

INFORMATIVO ELETRÔNICO | ANO 1 NÚMERO 8
São Paulo, 4 de outubro de 2010

Os Custos do Ressarcimento ao SUS

Beneficiários de planos de saúde utilizam eventualmente o SUS por conveniência e não por negativa da Operadora

A Constituição Federal consagra em seu art. 196 que a saúde é direito de todos e dever do Estado. O cidadão que possui plano de saúde privado não deve ter restrição de acesso ao sistema público de saúde. Porém a lei nº 9.656/98, em seu art. 32, impõe às Operadoras de Planos de Saúde (OPS) o encargo de ressarcir o SUS sempre que este atender pessoas que possuem planos de saúde.

Procedimentos do SUS utilizados pelos beneficiários

Os beneficiários de planos buscam o sistema público para atendimentos básicos e de emergência. A Tabela 1 mostra os tipos de atendimento

Tabela 1 - 10 principais procedimentos feitos no SUS por beneficiários

Procedimento	%
Parto Normal	9,9
Cesariana	5,4
Curetagem pós-aborto	2,8
Insuficiência Cardíaca	2,2
Pneumonia em Criança	2,0
Crise Asmática	1,9
Pneumonia em Adulto	1,5
Intercorrência Clín. Oncológico	1,3
Trat. em Hosp. Psiquiátrico	1,3
Ínsuf. Coronariana Aguda	1,2
Outros	71,3
Número total de internações	911.559

Fonte: ANS - SIEPI/Período de set/99 a dez/2005.
Acesso em 02/09/2010.

que beneficiários buscam no SUS (dados da ANS). As três causas mais frequentes estão relacionadas à gravidez e suas complicações, parto ou aborto (18,1% dos casos). Note-se que o ressarcimento só é devido se o plano tinha cobertura para obstetria. É provável que grande parte dos atendimentos seja feita para mulheres que escolheram planos sem cobertura obstétrica, portanto, neste caso não cabe à OPS cobrir esse gasto.

Entre os procedimentos mais frequentes são classificados como de alta complexidade as internações por insuficiência cardíaca (2,2%) ou coronariana aguda (1,2%). Essas são causas básicas de internação, que têm o propósito inicial de estabilizar o quadro com medicamentos. Nem todas importam a

realização de procedimentos complexos no SUS. As internações de beneficiários de planos de saúde no SUS nesse período representaram menos de 0,5% de todas as internações feitas no sistema público.

Pesquisa da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo indicou que os indivíduos escolhem entre atendimento público ou privado pela percepção de conveniência. Das pessoas entrevistadas, 81% utilizaram com maior frequência o sistema público e 19% o sistema privado, sendo que 26% possuíam plano de saúde. Quando perguntado o motivo de utilizar a rede pública mesmo tendo plano, nenhuma dessas pessoas mencionou negativa de cobertura. Em 70% dos casos, a utilização da rede pública se deveu à percepção individual de maior conveniência, como para evitar deslocamentos e distância (50%).

Por isso não parece verdadeira a afirmação que diz que essa procura por serviços do SUS seria motivada para obter serviços de alta complexidade e caros, mais do que para obter serviços específicos não cobertos pelos planos de saúde. No entanto, não é o que os dados do próprio SUS mostram nem o resultado de pesquisa de opinião.

O Ressarcimento ao SUS

Cabe à ANS a tarefa de regular o ressarcimento, identificar os beneficiários que utilizaram o SUS e cobrar das Operadoras. O processo envolve identificar dentre todos os usuários do SUS aqueles que têm planos de saúde e separar homônimos – pessoas que não têm plano, mas cujo nome é idêntico ao de um beneficiário. Na etapa seguinte, a ANS comunica à operadora, que verifica os limites de cobertura contratual, pois não cabe ressarcimento para serviços que não constam no contrato com a OPS, ou durante o período de carência.

A operadora analisa caso a caso. Se concluir que não é devido, ela junta provas e recorre à ANS. O processo de identificação é complexo, exigindo uma série de análises por parte da ANS e das OPS. De setembro de 1999 a junho de 2006, a ANS listou 992.110 atendimentos no SUS de pessoas aparentemente titulares de planos de saúde. Posteriormente, OPS e ANS identificaram que não cabia ressarcimento para mais da metade desses. Restaram 473.540, cujo valor total acumulado nestes quase sete anos alcança R\$ 652 milhões correntes, o que representa 0,13% das despesas do SUS de 2000 a 2006 (R\$ 491 bilhões correntes, período com dados já consolidados).

O processo de identificação é complexo, pois deve respeitar as regras universais do direito contratual e verificar em cada caso se havia

previsão contratual e se a carência fora cumprida. Por isso é também muito dispendioso. Os processos demandam muitos servidores e investimento em soluções de informática. A ANS, por dificuldades técnicas, tinha paralisado as cobranças. Recentemente, após as contratações e o investimento em sistemas, a ANS retomou cobrança agora relativa a fatos geradores ocorridos há 5 anos.

As OPS são empresas contratadas voluntariamente por indivíduos, famílias e empregadores para organizar uma espécie de fundo que deve arcar com o custo do tratamento dos associados. A receita das mensalidades dos segurados financia a assistência médica, o custo administrativo da operadora e as provisões técnicas exigidas por lei. O beneficiário de plano, também contribuinte do SUS, pode ter assistência na rede privada ou na pública. O ressarcimento cobrado pelo atendimento na rede pública é incorporado aos custos assistenciais que, por sua vez, influenciam o valor das mensalidades. Assim, o governo onera quem tem direito constitucional ao serviço gratuito e contribui via tributos para o mesmo.

Considerações

São diversas as dificuldades relacionadas ao ressarcimento ao SUS. A primeira delas se refere à constitucionalidade do dispositivo, em julgamento no STF pela Ação Direta de Inconstitucionalidade 1.931. A discussão jurídica gerou custos e impactos negativos para toda a sociedade e ineficiências para o sistema privado. Entre eles, o custo do processo administrativo da ANS para identificação e cobrança e os custos das contestações judiciais. Outra dificuldade, tanto para a ANS quanto para as operadoras, é a operacionalização do sistema que tem custos administrativos elevados. É possível que os custos operacionais que o Governo teve até o momento para arrecadar superem os valores efetivamente recolhidos (R\$ 97 milhões). As hipóteses de que os beneficiários de planos de saúde utilizam o SUS para procedimentos de maior complexidade ou por negativa da Operadora não se verificam. As pesquisas mostram que eles utilizam o SUS por comodidade ou para procedimentos que não constam no contrato com a operadora ou ainda durante o período de carência.

Documento: Principais Pontos do Ressarcimento ao SUS, em:
<http://www.iess.org.br/TDIESS00392010Ressarcimento.pdf>.

O IESS

Entidade sem fins lucrativos, apoiada por operadoras de planos de saúde, com o objetivo de promover e realizar estudos sobre saúde suplementar

Atuação

O IESS focaliza sua atuação na defesa de aspectos conceituais e técnicos que deverão servir de embasamento teórico para a implementação de políticas e para a introdução de melhores práticas. Assim, preparando o Brasil para enfrentar os desafios do financiamento à saúde, mas também aproveitando as imensas oportunidades e avanços no setor em benefício de todos que colaboram com a promoção da saúde e de todos os cidadãos.

Visão

Tornar-se referência nacional em estudos da saúde suplementar pela excelência técnica, pela independência, pela produção de estatísticas, propostas de políticas, pela promoção de debates que levem à sustentabilidade das operadoras e contínua qualidade do atendimento aos beneficiários.

Missão

Ser agente promotor da sustentabilidade da saúde suplementar pela produção de conhecimento do setor e melhoria da informação sobre a qual se tomam decisões.

Valores

Integridade, qualidade, excelência, rigor científico, cidadania, ética.

**IESS - Instituto de Estudos de Saúde Suplementar | Rua Joaquim Floriano, 1052 - Conj. 42
CEP: 04534-004 - Itaim Bibi - São Paulo - SP | Tel.: (11) 3706-9747**

Contato: José Cechin - Superintendente Executivo | jcechin@iess.org.br