

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) acaba de lançar um boletim com informações detalhadas sobre a utilização da rede pública por beneficiários de planos de saúde e ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS). A publicação, que será atualizada semestralmente, traz um conjunto de dados inéditos relativos ao ressarcimento, oferecendo um panorama completo do processo e ampliando a transparência em relação ao tema.

O boletim apresenta a lista de operadoras de planos de saúde com maior percentual de pagamento e as empresas com os maiores débitos junto à ANS; o número de atendimentos identificados (notificados) e cobrados das operadoras pela ANS ao longo de 16 anos e os valores encaminhados à dívida ativa – quando a operadora não paga pelos atendimentos realizados. É também possível verificar os valores discriminados por estado, município e por unidade prestadora de serviços de saúde – estas duas últimas consultas podem ser feitas por completo através da ferramenta Tabnet, no portal da ANS.

[Confira aqui o boletim](#)

Recursos arrecadados

Desde 2000, a ANS arrecadou e repassou ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) cerca de R\$ 1,2 bilhão, o que corresponde a 46% do valor total dos atendimentos passíveis de ressarcimento - notificações não impugnadas pelas operadoras e notificações cujas contestações foram indeferidas. Somente de janeiro de 2015 a março de 2016, foram arrecadados e repassados R\$ 399,8 milhões.

Um total de R\$ 1,6 bilhão refere-se a atendimentos impugnados e que estão em análise pela Agência. Outros R\$ 623,2 milhões devidos pelas operadoras foram encaminhados à dívida ativa e estão sendo cobrados pelo Judiciário, via União.

“O ressarcimento é um mecanismo de regulação que permite verificar como as operadoras estão atuando em relação ao cumprimento dos contratos. Além de arrecadar e devolver ao SUS os valores que a Saúde Suplementar utilizou, é um instrumento que ajuda a ANS a verificar se as operadoras têm rede adequada para atender seus usuários. Isso também é importante para que estados e municípios saibam como é feito o uso da rede pública por beneficiários de planos de saúde”, explica Martha Oliveira, diretora de Desenvolvimento Setorial da ANS.

“A ANS vem aprimorando ano a ano os mecanismos do ressarcimento e tem se preocupado em dar transparência a todas as informações que são produzidas nesse processo. Com isso, esperamos fortalecer cada vez mais a integração da saúde pública e suplementar e qualificar a prestação de serviços aos beneficiários de planos de saúde, cumprindo nosso dever institucional”, destaca a diretora.

Impugnações

Nem todos os atendimentos identificados pela ANS são passíveis de cobrança. Dos mais de três milhões de atendimentos notificados desde o ano 2000, apenas 1,6 milhão puderam ser cobrados pela reguladora – o que corresponde a R\$ 2,6 bilhões em recursos passíveis de ressarcimento. A diferença decorre das impugnações efetuadas pelas operadoras, que podem contestar as notificações e recorrer administrativamente no âmbito da ANS em até duas instâncias. Em 16 anos, 2,4 milhões de atendimentos (ou seja, 80%) foram contestados; destes, 611.692 tiveram recurso deferido em prol das operadoras. Outras 850.689 notificações contestadas estão em análise pela ANS.

O percentual de contestação das operadoras em relação às notificações, contudo, vem caindo. No mais recente período de notificação analisado (55º Aviso de Beneficiário Identificado - ABI), o índice de impugnação foi de 57,2%, uma queda de 22 pontos percentuais em relação ao 53º ABI. Isso se deve ao trabalho de conscientização realizado pela ANS junto ao mercado e à criação e

aprimoramento de mecanismos de estímulo à adimplência. Desde o início de 2015, a ANS passou a cobrar juros a partir do mês seguinte à data do vencimento da obrigação, tornando extremamente onerosa a situação da operadora que não conseguir apresentar uma impugnação assertiva.

Como é o processo

O ressarcimento ocorre sempre que beneficiários de planos de saúde são atendidos na rede pública para realizar procedimentos que estão previstos nos contratos. Para isso, a ANS identifica o paciente atendido pelo sistema público e cruza as informações desse paciente com o banco de dados da agência reguladora, cujo cadastro de usuários é abastecido pelos planos de saúde. A partir da identificação de um usuário com plano de saúde que tenha sido atendido no SUS, a ANS notifica a operadora sobre os valores que devem ser ressarcidos e dá início a um processo administrativo em que a operadora poderá apresentar defesa e contestar a cobrança.

Desde 2015 a ANS também notifica as operadoras pelos reembolsos referentes a exames e terapias ambulatoriais de alta e média complexidade identificados por meio da Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC). Até então, a Agência notificava as operadoras quanto às internações hospitalares (AIH). Houve, em consequência, um significativo aumento do número de atendimentos notificados e, como consequência, um expressivo incremento no volume de trabalho.

Os pagamentos efetuados pelas operadoras à ANS são repassados ao Fundo Nacional de Saúde para serem aplicados em programas e ações desenvolvidos pelo Ministério da Saúde.

Os valores que não são pagos são inscritos em dívida ativa e as operadoras inadimplentes devem incluir em seus balanços a dívida com o ressarcimento, com garantias e provisões para as dívidas atuais e futuras. São formas de induzir ao pagamento efetivo pelas empresas.

[Acesse a página com as informações completas sobre ressarcimento ao SUS](#)

Perguntas e respostas

1 - O que é ressarcimento ao SUS? É o instrumento regulatório de ressarcimento, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, das despesas incorridas no atendimento pelo SUS aos seus beneficiários, desde que os serviços prestados sejam cobertos pelo contrato do plano de saúde, conforme disposto no artigo 32 da Lei nº 9.656/1998.

2 - Todos os atendimentos que beneficiários de planos de saúde fazem no SUS são passíveis de ressarcimento? Não. O ressarcimento ocorre sempre que beneficiários de planos de saúde são atendidos na rede pública para realizar procedimentos que estão previstos nos contratos ou no rol de procedimentos editado pela ANS e nos termos do que foi contratado, como abrangência geográfica, período de carência etc. Para isso, a ANS identifica o paciente atendido pelo sistema público e cruza as informações desse paciente com o banco de dados da agência reguladora, cujo cadastro de usuários é abastecido pelos planos de saúde. A partir da identificação de um usuário com plano de saúde que tenha sido atendido no SUS, e tendo sido verificado nas bases de dados que o atendimento deveria ter sido garantido pelo plano, a ANS notifica a operadora sobre os valores que devem ser ressarcidos. Assim se inicia um processo administrativo em que a operadora poderá apresentar defesa e contestar a cobrança. Geralmente, 20% dos recursos administrativos feitos pelas operadoras em relação a atendimentos identificados/notificados são deferidos, ou seja, do total de procedimentos notificados, somente 80% são passíveis de cobrança.

3 - As operadoras são obrigadas a pagar pelos atendimentos que são feitos na rede pública? O que acontece se não pagarem? Sim, o pagamento é determinado por lei. Caso a operadora não efetue voluntariamente o pagamento dos valores apurados a título de ressarcimento, decorridos 75 dias da notificação, os autos são encaminhados para a inscrição da devedora no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal (CADIN) e na Dívida Ativa, bem como para a consequente cobrança judicial.

4 - O que é feito com os recursos arrecadados pela ANS através do ressarcimento? Os valores pagos pela operadora a título de ressarcimento ao SUS são destinados ao Fundo Nacional de Saúde e são reaplicados em programas prioritários do Ministério da Saúde.

5 - Porque os recursos obtidos com o ressarcimento não voltam para os estados e municípios onde foram realizados os atendimentos pelo SUS? Com o advento da alteração normativa promovida no artigo 32, § 1º, da Lei nº 9.656/1998, em razão da edição da Lei nº 12.469/2011, houve uma importante modificação no destino do repasse dos valores obtidos através do procedimento de ressarcimento ao SUS. O montante arrecadado passou a ser integralmente transferido para o Fundo Nacional da Saúde (FNS), não sendo mais partilhado com as demais entidades prestadoras de saúde. Essa nova operacionalização propiciou maior segurança no envio da quantia do ressarcimento, tendo em vista que o encaminhamento dos valores, anteriormente, era depositado em diversas contas bancárias, as quais, em muitas oportunidades, por estarem desatualizadas, acabavam provocando o retorno do crédito à agência reguladora. Além disso, a concentração da verba em apenas um ente do SUS permite um aprimoramento dos gastos dos recursos enviados.

6 - O objetivo do ressarcimento é financiar a saúde? Não, o ressarcimento é um mecanismo de regulação da Saúde Suplementar. Através dele, a ANS pode verificar como está a atuação das operadoras no cumprimento dos contratos.

7 - Porque o montante que a ANS cobra das operadoras não é o mesmo que o valor arrecadado? A legislação em vigor garante às operadoras o direito de recorrer da notificação da ANS, se a empresa considerar que o ressarcimento é indevido. Neste caso, a empresa pode interpor defesas - em primeira (impugnações) e em segunda instância (recursos). E, caso tenha o recurso negado (indeferido), a operadora também tem a possibilidade de parcelar o pagamento. Dessa forma, geralmente os recursos cobrados em determinado vencimento acabam tendo o pagamento protelado em função de recursos e da possibilidade de parcelamento que são garantidos por lei, o que causa a diferença entre o que é cobrado e o que é efetivamente arrecadado no período.

Fonte: [ANS](#), em 26.04.2016.