

Em 2016, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) cobrou das operadoras de planos de saúde cerca de R\$ 1,6 bilhão por atendimentos realizados na rede pública. O valor se refere a 1.107.068 procedimentos realizados e representa um crescimento de 133,7% em relação ao valor cobrado no ano anterior (cerca de R\$ 709 milhões). Os valores arrecadados pelo processo de ressarcimento ao SUS são encaminhados ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) para a aplicação em programas e ações prioritários do governo federal. Somente em 2016, a ANS repassou ao Fundo um total de R\$ 315,5 milhões.

“A cobrança dos valores devidos pelas operadoras para ressarcimento ao SUS tem sido aprimorada e os resultados recordes obtidos em 2016 são reflexo das melhorias implementadas. Instituímos um sistema eletrônico para agilizar o trâmite das impugnações e recursos, reduzimos o tempo médio de análise das impugnações e, com isso, conseguimos reduzir o passivo de processos”, explica a gerente-executiva de Integração e Ressarcimento ao SUS Fernanda Freire. Ela destaca que a produtividade de análises dos processos em 1ª e 2ª instância também bateu recorde em 2016. “Quando comparamos o volume de atendimentos analisados no ano passado em relação a 2011, verificamos que houve um aumento de mais de 50% na produtividade”, afirma.

Desde 2001, quando a ANS começou a cobrar das operadoras os valores relativos ao ressarcimento, foram identificados 2,1 milhões de atendimentos realizados por beneficiários de planos de saúde no SUS passíveis de cobrança. Esses atendimentos correspondem a mais de R\$ 3,4 bilhões. Deste montante, R\$ 1,5 bilhão (43,4%) foram arrecadados e repassados ao FNS e R\$ 744 milhões (21,9%) encaminhados para dívida ativa.

Do valor total cobrado, R\$ 1,2 bilhão (ou seja, 34,7%) são alvo de processos judiciais de operadoras que contestam a cobrança ou que estão em fase de inscrição em dívida ativa. Até 2014, o percentual médio de impugnações por parte das operadoras chegava a 82%. Contudo, em 2015 houve uma mudança de comportamento das empresas, e esse índice caiu para 60% - o que representa 27,4% em relação à média histórica. Em 2016, esta redução foi ainda maior, e o índice de impugnação ficou em 51%.

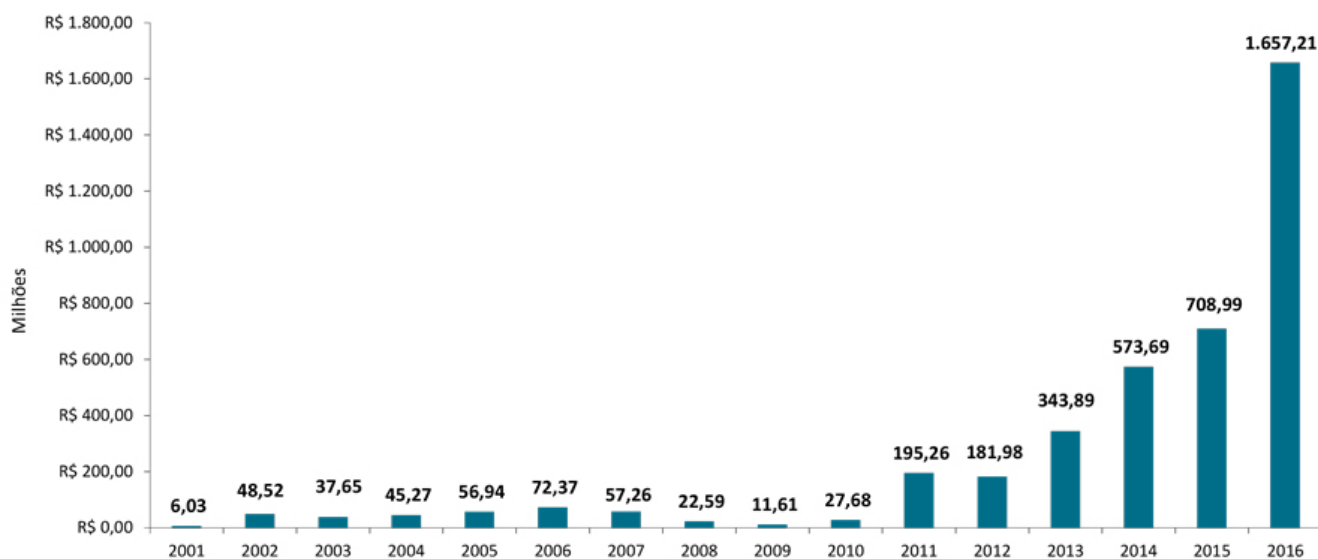
**Como é feito** - O ressarcimento ao SUS é devido em razão dos atendimentos realizados na rede pública de saúde pelos beneficiários das operadoras, desde que esses serviços estejam previstos no rol de cobertura estabelecido pela ANS e não haja nenhuma exclusão legalmente permitida. É uma importante ferramenta regulatória e de proteção aos consumidores, na medida em que visa garantir a existência de uma rede assistencial adequada e coibir a prática de condutas abusivas por parte das operadoras.

Para fazer o reconhecimento de um beneficiário de plano de saúde atendido na rede pública, a ANS vale-se de um procedimento que cruza, periodicamente, a base de dados do SUS no que diz respeito à Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e à Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC) com os sistemas da ANS. O resultado do cruzamento é enviado para as operadoras, que podem acatar a cobrança e quitar a dívida ou contestá-la. Somente em 2016, foram notificados 577.194 atendimentos de beneficiários na rede pública. Foi o maior volume de notificações realizadas em um ano desde a criação da ANS.

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.

### **Valores dos atendimentos cobrados (por ano)**

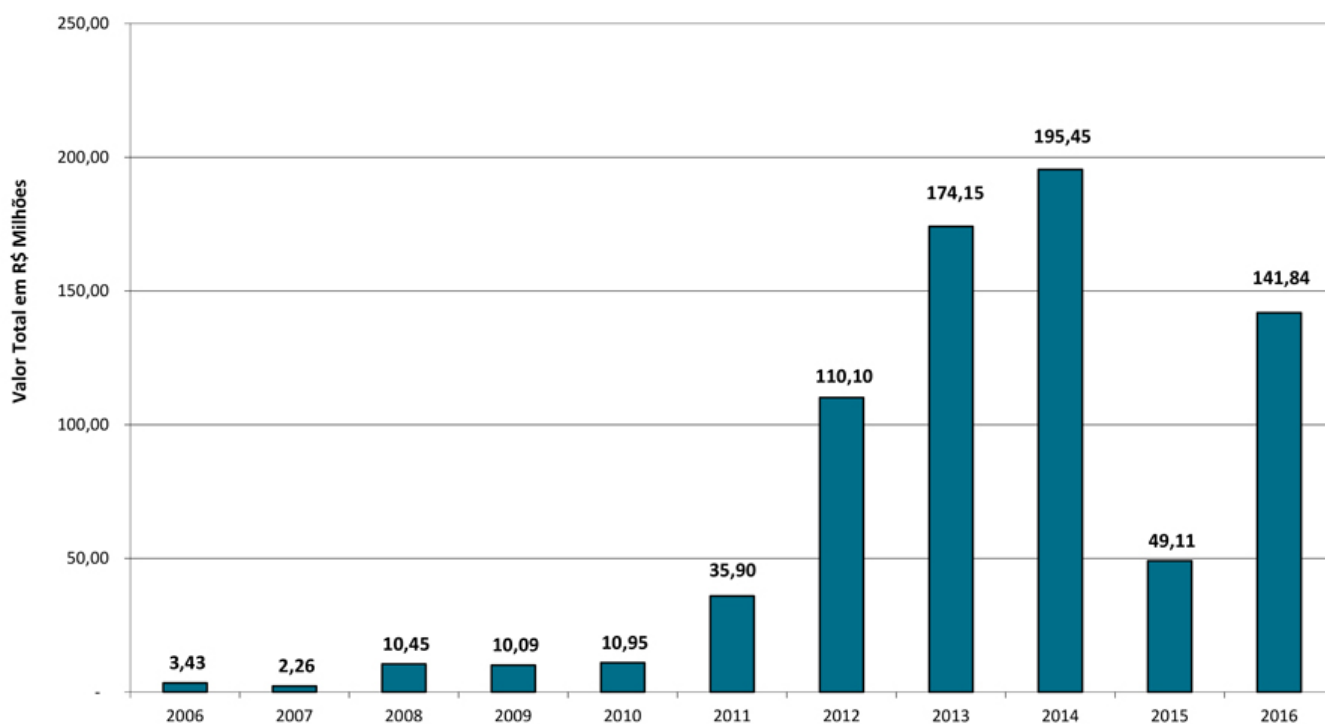
VALOR TOTAL (R\$ MILHÕES) DE ATENDIMENTOS COBRADOS POR ANO



Fonte: ANS, 12/2016

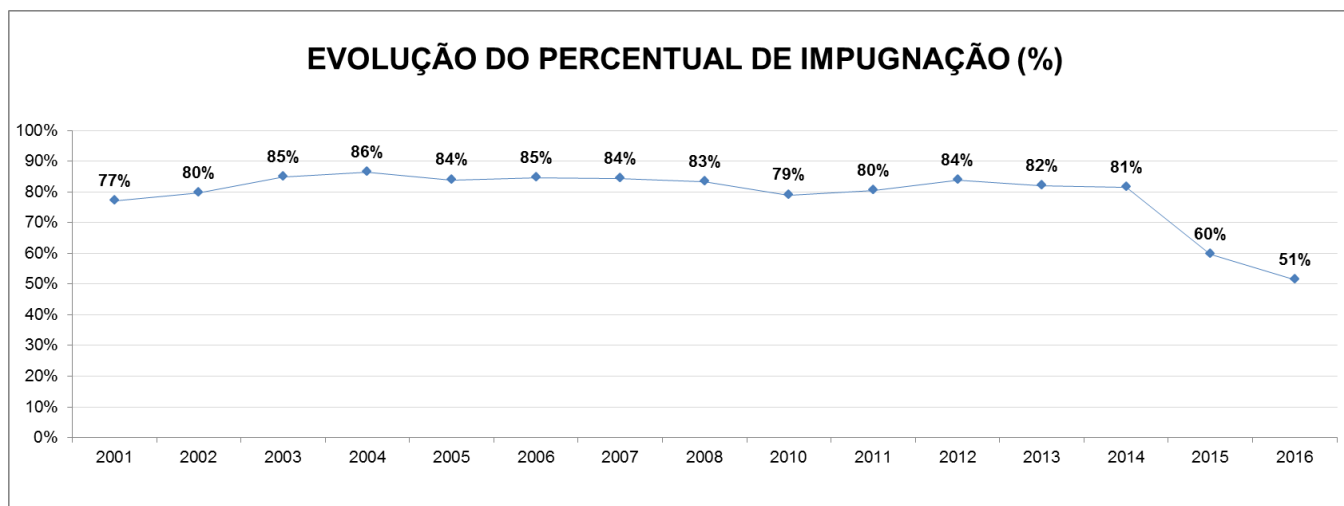
### Valores encaminhados à Dívida Ativa (por ano)

Encaminhamento para Inscrição em Dívida Ativa - 2006 a 2016



Fonte: ANS, 12/2016

### Redução das impugnações (%)



**Fonte:** ANS, em 04.04.2017.