

RESSARCIMENTO - SUS

O Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu, esta semana, sobre a constitucionalidade do artigo 32, da Lei dos Planos de Saúde (9656/98), que trata sobre o ressarcimento ao SUS. **Em nota à CMB**, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) alegou que “entende que a medida é um importante instrumento regulatório que 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 aos zelar pelo fiel cumprimento dos seus contratos”.

A Legislação diz que serão ressarcidos todos os serviços de atendimento previstos nos contratos de planos privados de assistência à saúde que tenham sido prestados aos consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do SUS em todo o território nacional.

Para a CMB/Rede Saúde Filantrópica, no entanto, há uma disparidade nos valores pagos pelo ressarcimento, isto é, o hospital que faz o atendimento recebe o valor da Tabela SUS, mas quando a operadora de plano de saúde paga o ressarcimento é cobrado um valor de duas a três vezes superior ao que é pago pelo SUS. O pleito da CMB/RSF é que o ressarcimento pago pela operadora seja destinado ao hospital que prestou o serviço, ao invés de ir para o Fundo Nacional de Saúde, como ocorre atualmente.

A proposta foi apresentada ao deputado federal Vitor Lippi (PSDB-SP), que faz parte da Comissão Especial que analisa o PL 7419/2006, que altera as normas da Lei dos Planos de Saúde e deve voltar a se reunir após o carnaval. A Rede também sugeriu que as multas aplicadas pela ANS sejam limitadas a até cinco vezes o valor do atendimento, sendo o montante repassado ao Fundo Nacional de Saúde e não seja contabilizado no caixa da ANS.

O deputado Vitor Lippi buscou informações, especialmente junto ao segmento filantrópico de planos de saúde, para propor mudanças ao relatório da Comissão Especial. Juntamente com a CMB e a Rede Saúde Filantrópica, ele pretende chamar a atenção para a necessidade de um olhar diferenciado às operadoras filantrópicas.

Dados do ressarcimento
Segundo dados da ANS, de 2000, até outubro de 2017, já foram repassados ao SUS o total de R\$ 1,9 bilhão em ressarcimento. Os atendimentos a beneficiários de planos de saúde no sistema público no período totalizaram R\$ 7,53 bilhões, cujo valor cobrado pela reguladora foi de R\$ 3,09 bilhões. Desse valor, R\$ 2 bilhões (64,72%) foi pago ou parcelado pelas operadoras e R\$ 1,09 bilhão (35,28%) está pendente. Ainda no período, R\$ 880,78 milhões foram encaminhados pela ANS para a dívida ativa e R\$ 275,84 milhões estão judicializados ou em encaminhamento à dívida ativa.

Somente em 2017, o valor repassado pela agência reguladora foi de R\$ 458,81 milhões,

calculado até o fim de outubro. É o maior número desde a criação da ANS e representa um aumento de 46% em comparação ao valor repassado em 2016. A informação é apresentada na quarta edição do Boletim Informativo.

A ANS informou ainda que foi identificado um montante de R\$ 210.552.069,89 de ressarcimento devido pelo Setor Filantrópico de planos de saúde. Já foram cobrados R\$ 100.061.172,50, dos quais foram pagos R\$ 56.835.068,42.

O STF manteve ainda o entendimento de que os contratos firmados antes da Lei 9.656/98 não estão sujeitos à regulamentação prevista na legislação do setor.

Operadoras devem informar motivo das negativas

O STF também decidiu que as operadoras de planos de saúde devem fornecer informações aos consumidores nos casos de negativa de cobertura. O assunto, objeto de uma lei do Mato Grosso do Sul, já havia sido normatizado pela ANS pela Resolução Normativa 319, substituída, em 2016, pela RN 395.

De acordo com a RN 395, as operadoras devem “prestar imediatamente aos seus beneficiários as informações e orientações sobre o procedimento ou serviço assistencial solicitado, esclarecendo se há cobertura prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS ou no contrato”. Nas hipóteses em que não seja possível fornecer resposta imediata, as operadoras têm, em geral, prazo de até cinco dias úteis para responder diretamente aos beneficiários. Nas solicitações de procedimentos de alta complexidade (APAC) ou de atendimento em regime de internação eletiva, o prazo para resposta é de até dez dias úteis e, nos casos de solicitação de procedimentos ou serviços em que os prazos máximos para garantia de atendimento sejam inferiores a cinco dias úteis, a resposta da operadora ao beneficiário deverá se dar dentro do prazo previsto na RN nº 259, de 2011. Já para procedimentos de urgência e emergência, a resposta deve ser imediata. Caso a resposta apresentada negue a realização de procedimentos ou serviços solicitados, deve ser informado, no mesmo momento e detalhadamente, o motivo e o dispositivo legal que a justifique, devendo tais informações serem encaminhadas por escrito ao beneficiário em até 24h, se este solicitar.

**Com informações da ANS e do STF*