

# SAÚDE SUPLEMENTAR

coleção Para Entender a Gestão do SUS | 2011 volume **12**

ATUALIZAÇÃO  
JUNHO/2015

Copyright 2015 – 1ª Edição – Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e a autoria e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011 pode ser acessada, na íntegra, na biblioteca eletrônica do CONASS, [www.conass.org.br/biblioteca](http://www.conass.org.br/biblioteca).



SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE 2015

**AC** Francisco Armando Melo

**AL** Rozangela Wyszomirska

**AM** Wilson Duarte Alecrim

**AP** Pedro Rodrigues Gonçalves Leite

**BA** Fábio Vilas Boas

**CE** Henrique Jorge Javi de Sousa

**DF** João Batista de Sousa

**ES** Ricardo Oliveira

**GO** Leonardo Vilela

**MA** Marcos Pacheco

**MG** Fausto Pereira dos Santos

**MS** Nelson Barbosa Tavares

**MT** Marco Aurélio Bertúlio

**PA** Vítor Manuel Jesus Mateus

**PB** Roberta Abath

**PE** José Iran Costa Júnior

**PI** Francisco Costa

**PR** Michele Caputo Neto

**RJ** Felipe Peixoto

**RN** José Ricardo Lagreca

**RO** Willames Pimentel

**RR** Kalil Gibran Linhares Coelho

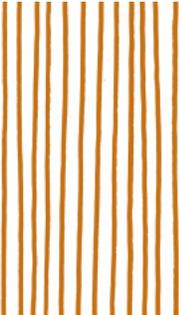
**RS** João Gabbardo dos Reis

**SC** João Paulo Kleinubing

**SE** José Macêdo Sobral

**SP** David Uip

**TO** Samuel Braga Bonilha



DIRETORIA CONASS - GESTÃO 2015/2016

PRESIDENTE

Wilson Duarte Alecrim (AM)

VICE-PRESIDENTES

**Região Centro-Oeste**

Marco Bertúlio (MT)

**Região Nordeste**

Fábio Vilas Boas (BA)

**Região Norte**

Francisco Armando Melo (AC)

**Região Sudeste**

Fausto Pereira (MG)

**Região Sul**

João Gabbardo (RS)

COMISSÃO FISCAL

Leonardo Vilela (SES/GO)

José Macedo Sobral (SES/SE)

Marcos Pacheco (SES/MA)

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

COORDENADORA DE NÚCLEOS

Rita de Cássia Bertão Cataneli

COORDENADOR DE DESENVOLVIMENTO

INSTITUCIONAL

Ricardo F. Scotti



ATUALIZAÇÃO DO LIVRO  
René Santos

REVISÃO TÉCNICA  
René Santos

REVISÃO ORTOGRÁFICA  
Sem Fronteira Idiomas

EDIÇÃO  
Adriane Cruz  
Tatiana Rosa

PROJETO GRÁFICO  
Fernanda Goulart

DESIGNER ASSISTENTE  
Thales Amorim

DIAGRAMAÇÃO  
Marcus Carvalho

# SUMÁRIO



- 6** Introdução
- 7** O mercado de Saúde Suplementar
- 12** As ações da Agência Nacional de Saúde Suplementar
- 20** Bibliografia consultada

## Introdução

O sistema de saúde brasileiro é composto pelo setor público e pelo setor privado. O público que consiste no Sistema Único de Saúde (SUS), o privado constituído pela Saúde Suplementar e o liberal clássico composto por serviços particulares autônomos.

No Brasil constitucionalmente a saúde constitui um direito e o sistema público de saúde, o SUS constitui um sistema universal. Acompanhar como funciona e as informações sobre a saúde suplementar pode ser importante subsídio para a definição do planejamento e de estratégias para a efetivação do SUS.

Na tabela abaixo temos o comparativo dos gastos em saúde pública no Brasil em relação a outros países e podemos observar que o gasto público em saúde em relação ao gasto total é inferior ao gasto privado, o que de certa forma pode ser entendido como incoerência para um país que define constitucionalmente a saúde como direito universal.

**Tabela 1** PERCENTUAL DO GASTO PÚBLICO EM RELAÇÃO AO GASTO TOTAL EM SAÚDE EM PAÍSES SELECIONADOS, 2011

PAÍS	%
Cuba	94,7
Reino Unido	82,8
Suécia	81,6
Itália	77,8
França	76,8
Alemanha	76,5
Costa Rica	74,7
Espanha	73,0
Canadá	70,4
Argentina	66,5
Portugal	65,0
México	50,3
Chile	48,4
Estados Unidos	47,8
<b>Brasil</b>	<b>45,7</b>

Fonte: World Health Statistics/WHO (2014).

Por outro lado observa-se, nos últimos anos, crescimento significativo do mercado de saúde suplementar. Atualmente são 50,9 milhões de consumidores com plano de assistência médica.

Atuam no país 1.433 operadoras, 928 médico-hospitalares; 383 exclusivamente odontológicas e 122 administradoras de benefícios. No total são 51.963 planos de assistência médica e 4.561 exclusivamente odontológicos.

Em 2013, os planos privados de saúde realizaram 51,8 milhões de terapias, 262,2 milhões de consultas médicas; 8 milhões de internações e 709,2 milhões de exames complementares. Em 2014, no primeiro semestre, os planos privados de saúde realizaram 26,8 milhões de terapias; 133,6 milhões de consultas médicas; 3,8 milhões de internações; e 565,7 milhões de exames complementares.

A regulação desse mercado está a cargo da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que atua na normatização, no controle e na fiscalização do setor.

Um dos aspectos que envolvem o setor de Saúde Suplementar refere-se à questão da obrigatoriedade do ressarcimento dos serviços de atendimento à saúde previstos nos contratos, prestados aos consumidores dos Planos de Saúde e respectivos dependentes, em instituições públicas e privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do SUS.

A presente atualização traz informações mais recentes sobre o mercado de saúde suplementar no país, as principais ações da ANS e o ressarcimento ao SUS.

## **1. O MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

Em junho de 2014 o Brasil alcançou o número de 50,9 milhões de vínculos de beneficiários de planos de assistência médica.

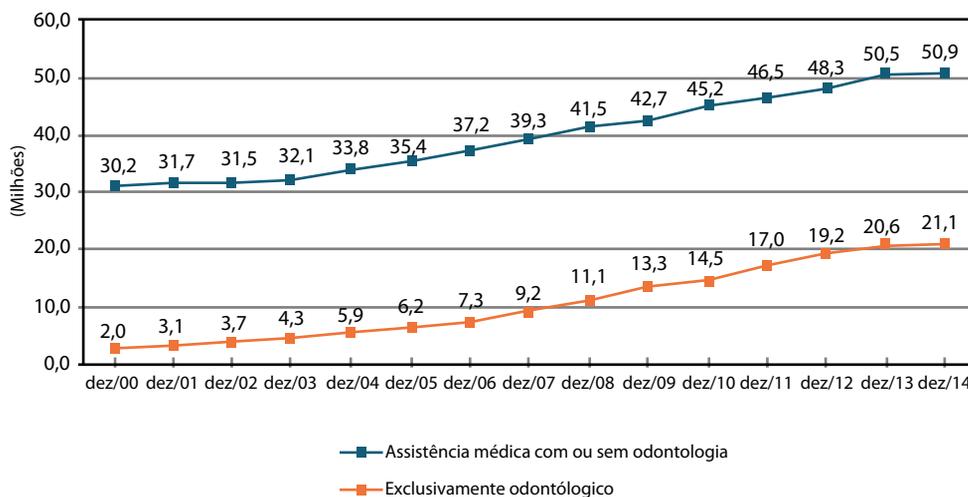
**Tabela 2** BENEFICIÁRIOS DE PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE POR COBERTURA ASSISTENCIAL DO PLANO (BRASIL, 2000-2014)

Data	Assistência médica com ou sem odontologia	Exclusivamente odontológico
dez/00	31.161.481	2.603.001
dez/01	31.727.080	3.062.681
dez/02	31.513.309	3.677.782
dez/03	32.074.667	4.325.568
dez/04	33.840.716	5.312.915
dez/05	35.441.349	6.204.404
dez/06	37.248.388	7.349.643
dez/07	39.316.313	9.164.386
dez/08	41.468.019	11.061.362
dez/09	42.706.147	13.280.371
dez/10	45.175.151	14.545.246
dez/11	46.517.113	17.003.648
dez/12	48.278.725	19.169.961
dez/13	50.464.395	20.643.993
jun/14	50.930.043	21.078.384

Fonte: Caderno de Saúde Suplementar - setembro/2014

Notas: 1. O termo "beneficiário" refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo. 2. Dados preliminares, sujeitos a revisão.

**Gráfico 1** BENEFICIÁRIOS DE PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE POR COBERTURA ASSISTENCIAL DO PLANO (BRASIL - 200-2014)



Fonte: Caderno de Saúde Suplementar - setembro/2014

Dos 50,9 milhões de beneficiários de planos de assistência médica, 40,2 milhões estão vinculados a planos de contratação coletiva, na sua maioria empresariais (33,5 milhões).

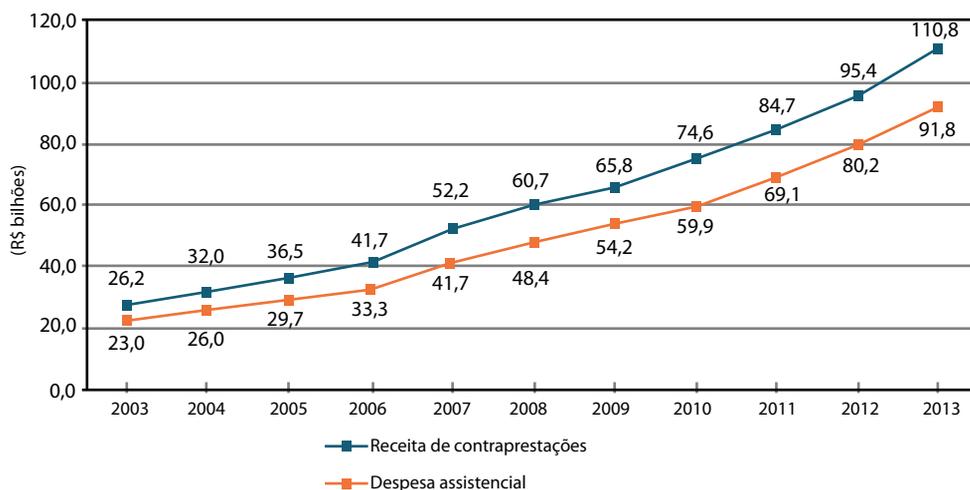
**Tabela 3** BENEFICIÁRIOS DE PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE POR TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO, SEGUNDO COBERTURA ASSISTENCIAL DO PLANO (BRASIL, JUNHO/2013-JUNHO/2014)

Cobertura assistencial do plano	Total	Coletivo				Individual	Não informado
		Total	Empresarial	Por adesão	Não Identificado		
Assistência médica com ou sem odontologia							
jun/13	49.098.178	38.554.745	32.009.975	6.530.067	14.703	9.958.690	584.743
set/13	49.914.603	39.297.537	32.703.782	6.578.397	15.358	10.051.919	565.147
dez/13	50.464.395	39.789.118	33.131.608	6.642.355	15.155	10.133.379	541.896
mar/14	50.674.174	40.002.346	33.281.463	6.705.889	14.994	10.149.355	522.473
jun/14	50.930.043	40.203.521	33.457.308	6.731.265	14.948	10.224.036	502.486
Exclusivamente odontológico							
jun/13	19.446.190	16.028.630	13.938.426	1.983.343	106.861	3.313.953	103.607
set/13	20.075.330	16.483.786	14.470.369	1.906.227	107.190	3.491.038	100.506
dez/13	20.643.993	16.855.714	14.870.179	1.879.822	105.713	3.694.441	93.838
mar/14	20.749.073	16.936.626	14.970.286	1.860.375	105.965	3.731.541	80.906
jun/14	21.078.384	17.033.577	15.151.387	1.776.694	105.496	3.966.355	78.452

Fonte: Caderno de Saúde Suplementar - setembro/2014

O Gráfico 2 apresenta a receita de contraprestações e a despesa assistencial das operadoras médico-hospitalares no período 2003 a 2013.

**Gráfico 2 RECEITA DE CONTRAPRESTAÇÕES E DESPESA ASSISTENCIAL DAS OPERADORAS MÉDICO-HOSPITALARES (BRASIL - 2003-2013)**



Fonte: Caderno de Saúde Suplementar - setembro/2014

A contraprestação pecuniária significa o pagamento de uma importância pelo contratante de plano de saúde a uma operadora para garantir a prestação continuada de serviços contratados. As despesas da operadora correspondem à soma das despesas informadas pelas operadoras a ANS e se dividem em despesas administrativas e assistenciais.

**Tabela 4 DESPESA DAS OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE, POR TIPO, SEGUNDO MODALIDADE DA OPERADORA (BRASIL - 2013)**

Modalidade da operadora	Total	Despesa assistencial	Despesa administrativa
Total	106.590.594.888	91.849.584.284	14.741.010.604
Operadoras médico-hospitalares	104.781.194.853	90.721.613.683	14.059.581.170
Autogestão (1)	12.915.106.176	11.283.610.525	1.631.495.651
Cooperativa médica	36.756.903.039	31.702.745.770	5.054.157.269
Filantropia	3.545.288.091	1.892.133.679	1.653.154.412
Medicina de grupo	30.205.793.615	25.997.120.213	4.208.673.402
Seguradora especializada em saúde	21.358.109.932	19.846.003.496	1.512.100.436
Operadoras exclusivamente odontológicas	1.809.400.035	1.127.970.601	681.429.434
Cooperativa odontológica	521.136.887	333.653.818	187.483.059
Odontologia de grupo	1.288.263.158	794.316.783	493.946.375

Fonte: Caderno de Saúde Suplementar - setembro/2014

Notas: Dados preliminares, sujeitos a revisão. (\*) Não inclui despesas de autogestões por RH (Recursos Humanos), não obrigatórias a enviar informações financeiras.

A Taxa de Cobertura Assistencial por Plano de Saúde por Unidade de Federação pode ser observada na tabela 5, sendo de 26,3% em termos Brasil, variando de 11,8% na Região Norte a 39,4% na Região Sudeste. A maior cobertura por estado é de 45,6% no estado de São Paulo e a menor de 6,0% no estado do Acre.

**Tabela 5 TAXA DE COBERTURA POR COBERTURA ASSISTENCIAL DO PLANO E LOCALIZAÇÃO, SEGUNDO GRANDES REGIÕES E UNIDADES DA FEDERAÇÃO (BRASIL - JUNHO/2014)**

Grandes Regiões e Unidades da Federação	Assistência médica com ou sem odontologia				Exclusivamente odontológico			
	Unidade da Federação	Capital	Região Metropolitana da Capital	Interior	Unidade da Federação	Capital	Região Metropolitana da Capital	Interior
<b>Brasil</b>	<b>26,3</b>	<b>46,0</b>	<b>40,0</b>	<b>20,1</b>	<b>10,9</b>	<b>21,8</b>	<b>18,9</b>	<b>7,5</b>
<b>Norte</b>	<b>11,8</b>	<b>26,9</b>	<b>25,9</b>	<b>5,2</b>	<b>6,0</b>	<b>15,0</b>	<b>15,8</b>	<b>2,0</b>
Rondônia	11,6	26,0	-	6,1	4,8	10,3	-	2,7
Acre	6,0	11,2	-	1,6	1,5	2,9	-	0,3
Amazonas	17,7	33,1	28,5	1,1	12,1	22,7	19,6	0,8
Roraima	7,9	12,2	-	0,5	1,4	2,1	-	0,2
Pará	11,0	30,3	26,5	6,7	4,8	15,5	14,2	2,5
Amapá	10,4	14,7	13,1	4,1	4,9	6,6	6,2	2,4
Tocantins	7,2	21,8	-	4,2	2,9	8,7	-	1,7
<b>Nordeste</b>	<b>12,7</b>	<b>34,6</b>	<b>28,5</b>	<b>6,6</b>	<b>7,7</b>	<b>21,1</b>	<b>18,1</b>	<b>4,0</b>
Maranhão	7,3	32,6	24,8	2,7	2,8	12,1	9,3	1,1
Piauí	8,3	24,7	20,7	2,5	2,1	6,7	5,6	0,4
Ceará	14,5	38,2	30,6	4,9	8,9	23,3	19,3	2,9
Rio Grande do Norte	14,1	34,4	24,9	7,2	9,3	22,5	16,3	4,9
Paraíba	11,3	32,3	23,9	6,3	5,2	17,4	13,4	2,3
Pernambuco	16,9	44,4	31,9	11,1	8,6	21,3	17,8	6,0
Alagoas	14,6	32,3	27,7	7,0	10,3	20,5	17,7	5,9
Sergipe	15,2	40,1	30,9	5,7	10,0	24,5	20,5	4,4
Bahia	11,6	30,0	29,0	7,3	9,5	27,0	25,8	5,3
<b>Sudeste</b>	<b>39,4</b>	<b>59,1</b>	<b>49,4</b>	<b>32,7</b>	<b>15,0</b>	<b>23,2</b>	<b>20,2</b>	<b>12,2</b>
Minas Gerais	27,6	55,7	44,6	23,7	8,2	21,2	17,1	6,5
Espírito Santo	32,2	69,7	46,6	28,3	11,3	26,1	17,7	9,7
Rio de Janeiro	39,2	56,4	43,7	28,0	18,7	25,4	20,8	14,4
São Paulo	45,6	61,0	54,3	39,9	17,0	22,2	20,7	15,0
<b>Sul</b>	<b>25,4</b>	<b>53,8</b>	<b>39,9</b>	<b>21,2</b>	<b>7,8</b>	<b>25,2</b>	<b>17,0</b>	<b>5,2</b>
Paraná	26,8	58,5	44,0	20,4	10,6	36,0	26,1	5,5
Santa Catarina	23,1	44,1	33,6	21,6	6,2	15,0	11,1	5,5
Rio Grande do Sul	25,4	50,7	38,1	21,6	6,0	14,8	11,0	4,7

<b>Centro-Oeste</b>	<b>20,7</b>	<b>33,2</b>	<b>27,2</b>	<b>13,3</b>	<b>10,9</b>	<b>21,9</b>	<b>18,7</b>	<b>4,4</b>
Mato Grosso do Sul	20,3	27,5	-	16,9	4,1	5,8	-	3,4
Mato Grosso	16,9	39,7	32,9	11,8	3,6	7,8	7,3	2,7
Goiás	17,2	33,4	20,6	12,7	8,5	18,9	11,2	5,6
Distrito Federal	33,5	33,5	33,5	-	31,3	31,3	31,3	-

Fonte: Caderno de Saúde Suplementar - setembro/2014

## 2. AS AÇÕES DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

A Agência Nacional de Saúde Suplementar consiste na agência reguladora do Governo Federal vinculada ao Ministério da Saúde por meio de Contrato de Gestão que atua em todo o Território Nacional na regulação, na normatização, no controle e na fiscalização do setor de planos privados de assistência à saúde.

Foi criada em 2000 por meio da Lei n. 9961 que junto com a Lei n. 9656 de 1998, que dispõe sobre a regulamentação dos planos e seguros privados de assistência à saúde, constitui o Marco Regulatório do setor.

A ANS definiu a partir de 2011 uma Agenda Regulatória.

A Agenda do biênio 2013/2014 priorizou 36 projetos organizados em sete eixos: (I) garantia de acesso e qualidade assistencial; (II) sustentabilidade do setor; (III) relacionamento entre operadoras e prestadores; (IV) incentivo à concorrência; (V) garantia do acesso à informação; (VI) integração da Saúde Suplementar com o SUS; e (VII) governança regulatória.

### ***Garantia de Acesso e Qualidade Assistencial***

Visa assegurar a qualidade do cuidado e o acesso oportuno e adequado aos serviços de saúde contratados.

#### **Projetos**

- Promover o acompanhamento da Dispersão de Rede e Garantia de Acesso.
- Qualificar a entrada do beneficiário no plano: implementar nova política de tratamento para o ato de contratação, quando da existência doença ou lesão prévia ao contrato.
- Estudar e incentivar a adoção, pelas operadoras de planos de saúde, de modelo assistencial centrado no Plano de Cuidado.
- Estudar alternativas para permitir/estimular o incentivo nas ações de promoção e prevenção.
- Implantar o programa QUALISS de divulgação e de monitoramento da qualidade dos prestadores.

## Sustentabilidade do Setor

Busca o equilíbrio econômico-financeiro do setor e a qualificação da gestão das operadoras de planos de saúde.

### Projetos

- Desenvolver estudos sobre a implantação dos princípios de Governança Corporativa no setor.
- Desenvolver estudos sobre o impacto atual da regulação prudencial no setor e sobre modelos alternativos.
- Programa de incentivo a investimento em rede no setor de saúde suplementar.
- Aprofundar estudos sobre modelos de reajustes para planos individuais.
- Desenvolver estudos sobre mecanismos de transferência e compartilhamento de riscos e de rede.
- Elaborar proposta de mapeamento da cadeia produtiva para as Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPMEs mais frequentes e estudar alternativas regulatórias.

## Relacionamento entre operadoras e prestadores

Visa minimizar conflitos no relacionamento entre operadoras e prestadores, resultando em maior qualidade na assistência.

### Projetos

- Avaliar e divulgar novas Sistemáticas de Remuneração de Hospitais que atuam na Saúde Suplementar.
- Desenvolver metodologia de hierarquização de procedimentos.
- Aperfeiçoar as regras para o relacionamento entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços e profissionais de saúde.

## Incentivo à concorrência

Foco na estrutura concorrencial e produtiva da Saúde Suplementar, de forma a gerar maior eficiência no setor.

### Projetos

- Desenvolver estudos sobre a estrutura produtiva do setor.
- Aprimorar e aprofundar os estudos sobre mercados relevantes.

- Avançar na Portabilidade de Carências para planos coletivos, empresariais.
- Analisar eventuais práticas concorrenciais predatórias.

## **Garantia de acesso à informação**

Visa fortalecer a capacidade de escolha do consumidor e a qualificação da relação entre operadoras e beneficiários.

### **Projetos**

- Munir o beneficiário com informações sobre saúde e direitos, assistenciais, com ênfase na utilização das diretrizes clínicas.
- Disponibilizar as informações de contratos e documentos correlatos relativos aos beneficiários.
- Perseverar na consolidação e compilação dos atos normativos da ANS.
- Racionalizar os indicadores de qualidade, tornando-os mais objetivos para os consumidores.
- Sistematizar e publicizar os critérios de acompanhamento da regulação do setor.
- Modelo de Fiscalização Coletiva.

## **Integração da Saúde Suplementar ao SUS**

Tem por objetivo aperfeiçoar o processo de ressarcimento ao SUS e promover a integração das informações de saúde, ampliando a efetividade do cuidado.

### **Projetos**

- Continuar o desenvolvimento do Registro Eletrônico em Saúde (RES).
- Aperfeiçoar o processo de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS).
- Divulgar informação sobre percentual de pagamento das Operadoras junto ao Ressarcimento ao SUS.
- Construir mapa de utilização do SUS por parte dos beneficiários, como instrumento de regulação das operadoras de planos de saúde.

## **Governança Regulatória**

Visa à melhoria da qualidade regulatória e o aprimoramento da gestão institucional da ANS.

## Projetos

- Implantar a análise de impacto regulatório e operacional na ANS.
- Ampliar a participação social.
- Aperfeiçoar a Carta de Serviços externa e implantar sua versão interna: gerando valor e confiança na instituição.
- Realizar estudos com vista à implantação da gestão de processos.
- Realizar estudos que subsidiem a gestão de projetos da ANS.
- Promover a gestão socioambiental sustentável.
- Dotar a ANS de metodologias que subsidiem a elaboração da Política de Gestão do Conhecimento.
- Estudar a consolidação da entrega de informações periódicas à ANS.

Segundo a ANS várias ações da Agenda Regulatória foram implantadas no período até 2014.

### *1 – MONITORAMENTO DAS OPERADORAS*

Os prazos máximos para atendimento de consultas, exame e internações foram regulamentados pela Resolução Normativa n. 259 de 2011, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde. Em novembro de 2014, a ANS passou a disponibilizar em seu portal painel que reúne diferentes informações relacionadas à qualidade das operadoras de planos de saúde e dos serviços que elas prestam com a finalidade de oferecer cada vez mais subsídios para o fortalecimento da capacidade de escolha do consumidor.

O **Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS)** foi implementado em 2004 e estabelecido em 2008 em Resolução Normativa da ANS. Consiste na avaliação sistemática de um conjunto de atributos com o objetivo de analisar o desempenho das empresas do setor. Todas as operadoras ativas e com beneficiários, ao longo dos 12 meses de 2013, foram avaliadas pelo programa. Foram analisados 30 indicadores, sendo 16 da dimensão Atenção à Saúde; 4 na dimensão econômico-financeira; 6 na dimensão estrutura e operação; e 3 na dimensão satisfação do beneficiário. Os resultados encontram-se no Relatório de Gestão 2013/2014 da ANS.

O **Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS INDICADORES)** consiste em um sistema de medição que avalia a qualidade dos prestadores de serviço por meio de indicadores que possuem validade, comparabilidade e capacidade de classificação dos resultados, possibilitando a comparação entre os diversos prestadores e a divulgação dos resultados para os consumidores.

## *2 – ACESSO E QUALIDADE ASSISTENCIAL*

Em abril de 2014, a Resolução Normativa n. 347 da ANS aperfeiçoou as regras para a obrigatoriedade de cobertura para a remoção de beneficiários de planos de saúde com segmentação hospitalar que já tenham cumprido o período de carência. Até então a legislação determinava que a remoção deveria ser feita, quando comprovadamente necessária, sem especificar as regras para isso.

Desde janeiro de 2014, os beneficiários de planos de saúde individuais e coletivos tiveram direito a mais 87 procedimentos e ampliação da indicação de outros 44, incluindo 37 medicamentos orais para tratamento de câncer para 54 indicações médicas e 50 novos exames, consultas e cirurgias; cobertura para tratamento de doenças genéticas e definição de 22 aspectos para o uso adequado de tecnologias de rastreamento e tratamento de 29 doenças genéticas, bem como a obrigatoriedade de fornecimento de bolsas coletoras intestinais e urinárias para pacientes ostomizados. Foram incluídas 28 cirurgias por videolaparoscopia, além de tratamento de dores crônicas nas costas, utilizando radiofrequência e tratamento de tumores neuroendócrinos por medicina nuclear.

A **Lei n. 12880 de 2013** incluiu entre as coberturas obrigatórias dos planos de assistência médica os tratamentos antineoplásicos de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, incluindo medicamentos para controle de efeitos adversos relacionados a tratamento e adjuvantes. Passaram a ser ofertados medicamentos para tratamento de tumores de grande prevalência entre a população, como estômago, fígado, intestino, rim, testículo, mama, útero e ovário. Em 12 de maio de 2014, entrou em vigor a **Resolução Normativa n. 349**, regulamentando a Lei n. 12880 de 2013, estabelecendo às operadoras a obrigatoriedade de fornecimento aos pacientes com câncer de medicamentos para controle dos efeitos colaterais e adjuvantes relacionados ao tratamento quimioterápico oral ou venoso.

Em atendimento a **RN n. 338/2013 foi instituído o Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde (COSAÚDE)**, por meio da IN n. 44/2014,

para análise das questões pertinentes a cobertura assistencial obrigatória a ser assegurada pelo Rol de Procedimentos e Eventos em saúde. O Grupo é formado por representantes da Câmara de Saúde Suplementar. O CONASS tem representante no COSAÚDE.

### **3. SUSTENTABILIDADE DO SETOR**

Em 2013 e 2014 entre as medidas adotadas destacam-se: a **regulamentação da Lei n. 13003 de 2014** com obrigações relativas à substituição de rede prestadora, comunicação ao beneficiário e regras de reajuste nos contratos entre operadores e prestadores; a primeira audiência pública da ANS sobre boas práticas na relação entre operadoras de planos e prestadores de serviços de saúde; os estudos sobre a implantação dos princípios de governança corporativa no setor.

### **4. INTEGRAÇÃO COM O SUS**

Entre as ações de 2014 nessa área têm-se a continuidade do processo de ressarcimento pelas operadoras ao SUS e a implementação do número do Cartão Nacional de Saúde para beneficiários de planos de saúde.

Quanto ao tema ressarcimento o mesmo será mais detalhado a seguir neste texto.

O envio do número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) pelas operadoras para a ANS, como um dos identificadores do beneficiário de plano de saúde, já constava em norma desde 2004, porém o fornecimento dessa informação era facultativo. Ao torná-lo obrigatório, por meio da RN n. 250/2011; RN n. 295/2012 e RN n. 303/2012 o objetivo consistiu em estabelecer um número que em conjunto com o número do Cadastro Nacional de Pessoa Física (CPF) da Receita Federal, permitisse a identificação unívoca do beneficiário do plano de saúde, o que pode representar um passo para o aumento da cobrança do ressarcimento.

### **5. FISCALIZAÇÃO E ARTICULAÇÃO SETORIAL**

Em 19 de março de 2014 entrou em vigor a RN n. 226 e desde então a Notificação de Investigação Preliminar (NIP) passou a ser procedimento de **Notificação de Intermediação Preliminar** que consiste em instrumento de mediação que visa à solução consensual de conflitos entre consumidores e

operadoras de planos privados de assistência à saúde. Todas as demandas de reclamação, não somente as de restrição ao acesso de cobertura assistencial, recebidas pela ANS, que o consumidor seja diretamente afetado e a situação seja passível de mediação, passaram a ser automaticamente tratadas no procedimento da NIP.

## **6. GARANTIA DE ACESSO A INFORMAÇÃO**

Em dezembro de 2014 a **RN n. 360** estabeleceu o conteúdo mínimo obrigatório a ser observado pelas operadoras para identificação unívoca de seus beneficiários, bem como sua disponibilização obrigatória de forma individualizada da identificação Padrão da Saúde Suplementar, em meio físico ou digital. A norma entrou em vigor em 1º de janeiro de 2015 e dá um prazo de 180 dias para o fornecimento do número do Cartão Nacional de Saúde para os seus beneficiários e de 12 meses para o fornecimento das informações contidas no padrão de identificação, seja em meio físico ou digital.

A **Troca de Informações na Saúde Suplementar (TISS)** foi estabelecida como padrão obrigatório para as trocas eletrônicas de dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos entre os agentes de Saúde Suplementar. O objetivo é padronizar as ações administrativas, subsidiar as ações de avaliação e acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras e compor o Registro Eletrônico de Saúde. O padrão TISS tem por diretriz a interoperabilidade entre os sistemas de informação em saúde da ANS e do Ministério da Saúde.

## **7. O RESSARCIMENTO AO SUS**

De acordo com o Art. 32 da Lei n. 9656/98 serão ressarcidos aos SUS 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.

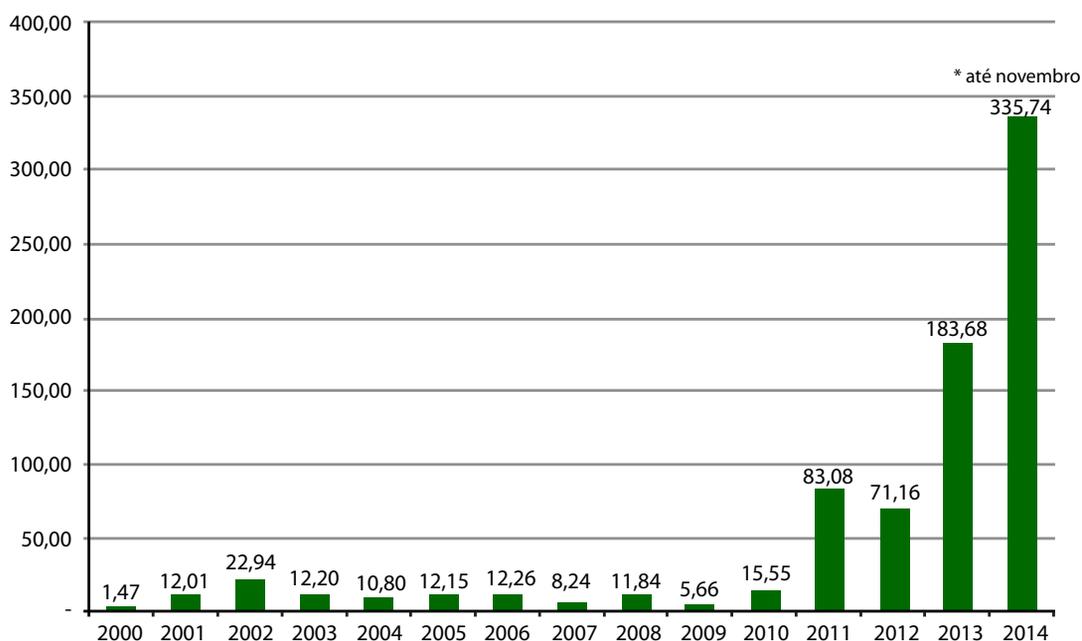
Para efetuar o ressarcimento ao SUS, é necessária a instauração de processo administrativo nos moldes do disposto da Lei n. 9784/1999, assegurado o direito ao contraditório e a ampla defesa das operadoras. O processo administrativo é instaurado após a ANS identificar os beneficiários de planos de saúde atendidos pelo SUS por meio do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e cruzar as informações destes com o Sistema

de Informações de Beneficiários da ANS (SIB/ANS). Com base na identificação dos beneficiários de planos de saúde, a ANS notifica as operadoras sobre os valores que devem ser ressarcidos ao SUS e cobra a devolução.

Caso as operadoras não paguem, a cobrança é encaminhada para inscrição em dívida ativa da ANS e no Cadastro Informativo de créditos não quitados do setor público federal (CADIN).

Em 2013 o ressarcimento ao SUS realizado pelas operadoras foi de R\$ 183 milhões.

**Gráfico 3** RECEITAS REALIZADAS 2000 A 2014 - VALOR (R\$ MILHÕES) - (RECEITAS TOTAIS ARRECADADAS NO PERÍODO)



Fonte: Agencia Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Em 2014 até o mês de novembro, R\$ 189,64 milhões foram encaminhados para a dívida ativa, e de 2011 a novembro de 2014 esse valor foi da ordem de R\$ 510,71 milhões, recursos que estão sendo cobrados via judicial pela União.

Conforme informado no portal da ANS a partir de 2015, terá início a cobrança das Autorizações para Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), da mesma forma que são cobradas as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH).

A partir de 6 de janeiro de 2015, os pedidos de impugnação e recurso encaminhados pelas operadoras à ANS nos processos de ressarcimento ao SUS deverão ocorrer exclusivamente por meio eletrônico. Para isso a ANS lançou o **Protocolo Eletrônico do Ressarcimento do SUS (PERSUS)**. O sistema *online* permite a tramitação digital dos documentos de impugnação e recurso dos processos de ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos de saúde.

### **BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

Brasil. Ministério da Saúde. ANS. Relatório de gestão 2013/2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. ANS. Caderno de Informação da Saúde Suplementar, setembro de 2014.