

DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL - DIDES
GERÊNCIA GERAL DE INTEGRAÇÃO COM O SUS - GGSUS
GERÊNCIA DE RESSARCIMENTO AO SUS - GERES

Nota técnica nº 2635/2011/GERES/GGSUS/DIDES/ANS

Assunto: Esclarecimentos sobre TUNEP e IVR

Referência: Memorando nº 642/2011/PROGE/GECON/MC

A presente nota visa subsidiar a Procuradoria da ANS nas defesas em juízo relativas ao questionamento dos valores cobrados a título de ressarcimento ao SUS, especialmente no que diz respeito à Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP.

Breve Histórico

1. A TUNEP foi criada e aprovada pela Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU Nº 23, 21 de outubro de 1999 (anexo 1). A finalidade de sua criação era identificar os procedimentos, proporcionando a uniformização das unidades de cobrança em todo o território nacional, além de definir os valores de referência. Isto significa que os gestores estaduais ou municipais em gestão plena do sistema de saúde poderiam adotar outros valores, diferentes dos estabelecidos na TUNEP, desde que aprovados pelo Ministério da Saúde.

2. Em 30 de março de 2000 a ANS publica a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 17 (anexo 2), que determina que "a TUNEP terá como finalidade única o ressarcimento, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, dos atendimentos prestados a seus beneficiários pelas entidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS, sendo vedada sua utilização para outros fins".

3. A publicação da RN 43, de 17/07/2003 (anexo 3), promoveu a possibilidade de atualização constante da TUNEP, tendo em vista suas disposições:

art. 1º "a atualização do elenco de procedimentos da TUNEP será sempre realizada simultaneamente à atualização da Tabela de procedimentos do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde-SIH/SUS, com a finalidade de manter a correspondência entre essas duas tabelas".

4. Esta atualização tinha como objetivo impedir que fossem liberados Avisos de Beneficiários Identificados - ABI com valores inferiores aos praticados pelo SUS.

5. A metodologia da TUNEP foi definida procurando-se aferir valores que fossem próximos aos praticados pelo mercado, intermediários entre a tabela do SUS e a tabela da Associação Médica Brasileira (AMB), de forma a obedecer o disposto no § 8º

do art. 32 da lei 9656/1998, que diz que “os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras (...)”.

6. Os valores iniciais da TUNEP foram calculados a partir dos seguintes fatores:

a) Honorários médicos foram “tomados” do mercado a partir da tabela dotada pelo Comitê Integrado de Entidades Fechadas de Assistência (CIEFAS), associação representante de parcela do segmento de autogestões. Pressupõe codificação e valoração construídas e aprimoradas a partir da tabela da Associação Médica Brasileira (AMB-92);

b) Valores de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) foram inicialmente estimados, automática e proporcionalmente, frente aos honorários médicos acima descritos, mediante percentuais globais observados em estatísticas de autogestões coletadas no momento inicial dos estudos de implantação;

c) Valores de diárias calculados mediante tabela hospitalar de referência aleatoriamente escolhida, sendo utilizada a tabela dos hospitais privados do Rio de Janeiro, proporcionados segundo a média de permanência hospitalar projetada para o procedimento;

d) Valores e taxas de salas cirúrgicas e de recuperação projetados automaticamente mediante os valores previstos na mesma tabela escolhida para as diárias;

e) Valores de taxas diversas estimados proporcionalmente mediante o valor atribuído final de taxas e diárias acima descritos, mantendo uma proporção lógica global ao efetivamente observado em algumas autogestões;

f) Valores de materiais e medicamentos estimados automática e proporcionalmente, nas mesmas bases percentuais às adotadas pela tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS).” (SCATENA, Maria Ângela. O Ressarcimento ao SUS: Análise do perfil de utilização do Sistema Único de Saúde segundo período da contratação dos planos. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2004, pp. 46-47)

7. Percebe-se, pois, que a tabela foi construída com base em estimativas, baseadas em uma amostra de autogestões e hospitais, tendo como referências as tabelas do SUS e da AMB.

8. Com o objetivo de se atualizar a TUNEP, em 2002 a ANS promoveu uma convocação às operadoras para que demonstrassem suas tabelas. No entanto, a adesão foi reduzida, o que inviabilizou uma revisão ampla dos valores.

9. A TUNEP sofreu algumas alterações ao longo do tempo em que esteve em vigor, a partir de modificações ocorridas na tabela do Sistema de Informação Hospitalar

do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). Comparando-se a Tabela TUNEP com a Tabela SIH/SUS, verificava-se quais procedimentos foram incluídos e/ou excluídos da Tabela SIH/SUS. Os procedimentos incluídos eram acrescidos à Tabela TUNEP, com a aplicação do fator de correção de 1,75, exceto os medicamentos, órteses e próteses, os quais mantinham os valores praticados pelo Sistema Único de Saúde.

10. Existia também o problema do reajuste dos valores da TUNEP, já que, ao longo do tempo, ocorria apenas uma atualização dos valores da referida tabela, a partir de reajustes na Tabela do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), inclusão e/ou exclusão de procedimentos. Esses reajustes foram reduzindo gradualmente os valores cobrados pela TUNEP, uma vez que, à medida que os valores da tabela SUS sofriam aumento, muitas vezes eles acabavam ultrapassando o valor original da TUNEP, e assim na publicação subsequente da TUNEP esses valores simplesmente eram equiparados aos valores praticados pelo SUS. Conclui-se, pois, que ao logo do tempo os valores ressarcidos pelas operadoras foram se aproximando cada vez mais dos valores da tabela do SUS.

11. Vale destacar que, a despeito das limitações na concepção da TUNEP, o Poder Judiciário tem se manifestado pela legalidade da mesma, principalmente por duas razões: a) a TUNEP foi resultado de um processo participativo, já que o Conselho de Saúde Suplementar continha representantes do mercado e das unidades prestadoras integrantes do SUS; b) as operadoras não comprovam nem nos processos administrativos no âmbito da ANS nem nos judiciais que seus custos são inferiores aos valores da TUNEP.

12. Ressaltamos também, com relação a uma pretensa alegação de que o valor da TUNEP seria superior ao praticado pelas operadoras, a importância de se diferenciar o que é o valor de um procedimento do que é o valor do atendimento. Este é composto, muitas vezes, por vários procedimentos e inclui diárias de internação, honorários médicos e medicamentos. Nas poucas vezes em que as operadoras alegaram que gastaram mais do que o valor TUNEP cobrado, valeram-se da comparação falaciosa entre o valor de **procedimento** com valor do **atendimento**, de modo a não considerar outros procedimentos realizados no mesmo atendimento.

A implantação do IVR

13. Considerando os questionamentos em torno da TUNEP, bem como a interpretação enviesada de que os valores da tabela SIH/SUS seriam iguais aos custos totais despendidos pelo SUS para a viabilização do atendimento, promoveu-se, em abril

de 2011, a alteração da metodologia de valoração do ressarcimento ao SUS, com a implantação do Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR (cópia da exposição de motivos no anexo 4).

14. A construção do índice 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).

15. Antes de apresentar o IVR, é preciso discorrer sobre os fluxos financeiros do SUS. Eles podem ser agrupados em três principais modalidades: pagamentos por serviços prestados (ambulatoriais e hospitalares), convênios (acordos celebrados entre órgãos públicos e prestadores públicos e privados) e transferências fundo a fundo (repasses regulares e automáticos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde de estados e municípios). Além destes três, há, também, recursos provenientes de outros incentivos e programas especiais.

16. Os fundos são usados por estados e municípios para complementar seus recursos próprios e cobrir seus orçamentos em saúde. Enquanto os prestadores públicos contam com todas estas fontes de recurso, evidenciando que o pagamento de AIH's é somente uma parte do todo, os hospitais privados, sobretudo os filantrópicos, contam com o financiamento público não só pelo pagamento de AIH's, mas também através de convênios. Este é um resumo do complexo retrato do sistema nacional de saúde que evidencia a necessidade de se contemplar os inúmeros fluxos de pagamentos feitos no SUS.

17. Assim, levando-se em conta que o gasto com um beneficiário atendido pelo SUS não se resume simplesmente ao valor de faturamento da AIH e, ainda, que os hospitais recebem do SUS outros tipos de financiamento além do pagamento de AIH, tais como convênios e transferências intergovernamentais, buscou-se construir um índice para o cálculo dos valores de Ressarcimento que acresça ao preço da AIH um valor que represente, mesmo que aproximadamente, outros gastos que contribuem para que aquele atendimento aconteça. Sendo assim, chegou-se ao índice denominado Índice de Valoração do Ressarcimento (IVR).


18. O IVR é calculado tendo por base o quanto representa os gastos administrativos em relação aos gastos com assistência hospitalar e ambulatorial.

Utilizando-se dos dados municipais e estaduais para os anos de 2002 a 2009 encontramos o IVR no valor de 1,5.

19. O IVR passou a ser aplicado a partir do 30º ABI, publicado em maio de 2011.

20. Esclarecidas as metodologias, tanto da TUNEP quanto do IVR, opino pelo encaminhamento desta nota à Gerência de Contencioso da Procuradoria-Geral da ANS, juntamente com a documentação em anexo.

Em 22 de julho de 2011,


Melissa Silva Menezes
Especialista em Regulação
Mat SIAPE 1578360

De acordo, encaminhe-se à GECON.

Em 22 de julho de 2011.


Flávia Cristina Cordeiro Biesbroeck
Gerente-Geral de Ressarcimento ao SUS Substituta