

No fim de janeiro, publicamos a análise especial [“Reflexões sobre a política de Ressarcimento ao SUS”](#), que aponta a necessidade de aprimoramento nos mecanismos de ressarcimento ao SUS em função dos atendimentos a beneficiários de planos médico-hospitalares – [reveja](#).

Na última semana, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou [nota](#) sobre o estudo, comentando-o. No espírito de fomentar este necessário debate para o setor e por acreditarmos que o diálogo franco, sempre amparado em sólida pesquisa científica é necessário para o aprimoramento do setor, decidimos publicar a nota do órgão regulador na íntegra. Confira:

### **Nota da ANS sobre Ressarcimento ao SUS**

Por ocasião da publicação de material divulgado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) presta os seguintes esclarecimentos:

1. O processo de ressarcimento ao SUS dos procedimentos realizados por beneficiários de planos de saúde em unidades do Sistema Único de Saúde vem sendo aprimorado de forma permanente pela ANS, tornando-se mais ágil na identificação dos valores devidos pelas operadoras de planos de saúde e no repasse de recursos ao Fundo Nacional de Saúde, conforme pode ser verificado no Boletim Informativo relativo a junho/2019 disponível no site da ANS;
2. A identificação dos beneficiários de planos de saúde atendidos na rede pública ou privada conveniada ao SUS é realizada de acordo com os dados do DATASUS e das informações repassadas pelas operadoras à ANS;
3. Antes de serem encaminhadas as notificações, denominadas de Avisos de Beneficiários Identificados (ABIs), a ANS aplica sobre a base de dados existente determinados “filtros”, a fim de excluir, de imediato, as hipóteses que não encontram amparo legal. Nesse sentido, cumpre destacar que já foram criados diversos “filtros”, como, por exemplo: i) de procedimentos fora do rol de cobertura obrigatória; ii) de atendimento fora da área de abrangência; iii) de atendimento fora das hipóteses de carência previstas na Lei 9.656/98;
4. Ressalta-se, portanto, que a qualidade das informações encaminhadas pelas operadoras de planos de saúde à reguladora tem relação direta com o resultado de cada processo. A realidade que se observa, porém, é que há casos de cadastros de beneficiários e de planos sem o preenchimento adequado ou com dados desatualizados. Esses fatores impedem a correta identificação e ocasionam falhas no processo de notificação;
5. Ainda com o aprimoramento permanente no registro e nos “filtros” para a correta identificação de casos em que o ressarcimento ao SUS é devido, é preciso considerar que particularidades contratuais podem interferir no resultado do processo, não sendo possível, portanto, eliminar por completo a notificação de operadoras de planos de saúde que eventualmente não devam o ressarcimento;

A título de exemplo, pode-se mencionar a situação em que um beneficiário realizou no SUS um procedimento de cobertura obrigatória pelo rol da ANS, foi atendido dentro da sua área de abrangência e já havia cumprido todos os prazos legais de carência. A princípio, a obrigação de ressarcir ao SUS estaria plenamente configurada. Entretanto, a operadora de plano de saúde pode, por meio do processo administrativo, alegar que o consumidor possuía uma determinada doença ou lesão preexistente que levaria à exclusão da cobertura para aquele procedimento e, conseqüentemente, comprovar que não deve o ressarcimento ao SUS.

6. Dessa forma, o estabelecimento de mecanismos que garantam às operadoras o exercício do direito à ampla defesa e ao contraditório não poderia ser suprimido pela ANS nem mesmo entendido como gasto desnecessário, tendo em vista que, dentro de um ambiente democrático de direito, deve ser oportunizada à parte a apresentação de argumentos e de provas que a desobrigue

de arcar com um responsabilidade não condizente;

7. Com relação ao exame de impugnações e de recursos protocolados pelas operadoras, destaca-se que a principal causa de “deferimento” decorre do reconhecimento de existência de fator moderador no contrato. Nessa situação, ainda que a operadora deva o ressarcimento ao SUS, como é feito um abatimento no valor final relativo à coparticipação/franquia, o “status” do atendimento passa a ser o de “deferido”;

8. Em relação à celeridade implementada pela ANS na notificação das operadoras, cumpre salientar que se trata de uma demanda do próprio mercado de saúde suplementar. Isso se deve à conclusão de que, quanto menor for o tempo entre a data de atendimento e a data em que a operadora tiver ciência do ocorrido, maior a probabilidade de obter os documentos comprobatórios para embasar a defesa administrativa e, conseqüentemente, de ter êxito nas suas alegações;

Por fim, convém apontar que, embora o Sistema Único de Saúde seja guiado pelo princípio da universalidade, não se pode permitir o uso da malha pública de saúde como complemento da rede assistencial das próprias operadoras. Portanto, cabe às operadoras de planos de saúde efetuar o ressarcimento aos cofres públicos da mesma maneira que realizariam o pagamento do atendimento caso ele fosse realizado em sua própria rede.

**Fonte:** IESS, em 17.02.2020