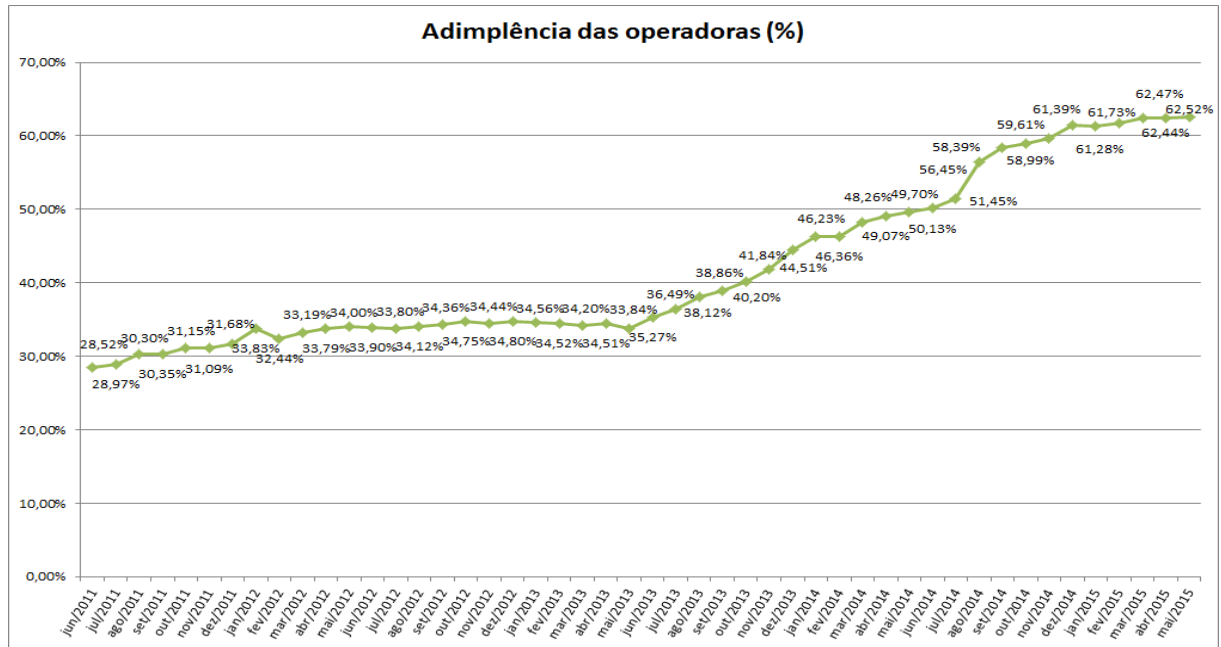
Gráfico 11 – Receitas realizadas 2000 a 2015 – Valor (em R\$ milhões) – (receitas totais arrecadadas no período).

Fonte: Relatório Gerencial (ANS), maio de 2015.

O gráfico 12 mostra o percentual de adimplência das operadoras, o qual reflete a relação entre o percentual mensal do somatório do valor de AIHs pagas ou parceladas e o

somatório do valor cobrado das AIHs desde junho de 2011.

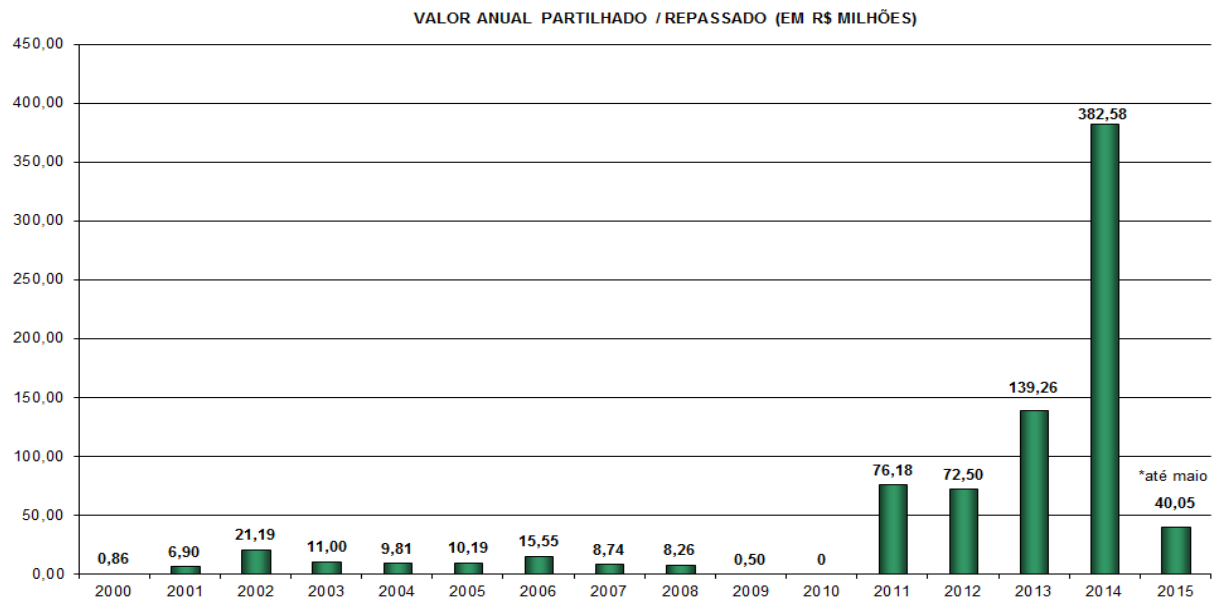
Gráfico 12 – Adimplência das operadoras (%).



Fonte: Relatório Gerencial, maio de 2015.

O Gráfico 13 ilustra o valor repassado/partilhado ao FNS.

Gráfico 13 - Valor partilhado/ repassado (em R\$ milhões).



Fonte: ANS, 05/2015

Fonte: Relatório Gerencial (ANS), maio de 2015.

A Tabela 6 apresenta a produção de análise das impugnações e recursos de 1ª e

2ª instâncias, deferidas e indeferidas, e os totais analisados.

Tabela 6 – Análise de impugnações e recursos de AIHs.

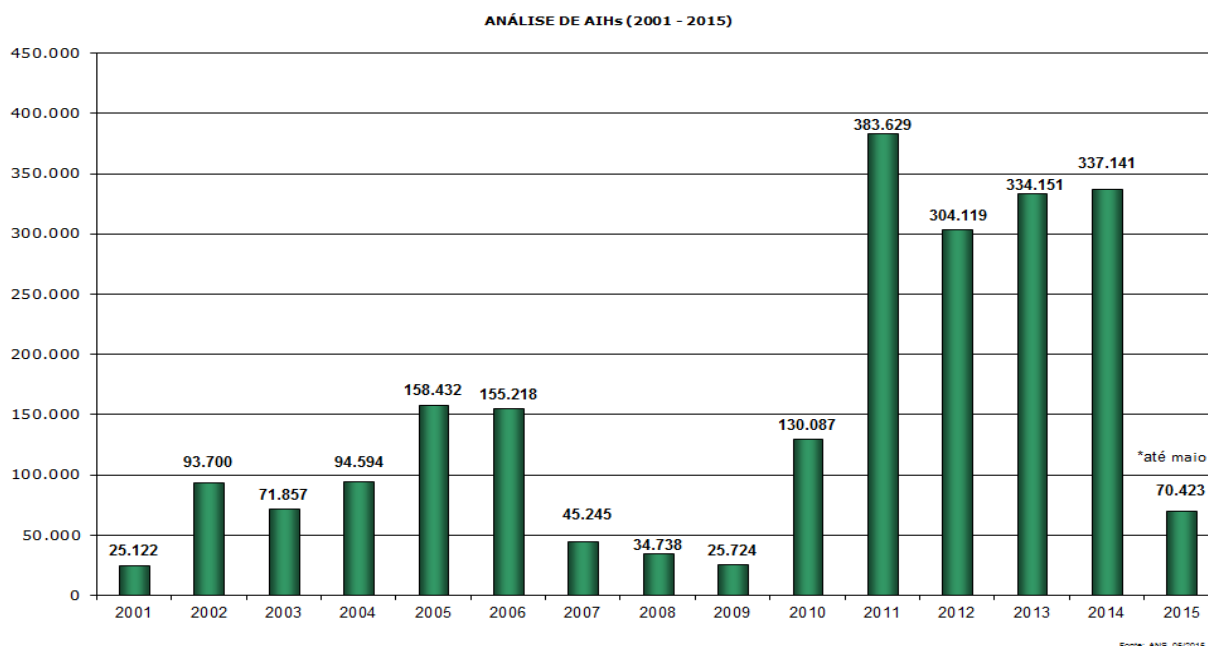
Ano	Análise de AIHs - Impugnações de 1ª Instância		Análise de AIHs - Recursos de 2ª Instância		Análise Total de AIHs - Impugnações/ Recursos
	Deferidas	Indeferidas	Deferidas	Indeferidas	
2007	18.416	23.771	850	2.208	45.245
2008	14.299	14.775	1.805	3.859	34.738
2009	6.882	14.032	1.618	3.192	25.724
2010	34.045	93.838	173	2.031	130.087
Subtotal	73.642	146.416	4.446	11.290	235.794
2011	66.994	221.903	11.220	83.512	383.629
2012	48.382	160.917	8.073	86.747	304.119
2013	37.238	165.818	9.397	121.698	334.151
2014	30.790	164.103	10.106	132.142	337.141
Subtotal	183.404	712.741	38.796	424.099	1.359.040
Total	257.046	859.157	43.242	435.389	1.594.834

Fonte: Relatório Gerencial (ANS), maio de 2015.

A propósito da produção de análise das impugnações e recursos de 1ª e 2ª instâncias, nota-se que as impugnações/recursos analisados no período 2007-2010 representam 15% da produção do período total, enquanto que as realizadas no período 2011-2014 representam 85%.

O Gráfico 14 ilustra a análise total de impugnações e recursos de AIHs.

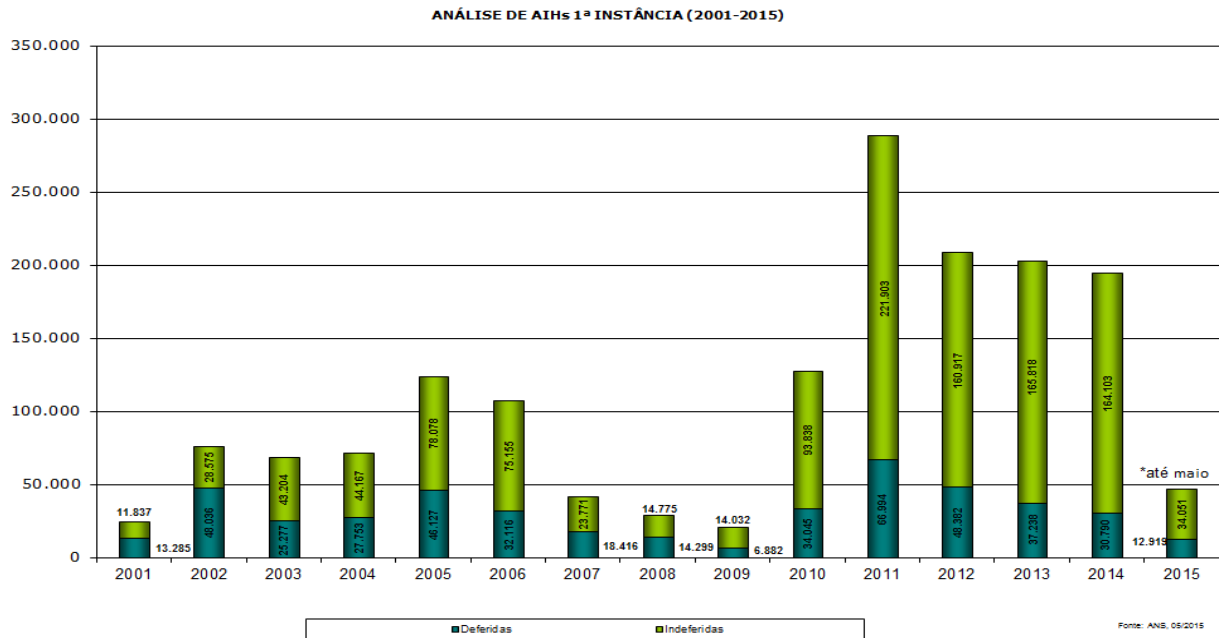
Gráfico 14 - Análise de AIHs (2001 a 2015).



Fonte: Relatório Gerencial (ANS), maio de 2015.

O Gráfico 15 ilustra a relação entre impugnações e recursos deferidos e indeferidos, relativamente às AIHs de 1ª instância, no período de 2001 a 2015.

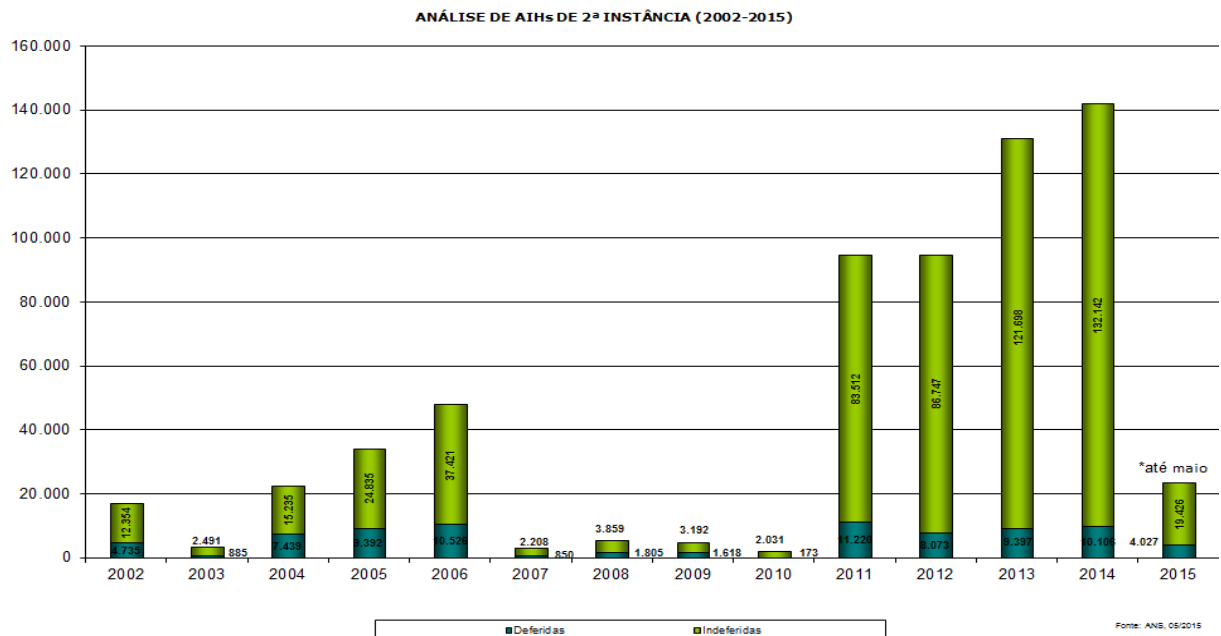
Gráfico 15 – Análise de AIHs 1ª instância (2001 a 2015).



Fonte: Relatório Gerencial (ANS), maio de 2015.

O Gráfico 16 ilustra a relação entre impugnações e recursos deferidos e indeferidos, relativamente às AIHs de 2ª instância, no período de 2002 a 2015.

Gráfico 16 – Análise de AIHs 2ª instância (2002 – 2015).



Fonte: Relatório Gerencial (ANS), maio de 2015.

A Tabela 7 apresenta o lançamento de ABI em número de competências e o passivo de competências ao fim do ano.

Tabela 7 – Quantidade de ABIs por competência.

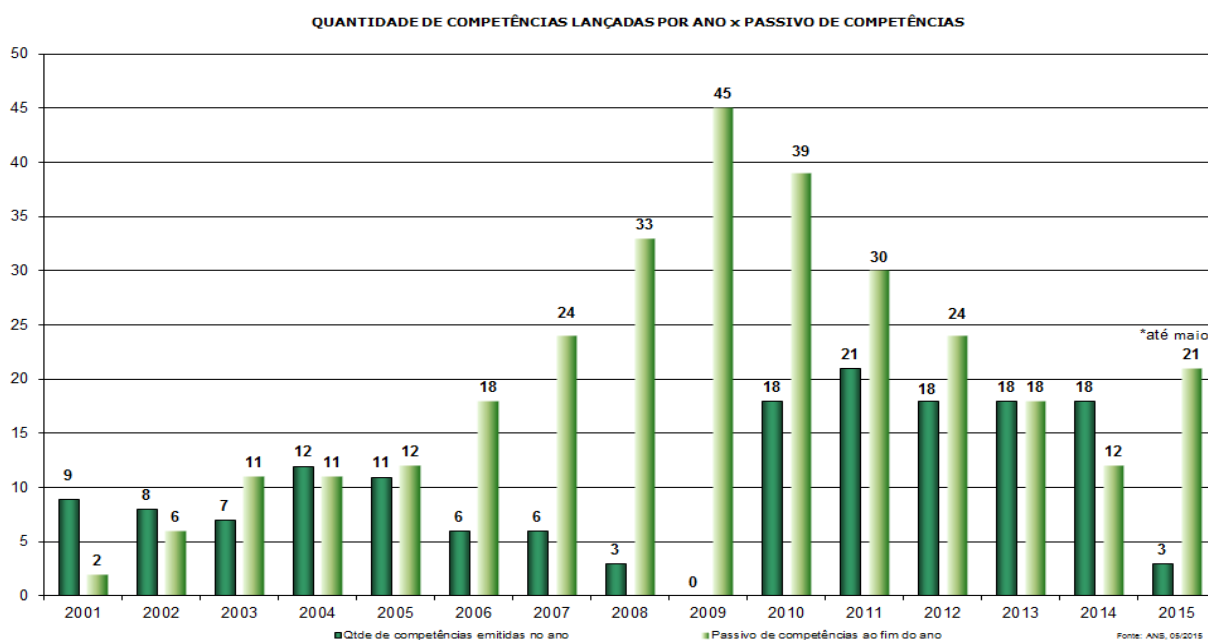
Ano	Quantidade de competências emitidas no ano	Passivo de competências ao fim do ano
2007	6	24
2008	3	33
2009	0	45
2010	18	39
Subtotal	27	
2011	21	30
2012	18	24
2013	18	18
2014	18	12
Subtotal	75	
Total	129	

Fonte: Relatório Gerencial (ANS), maio de 2015.

A Tabela 7 revela que em 2014 alcançou-se a meta estabelecida pelo TCU de 12 competências ao final do ano.

O Gráfico 17 ilustra a quantidade de competências lançadas por ano em relação ao passivo de competências.

Gráfico 17 - Quantidade de competências lançadas por ano x passivo de competências.



Fonte: Relatório Gerencial (ANS), maio de 2015.

Face a tais resultados, a ANS atribui o crescimento do volume de recursos

ressarcidos ao SUS à intensificação da cobrança por ela realizada, ao constante aprimoramento dos processos de gestão e à contratação de novos servidores para agilizar o ressarcimento.

Outros aspectos salientados pela Agência foram a priorização da inscrição das operadoras inadimplentes em dívida ativa e a determinação para que os balanços dessas empresas apresentem a dívida relativa ao ressarcimento.

Dentre as inovações em curso no sistema de cobrança do ressarcimento, destacam-se as seguintes:

a) Sistema Cartão Nacional de Saúde.

Apesar de vinculado ao SUS, o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão) representa uma medida que beneficia diretamente a Saúde Suplementar.

Nos termos do art. 2º da Portaria GM/MS n. 940, de 28 de abril de 2011, do Ministério da Saúde, o Sistema Cartão constitui-se num sistema de informação de base nacional que permite a identificação unívoca dos usuários das ações e serviços de saúde, com atribuição de número único válido em todo o território nacional.

O aplicativo CADSUS STAND ALONE, do Departamento de Informática do SUS (DATASUS/MS) está sendo usado para atribuir o número do Cartão em lote a todos os beneficiários de planos de saúde, o que contribuirá para a construção de uma base nacional de informações sobre saúde.

Em termos práticos, a implementação do Sistema Cartão, a ampliação de sua base de dados e o aprimoramento dos registros de atendimento na rede pública tendem a contribuir diretamente para a redução do número de impugnações e recursos, e, conseqüentemente, para a melhoria do processo de ressarcimento ao SUS.

b) Mapa da utilização do SUS por beneficiários da Saúde Suplementar.

Elaborado pela ANS, o mapa da utilização do SUS por beneficiários da Saúde Suplementar detalha o perfil dos usuários, os procedimentos mais realizados, o número de AIHs por estado e os deslocamentos da procura por serviços dentro do território nacional.

O mapa da ANS oferece um panorama detalhado das situações em que os beneficiários de planos de saúde mais recorreram ao SUS, no período compreendido entre 2008 e 2012.

Na perspectiva da ANS, o mapa representa “um primeiro levantamento epidemiológico e geográfico das interfaces entre o SUS e a Saúde Suplementar, suas potencialidades e desafios.” (ANS, 2014)

c) Protocolo Eletrônico do Ressarcimento ao SUS (PERSUS).

Trata-se de um sistema on-line para transmissão digital de notificações e de pedidos de impugnação e recurso dos processos de ressarcimento ao SUS. O PERSUS permite que as operadoras enviem eletronicamente os documentos, estando em operação desde de dezembro de 2014, para cadastramento, e de janeiro de 2015, para recebimento. Nos termos do art. 1º da Instrução Normativa n. 54, de 27 de novembro de 2014, da Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES, o PERSUS é definido como sendo “o sistema informatizado por meio do qual são apresentadas impugnações e interpostos recursos, bem como disponibilizadas as notificações e as intimações referentes ao Ofício ABI, decisões administrativas e cobranças nos processos administrativos híbridos de ressarcimento ao SUS”. A expectativa da ANS é que a implementação do PERSUS contribua para o controle, a agilização e a redução de custos do processo de ressarcimento ao SUS, na medida em que elimina a troca de correspondências em papel e a logística dos correios.

d) Cobrança de Juros sobre os valores a serem reembolsados.

Com a implementação do PERSUS, a ANS passa também a cobrar juros sobre os valores devidos pelas operadoras. O cálculo será feito com base no valor da data de registro da notificação feita pela Agência. A medida visa evitar o protelamento do pagamento e reduzir a inadimplência das operadoras de planos de saúde (ANS, 2015).

e) Identificação Padrão de Saúde Suplementar.

A partir de 2015, as operadoras terão prazo de um ano para disponibilizar aos beneficiários de planos de saúde um conjunto padronizado de informações sobre seus planos de saúde, tais como: nome, data de nascimento, número do Cartão Nacional de Saúde, número de registro do plano na ANS, segmentação assistencial do plano, número da matrícula do plano, código de registro da operadora, informação de contato com a operadora, informação de contato com a ANS, data de término da Cobertura Parcial Temporária, se houver, padrão de acomodação, tipo de contratação e área de abrangência geográfica.

f) Sistema Comprova – Comprovantes de Dados Cadastrais.

Por meio do sistema Comprova, disponível no Portal da ANS, os usuários poderão consultar os dados cadastrais fornecidos pelas operadoras, bem como verificar se há dados incorretos a serem corrigidos. Com isso os usuários tornam-se parceiros da Agência na fiscalização de seus dados.

g) Cobrança de procedimentos de alta e média complexidade.

Talvez a medida de maior impacto adotada nos últimos anos seja a ampliação do ressarcimento ao SUS para os procedimentos de alta e média complexidade, identificados por

meio de APACs.

De acordo com documento oficial da ANS sobre a ampliação do ressarcimento ao SUS, a primeira cobrança, ocorrida em maio de 2015, foi relativa ao período de janeiro a março de 2014. Nessa competência foram identificadas para cobrança 113.693 APACs, correspondentes a cerca de R\$ 173 milhões, referentes a exames e terapias de média e alta complexidade (60% dos procedimentos identificados), e 76.258 AIHs, correspondentes a cerca R\$ 181 milhões, referentes a internações hospitalares (40% dos procedimentos identificados).

6 . CONCLUSÃO

Em trabalho anterior sobre o tema, elaborado em 2011, o autor introduzia o assunto afirmando que, em sua avaliação, “o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), criado há cerca de 13 anos, até hoje não deslanchou” (Fernandes, 2011). Passados quatro anos desde então, tem a satisfação de constatar que o ressarcimento ao SUS encontra-se em processo de consolidação e constante aprimoramento.

Desde então, as principais medidas apontadas como capazes de aumentar a efetividade do ressarcimento ao SUS, tais como a implantação do Cartão Nacional de Saúde em todos os estados e a elevação do valor ou a criação de uma multa específica para os casos de litigância de má-fé, ou já foram implantadas, no caso da multa, ou encontram-se em vias de implantação, no caso do Cartão.

Atualmente, na visão do autor, os dois principais desafios operacionais que se colocam para o ressarcimento ao SUS consistem na efetiva implementação do Sistema Cartão Nacional de Saúde e na consolidação do processo de cobrança das APACs, que está em seu início.

Apesar de ainda ter de enfrentar certas indefinições, como o julgamento da ADI 1931-7 e a manifestação definitiva do TCU acerca do prazo prescricional, as medidas recentemente adotadas pela ANS levam a crer que a tendência do ressarcimento ao SUS seja no sentido do reconhecimento de seu papel como um importante instrumento de regulação para o setor de saúde suplementar.

Tal crença é corroborada pela atuação do próprio TCU, posto que das inúmeras determinações e recomendações à ANS, constantes do minucioso trabalho de auditoria realizado pelo Tribunal em 2008, consubstanciado no Acórdão 502/2009-TCU-Plenário, apenas uma orientação, relacionada ao batimento das APACs, foi mantida no Acórdão 2879/2012-

TCU-Plenário, que resultou do monitoramento dessas ações.

A esse respeito, cabe destacar que, posteriormente, o Acórdão 1546/2014-TCU-Plenário alterou a redação do item 9.4.1 do Acórdão 2879/2012, estabelecendo prazo até 30 de junho de 2015 para o lançamento do primeiro ABI de APAC, o qual foi cumprido pela ANS, tendo em vista o lançamento do 54º ABI em 20 de maio de 2015.

Em termos de eficiência, tomando-se por base o critério econômico de análise de custo-benefício, verifica-se que os valores arrecadados em 2014 a título de ressarcimento ao SUS, no montante de R\$ 391.492.430,73, superaram em mais de 50% a dotação orçamentária da ANS em 2014, no valor de R\$ 248.287.646,00 (Brasil, 2014).

Se forem considerados apenas os custos do ressarcimento ao SUS, que não foram utilizados por não estarem discriminados na Lei Orçamentária de 2014, essa diferença tende a ser ainda mais significativa, o que indica que os resultados superaram os esforços empregados na implementação da referida política.

Em termos de eficácia, além do cumprimento das metas constantes do Contrato de Gestão de 2014, relacionadas ao passivo de AIHs, que atingiu o intervalo de 12 meses, considerado tempo ideal, e à definição das regras de negócio para o ressarcimento das APACs, o fato do percentual pago e parcelado pelas operadoras ter passado de 54% para 67% do total cobrado (tabela 2), no período 2011-2014, é digno de registro.

Em termos de efetividade, o ressarcimento ao SUS não impacta diretamente as condições sociais de vida dos usuários do SUS, posto que os recursos arrecadados são repassados para o FNS, onde são diluídos frente à magnitude de seus números.

Para se ter uma ideia da desproporção entre um e outro, em 2014 foram repassados cerca de R\$ 382,58 milhões para o FNS, cuja dotação orçamentária no mesmo ano foi de R\$ 97,36 bilhões (Brasil, 2014).

A esse respeito, e de modo a produzir um impacto mais direto nas condições sociais de vida dos usuários do sistema público de saúde, e com isso contribuir para a redução da desigualdade, sugere-se que se torne obrigatória a aplicação dos recursos repassados ao FNS a título de ressarcimento ao SUS na Subfunção 302 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial, com vistas a assegurar que tais recursos sejam efetivamente utilizados na compensação dos gastos incorridos pela rede pública no atendimento a beneficiários de planos de saúde, o que poderia ser feito por meio de projeto de lei ou medida provisória. Devido à sua natureza, tais recursos também não estariam vinculados ao percentual mínimo estabelecido pela Emenda Constitucional n. 86, de 2015.

Outro aspecto a ser salientado, é que, diferentemente de análises anteriores sobre o tema, que apontavam para a baixa efetividade da política de ressarcimento ao SUS, em termos de valores arrecadados e impacto sobre o público alvo, o que dava margem a que fosse cogitada a sua descontinuidade, em face das dificuldades enfrentadas em sua implementação, os resultados do presente estudo apontam em outra direção, pois os dados analisados sinalizam que o ressarcimento ao SUS não se enquadra nas hipóteses de extinção de política pública.

Ao contrário, em face de seus resultados e das medidas recentemente implementadas, não há como não reconhecer que as melhorias introduzidas no ressarcimento ao SUS resultaram em maior eficiência de suas ações, ou que seu desempenho operacional apresentou significativos ganhos de produtividade no período analisado, a despeito de ainda restarem questões passíveis de revisão ou aperfeiçoamento, como a definição de novas metas, compatíveis com os avanços verificados nos últimos anos, e a ampliação dos mecanismos de controle social.

REFERÊNCIAS

AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de Políticas Serviços e Programas Sociais**. Petrópolis: Editora Vozes, 1994.

ANS. **Ampliação do Ressarcimento ao SUS**: cobrança de procedimentos de média e alta complexidade. ANS, Rio de Janeiro, maio de 2015. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/apresentacao_ressarcimento_APAC.pdf. Acesso: ago. 2015.

_____. **Consulta pública definirá temas prioritários dos próximos três anos**. ANS, Rio de Janeiro, abr. 2015. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/participacao-da-sociedade/2834-consulta-publica-definira-temas-prioritarios-dos-proximos-tres-anos>. Acesso: nov. 2015.

_____. **Glossário Temático**. Rio de Janeiro: ANS, 2012.

_____. **Relatório de Atividades 2013**. ANS, Rio de Janeiro, 2013.

_____. **Utilização do Sistema Público de Saúde por Beneficiários da Saúde Suplementar**. Diretoria de Desenvolvimento Setorial. ANS, Rio de Janeiro, 2014.

_____. **Relatório Gerencial, da Gerência-Geral de Ressarcimento ao SUS**. ANS, Rio de Janeiro, maio de 2015.

_____. **Ressarcimento ao SUS**: Principais Conceitos. Encontro ANS – Edição São Paulo – 29 e 30/09/2010. Rio de Janeiro: ANS, 2010.

ARRETCHE, M. Tendências no estudo sobre avaliação. In: Rico, Elizabeth Melo (Org.). **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. São Paulo: Cortez, 2001.

BAHIA, L. **‘Os planos de saúde fazem o que querem’, diz especialista**. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/economia/os-planos-de-saude-fazem-que-querem-diz-especialista-3071668>. Acesso: nov. 2015.

_____. **Padrões e mudanças no financiamento e regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado**. Saúde e Sociedade, vol. 14, n. 2, São Paulo, mai./ago. 2005.

_____. **O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, 14(3): 753-762, 2009.
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/11.pdf>. Acesso: nov. 2015.

BRASIL. Casa Civil da Presidência da República. Subchefia de Análise e Acompanhamento de Políticas Governamentais. **Análise dos contratos de gestão celebrados com as agências reguladoras quanto à regularidade, efetividade e contribuição para a gestão regulatória e fiscalizatória.** Brasília: 2012.

_____. **Constituição Federal de 1988.**

_____. **Diagnóstico Geral do Setor Hospitalar Brasileiro.** Brasília: 2004.

_____. **Lei Orçamentária Anual de 2014** (Lei n. 12.952, de 20 de janeiro de 2014).

BUSS, P. M. Saúde e Desigualdade: o Caso do Brasil. In: Buss, P. M.; Labra, M. E. (orgs.). **Sistemas de Saúde: continuidades e mudanças.** São Paulo-Rio de Janeiro: Editora Hucitec; Editora Fiocruz, 1995, p. 61-101.

COELHO, I. B. **Os impasses do SUS.** Ciência e Saúde Coletiva, 12 (2): 307-317, 2007.
Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=10755. Acesso: nov. 2015.

CONASS. **Orçamento da Saúde em 2015 preocupa Secretários Estaduais de Saúde.**
Disponível em:
http://www.conass.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3969:orcamento-da-saude-em-2015-preocupa-secretarios-estaduais-de-saude&catid=3:noticias&Itemid=12.
Acesso: set. 2015.

COSTA, F. L; CASTANHAR, J. C. **Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos.** Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 962-969, set./out. 2003.

FAGNANI, E. Avaliação do ponto de vista do gasto e financiamento das políticas públicas. In: Rico, Elizabeth Melo (org.). **Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate.** São Paulo: Editora Cortez, 2001.

FERNANDES, R. B. T. **O Ressarcimento ao SUS: desafios e possibilidades**. Trabalho Final de Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Administração Pública. Fundação Getúlio Vargas. Brasília: nov. 2011.

FIGUEIREDO, M. F. & Figueiredo, A. M. C. **Avaliação Política e Avaliação de Políticas: Um Quadro de Referência Teórica**. *Análise & Conj.*, Belo Horizonte, 1(3): 103-127, set/dez. 1986.

FREITAS, M. A. **A Avaliação da Efetividade da Política de Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde**. Dissertação de Mestrado. Escola de Administração de Empresas de São Paulo. São Paulo: 2011.

JANNUZZI, P. M. **Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil**. *Revista do Serviço Público*, Brasília, v. 56, n. 2, p. 137-160, abr./jun. 2005.

LUDWIG, R; CASAGRANDE, L. **The SUS its relationship with private health care system in Brazil**. Disponível em: <https://www.escholar.manchester.ac.uk/api/datastream?publicationPid=uk-ac-man-scw:199547&datastreamId=FULL-TEXT.PDF>. Acesso: nov. 2015.

REIS, O. M. L. S. **O Ressarcimento ao SUS pelas Operadoras de Planos de Saúde: uma abordagem acerca do fundamento jurídico da cobrança**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Viçosa. Minas Gerais: 2003.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo: Editora Atlas, 1985.

RODRIGUES, P. H.A; SANTOS, I. S. **É Hora de o País Acabar com os Subsídios Fiscais para a Saúde Privada**. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Disponível em: <http://cebes.org.br/2015/04/e-hora-de-o-pais-acabar-com-os-subsidios-fiscais-para-a-saude-privada/>. Acesso: ago. 2015.

RODRIGUES, P. H.A; SANTOS, I. S. **Saúde e Cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2011.

SANO, H; MONTENEGRO FILHO, M. J. **As Técnicas de Avaliação da Eficiência, Eficácia e Efetividade na Gestão Pública e sua Relevância para o Desenvolvimento Social e das Ações Públicas**. *Desenvolvimento em Questão*, Editora Unijuí, ano 11, n. 22, p. 35-61, jan./abr. 2013.

SANTOS, G. K; RAUPP, F. M. **Monitoramento e Avaliação de Resultados dos Programas Governamentais Delineados no PPA**. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro 49 (6): 1429-1451, nov/dez. 2015.

SANTOS, I. S. **O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, set/out. 2008.

SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SILVA, J. L. M. **Ressarcimento ao SUS: tendência histórica e causas da baixa efetividade na cobrança**. Trabalho de Conclusão de Curso. Bacharelado em Saúde Coletiva. Faculdade de Ceilândia. Universidade de Brasília. Ceilândia: 2013.

SOUZA, W. J. **Responsabilidade social corporativa e Terceiro Setor**. Brasília: Universidade Aberta do Brasil, 2008.

STF. **Supremo julga ADI sobre planos de saúde**. Disponível em: <http://stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=61116&caixaBusca=N>. Acesso: ago. 2015.

_____. **Prescrição da ação de ressarcimento ao erário tem repercussão geral, decide STF**. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=246671>. Acesso: ago. 2015.

VERGARA, S. C. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. São Paulo: Editora Atlas, 2010.