

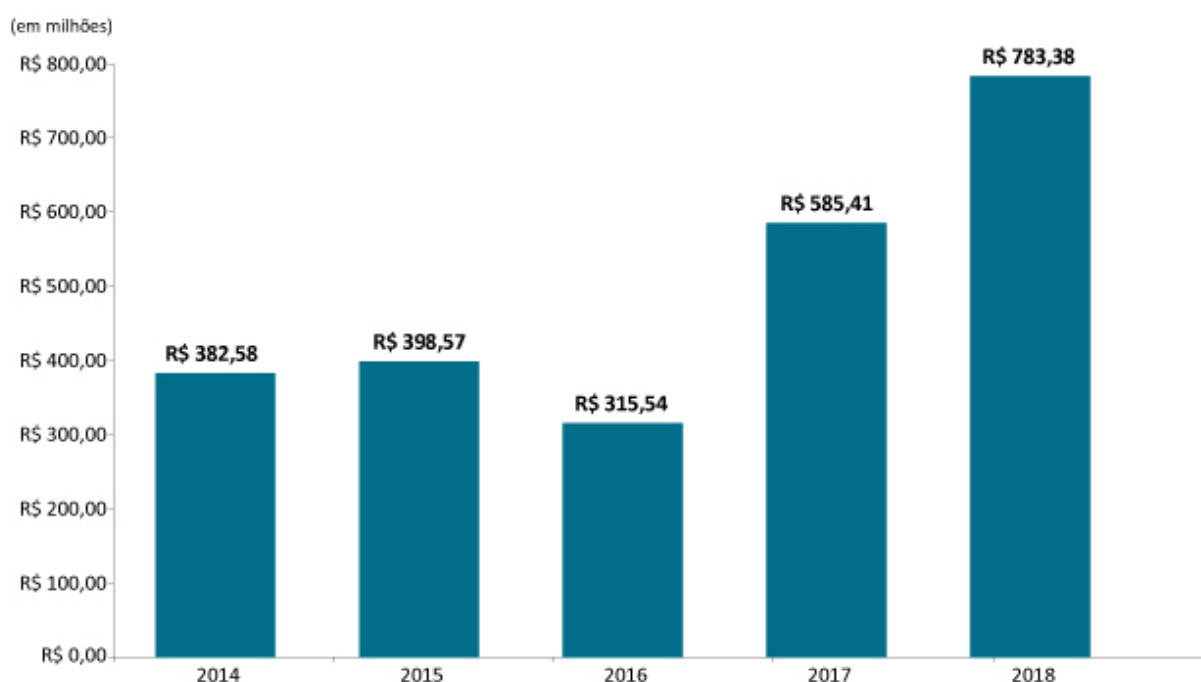
No ano de 2018, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) fez o repasse recorde de R\$ 783,38 milhões ao Sistema Único de Saúde (SUS). Esse foi o maior valor anual pago no ressarcimento desde o ano 2000, quando a Agência foi criada e houve o primeiro repasse para o Fundo Nacional de Saúde. As informações completas estão na 7ª edição do Boletim Informativo – Utilização do Sistema Único de Saúde por Beneficiários de Planos de Saúde e Ressarcimento ao SUS, divulgado pela ANS nesta quinta-feira (25/04).

A publicação periódica tem informações sobre a identificação dos beneficiários de planos de saúde na utilização do SUS, a situação dos processos administrativos, o detalhamento da cobrança, o pagamento realizado pelas operadoras, o valor repassado ao Fundo Nacional de Saúde, os montantes inscritos em Dívida Ativa, os débitos encaminhados para o CADIN e os depósitos judiciais feitos pelas operadoras.

O diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Rodrigo Aguiar, confirmou a previsão feita em meados do ano passado, quando houve também repasse recorde ao SUS. “A ANS arrecadou em 2018 um valor 34% maior que no ano anterior e o repasse recorde só foi possível graças ao aperfeiçoamento no processo de cobrança pela ANS, que trata de maneira transparente as informações do setor da saúde suplementar”, destaca.

Desde o início do ressarcimento, a ANS cobrou das operadoras de planos de saúde R\$ 4,38 bilhões, que equivalem a mais de 2,9 milhões de atendimentos realizados no SUS, sendo que, deste valor, R\$ 1,02 bilhão foi cobrado somente no ano de 2018. Em 2018, houve um aumento de quase 39% no valor dos atendimentos cobrados e cerca de 37% no número de atendimentos a beneficiários de planos de saúde no SUS. Ou seja, tanto em número quanto em valores, no ano de 2018 estabeleceu-se novo recorde de cobrança. Nos últimos 18 anos, a ANS fez um repasse no total de R\$ 2,85 bilhões ao Fundo Nacional de Saúde. Do saldo restante, R\$ 1,14 bilhão são débitos vencidos e não pagos, dos quais R\$ 740,60 milhões foram inscritos na dívida ativa. Além disso, mais de R\$ 359 milhões estão com a cobrança suspensa por decisão judicial.

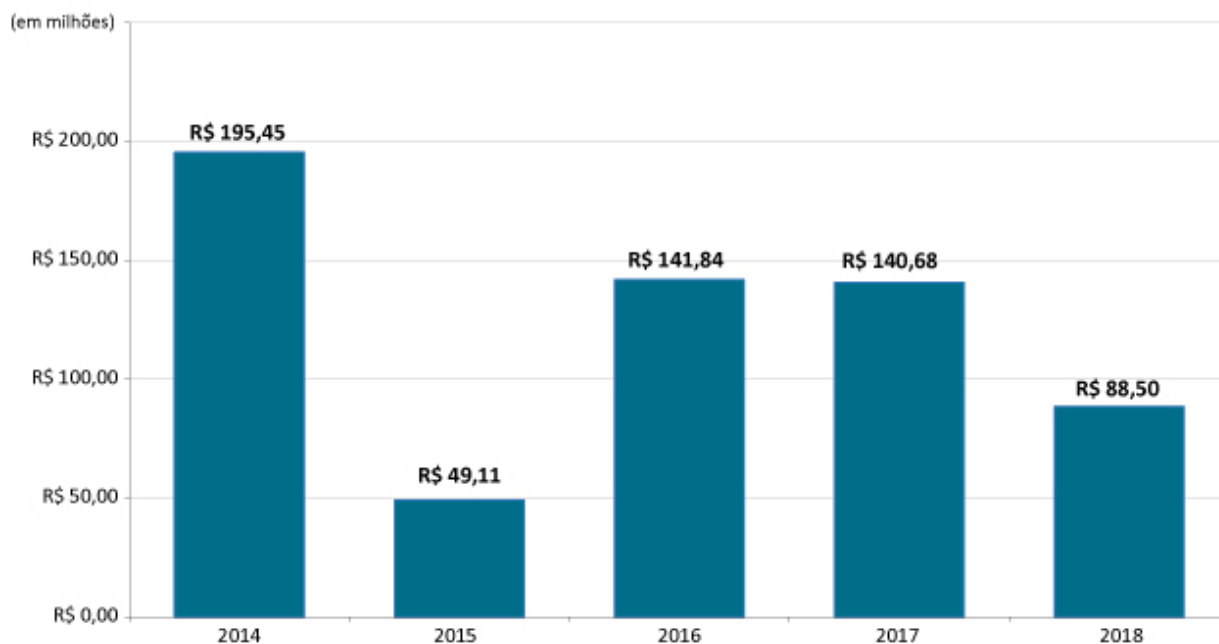
Valor anual repassado ao Fundo Nacional de Saúde (em R\$ milhões)



Dívida ativa

Quando a operadora de plano de saúde não efetua voluntariamente o pagamento dos valores apurados, ela é inscrita na dívida ativa e no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal (CADIN), bem como fica sujeita à cobrança judicial. Em 2018, a ANS encaminhou R\$ 88,50 milhões para a dívida ativa. Desde o ano 2000, o ressarcimento ao SUS já encaminhou R\$ 972,88 milhões para inscrição em Dívida Ativa, sendo R\$ 615,58 milhões somente no período de 2014 a 2018. Entre 2001 e 2018, as quantias depositadas em juízo correspondem a R\$ 359,67 milhões. Porém, somam-se a esse valor R\$ 112,97 milhões em juros e R\$ 69,30 milhões em multas no período (caso esses depósitos tenham ocorrido após os vencimentos das Guias de Recolhimento da União - GRUs).

Encaminhamento para inscrição em Dívida Ativa



[Confira aqui a 7ª edição do Boletim Informativo - Utilização do Sistema Único de Saúde por Beneficiários de Planos de Saúde e Ressarcimento ao SUS.](#)

Mapa de Utilização do SUS

A ANS também disponibilizou a 3ª edição do Mapa de Utilização do SUS por Beneficiários de Planos Privados de Saúde, com informações detalhadas sobre atendimentos públicos realizados de 2011 a 2015. O novo formato do boletim traz visualização regionalizada dos atendimentos no SUS registrados por Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC). Cabe esclarecer que não são todos os atendimentos a beneficiários de operadoras que justificam o ressarcimento, mas apenas os serviços que estejam previstos no Rol de Procedimentos determinado pela Agência e que não sejam submetidos a nenhuma exclusão contratual legalmente permitida.

Segundo dados do Mapa, em 2015, havia 49,2 milhões de beneficiários de planos de assistência médica no país. No mesmo ano, ocorreram 11,3 milhões de internações no SUS, das quais 245,8 mil foram as internações identificadas de beneficiários de planos de saúde. A maior parte das internações dos beneficiários no SUS, por especialidades médicas, foi para a realização de cirurgia (38%), seguida de clínica médica (28,16%) e de obstetrícia (16,83%). O parto normal foi o

procedimento mais frequente em internações dos usuários dos planos de saúde no SUS (com 15.357 atendimentos). Em seguida vem o parto cesariano (com 11.024 procedimentos) e o tratamento de pneumonia ou influenza (gripe) com 10.058 atendimentos.

Em relação aos valores, ainda em 2015, as internações identificadas no ressarcimento ao SUS corresponderam a R\$ 517,4 milhões (sendo a Região Sudeste responsável pelo maior valor identificado: R\$ 313,7 milhões) e as internações cobradas representam R\$ 210,8 milhões.

No que diz respeito aos atendimentos ambulatoriais de alta complexidade no ano de 2015, 82% foram relativos a procedimentos clínicos, 9% foram transplantes de órgãos, tecidos e células e 5% procedimentos de finalidade diagnóstica. A hemodiálise (máximo de 3 sessões semanais) foi o procedimento mais frequente nesse tipo de atendimento (responsável por 60.011 atendimentos), seguido por hormonioterapia do carcinoma de mama em estágio I (com 43.929 atendimentos) e a hormonioterapia do carcinoma de mama em estágio II (com 38.811 atendimentos). Os atendimentos ambulatoriais identificados no ressarcimento ao SUS nesse período corresponderam a R\$ 433,2 milhões (sendo a Região Sudeste também responsável pelo maior valor identificado: R\$ 281 milhões) e os atendimentos ambulatoriais cobrados representaram R\$ 164,7 milhões.

[Acesse a 3ª edição do Mapa de Utilização do SUS por Beneficiários de Planos Privados de Saúde.](#)

Fonte: ANS, em 25.04.2019.