ANS amplia o ressarcimento com a cobrança de procedimentos de alta e média complexidade

Exames e terapias ambulatoriais de alta e média complexidade passarão a ter seus valores ressarcidos ao Sistema Único de Saúde (SUS). É a primeira vez que as operadoras deverão fazer reembolso por esse tipo de atendimento, que é identificado por meio da Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC). Com isso, a Agência prevê incremento de 149% no volume de procedimentos cobrados. O anúncio foi feito nesta sexta-feira (08/05) pelo ministro da Saúde, Arthur Chioro, e pela diretora-presidente substituta da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Martha Oliveira.

A medida integra o conjunto de ações do governo federal que objetivam o aprimoramento da cobrança do ressarcimento ao SUS. O cálculo será feito com base nas informações da APAC, que é um item necessário para a realização de determinados exames e terapias no SUS, e a cobrança será referente ao primeiro trimestre de 2014. Alguns exemplos são: quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, cateterismo cardíaco e cirurgia de catarata, entre outros.

Também a partir de agora a notificação dos valores a serem reembolsados pelas operadoras de planos de saúde passa a acontecer eletronicamente. Dessa forma, todos os documentos trocados entre as operadoras e a ANS nos processos de ressarcimento ao SUS devem ocorrer exclusivamente pelo Protocolo Eletrônico de Ressarcimento ao SUS (PERSUS), o que torna o processo mais ágil e mais barato, pois facilita a análise dos casos e elimina a troca de correspondências em papel.

Outra novidade é que passa a haver a cobrança de juros sobre os valores que devem ser reembolsados a partir da notificação enviada à operadora. Ou seja, o cálculo será feito com base no valor da data de registro da notificação pela Agência. Antes, a cobrança de juros era iniciada após o final do processo de avaliação da cobrança pelo ressarcimento. Essa é uma medida que visa evitar que as operadoras posterguem o pagamento e, dessa forma, induzir a adimplência junto ao Ministério da Saúde.

Nesse sentido, a ANS vem priorizando a inscrição das operadoras inadimplentes em dívida ativa. Até agora, o cálculo do ressarcimento era feito somente com base no registro de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que gerou, em 2014, R$ 393 milhões arrecadados e R$ 196 milhões encaminhados à Dívida Ativa.

DETALHAMENTO – A próxima cobrança do ressarcimento levará em consideração os registros de procedimentos de alta e média complexidade e internações realizados entre janeiro e março de 2014. Neste período, serão notificados 113.693 procedimentos com APAC e 76.258 internações de beneficiários de planos de saúde no SUS. De acordo com dados nacionais do primeiro trimestre de 2014, as internações correspondem a 40% do total de procedimentos que geram ressarcimento, e as APACs 60%. Em termos financeiros, isso significa uma estimativa de cobrança de R$ 173 milhões pelos exames e terapias de alta e média complexidade cobradas por APAC e R$ 181 milhões em autorizações de internações. Vale lembrar que durante o processo administrativo a operadora poderá apresentar defesa e contestar a cobrança.

De acordo com o levantamento da ANS, hemodiálise e quimioterapia são os procedimentos de alta e média complexidade mais realizados (36%). Considerando o valor, hemodiálise representa 41% do total cobrado e quimioterapia, 26%.

COMO FUNCIONA - No SUS, a realização de alguns procedimentos necessita de uma APAC. Essa autorização prévia, que é emitida pelas secretarias de saúde de estados e municípios, identifica o procedimento realizado e o preço a ser pago. Os dados da APAC integram o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do Ministério da Saúde, no qual são registrados os dados do usuário da rede pública de saúde, incluindo o número do Cartão SUS. O cruzamento dessa base de dados com as informações da ANS permite identificar beneficiários de planos de saúde que foram atendidos no SUS.

Após essa etapa, a ANS gera um Aviso de Beneficiário Identificado (ABI), que é enviado eletronicamente para a operadora, que tem até 10 dias para tomar ciência do caso e mais 30 para contestar a cobrança ou fazer o ressarcimento do valor identificado. Caso a empresa não se manifeste nesses prazos, ela terá mais 15 dias para efetuar o pagamento.

O ressarcimento ocorre quando consumidores dos planos de saúde são atendidos na rede pública. Os pagamentos efetuados para a agência reguladora são repassados ao Fundo Nacional de Saúde (FNS). Para que isso seja feito, a ANS identifica o paciente atendido pelo

sistema público e cruza as informações desse paciente com o banco de dados da agência reguladora, cujo cadastro de usuários é abastecido pelos planos de saúde. A partir da identificação de um usuário com plano de saúde que tenha sido atendido no SUS, a ANS notifica a operadora sobre os valores que devem ser ressarcidos e dá início a um processo administrativo em que a operadora poderá apresentar defesa e contestar a cobrança.

Na próxima semana, a ANS publicará uma Resolução Normativa com as novas regras do ressarcimento ao SUS e uma Instrução Normativa que a complementa.

Confira a apresentação feita durante a coletiva de imprensa .

Fonte: ANS , em 08.05.2015.