

I - ASSUNTO

1. Nota técnica que realizar uma análise de impacto regulatório da carência de servidores no ressarcimento e das alternativas para diminuição do passivo de processos.

II - INTRODUÇÃO

2. Trata-se de Nota Técnica que visa realizar uma análise de impacto regulatório da carência de servidores no ressarcimento e das alternativas para diminuição do passivo de processos.

3. Desse modo, além da introdução ao tema, será descrito, primeiramente, na seção III, o funcionamento do processo de ressarcimento ao SUS. Em seguida, na seção IV, será apontado o problema regulatório a ser resolvido. Adiante, na seção V, serão delineados os objetivos a serem alcançados. Na seção VI, serão tratadas as alternativas de ação adotadas e suas avaliações. Na seção VII, será apresentada a melhor alternativa identificada. Para explicar os motivos da escolha pela agência reguladora, serão abordados os fatores moderadores contratuais, a metodologia de análise das impugnações e recursos, bem como os reflexos da coparticipação e franquia no processo de ressarcimento. Em seguida, será apresentada a proposta de "Ajuste de Identificação por Coparticipação e Franquia", os impactos econômicos, os riscos, as sugestões de controle e as modificações no protocolo e nos sistemas do ressarcimento para a sua implementação. Na seção VIII, faz-se uma avaliação dos aspectos regulatórios esperados para a autarquia federal e para as operadoras de planos de saúde, sendo também apontada a necessidade de acompanhamento dos resultados obtidos. Na seção IX, serão apresentadas as propostas de encaminhamento. Ao fim, na seção X, passa-se às conclusões, com as considerações da DIDES sobre a matéria.

III - DO PROCESSO DE RESSARCIMENTO AO SUS

4. De acordo com o que estabelece o artigo 32, da Lei 9.656/98, serão ressarcidos pelas operadoras os atendimentos prestados aos beneficiários de planos de saúde que forem realizados em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do sistema público, observando-se os limites dos contratos celebrados.

5. O procedimento de ressarcimento ao SUS se inicia quando a ANS recebe do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) a base de dados com informações sobre os atendimentos ocorridos na rede pública/privada conveniada ao SUS e faz a conferência dessas informações com o seu Sistema de Informação de Beneficiários (SIB).

6. Uma vez verificado que o atendimento prestado ao beneficiário no sistema único preenche os requisitos para a ocorrência do ressarcimento ao SUS, são encaminhadas às operadoras notificações, denominadas de Aviso de Beneficiário Identificado (ABI), para efetuem o pagamento dos valores apurados ou apresentarem defesa em âmbito administrativo.

7. O procedimento de defesa instaurado no âmbito da ANS é composto por duas instâncias. A primeira é inaugurada com o protocolo de uma impugnação, em que a operadora poderá alegar o motivo pelo qual o ressarcimento não é devido. A segunda somente tem início se for apresentado um recurso contra a decisão anteriormente proferida.

8. Caso a operadora não efetue o pagamento do valor devido, o débito será inscrito em Dívida Ativa e no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal (CADIN).

9. Por fim, os valores arrecadados pela agência reguladora são encaminhados ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), nos termos do que preceitua o artigo 32, § 2º, da Lei nº 9.656/98, com redação dada pela Lei nº 12.469/11.

IV - DO PROBLEMA REGULATÓRIO IDENTIFICADO

10. Vista a base legal de atuação da ANS na execução do ressarcimento ao SUS, tem-se que a autarquia federal tem se esforçado para dar cumprimento às disposições legais que impõe sua atuação.

11. O passivo de análise e a carência de recursos humanos são problemas que já vem sendo analisados pela agência reguladora em várias frentes, como exposto em diversos documentos já elaborados tanto no âmbito da GEIRS (Nota Técnica nº 1/2020/GEIRS/DIRAD-DIDES/DIDES - SEI nº 16215677; Nota técnica nº 17/2020/COTEC/GEIRS/DIRAD-DIDES/DIDES - SEI nº 17102699; Nota Técnica nº 3/2020/GEIRS/DIRAD-DIDES/DIDES - SEI nº 16875748), como pela GERH (Nota técnica nº 7/2020/GERH/DIRAD-DIGES/DIGES - SEI nº 16913651) e DIRAD-DIGES (Despacho nº 203/2020/DIRAD-DIGES/DIGES - SEI nº 16913651), dentre outros.

12. Com efeito, para que o processo de trabalho do ressarcimento ao SUS possa funcionar de maneira regular, sem vultuosos passivos e prejuízos para o FNS, é necessário um quantitativo considerável de mão de obra qualificada destinada a realizar os exames das petições protocoladas pelas operadoras.

13. Entretanto, atualmente, a GEIRS dispõe de tão somente de 24 servidores efetivos para realizarem todas as atividades inerentes do ressarcimento ao SUS, o que se revela notoriamente em número inferior ao necessário para o adequado cumprimento da finalidade institucional.

14. Com o intuito de minimizar o impacto no processo de ressarcimento ao SUS pela pequena quantidade de pessoal na GEIRS, a DIDES vem implementando diversas medidas para suprir o déficit existente, seja por meio da realização de contrato temporário, seja pela descentralização das atividades para os Núcleos da ANS.

15. Ocorre que algumas das soluções até o momento vislumbradas são temporárias, ao passo que a demanda por analistas é perene, desafiando a busca por meios que viabilizem a redução do esforço operacional da ANS.

16. Nesse sentido, muitos já têm sido os mecanismos tecnológicos empregados para que a finalidade de tornar o ressarcimento mais eficiente e menos dependente do trabalho humano, como pontuado na Nota Técnica nº 17/2020/COTEC/GEIRS/DIRAD-DIDES/DIDES - SEI nº 17102699.

17. Ainda assim, para além das medidas que puderam ser adotadas até o momento, passou-se a estudar as impugnações e recursos oferecidos pelas operadoras, a fim de qualificar o entendimento acerca do processo de ressarcimento e, então, adotar propostas estratégias macroscópicas para lidar com o ingresso de novos passivos a cada ABI publicado.

V - DO OBJETIVO DA PROPOSTA

18. A fim de solucionar o problema regulatório identificado, a DIDES orienta sua proposta pela manutenção da eficiência administrativa do processo, com diminuição da carga operacional, de forma a alcançar os seguintes objetivos:

- 1) a diminuição dos custos administrativos;
- 2) a redução do tempo do processo administrativo;
- 3) a redução do número de analistas no ressarcimento ao SUS; e
- 4) aumento ou manutenção do valor arrecadado.

VI - DAS ALTERNATIVAS DE AÇÃO

19. Em atenção às melhores práticas, é necessário apresentar as alternativas de ação da DIDES para a solução do problema regulatório.

VI.1 - INÉRCIA: MANUTENÇÃO DAS REGRAS ATUALMENTE APLICADAS AO RESSARCIMENTO

20. Para cumprir as determinações do Tribunal de Contas da União (TCU) em relação ao lapso temporal entre a data de atendimento do beneficiário no SUS e a data de notificação da operadoras, a ANS possui cronograma de lançamento de cinco ABIs ao longo do ano de 2020, como se observa na tabela abaixo:

ABIs	Competência	Data Lançamento	de
80ª	4º trimestre de 2018	02/03/2020	
81ª	1º trimestre de 2019	25/05/2020	
82ª	2º trimestre de	31/08/2020	

	2019	
83*	3º trimestre de 2019	03/11/2020
84*	4º trimestre de 2019	14/12/2020

21. Com isso, estima-se que o passivo da GEIRS será incrementado em, aproximadamente, 406 mil impugnações a serem analisadas, já que a média dos últimos cinco ABIs girou em torno de 145 mil identificações e o grau atual de impugnação pelas operadoras é de 56%.

22. Ressalte-se que das 418 mil análises existentes no passivo final de janeiro de 2020, 380 mil são de 1ª instância. Essas 380 mil impugnações, somadas às 406 mil impugnações que serão geradas pelos ABIs que serão lançados em 2020, totalizarão um volume de quase 800 mil análises de 1ª instância a serem realizadas pela equipe da GEIRS.

23. Portanto, com a manutenção das regras atualmente aplicadas ao ressarcimento ao SUS, sem que seja promovida qualquer alteração, estima-se que o volume de impugnações e recursos a ingressarem no passivo de análise aumente consideravelmente, considerando que esse passivo pode aumentar ainda mais com a saída dos servidores temporários.

24. Sendo assim, a deficiência de mão-de-obra permanecerá inalterada. Tal cenário não oferece saída ao problema regulatório identificado.

VI.2 - PRORROGAÇÃO EXCEPCIONAL DO CONTRATO TEMPORÁRIO

25. Com o intuito de minimizar o impacto no processo de ressarcimento ao SUS pela pequena quantidade de pessoal na GEIRS, a DIDES vem implementando diversas medidas para suprir o déficit existente de servidores.

26. Com efeito, consoante as manifestações do TCU, proferidas nos acórdãos de monitoramento sobre as atividades do ressarcimento ao SUS, houve a autorização, por meio da Portaria Interministerial nº 304, de 30 de julho de 2015, para a contratação de 89 (oitenta e nove) servidores temporários.

27. Após a aplicação de processo seletivo simplificado, os novos servidores assinaram o contrato de trabalho em 14/12/2015 e passaram a atuar nos setores de análise de impugnação e de recursos, de suporte de dados e de informações, financeiro e em atividade na Procuradoria junto à ANS.

28. A partir do ingresso dos servidores temporários no ressarcimento ao SUS, observou-se um aumento significativo da produtividade de análises dos processos administrativos, com a diminuição do passivo, além de um incremento substancial no repasse dos valores arrecadados, quando comparado aos anos anteriores.

29. Sucede, todavia, que, em razão do limite máximo previsto na Lei 8.745, de 9 de dezembro de 1993, ao final do ano de 2020, haverá uma perda considerável de mão de obra e, inevitavelmente, um acúmulo expressivo do passivo de processos.

30. Em razão disso, foi proposta a prorrogação excepcional do referido contrato de trabalho temporário, consoante Ofício nº: 214/2020/PRES[1] encaminhado ao Ministério da Saúde em 30 de junho de 2020.

31. Todavia, além da medida proposta encontrar-se fora do âmbito de governabilidade desta Diretoria, não houve, até o presente momento, resposta definitiva da pasta em referência sobre a possibilidade da extensão dos contratos desses servidores.

VI.3 - DESCENTRALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DO RESSARCIMENTO PARA OS NÚCLEOS DA ANS

32. Ciente de que o número de servidores efetivos não seria suficiente para manter o andamento dos trabalhos após o término da contratação temporária, bem como diante do crescimento do passivo futuro, a GEIRS implementou o Projeto de Teletrabalho Descentralizado, em reunião de Diretoria Colegiada realizada no dia 11/04/2018.

33. Inicialmente, o projeto contou com a adesão de 15 profissionais do núcleo de MG, os quais, após a curva de aprendizagem, passaram a contribuir com a produtividade dos setores de análise da Gerência.

34. Com a melhoria dos sistemas, a implementação do teletrabalho e as modificações decorrentes do novo modelo de fiscalização, vislumbrou-se a possibilidade de utilização da capacidade operacional dos servidores lotados nos demais Núcleos da Agência para atuarem em outras funções.

35. Atualmente, a GEIRS conta com 49 colaboradores em teletrabalho. Desse total, 17 servidores, incluindo analistas e técnicos administrativos, acabaram de passar por treinamento e realizam, ao lado dos demais colaboradores, análises dos processos de ressarcimento durante parte da semana.

36. Entretanto, diante da existência de processo de retomada dos servidores lotados nos Núcleos da ANS pela Diretoria de Fiscalização[2], tem-se que, a qualquer momento, o ressarcimento ao SUS pode perder considerável força de trabalho.

37. Dessa maneira, considerando a possibilidade de retorno desses servidores para as suas atividades regulares, estima-se que a medida de descentralização do ressarcimento ao SUS para outras unidades da agência reguladora, em que pese ter sido fundamental para o desenvolvimento das atividades da GEIRS, pode ser interrompida nos próximos anos e causar impactos negativos no passivo de processos.

VI.4 - CONCESSÃO DE ABATIMENTO DO ÍNDICE DE VALORAÇÃO DO RESSARCIMENTO (IVR) AO SUS NO VALOR NOTIFICADO

38. Além das medidas acima, foram realizados estudos sobre a possibilidade de serem implementados novos critérios para a regra de valoração de ressarcimento ao SUS. A finalidade de tal projeto consistia na concessão de um estímulo para que as operadoras de planos de saúde diminuíssem o protocolo de impugnações e recursos e, conseqüentemente, passassem a adimplir de forma mais imediata os valores devidos no ressarcimento ao SUS.

39. Para alcançar tal objetivo, a área técnica da DIDES avaliou a possibilidade de criação de fatores de redução sobre o valor estabelecido pelo IVR, a depender do momento processual em que a operadora realizasse a quitação do montante devido.

40. Com efeito, de acordo com o preceituado no § 1º do artigo 32 da Lei nº 9.656/1998, o ressarcimento deve ser efetuado pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS. Além disso, o §8º, do mesmo diploma legal, baliza que os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras:

§ 1º - O ressarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS mediante crédito no Fundo Nacional de Saúde - FNS. (Redação dada pela Lei nº 12.469, de 2011).

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

41. Atualmente, na regulamentação dos dispositivos legais acima, o artigo 6º da Resolução Normativa nº 358/2014 determina que o ressarcimento ao SUS é "obrado de acordo com os valores praticados pelo SUS multiplicados pelo Índice de Valoração do Ressarcimento - IVR".

42. A construção do IVR foi feita com base no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), que traz informações sobre os gastos públicos em saúde, divididos nos diversos níveis de governo (municipal, estadual e federal).

43. O grupo de trabalho encarregado de avaliar uma nova regra de valoração entendeu que as subfunções a serem consideradas no cálculo do IVR seriam apenas aquelas que, direta ou indiretamente, incluíssem gastos que influenciam e proporcionam a ocorrência dos atendimentos aos paciente, quais sejam: ADMINISTRAÇÃO GERAL; PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO; ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA; TECNOLOGIA DA INFORMATIZAÇÃO; CONTROLE EXTERNO; FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS; COMUNICAÇÃO SOCIAL.

44. Assim, sobre os valores constantes do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS - SIGTAP[3], a agência reguladora faz incidir o fator de 1,5 referente ao IVR, entendendo-se que o resultado da multiplicação corresponde ao valor do atendimento público a ser ressarcido pelas operadoras.

45. Após os estudos sobre o comportamento das operadoras e o impacto do IVR nos processos, ponderou-se pelas seguintes deduções: i) 24,9% do total da conta apresentada quando da notificação no ABI, caso a operadora opte pela realização da quitação em fase processual anterior ao petição de impugnações em primeira instância; ii) 9,5% do total da conta apresentada quando da notificação da decisão de primeira instância, caso a operadora opte pela realização da quitação em fase processual anterior ao petição de recursos em segunda instância.

46. Paralelamente, a DIDES foi instada a se manifestar sobre a proposta de acordo extrajudicial formulado por uma operadora para quitação integral dos valores devidos ao ressarcimento a SUS[4]. Um dos pedidos apresentados pela operadora referia-se justamente ao IVR. Em razão disso, foi formulada consulta à a Procuradoria Federal para que se manifestasse acerca da possibilidade ou não de serem implementadas as medidas de dedução do IVR[5].

47. Entretanto, a Procuradoria Federal junto à ANS apresentou diversos óbices jurídicos[6] para a proposta em questão, impossibilitando assim o prosseguimento dos estudos sobre a redução do

IVR.

48. Partindo-se da premissa que o IVR compõe o valor a ser ressarcido ao SUS, concluiu a Procuradoria que o crédito dele decorrente é da titularidade da União, e não da ANS. Por não poder dispor do seu valor, caberia à agência reguladora tão somente operacionalizar a sua cobrança.

49. Entendeu-se, por outro lado, que até seria possível a modificação da metodologia do IVR para o seu aprimoramento, mas o afastamento da incidência do referido índice demandaria norma autorizativa, que ainda não existia.

50. Além disso, concluiu-se que eventual abatimento no valor do IVR poderia ensejar pelos órgãos de controle, como o Tribunal de Contas da União, o entendimento pela renúncia de receita indevida.

51. Dessa maneira, considerando a inviabilidade jurídica suscitada pela Procuradoria Federal, a alternativa de promover um abatimento no valor do IVR como meio para quitação mais célere dos débitos do ressarcimento ao SUS, diminuição do número de análises e redução de servidores na GEIRS não pôde seguir adiante.

VI.5 - DA PROPOSTA DE MELHORIA DO PROCESSO DE RESSARCIMENTO

52. Em cumprimento ao disposto no artigo 32, caput, da Lei 9.656/98, as operadoras de planos de saúde somente podem ser compelidas a arcar a título de ressarcimento ao SUS com aquilo que for devido contratualmente a seus consumidores.

53. Nesse sentido, diante da comprovação acerca da existência de fator moderador nos contratos beneficiários identificados no ressarcimento ao SUS, os técnicos da agência promovem um ajuste no valor do procedimento, reduzindo o correspondente à coparticipação ou franquia.

54. Sucede, todavia, que o referido ajuste somente tem sido possível após o trâmite de um longo processo administrativo, o que demanda a existência de um quantitativo expressivo de profissionais qualificados e que confere maior morosidade no repasse do montante arrecadado ao Fundo Nacional de Saúde.

55. Diante do cenário exposto, como medida pertinente para a resolução do problema regulatório, vislumbra-se como alternativa a implementação de um Ajuste na Identificação por Coparticipação e Franquia já no início do processo administrativo.

56. Para tanto, as operadoras poderiam selecionar até 25% dos casos notificados em um ABI para obterem um Ajuste da Identificação por Coparticipação e Franquia. Em seguida, essas impugnações seriam deferidas de plano e uma GRU específica, com uma redução de 20% do valor do ABI, seria encaminhada para pagamento imediato, sob pena de ser cancelado o ajuste.

57. Ressalte-se que essa possibilidade, entretanto, somente poderia ser conferida àquelas operadoras que possuísem, ao menos, 40% de atendimentos não impugnados, tendo em vista a necessidade de serem mantidos os padrões arrecadatórios existentes.

58. Além disso, para verificar a veracidade da existência e o valor de coparticipação ou franquia nos contratos dos beneficiários, uma auditoria periódica amostral faria parte da rotina da agência.

59. Dessa maneira, observa-se que a presente alternativa, a partir da proposta de antecipação de uma fase do processo, pretende dar maior eficiência à dinâmica regulatória que já vem sendo trabalhada pelos técnicos da GEIRS.

VII - DA IDENTIFICAÇÃO DA MELHOR ALTERNATIVA

60. Após a avaliação de cada uma das possibilidades de ação, a DIDES entende que a proposta de melhoria no processo de ressarcimento ao SUS é a melhor alternativa identificada, tendo em vista que a ANS tem governança sobre todas as suas variáveis e que a sua adoção permitirá a reavaliação dos processos de trabalho, em atenção aos princípios norteadores da Administração Pública.

VII.1 - DOS FATORES MODERADORES CONTRATUAIS, DA METODOLOGIA DE ANÁLISE E DOS REFLEXOS DA COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA NO PROCESSO DE RESSARCIMENTO AO SUS

61. Inicialmente, cumpre destacar que, de acordo com a Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU 08, de 03 de novembro de 1998 que dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde, entende-se por franquia e coparticipação:

"Art. 3º Para efeitos desta regulamentação, entende-se como:

I - "franquia", o valor estabelecido no contrato de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou odontológico, até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada;

II - "co-participação", a parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou operadora de plano odontológico, referente à realização do procedimento." (grifos nossos)

62. Com efeito, no processo de ressarcimento ao SUS, havendo a devida comprovação da coparticipação ou de franquia pela operadora de plano de saúde, com a apresentação dos contratos e a memória de cálculo^[7], a ANS concede desconto correspondente ao valor do fator moderador previsto.

63. Nesse sentido, importante esclarecer que a análise de AIHs e APACs no âmbito do processo de ressarcimento ao SUS compreende o exame dos motivos impugnados/recorridos pelas operadoras, bem como de toda a documentação apresentada, à luz da regulamentação de saúde suplementar e das disposições contratuais.

64. A metodologia utilizada no processo de trabalho do ressarcimento ao SUS, prevista na Resolução Normativa nº 358/2014, alterada pela RN 377 de 08/05/2015, contempla duas instâncias recursais e a análise individualizada de cada impugnação/recurso relativamente a cada AIH e, agora, também, a cada APAC. Portanto, a análise é individualizada, procedimento a procedimento.

65. Para as especificações de utilização dos sistemas de protocolo no ressarcimento ao SUS e orientação acerca dos documentos comprobatórios aceitos pelos técnicos, utiliza-se o disposto na Instrução Normativa nº 54/2014 e seus Anexos.

66. Para a realização das atividades são utilizados os sistemas operacionais do ressarcimento ao SUS, tendo sido recentemente implementado o SGR-WEB, sistema online que substituiu o PERSUS - antigo protocolo eletrônico, e o SCI - Sistema de Controle de Impugnações, concentrando na mesma aplicação tanto a documentação a ser analisada como os pareceres necessários ao registro das análises.

67. A operadora pode alegar um ou mais motivos de impugnação para um mesmo procedimento. Caso a operadora alegue um ou mais motivos que permita o deferimento, é analisado apenas um motivo deferido e emitido o parecer específico. Isto é, basta um motivo para anular a identificação. Contudo, se for o caso de indeferimento, todos os motivos devem ser analisados, e deve ser emitido um parecer fundamentando o indeferimento de cada alegação da operadora.

68. Apresentadas as impugnações, a Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES da ANS examina de maneira individualizada as alegações e os documentos apresentados. Após a análise, a DIDES profere uma decisão administrativa (de primeira instância), cujo teor abrange o deferimento ou o indeferimento de cada impugnação.

69. Notificada dessa decisão, a operadora pode, se desejar, interpor recursos - também por meio do protocolo eletrônico - à Diretoria Colegiada da ANS em relação a cada AIH e APAC cuja impugnação foi indeferida em primeira instância. Após o exame das alegações e dos documentos referentes aos recursos interpostos, a Diretoria Colegiada profere a decisão administrativa final (de segunda instância).

70. É importante assinalar que, tanto em primeira quanto em segunda instância, havendo impugnações ou recursos eventualmente deferidos, os valores referentes às respectivas AIHs e APACs são, em regra, zerados e as respectivas cobranças, canceladas.

71. Vale ressaltar que algumas situações específicas envolvem a cobrança parcial do valor da AIH ou da APAC. É o que ocorre, por exemplo, nos casos de: a) previsão de franquia ou coparticipação no contrato de plano de saúde do beneficiário (a operadora não é financeiramente responsável pela cobertura integral do procedimento, dividindo esse ônus com o contratante); b) procedimentos secundários registrados na AIH ou na APAC não cobertos pelo plano de saúde; e c) limitação contratual da quantidade coberta de determinado procedimento (v.g. número de sessões de hemodiálise por ano).

72. Dessa maneira, a agência reguladora compreende que, se a operadora não possui a obrigação contratual de arcar com parcela do atendimento de seu beneficiário em razão da existência de um fator moderador, como coparticipação ou franquia, não deverá ser compelida a ressarcir ao SUS na integralidade do que fora identificado, promovendo-se assim o abatimento do valor correspondente.

VII.2 - DOS DADOS APURADOS SOBRE COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA

73. Examinando-se dados dos eventos ocorridos no ano de 2017, notificados por meio dos ABIs 73, 74, 75 e 76^[8] foi possível verificar que, para o período de referência, foram notificados 586.077 atendimentos de beneficiários no SUS, somando mais de R\$ 919 milhões.

74. Em relação a esses atendimentos, 56,1% foram questionados em primeira e/ou segunda instância, representando 59,2% do valor notificado. O maior volume de casos segue

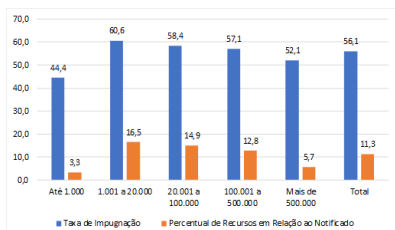
concentração proporcional em operadoras de maior porte, assim como o valor que representam (Quadro 1).

Quadro 1. Cenário de notificações e petição - ABIs 73-76.

Faixa Beneficiários	Operadoras	Atendimentos Notificados	Valor Notificado (Milhões R\$)	Atendimentos Peticionados	Valor Peticionado (Milhões R\$)	% Peticionado (n)	% Peticionado (R\$)
Até 1.000	44	2.676	4,39	1.240	2,09	46,3	47,6
1.001 a 20.000	373	53.413	82,08	32.066	51,96	60,0	63,3
20.001 a 100.000	244	149.524	234,11	87.580	147,55	58,6	63,0
100.001 a 500.000	61	175.401	268,86	93.136	152,17	53,1	56,6
Mais de 500.000	14	205.063	329,99	114.510	190,18	55,8	57,6
Total	736	586.077	R\$919,44	328.532	R\$543,94	56,1	59,2

75. A taxa de impugnação média para os ABIs analisados foi de 56,1% e a proporção de recursos em relação ao total notificado, até junho de 2020, encontrava-se em 11,3%^[9]. Entre as operadoras com mais de 1 mil beneficiários, a taxa de impugnação média variou de 52,1 a 60,6%, enquanto os recursos em relação ao total notificado variaram de 5,7 a 16,5% (Figura 1).

Figura 1. Taxa de Impugnação e Recursos em relação ao notificado, por faixa de beneficiários da operadora - ABIs 73-76.



76. Observando-se os casos já analisados e deferidos em primeira instância, apurou-se que a maior parte das alegações se referem a coparticipação e franquia (45,2%), procedimento não coberto no contrato (17,1%), carência (11,8%) e atendimento fora da área de abrangência geográfica do contrato (10,7%). Já em segunda instância, os mesmos motivos mostraram-se os principais, sendo atendimentos fora da área geográfica um pouco mais volumosos que carência. Em termos de valores notificados, a distribuição é bem similar a essa (Quadros 2 e 3).

Quadro 2. Casos de deferimento segundo motivos de alegação - ABIs 73-76.

Motivos de Deferimento	1ª Instância		2ª Instância		Total	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
COPARTICIPAÇÃO OU FRANQUIA	62.756	45,2	6.340	42,3	69.096	44,9
PROCEDIMENTO NÃO COBERTO PELO CONTRATO	23.727	17,1	2.052	13,7	25.779	16,8
CARÊNCIA	16.385	11,8	1.840	12,3	18.225	11,8
ATENDIMENTO FORA DA ÁREA GEOGRÁFICA DO CONTRATO	14.812	10,7	2.020	13,5	16.832	10,9
CPT/DLP	9.390	6,8	772	5,2	10.162	6,6
MOTIVOS DE NATUREZA TÉCNICA	7.353	5,3	1.330	8,9	8.683	5,6
REPASSE INTEGRAL E INDIVIDUALIZADO DA DESPESA ASSISTENCIAL AO BENEFICIÁRIO (CUSTO OPERACIONAL)	1.939	1,4	276	1,8	2.215	1,4
BENEFICIÁRIO EXCLUÍDO, TRANSFERÊNCIA DE CARTEIRA E CADASTRO - NOME ALTERADO EM 10/12/2015 (CADASTRO)	1.789	1,3	256	1,7	2.045	1,3
QUANTIDADE DO PROCEDIMENTO NÃO COBERTO PELO CONTRATO	237	0,2	47	0,3	284	0,2
USUÁRIO DO PROCEDIMENTO NÃO É BENEFICIÁRIO DA OPERADORA (HOMÔNIMO)	152	0,1	49	0,3	201	0,1
MOTIVOS DE NATUREZA JURÍDICO ADMINISTRATIVA - INCLUÍDO EM 10/12/2015	162	0,1		0,0	162	0,1
ATENDIMENTO À PAGO PELA OPERADORA	56	0,0		0,0	56	0,0
OUTROS ADMINISTRATIVOS	40	0,0		0,0	40	0,0
COMPLEMENTAR AO 38 - MOTIVOS DE NATUREZA JURÍDICO ADMINISTRATIVA - INCLUÍDO EM 29/12/2015	25	0,0		0,0	25	0,0
DEFERIMENTO SUMÁRIO	6	0,0		0,0	6	0,0
SOLICITAÇÃO DA PROGE	1	0,0		0,0	1	0,0
Total	138.830	100,0	14.982	100,0	153.812	100,0

Quadro 3. Valores referentes a casos de deferimento segundo motivos de alegação - ABIs 73-76.

Motivos de Deferimento	1ª Instância		2ª Instância		Total	
	(R\$)	(%)	(R\$)	(%)	(R\$)	(%)
COPARTICIPAÇÃO OU FRANQUIA	119.305.872,11	42,2	11.363.881,12	39,6	130.669.753,23	41,9
PROCEDIMENTO NÃO COBERTO PELO CONTRATO	50.040.705,14	17,7	4.628.843,86	16,1	54.669.549,00	17,5
ATENDIMENTO FORA DA ÁREA GEOGRÁFICA DO CONTRATO	33.074.818,00	11,7	3.639.427,72	12,7	36.714.245,72	11,8
CARÊNCIA	32.612.548,74	11,5	3.417.748,27	11,9	36.030.297,01	11,6
CPT/DLP	25.239.089,23	8,9	2.024.545,29	7,1	27.263.634,52	8,7
MOTIVOS DE NATUREZA TÉCNICA	13.262.924,17	4,7	2.032.924,41	7,1	15.295.848,58	4,9
REPASSE INTEGRAL E INDIVIDUALIZADO DA DESPESA ASSISTENCIAL AO BENEFICIÁRIO (CUSTO OPERACIONAL)	4.011.693,01	1,4	727.819,46	2,5	4.739.512,47	1,5
BENEFICIÁRIO EXCLUÍDO, TRANSFERÊNCIA DE CARTEIRA E CADASTRO - NOME ALTERADO EM 10/12/2015 (CADASTRO)	3.560.080,54	1,3	524.430,44	1,8	4.084.510,98	1,3
QUANTIDADE DO PROCEDIMENTO NÃO COBERTO PELO CONTRATO	868.342,76	0,3	176.625,72	0,6	1.044.968,48	0,3
USUÁRIO DO PROCEDIMENTO NÃO É BENEFICIÁRIO DA OPERADORA (HOMÔNIMO)	340.691,30	0,1	129.344,56	0,5	470.035,86	0,2

MOTIVOS DE NATUREZA JURÍDICO ADMINISTRATIVA - INCLUÍDO EM 10/12/2015	355.529,98	0,1	0,0	355.529,98	0,1
ATENDIMENTO JÁ PAGO PELA OPERADORA	191.066,46	0,1	0,0	191.066,46	0,1
OUTROS ADMINISTRATIVOS	88.953,15	0,0	0,0	88.953,15	0,0
COMPLEMENTAR AO 38 - MOTIVOS DE NATUREZA JURÍDICO ADMINISTRATIVA - INCLUÍDO EM 29/12/2015	19.287,91	0,0	0,0	19.287,91	0,0
SOLICITAÇÃO DA PROGE	9.935,58	0,0	0,0	9.935,58	0,0
DEFERIMENTO SUMÁRIO	1.394,07	0,0	0,0	1.394,07	0,0
Total Geral	282.982.932,15	100,0	28.665.590,85	100,0	311.648.523,00

77. Se observados os casos deferidos em primeira instância nos quais resta valor a pagar (valor a menor em relação ao notificado), o motivo com a maior redução em termos de valor absoluto é a coparticipação, seguidos por pouquíssimos casos enquadrados em outros motivos. A redução proporcional nesse caso é de 25,2% do valor originalmente cobrado. Observando-se os demais motivos de deferimento com desconto, os casos de DLP atingem 90,7% de redução, e os procedimentos não cobertos pelo contrato 52,3 de redução (Quadro 4).

Quadro 4. Percentual de redução do valor notificado segundo motivo de deferimento com desconto de valor em primeira instância - ABIs 73-76.

Motivo de deferimento com redução do valor	Atendimentos	Valor notificado (R\$)	Valor de 1ª instância (R\$)	% Redução
COPARTICIPAÇÃO OU FRANQUIA	59.539	113.369.066,10	84.755.829,86	25,2
PROCEDIMENTO NÃO COBERTO PELO CONTRATO	69	253.383,96	120.873,38	52,3
CARÊNCIA	23	222.401,93	219.343,61	1,4
CPT/DLP	31	120.528,46	11.151,76	90,7
QUANTIDADE DO PROCEDIMENTO NÃO COBERTA PELO CONTRATO	17	62.799,11	48.352,41	23,0
MOTIVOS DE NATUREZA JURÍDICO ADMINISTRATIVA - INCLUÍDO EM 10/12/2015	38	30.312,86	17.363,92	42,7
MOTIVOS DE NATUREZA TÉCNICA	15	23.252,52	19.937,78	14,3
OUTROS ADMINISTRATIVOS	6	19.385,28	11.609,10	40,1
COMPLEMENTAR AO 38 - MOTIVOS DE NATUREZA JURÍDICO ADMINISTRATIVA - INCLUÍDO EM 29/12/2015	22	16.805,78	14.125,42	15,9
BENEFICIÁRIO EXCLUÍDO, TRANSFERÊNCIA DE CARTEIRA E CADASTRO - NOME ALTERADO EM 10/12/2015 (CADASTRO)	2	8.598,91	7.702,33	10,4
ATENDIMENTO FORA DA ÁREA GEOGRÁFICA DO CONTRATO	6	8.396,77	8.120,77	3,3
Total	59.768	114.134.931,68	85.234.410,34	25,3

78. Já observando-se os casos de indeferimento com desconto de valor, em que a alegação da operadora foi aceita parcialmente, identifica-se que os motivos que se destacam com os maiores volumes são: coparticipação ou Franquia (18,5% de redução do valor notificado), motivos de natureza jurídico administrativa (15,9%), e procedimentos não cobertos pelo contrato (19,0%), motivos de natureza técnica (16,4%), carência (20,0%) (Quadro 5).

Quadro 5. Percentual de redução do valor notificado segundo motivo de indeferimento com desconto de valor em primeira instância - ABIs 73-76.

Motivo de indeferimento com redução de valor	Atendimentos	Valor notificado (R\$)	Valor de 1ª instância (R\$)	% Redução
COPARTICIPAÇÃO OU FRANQUIA	23.239	51.910.442,33	42.293.087,04	18,5
MOTIVOS DE NATUREZA JURÍDICO ADMINISTRATIVA - INCLUÍDO EM 10/12/2015	15.662	51.455.317,88	43.273.096,76	15,9
PROCEDIMENTO NÃO COBERTO PELO CONTRATO	3.886	10.183.268,13	8.250.916,95	19,0
MOTIVOS DE NATUREZA TÉCNICA	2.008	7.068.862,44	5.911.925,37	16,4
CARÊNCIA	1.899	5.772.822,34	4.616.023,06	20,0
REPASSE INTEGRAL E INDIVIDUALIZADO DA DESPESA ASSISTENCIAL DO BENEFICIÁRIO (CUSTO OPERACIONAL)	1.307	4.470.764,86	3.685.908,53	17,6
ATENDIMENTO FORA DA ÁREA GEOGRÁFICA DO CONTRATO	1.251	2.940.328,16	2.427.472,84	17,4
CPT/DLP	1.060	3.598.799,95	2.784.985,55	22,6
BENEFICIÁRIO EXCLUÍDO, TRANSFERÊNCIA DE CARTEIRA E CADASTRO NOME ALTERADO EM 10/12/2015 (CADASTRO)	728	2.270.603,85	1.868.723,52	17,7
COMPLEMENTAR AO 38 - MOTIVOS DE NATUREZA JURÍDICO ADMINISTRATIVA - INCLUÍDO EM 29/12/2015	385	1.063.411,16	867.484,75	18,4
QUANTIDADE DO PROCEDIMENTO NÃO COBERTA PELO CONTRATO	162	601.811,01	425.097,74	29,4
ATENDIMENTO JÁ PAGO PELA OPERADORA	151	583.520,53	472.353,95	19,1
USUÁRIO DO PROCEDIMENTO NÃO COBERTO PELO CONTRATO É BENEFICIÁRIO DA OPERADORA (HOMÔNIMO)	118	428.729,79	362.266,45	15,5
OUTROS ADMINISTRATIVOS	14	32.385,91	24.801,02	23,4
Total Geral	51.870	142.381.068,34	117.264.143,53	17,6

79. Na segunda instância, entre os deferidos com redução de valor, observa-se que apenas o motivo coparticipação ou franquia apresentou casos com manutenção do valor concedido em primeira instância. Isso ocorre quando a operadora apresenta as mesmas alegações da impugnação da fase de recurso. Para a maior parte dos casos deferidos com redução de valor na segunda instância, o motivo alegado foi coparticipação e franquia, seguido de pouquíssimos casos de natureza técnica, procedimento ou quantidade do procedimento não coberto pelo contrato (Quadro 6).

Quadro 6. Atendimentos e valores com desconto, segundo motivos de deferimento com redução de valor na segunda instância - ABIs 73-76.

Motivos de deferimento com redução de valor em segunda instância	Atendimentos (n)				Valor (R\$)			
	Manutenção do desconto de 1 inst.	Desconto em 2 inst. Maior que 1 inst.	Total	(%)	Manutenção do desconto de 1 inst.	Desconto em 2 inst. Maior que 1 inst.	Total	(%)
COPARTICIPAÇÃO OU FRANQUIA	355	5.606	5.961	99,7	540.561,78	7.432.997,84	7.973.559,62	98,9

MOTIVOS DE NATUREZA TÉCNICA	12	12	0,2		46.287,52	46.287,52	0,6
PROCEDIMENTO NÃO COBERTO PELO CONTRATO	4	4	0,1		39.231,56	39.231,56	0,5
QUANTIDADE DO PROCEDIMENTO NÃO COBERTA PELO CONTRATO	2	2	0,0		3.432,74	3.432,74	0,0
Total Geral	355	5.624	5.979	100,0540.561,78	7.521.949,66	8.062.511,44	100,0

80. A redução do valor a ser pago em segunda instância, se comparado ao valor inicialmente notificado, alcança cerca de 24,8% para os casos deferidos pelo motivo coparticipação ou franquia. Os demais casos apresentam-se em volume muito pequeno, com reduções de valor na segunda instância variando de 20,5 a 58,6% (Quadro 7).

Quadro 7. Atendimentos e percentual de redução do valor notificado, segundo motivos de deferimento com redução de valor na segunda instância - ABIs 73-76.

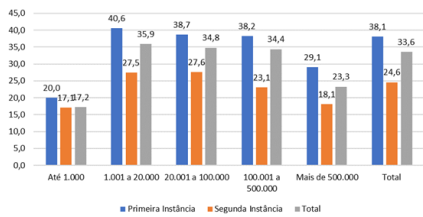
Motivos de deferimento com redução de valor em segunda instância	Atendimentos (n)	Valor Notificado	Valor em segunda instância	% Redução
COPARTICIPAÇÃO OU FRANQUIA	5.961	10.606.114,85	7.973.559,62	24,8
MOTIVOS DE NATUREZA TÉCNICA	12	58.197,91	46.287,52	20,5
PROCEDIMENTO NÃO COBERTO PELO CONTRATO	4	94.696,16	39.231,56	58,6
QUANTIDADE DO PROCEDIMENTO NÃO COBERTA PELO CONTRATO	2	5.756,31	3.432,74	40,4
Total	5.979	10.764.765,23	8.062.511,44	25,1

81. Assim, um panorama os dados analisados demonstram que, em 1ª instância, o desconto médio foi 38,3%, com variações de 20,0 a 40,8% aplicado nos casos de deferimento com redução do valor. Já em 2ª instância, houve desconto médio de 24,6%, com variações por porte de 17,1 a 27,6% aplicado nos casos de deferimento com redução do valor (Quadro 8 e Figura 2).

Quadro 8. Valor Notificado, Valor de Primeira Instância e Redução Percentual do valor devido, por portes de operadoras

COPARTICIPAÇÃO OU FRANQUIA	Faixa de beneficiários de operadora						Total
	Até 1.000	1.001 a 20.000	20.001 a 100.000	100.001 a 500.000	Mais de 500.000		
Valor Notificado	905,1	5.558.653,64	13.983.254,20	37.020.647,45	3.911.235,40	89.064.693,24	
1ª Inst. Valor após análise	723,6	3.539.244,04	7.709.126,63	10.878.366,42	2.063.341,85	24.190.802,54	
Redução Percentual	20,0	40,6	38,7	38,2	29,1	28,1	
Valor Notificado	32.043,3	3.345.779,45	6.608.959,51	5.981.368,53	3.289.098,00	19.487.255,74	
2ª Inst. Valor após análise	26.559,43	2.423.666,67	4.931.879,54	4.602.514,55	2.692.148,68	14.678.867,87	
Redução Percentual	17,1	27,6	27,6	29,1	18,1	24,6	
Valor Notificado	32.348,33	9.304.473,09	19.392.167,11	23.593.015,98	6.200.333,47	86.531.355,98	
Total Valor após análise	27.283,03	5.964.910,71	12.641.005,17	15.480.880,97	4.755.590,53	66.869.670,41	
Redução Percentual	17,2	35,8	34,8	34,4	23,3	23,8	

Figura 2. Redução Percentual do valor devido segundo instâncias, por portes de operadoras



82. Portanto, partindo-se dos dados analisados, verificou-se que a agência reguladora já vem promovendo, com o trâmite dos feitos, um ajuste dos valores cobrados para adequá-los aos fatores moderadores previstos nos contratos.

VII.3 - DA PROPOSTA DE AJUSTE DE IDENTIFICAÇÃO POR COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA E DA ANÁLISE DO IMPACTO ECONÔMICO

83. Diante dos reajustes realizados na identificação dos valores em virtude da existência de fatores moderadores contratuais, é possível a visualização de abatimento razoável que possa ser deferido de plano pela ANS. Assim, considerando-se:

- a variação da taxa de impugnação de 46,3 a 60,0% (Quadro 1);
- a taxa de impugnação dos valores de 59,2%, com variações de 47,6 a 63,3% (Quadro 1);
- a variação da taxa de deferimento em primeira instância de 28,0 a 40,4% (Quadro 2);
- o desconto médio de 42,7%, com variações de 40,9 a 44,8% aplicado nos casos de deferimento ou indeferimento com redução de valor (Quadro 3);
- o desconto médio de 38,3%, com variações de 20,0 a 40,8% aplicado nos casos de deferimento com redução do valor (Quadro 8 e Figura 2);

os descontos médios e variações por porte segundo motivos de deferimento com redução do valor (Quadro 8 e Figura 2).

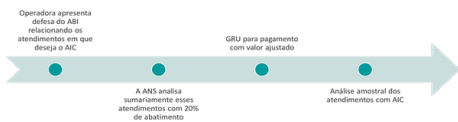
84. Afere-se que seria razoável a recepção de pedidos de reajuste do valor na primeira instância para até 25% do total de casos notificados no ABI.

85. Para fins de esclarecimento, cumpre destacar que o limite de 25% estabelecido é fruto do arredondamento do resultado de 60% de petição com 40% de deferimento. Entendeu-se que a majoração no caso daria à norma maior fluidez e tornaria mais clara a operacionalização do ajuste.

86. Assim, diante dos elementos apurados, um percentual razoável de redução dos valores notificados no ABI a ser aplicado para os casos de coparticipação ou franquia na primeira instância seria de 20%.



87. A operadora ao impugnar os atendimentos de um ABI, poderia apresentar defesa diferenciada pela opção pelo AIC, dentro de um limite de 25%, marcando essa opção no Protocolo Eletrônico. Ao fazê-lo, optaria por um tipo de impugnação com trâmite sumário com ajuste no valor identificado em 20%. Os atendimentos com valores ajustados seriam consolidados numa guia de recolhimento da União - GRU para pagamento imediato pela operadora, sem passar pelo fluxo regular da análise.



88. No intuito de evitar qualquer comportamento oportunista das operadoras, faríamos uma análise amostral de parte dos casos impugnados, penalizando as operadoras que optassem pelo AIC sem que efetivamente tivessem direito ao ajuste, ou seja, teriam suas defesas indeferidas caso passassem pela análise regular. Nesse ponto, cumpre ressaltar que a agência possui um histórico de dados que permite uma maturidade institucional com capacidade de identificação dos perfis de performance de cada operadora.

89. Para que o reajuste de valores notificados seja compatível com os percentuais de impugnação alcançados atualmente, é preciso considerar que as operadoras que pretendam fazer uso da proposta de reajuste do valor notificado mantenham um percentual de **40% dos atendimentos não impugnados**, como será tratado adiante.

90. Para uma melhor visualização do impacto econômico da proposta, foram compilados os dados das cinco operadoras com maiores identificações no ressarcimento ao SUS no ano de 2017 (data base do estudo).

91. Considerando-se os critérios estabelecidos pela área técnica, conforme detalhados anteriormente, a adesão das operadoras ao "Ajuste de Identificação por Coparticipação e Franquia" proporcionaria as seguintes repercussões no ressarcimento ao SUS:

92. Observando-se o caso da "Operadora A", verifica-se que a solicitação pelo "Ajuste de Identificação por Coparticipação e Franquia" proporcionaria uma redução de R\$ 2.511.564,24, em um universo de R\$ 69.765.951,37. Por outro lado, examinando-se a "Operadora E", a adesão à proposta ora apresentada permitiria a redução de R\$ 806.808,95 de um total de R\$ 22.411.331,93.

93. Dessa maneira, pode-se concluir que os limites fixados para o "Ajuste de Identificação por Coparticipação e Franquia" garantem, a um só tempo, que sejam preservados os valores notificados no ressarcimento ao SUS, bem como proporcionam um estímulo para que as operadoras possam adimplir de maneira mais célere com a quantidade devida.

VII.4 - DOS RISCOS MAPEADOS E SUGESTÕES DE CONTROLE

94. Como visto, foram traçadas balizas para que a ANS possa reconhecer o direito a um ajuste no valor identificado para casos em que as operadoras mantenham contratos que prevejam a coparticipação e franquia dos beneficiários.

95. Ocorre que os parâmetros utilizados para aferição dos percentuais de deferimento têm em consideração que, em 2017, a taxa de impugnação foi, em média, de 56%, de sorte que os atendimentos não impugnados são considerados devidos já no início do procedimento e, portanto, mais celeremente cobrados e revertidos em favor do FNS.

96. Assim, qualquer medida de incentivo à tramitação simplificada dos processos de ressarcimento deve buscar a preservação dos percentuais de atendimentos não impugnados.

97. Nesse contexto, analisa-se que a criação de mecanismo para o ajuste de valores relativos à coparticipação deve conter termo para evitar que as operadoras:

- I) utilizem tal método de apuração nos casos em que sequer apresentariam impugnações usualmente;
- II) apresentem para essa modalidade casos onde o desconto seria menor; e
- III) requeiram reajuste para atendimentos que não prevejam coparticipação.

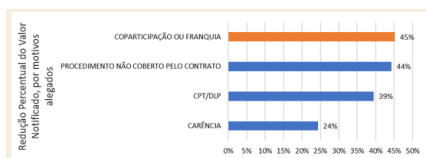
98. A fim de melhor ilustrar os riscos da proposta, foram analisados dois exemplos envolvendo operadoras com perfis de impugnação bastante diverso.

99. No primeiro caso, a "Operadora X" apresenta uma alta taxa de atendimentos impugnados, contestando cerca de 96% do total notificado no ABI, a seguir:

OPERADORA X					
Status	Atendimentos	(%)	Valor Notificado (R\$)	(%)	(%)
Total	6.592	100,0	R\$8.479.310,09	100,0	
NÃO IMPUGNADA	231	3,5	R\$206.900,53	2,5	
IMPUGNADA	6.271	96,4	R\$8.270.949,58	97,5	
DEFERIDA EM 1ª INSTÂNCIA	4.821	74,1	R\$5.720.245,11	67,5	
INDEFERIDA EM 1ª INSTÂNCIA SEM RECURSO	814	12,5	R\$1.456.644,20	17,2	
ANALISANDO EM 2ª INSTÂNCIA	533	8,2	R\$393.981,23	46,0	
INDEFERIDA EM 2ª INSTÂNCIA	5	0,1	R\$4.789,17	0,1	
DEFERIDA EM 2ª INSTÂNCIA	98	1,5	R\$169.289,88	2,0	

100. No histórico de análises do período de 2017, podemos verificar que a operadora tem grande parte de suas alegações relacionadas à coparticipação e seu percentual de deferimento também é alto, pois há grande redução do valor por esse motivo. Lembrando que outros motivos por excludente do procedimento coberto ou parte dele podem também reduzir ou mesmo anular o valor do atendimento gerando a redução, como a carência de determinado período ou o fato do procedimento feito no SUS não ser coberto pelo rol, é o que mostra a tabela abaixo:

Motivos de Alegações	Alegações			Valor Notificado por Alegações			Valor com redução na Primeira Instância		
	(n)	(%)	(R\$)	(n)	(%)	(R\$)	(n)	(%)	(R\$)
Total Geral	2.766	100,0	8.758.140,41	2.060,00	2.074.869,29	2.060,00			
COPARTICIPAÇÃO OU FRANQUIA	3.370	89,1	7.218.843,31	19,31	4.214.811,98	87,90			
PROCEDIMENTO NÃO COBERTO PELO CONTRATO	227	6,0	403.979,77	4,61	235.274,64	4,82			
CARÊNCIA	65	1,8	284.410,90	3,25	235.336,28	4,41			
CPT/DLP	81	2,2	246.901,63	2,82	149.586,50	3,07			



101. No entanto, como consideramos os percentuais de coparticipação analisados, verificamos que os valores podem variar dependendo do contrato e do procedimento, sendo alguns deles inferiores ao limite de 20% de ajuste, presente nessa proposta.

102. No caso, o "Ajuste de Identificação por Coparticipação e Franquia" poderia ser utilizado por essa "Operadora X" para que fossem incluídos, nessa nova modalidade, atendimentos cujo desconto por coparticipação ou franquia corresponderia, na realidade, um valor inferior a 20% do ABI.



103. Nessa situação, a operadora poderia conseguir o abatimento pleiteado por esse ajuste, deixando para análise regular aqueles outros casos cujo desconto pelos fatores moderadores contratuais sejam maiores ao limite fixado.

104. No segundo caso, a "Operadora Y" apresenta uma pequena taxa de atendimentos impugnados, contestando cerca de 19% do total notificado no ABI, a seguir:

OPERADORA Y				
Status	Atendimentos		Valor Notificado	
	(n)	(%)	(R\$)	(%)
Total	20.933	100,0	32.163.641,50	100,0
NÃO IMPUGNADA	16.908	80,8	26.652.589,53	82,9
IMPUGNADA	4.025	19,2	5.511.051,97	17,1
DEFERIDA EM 1ª INSTÂNCIA	988	24,5	1.484.246,91	26,9
INDEFERIDA EM 1ª INSTÂNCIA, SEM RECURSO	2.226	57,8	2.743.923,04	49,9
AVALIANDO EM 2ª INSTÂNCIA	213	5,3	285.070,14	5,2
INDEFERIDA EM 2ª INSTÂNCIA	292	7,3	706.254,90	12,8
DEFERIDA EM 2ª INSTÂNCIA	208	5,2	261.756,98	5,3

105. No caso em tela, a operadora opta por pagar quase 81% do ABI, gerando receita imediata pela cobrança dos não impugnados e sem gerar passivo de análise.

106. Ao visualizarmos o quadro de alegações já analisadas por servidores podemos verificar que apenas 46% do impugnado pela operadora Y se refere à coparticipação.

Risco

Alegações apresentadas nos petições analisados em 1ª e 2ª instâncias

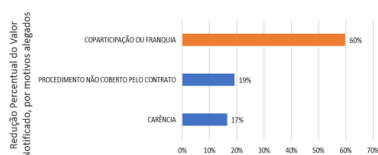
Alegações	Atendimentos	
	(n)	(%)
Total	3.892	100,0
COPARTICIPAÇÃO OU FRANQUIA	1.706	43,6
PROCEDIMENTO NÃO COBERTO PELO CONTRATO	1.296	33,3
CARÊNCIA	889	22,9
OUTROS	31	0,8
BENEFICIÁRIO EXCLUIDO, TRANSFERÊNCIA DE CARTERA E CADASTRO - NOME ALTERADO EM 30/12/2015 (CADASTRO)	32	0,8
MOTIVOS DE NATUREZA JURÍDICO ADMINISTRATIVA - INCLUIDO EM 10/12/2015	15	0,4
ESQUIVA DO PROCEDIMENTO NÃO É BENEFICIÁRIO DA OPERADORA	14	0,4
INDEFERIMENTO POR DA ÁREA DE GEOMÁTICA DO CONTRATO	12	0,3
QUANTIDADE DO PROCEDIMENTO NÃO COBERTO PELO CONTRATO	3	0,1
INDEFERIMENTO A PARTIR DA OPERADORA	2	0,1
MOTIVOS DE NATUREZA TÉCNICA	1	0,0

107. E mesmo nas alegações de coparticipação, o percentual de deferimento é baixo para esse motivo. Conforme podemos observar abaixo, das 1.706 análises realizadas, apenas 686 foram deferidas, reduzindo-se o valor pela coparticipação.

Redução de valor na 1ª instância

Motivos de Alegações	Alegações		Valor Notificado por Alegação		Valor com redução na 1ª instância	
	(n)	(%)	(R\$)	(%)	(R\$)	(%)
Total	899	280,4	1.461.884,81	20,08	1.238.246,91	228,60
COPARTICIPAÇÃO OU FRANQUIA	486	154	885.914,42	46,2	67.057,312	5,48
PROCEDIMENTO NÃO COBERTO PELO CONTRATO	103	11,4	311.110,14	17,2	216.890,00	17,4
CARÊNCIA	48	5,3	303.861,18	17,3	186.780,30	14,5
OUTROS	18	2,0	58.918,75	3,2	13.188,67	1,0
BENEFICIÁRIO EXCLUIDO, TRANSFERÊNCIA DE CARTERA E CADASTRO - NOME ALTERADO EM 30/12/2015 (CADASTRO)	6	0,6	30700,44	1,4	18751,13	1,4
MOTIVOS DE NATUREZA JURÍDICO ADMINISTRATIVA - INCLUIDO EM 10/12/2015	4	0,4	42351,15	0,3	28438,87	0,2
ESQUIVA DO PROCEDIMENTO NÃO É BENEFICIÁRIO DA OPERADORA	2	0,2	69811,61	0,5	54253,94	0,4
INDEFERIMENTO	2	0,2	69811,61	0,5	54253,94	0,4

108. Quase 60% de tudo que gera diminuição do valor cobrado no ressarcimento para Operadora Y diz respeito ao deferimento para por coparticipação. Ou seja, temos um volume de coparticipação alto em relação àquilo que a operadora apresenta defesa e pode determinar a redução do atendimento inicialmente cobrado, mas dentro de um percentual baixo de impugnação.



109. Com o "Ajuste de Identificação por Coparticipação e Franquia", tendo em vista os limites dos critérios fixados, a operadora em questão dentro de um comportamento oportunista poderia aumentar o número de atendimentos não impugnados para incluí-los nessa nova modalidade de impugnação. Assim, o que normalmente já seguia para cobrança imediata sem redução de valor passaria a contar com o abatimento.

110. Portanto, para coibir a conduta indesejada, bem como manter os padrões atuais de arrecadação com atendimentos não impugnados, analisa-se que é necessário fixar o limite mínimo de 40% de casos não impugnados como critério para a solicitação do reajuste dos valores de coparticipação.

111. Estima-se que o aludido percentual atende às variações da taxa de impugnação já verificadas no mercado (figura 2 - tópico acima), não representando moderação excessiva dos padrões de impugnação ou abertura demasiada incompatível com o possível interesse das operadoras em se beneficiarem do rito diferenciado para verificação da coparticipação. Além disso, cobriria a defesa protelatória de atendimentos claramente passíveis de cobrança visto que cobertos pelos contratos, conservando assim a manutenção da arrecadação.

112. Quanto às condutas de pleitear ajuste em casos nos quais os descontos decorrentes da coparticipação seriam inferiores a 20% ou não houver direito a qualquer desconto, registra-se que a nova modalidade de apuração do ressarcimento deve prever norma para o estabelecimento de auditoria amostral, para verificação da compatibilidade com os contratos firmados.

113. Com efeito, ainda que a nova modalidade de ressarcimento venha a requerer ao menos algum efetivo de servidores para a auditoria, é possível estimar que a verificação dos casos por amostragem seja medida compatível com a coibição do uso oportunista do ajuste por coparticipação.

114. Além disso, como estímulo negativo, considera-se que a própria norma deve vedar a adesão ao ajuste nos casos em que for verificado que a operadora fez uso indevido da modalidade de ressarcimento. Para a operadora auditada que fez uso indevido do mecanismo, não será possível o ajuste nos dois ABIs publicados subsequentemente à verificação do mau uso da norma. E ainda, em caso de reincidência, incidirá a vedação por 4 ABIs subsequentes à verificação.

115. Sendo assim, com os limites estabelecidos e medida de acompanhamento para verificação da compatibilidade entre os ajustes pleiteados e contratos estabelecidos com consumidores, espera-se evitar uma redução substancial dos valores a serem ressarcidos e o emprego a contento da nova modalidade de ressarcimento.

VII.5 - DAS MODIFICAÇÕES A SEREM IMPLEMENTADAS NO PROTOCOLO ELETRÔNICO E NOS SISTEMAS DO RESSARCIMENTO PELO AJUSTE DE IDENTIFICAÇÃO POR COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA

116. A operacionalização da proposta de "Ajuste de Identificação por Coparticipação e Franquia" demandaria a implementação das seguintes modificações no protocolo eletrônico e nos sistemas utilizados no processo de ressarcimento ao SUS:

- Criação de um novo tipo de petição especial no protocolo eletrônico, em que a operadora envia o lote de casos que deseja incluir na nova modalidade, com envio de documentação na impugnação;
- Priorização desse grupo para fechamento e cobrança logo após a cobrança de não impugnados, mas antes da cobrança da 1ª instância;
- Criação de status para fechamento desses casos, numa nova modalidade "Ajuste de Identificação por Coparticipação e Franquia";
- Criação de novos Assuntos no Protocolo Eletrônico para "petição em Ajuste de Identificação por Coparticipação e Franquia";
- Criação de críticas no Protocolo Eletrônico para limitação de casos enviados nessa modalidade;
- Criação de nova modalidade para fechamento e cobrança no SGR/SCI.

117. Por fim, ressalte-se que essas melhorias, devem estar associadas à parametrização do petição eletrônico das defesas do ressarcimento e o desenvolvimento do módulo de análise em lote, podendo trazer benefícios ainda maiores, pois possibilitariam que outras alegações além da coparticipação pudessem ser analisadas de forma mais célere pelo sistema

VIII - DO IMPACTO REGULATÓRIO COM O AJUSTE DE IDENTIFICAÇÃO POR COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA

VIII.1 - PARA A AGÊNCIA REGULADORA

118. A proposta de Ajuste de Identificação por Coparticipação e Franquia trará um benefício direto para a Administração Pública, na medida em que permitirá, a um só tempo, a redução do número de servidores para o exame das petições das operadoras e a finalização mais rápida dos processos de ressarcimento ao SUS.

119. Registre-se que, caso as operadoras optem por aderir à proposta de Ajuste de Identificação por Coparticipação, observados os limites apresentados nos tópicos anteriores, estima-se uma redução de 24% de análises de um ABI.

120. Além disso, prevê-se também a possibilidade de uma diminuição do número de analistas nos processos de ressarcimento ao SUS. Explica-se: considerando-se o número total de atendimentos dos ABIs 73-76, referentes ao ano de 2017 (586.077), e a produtividade média mensal de um analista (941 atendimentos/mês), avalia-se que poderão ser dispensados ou alocados em outras atividades 13 analistas, como se observa no quadro abaixo:

Limite na nova modalidade	Atendimentos no ano	Atendimentos por mês	Número analistas por mês
25%	146.519	12.210	13

121. Nesse sentido, com a proposta sugerida, o processo de ressarcimento ao SUS fosse menos dependente da presença de servidores no exame das petições protocoladas pelas operadoras, de forma a atender às premissas de necessidade de contenção e racionalização dos gastos públicos com pessoal.

122. Registre-se, ainda, que o novo método de impugnação propiciará o pagamento dos valores devidos de maneira mais célere ao que vem ocorrendo atualmente, o que permitirá, como consequência, uma maior agilidade no repasse do montante arrecadado ao Fundo Nacional de Saúde.

VIII.2 - PARA AS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

123. As operadoras de planos de saúde também serão contempladas com as modificações da resolução normativa. Isso porque, além de um processo administrativo mais célere, os valores provisionados pela existência de atendimentos em análise tendem a diminuir.

124. Com efeito, de acordo com a Instrução Normativa Conjunta nº 5, de 30 de setembro de 2011, o cálculo da provisão das operadoras de planos de saúde leva em consideração o número de atendimentos no ressarcimento ao SUS que estão aguardando a análise pelos servidores da agência.

125. Assim, considerando que esse novo mecanismo de impugnação permitirá a conclusão do processo administrativo em menor tempo, mais recursos financeiros ficarão à disposição das operadoras. Ademais, haverá um impacto positivo de pessoal para as operadoras também, de modo que será possível reduzir seus custos regulatórios com procedimentos mais simplificados.

VIII.3 - DA NECESSIDADE DE FUTURA AVALIAÇÃO DE RESULTADO REGULATÓRIO - ARR

126. De todo modo, considerando que a proposta depende da manifestação de interesse das operadoras em aderir ao Ajuste de Identificação por Coparticipação e Franquia, é de bom alvitre que os resultados regulatórios sejam avaliados após 2 anos, quando um ciclo superior a 5 ABIs publicados após a vigência da norma já estiver concluído.

127. A avaliação futura aferirá se o método proposto contribuiu para o sucesso ou fracasso na obtenção dos objetivos esperados, bem como levantará o impacto da adesão das interessadas no passivo de processos e arrecadação.

IX - DA SUGESTÃO DE ENCAMINHAMENTO

128. No sentido dos estudos realizados, considerando as premissas indicadas, a DIDES sugere o encaminhamento da seguinte proposta de alteração da RN n.º 358/2014:

Capítulo III
Seção III
Da Impugnação

Art. 21-A. No momento do protocolo das impugnações, as operadoras poderão optar pelo Ajuste de Identificação por Coparticipação e Franquia - AIC.

§ 1º Ao aderir ao AIC, a operadora poderá selecionar até 25% (vinte e cinco por cento) da quantidade dos atendimentos notificados para obter um abatimento máximo de 20% (vinte por cento) do valor total do ABI em razão da existência de coparticipação ou franquia nos contratos dos beneficiários identificados.

§ 2º Somente poderão aderir ao AIC as operadoras que possuam, pelo menos, 40% (quarenta por cento) dos atendimentos não impugnados do ABI.

§ 3º Para os atendimentos protocolizados na modalidade do AIC, a operadora fica ciente de que outros motivos de impugnação não serão analisados.

§ 4º Ao final do prazo de impugnação, os atendimentos que excederem os percentuais previstos nos §§ 1º e 2º deste artigo, atendida a ordem cronológica de protocolização, serão automaticamente encaminhados para análise regular.

§ 5º Ao final do prazo de impugnação, a operadora receberá uma Guia de Recolhimento para pagamento dos valores com o AIC.

§ 6º Caso o pagamento não seja efetuado dentro do prazo de vencimento, terá seu nome incluído no Cadastro Informativo dos Créditos Não Quitados de Órgãos e Entidades Federais - Cadin e o débito, sem o ajuste de identificação por coparticipação ou franquia concedido, será encaminhado ao órgão responsável para fins de inscrição em dívida ativa, na forma da legislação.

§ 7º A ANS poderá realizar uma auditoria periódica por amostragem para verificar a veracidade da existência e o valor de coparticipação ou franquia nos contratos dos beneficiários.

§ 8º Os critérios a serem adotados para a realização da auditoria amostral considerarão, isolada ou cumulativamente, o seguinte:

I - número total de atendimentos identificados;

II - número de casos com coparticipação ou franquia no sistema;

III - percentual de deferimento da operadora.

§ 9º Caso sejam verificadas irregularidades, a operadora ficará impedida de aderir ao AIC por 2 (dois) ABIs consecutivos e, no caso de reincidência, por 4 (quatro) ABIs seguidos.

X - CONCLUSÃO

129. À vista do exposto, considerando o problema regulatório identificado no ressarcimento ao SUS, a DIDES se manifesta, por meio do presente documento, pela adoção das medidas abaixo elencadas, a seguir:

1) Que sejam implementadas pela ANS as ações necessárias para a prorrogação excepcional do contrato de trabalho dos servidores temporários, como forma de não serem perdidos os padrões arrecadatórios atualmente existentes;

2) Que seja mantida a descentralização das atividades do ressarcimento ao SUS para os Núcleos da ANS, haja vista a quantidade reduzida de servidores efetivos lotados na GEIRS (24 servidores);

3) Que seja encaminhada para consulta pública a proposta de alteração da Resolução Normativa nº 358, de 27 de novembro de 2014, a fim de avaliação do "Ajuste de Identificação por Coparticipação e Franquia", por se tratar da melhor alternativa identificada para o processo de ressarcimento ao SUS.

Atenciosamente,

[1] Processo SEI: 33910.000670/2019-31

[2] Processo SEI: 33910.001329/2020-36

[3] Disponível em <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>

[4] Processo SEI 33910.028445/2019-69


[5] Despacho nº: 987/2019/DIRAD-DIDES/DIDES - Processo SEI: 33910.028445/2019-69


[6] NOTA JURÍDICA n. 00001/2020/PROC-GECON/PFANS/PGF/AGU - Processo SEI: 33910.028445/2019-69

[7] Nos termos do que preceitua o item 2.8, do Anexo V, da Instrução Normativa nº 54/2014.

[8] Lançados entre novembro de 2018 e junho de 2019.

[9] Para essa análise, optou-se por apresentar os recursos em relação ao total notificado, considerado um parâmetro mais estável para a concessão de descontos em segunda instância, uma vez que qualquer concessão de desconto em primeira instância afetaria a taxa de recursividade (que é calculada sobre os indeferimentos em primeira instância). Com base na taxa de recursividade de 65,4% observada do ABI 54 ao 71, ainda devem ser recebidas cerca de 77 mil petições de recursos a partir da reabertura dos prazos em decorrência da orientação exarada no Parecer nº 00038/2020/GECON/PFANS/PGF/AGU, o que ocasionará duplicação dos recursos até o momento recebidos.

 Documento assinado eletronicamente por **FERNANDA FREIRE DE ARAUJO, Gerente-Executivo(a) de Integração e Ressarcimento ao SUS**, em 05/08/2020, às 14:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.

 Documento assinado eletronicamente por **Pedro da Silveira Villela, Diretor(a)-Adjunto(a) da DIDES (substituto)**, em 05/08/2020, às 16:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://www.ans.gov.br/sei/autenticidade>, informando o código verificador **17622274** e o código CRC **BDE6C3C7**.

Referência: Processo nº 33910.020632/2020-38

SEI nº 17622274