

Já está disponível para consulta no portal da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) o segundo boletim sobre o ressarcimento obrigatório feito pelas operadoras de planos de saúde ao Sistema Único de Saúde (SUS). A publicação é semestral e tem como objetivo dar transparéncia às informações sobre os procedimentos realizados por beneficiários de planos na rede pública de saúde.

No Boletim estão disponíveis dados relativos aos valores cobrados e recebidos pela ANS, aos processos impugnados e em análise, além de informações sobre os procedimentos mais realizados e mais caros na rede de atendimento. A publicação traz, ainda, esclarecimentos sobre como ocorre o ressarcimento, desde a identificação e a cobrança por procedimentos até a destinação final dos valores arrecadados, que são integralmente repassados ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) do Ministério da Saúde. Nesta edição, há uma análise específica sobre o município de São Paulo, que apresenta maior volume de dados do País. A publicação também revela as operadoras que estão no ranking das melhores e piores pagadoras do ressarcimento ao SUS.

A maior parte dos dados sobre ressarcimento publicados no boletim correspondem ao período de 2001 a setembro de 2016. Entretanto, é importante o leitor ficar atento ao fato de que os dados são desde o 1º até o 57º Aviso de Beneficiário Identificado (ABI), lançado em agosto deste ano, mas referente a atendimentos realizados até o mês de dezembro de 2014. O ABI é o instrumento usado pela ANS para informar e cobrar as operadoras sobre a identificação de procedimentos realizados por beneficiário de plano de saúde no SUS. Cada ABI corresponde a dados trimestrais.

A identificação de atendimentos de beneficiários é obtida após um cruzamento de dados da ANS e do SUS, por meio dos registros de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC). O resultado do cruzamento é enviado por ABI para as operadoras, que podem acatar a cobrança e quitar a dívida ou contestá-la. O não pagamento do ressarcimento comprovadamente devido pela operadora resulta na inscrição em dívida ativa e no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal (CADIN), bem como na consequente cobrança judicial.

De acordo com a Diretoria de Desenvolvimento Setorial, o ressarcimento ao SUS é um importante instrumento regulatório e compreende as atividades de controle do mercado setorial e de proteção dos consumidores de planos de saúde, impedindo a prática de condutas abusivas das operadoras ao zelar pelo fiel cumprimento dos seus contratos.

Confira aqui a íntegra da publicação: [**Boletim Informativo - Utilização do Sistema Público por Beneficiários de Planos de Saúde e Ressarcimento ao SUS.**](#)

ATENDIMENTOS E VALORES COBRADOS

Os dados do segundo boletim do ressarcimento mostram que aumentou a quantidade de procedimentos cobrados pela ANS. Em 2016, o total já chegou a 765.964 atendimentos, contra 439.485 em 2015. O crescimento percentual foi de 74,2%. Portanto, houve também o aumento do valor total cobrado, que, em 2016, bateu recorde ultrapassando R\$ 1,1 bilhão. No ano anterior, o valor total foi de R\$ 706,9 milhões. Em percentuais, o crescimento no período foi de 64,6%.

Esse aumento pode ser atribuído a mudanças nas regras de cobrança. Antes de 2015, a ANS só emitia a Guia de Recolhimento da União (GRU) para as operadoras depois de todo o processo de cobrança do ressarcimento, incluindo o esgotamento dos recursos das empresas. Com isso, a cobrança levava até cinco anos para começar a ser feita.

A partir de novas regras, editadas no final de 2014 e em 2015, essa lógica mudou, e a cobrança do ressarcimento passou a ser emitida 30 dias depois da notificação feita à operadora. É esse o prazo

que a empresa tem para contestar a cobrança. Caso não se manifeste, a operadora tem mais 15 dias para pagar ou parcelar o valor devido.

Se a operadora não efetuar voluntariamente o pagamento dos valores apurados a título de ressarcimento, decorridos 75 dias da notificação, os autos são encaminhados para a inscrição da devedora em dívida ativa e no CADIN.

DADOS GERAIS

De acordo com dados da segunda edição do boletim sobre ressarcimento, desde 2001 foram identificados 2 milhões atendimentos realizados por beneficiários de planos de saúde no SUS passíveis de cobrança. Esse total corresponde a mais de R\$ 3,2 bilhões. Deste montante, R\$ 1,4 bilhão (43,6%) foram arrecadados e repassados ao FNS e R\$ 692 milhões (21,3%) foram encaminhados para dívida ativa. Há também R\$ 1,1 bilhão (36%) relativo aos valores que são alvo de processos judiciais que contestam a cobrança ou estão em fase de inscrição em dívida ativa.

A comparação entre o primeiro e o segundo boletim do ressarcimento mostra que as operadoras estão contestando menos as notificações da ANS referentes às cobranças. Isso porque o percentual de atendimentos não impugnados (não contestados) pelas empresas aumentou de 19,3% para 24,3%.

Confirmado essa tendência, os dados mostram também queda nas contestações feitas pelas operadoras. Uma avaliação do período do 50º até 56º ABI releva que o percentual de impugnações caiu de 82,4% para 54%. Além disso, houve diminuição 29% para 21,6% na quantidade de processos em análise na ANS.

De acordo com dados do boletim, houve crescimento dos valores pagos e parcelados no 56º ABI quando comparados com os períodos anteriores. As informações desse ABI mostram que o valor total pago ou parcelado foi de R\$ 99 milhões, ou 80% do que foi cobrado (R\$ 124 milhões).

De acordo com a ANS, os resultados refletem melhorias dos processos internos de trabalho do órgão regulador e o aprimoramento dos próprios mecanismos que permitem realizar o ressarcimento, que, em última instância, visa estimular as operadoras a cumprirem os contratos firmados com os beneficiários de planos de saúde.

MUNICÍPIOS

O segundo boletim sobre o ressarcimento traz a distribuição de informações por municípios selecionados. Pela grande concentração de população, renda e rede de serviços de saúde, a cidade de São Paulo chama a atenção pelo volume de dados, procedimentos e valores de ressarcimento.

Entre janeiro e setembro de 2014, o município de São Paulo realizou 505 mil internações pelo SUS com identificação de beneficiário de plano de saúde, com valor total de R\$ 899,1 milhões. Do total de internações, 32,6 mil (6,5%) foram identificadas como aptas ao ressarcimento, correspondendo a um montante de R\$ 113,1 milhões (12,6%).

A análise das informações da capital paulista mostra que o parto normal foi o procedimento com maior número de registros no município. Entre janeiro e setembro de 2014, foram 2.335 partos normais realizados por beneficiários de planos de saúde no SUS na cidade de São Paulo, correspondendo a 4,9% do total inicialmente identificado.

Em termos percentuais, chama mais a atenção o tratamento de intercorrência pós-transplante de órgãos/células-tronco hematopoéticas – foram 1.459 atendimentos, que corresponderam a 22,5% do total identificado.

No mesmo período (janeiro a setembro de 2014), foram realizadas no município de São Paulo mais de 2,2 milhões de procedimentos registrados por meio de média e alta complexidade (APAC), dos quais 45,5 mil (2%) foram identificadas no processo de ressarcimento ao SUS. O valor total referente a estes procedimentos ultrapassou R\$ 440,9 milhões, dos quais R\$ 64 milhões (14,5%) correspondentes a atendimentos a beneficiários de planos de saúde.

PROCEDIMENTOS MAIS COBRADOS

O boletim sobre o ressarcimento traz uma lista dos procedimentos mais onerosos ao SUS. O período avaliado compreende desde 54º ABI até o 57º - janeiro a dezembro de 2014. Com base nos dados de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), o transplante de rim responde pelo maior volume de recursos a ser ressarcido, totalizando R\$ 53 milhões pela realização de 900 cirurgias. Em números absolutos, o parto normal é o que tem mais registros de atendimentos de clientes de planos de saúde no SUS, chegando a 22.181 (R\$ 18,8 milhões).

Com relação aos dados de Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC), os dados mostram que a hemodiálise é o procedimento mais realizado, e é também o mais oneroso. Entre janeiro e dezembro de 2014, foram realizados 78,2 mil atendimentos, com custo de R\$ 266,3 milhões. Isso corresponde a 42% do total pago conjunto das APACs identificadas.

ADIMPLÊNCIA E INADIMPLÊNCIA

Dados da ANS mostram que um conjunto de cinco das piores pagadoras, com índice de pagamento zerado, acumula dívidas no valor de R\$ 166 milhões. Por outro lado, as cinco melhores pagadoras, com 100% de quitação do ressarcimento, somam o pagamento de R\$ 188 milhões.

Confira [aqui](#) material com perguntas e respostas sobre ressarcimento.

Saiba mais sobre [**Integração e Ressarcimento ao SUS**](#).

Fonte: [ANS](#), em **07.12.2016**.