

Tribunal Regional Federal valida critérios da ANS sobre Ressarcimento ao SUS

Decisão foi proferida a partir de atuação da AGU, que comprovou a legalidade da aplicação do IVR

Por unanimidade, a 6ª Turma do Tribunal Regional Federal da 5ª Região (TRF5) reconheceu a legalidade da utilização do Índice de Valoração de Ressarcimento (IVR) para determinação dos valores que as operadoras de planos de saúde devem ressarcir ao Sistema Único de Saúde (SUS), pelos procedimentos realizados pela rede pública no atendimento aos beneficiários de planos de saúde. A sentença foi proferida a partir da atuação da Advocacia-Geral da União (AGU), que comprovou a legalidade da aplicação do IVR no ressarcimento devido pela Hapvida Assistência Médica S/A ao SUS em razão da utilização dos serviços públicos por clientes da operadora.

O IVR está previsto na Resolução Normativa nº 251/2011 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Entretanto, a operadora tem impugnado cobranças judiciais dos valores devidos ao SUS, alegando que o referido índice não atenderia critérios legais.

"A atuação judicial reflete o alinhamento estratégico entre a ANS e os órgãos da AGU e traz um resultado extremamente significativo para ANS, pois reconhece que o IVR foi instituído no exercício de sua competência legal, enquanto reguladora do setor de saúde suplementar. A Agência analisa as despesas relacionadas aos atendimentos na rede conveniada do SUS e os valores cobrados estão dentro dos limites impostos pela Lei n.º 9.656/98", afirmou o Procurador Federal junto à ANS, Daniel Tostes.

Com isso, a decisão negou o pedido da Hapvida, que havia recorrido à sentença da 33ª Vara da Justiça Federal em Pernambuco, sobre ação de embargos à execução fiscal, questionando, entre outros pontos, a utilização do índice. Na apelação, a operadora pleiteava realização de prova pericial para aferir suposta ilegalidade da aplicação do IVR, alegando, ainda, que os valores executados deveriam limitar-se àqueles praticados por sua rede própria ou conveniada.

Tanto a 33ª Vara Federal de Pernambuco quanto a 6ª Turma do Tribunal Regional Federal da 5ª Região (TRF5) acolheram integralmente os argumentos da AGU e julgaram improcedente ação da Hapvida em um dos processos no qual a operadora questionava a cobrança, bem como decidiram pela dispensa da necessidade de perícia contábil requerida pela operadora por se tratar de matéria de direito.

"A medida da AGU teve um papel corretivo, pois o processo do ressarcimento se insere na lógica de regulação do setor de saúde suplementar, na medida em que desestimula o não cumprimento dos contratos celebrados e impede o subsídio, ainda que indireto, de atividades lucrativas com recursos públicos. Além disso, a decisão tem o caráter educativo, já que a operadora precisa adotar medidas de acolhimento de seus beneficiários em sua rede de atendimento, evitando que precisem procurar a rede do SUS", ponderou o diretor-presidente da ANS, Paulo Rebello.

Sobre o Ressarcimento ao SUS

O processo 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). Após a conferência, uma vez identificado que consumidores de planos de saúde utilizaram os serviços do SUS, são encaminhadas notificações às operadoras, por meio de Aviso de Beneficiário Identificado (ABI), para efetuarem o pagamento dos valores apurados ou apresentarem defesa. Cada ABI refere-se a atendimentos ocorridos no SUS em um trimestre, havendo a abertura de um processo administrativo para cada operadora.

Depois da fase de notificação das operadoras, 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.

Importante esclarecer que nem todo atendimento de beneficiário de plano de saúde na rede será passível de ressarcimento ao SUS. Não cabe ressarcimento nos casos em que: o beneficiário está em período de carência contratual; o atendimento foi realizado fora da área de abrangência geográfica do contrato; o procedimento realizado não faz parte do rol de cobertura obrigatória; entre outras hipóteses. Além disso, é possível também que a operadora pleiteie a redução do valor notificado, alegando, para tanto, a existência de cláusula de coparticipação. Para confirmar se haverá ou não a cobrança, a ANS verifica os argumentos e os documentos enviados pela operadora.

Quando o valor é devido, caso a operadora não efetue o pagamento, o débito será inscrito em Dívida Ativa e no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal (CADIN), estando sujeito a acréscimos e encargos legais. Ao final, todos os valores arrecadados pela agência reguladora são encaminhados ao Fundo Nacional de Saúde (FNS).

Atualmente, o ressarcimento ao SUS abarca os procedimentos registrados por meio de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e de Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC).

A efetiva cobrança do ressarcimento ao SUS, com a emissão da Guia de Recolhimento da União (GRU), pode ocorrer: i) ao fim do prazo de defesa em primeira instância, quando não há a apresentação da respectiva impugnação pela operadora; ou ii) ao fim do processo administrativo, quando a operadora, após o devido contraditório e ampla defesa, não prospera em suas impugnações/recursos.

Fonte: [ANS](#), em 06.06.2023.