



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro
Assessoria Parlamentar

OFÍCIO Nº 4513/2020/ASPAR/GM/MS

Brasília, 17 de agosto de 2020.

A Sua Excelência a Senhora

SORAYA SANTOS

Deputada

Primeira-Secretária

Edifício Principal, sala 27

Câmara dos Deputados

70160-900 Brasília - DF

Assunto: Requerimento de Informação nº 813/2020 - Esclarecimentos sobre a derrubada da decisão que obrigava os planos de saúde a cobrirem os testes sotológicos para Covid-19.

Senhora Primeira-Secretária,

Em resposta ao **Ofício 1ª Sec/RI/E/nº 1363/2020**, referente ao **Requerimento de Informação nº 813, de 29 de julho de 2020**, encaminho as informações prestadas pela Entidade vinculada a este Ministério.

Atenciosamente,

EDUARDO PAZUELLO
Ministro de Estado da Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Eduardo Pazuello, Ministro de Estado da Saúde, Interino**, em 17/08/2020, às 14:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0016252259** e o código CRC **D6C7C3EC**.



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro
Assessoria Parlamentar

DESPACHO

ASPAR/GM/MS

Brasília, 17 de agosto de 2020.

Ao Gabinete do Ministro

Assunto: Requerimento de Informação nº 813/2020 - Esclarecimentos sobre a derrubada da decisão que obrigava os planos de saúde a cobrirem os testes sotológicos para Covid-19.

1. Trata-se do **Requerimento de Informação nº 813/2020** (0015785837), de autoria dos Deputados Federais Ivan Valente, David Miranda, Edmilson Rodrigues, Glauber Braga, Marcelo Fre, e das Deputadas Federais, Fernanda Melchionna, Áurea Carolina, Luiza Erundina, Sâmia Bomfim e Talíria Petrone, por meio do qual solicita informações, ao Ministro de Estado da Saúde, sobre a derrubada da decisão que obrigava os planos de saúde a cobrirem os testes sotológicos para Covid-19.

2. Em resposta, encaminhe-se, para ciência e atendimento à solicitação da Primeira Secretaria da Câmara dos Deputados (0016001947), o **Ofício nº 18/2020/GGRIN/GAB-PRESI/PRESI** (0016251915), elaborado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

LEONARDO BATISTA SILVA
Chefe da Assessoria Parlamentar



Documento assinado eletronicamente por **Leonardo Batista Silva, Chefe da Assessoria Parlamentar**, em 17/08/2020, às 13:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site
http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0016252000** e o código CRC **38D53746**.



SAUS Quadra 1, Bloco M, 7º andar , Brasília/DF, CEP 70070-935
Telefone: (61) 3213-3031/(61) 3031-3018 - <http://www.ans.gov.br>

Ao Excelentíssimo Senhor
Eduardo Pazuello
Ministro de Estado da Saúde
Esplanada dos Ministérios, Bloco G – 5º andar
70058-900 Brasília - DF

Ofício nº: 18/2020/ASPAR/GGRIN/GAB-PRESI/PRESI

Brasília, 29 de julho de 2020.

Assunto: Requerimento de Informações nº 813, de 2020.

Senhor Ministro da Saúde,

Cumprimentando-o cordialmente, reporto-me ao Ofício nº 3804/2020/ASPAR/GM/MS, de 16 de julho de 2020, por meio do qual a Assessoria Parlamentar desse r. Ministério da Saúde, solicita análise e emissão de parecer acerca do Requerimento de Informações nº 813/2020, de autoria do Deputado Federal Ivan Valente e demais parlamentares da bancada do PSOL, que, por sua vez, requerem informações sobre “*a derrubada da decisão que obrigava os planos de saúde a cobrirem os testes sorológicos para Covid-19*”, apresentando para tanto 6 (seis) questionamentos.

Assim sendo, passa-se ao enfrentamento das questões elencadas pelo ilustre parlamentar, no que compete à esta Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

1) Quais foram os estudos e pareceres que embasaram o posicionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar a recorrer para derrubar a liminar que obrigava os planos de saúde a cobrirem os testes sorológicos para Covid-19? Encaminhar cópia integral do referido processo.

Inicialmente, torna-se oportuno esclarecer que a ANS foi criada pela Lei 9.961/2000, tendo por finalidade promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, de forma a contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

O art. 4º, inciso III da Lei 9.961/2000, que criou a ANS, estabelece que compete a esta Agência definir o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a cobertura mínima obrigatória a ser oferecida nos planos de saúde contratados após a vigência da Lei 9.656/98 ou a ela adaptados.

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde encontra-se atualmente disposto na RN nº 428/2017, vigente desde 02/01/2018. A referida norma regulamenta a cobertura assistencial a ser garantida pelas operadoras de planos de saúde, trazendo, em seu Anexo I, o Rol de Procedimentos e, no Anexo II, as Diretrizes de Utilização que definem as regras de cobertura de determinados procedimentos.

Com a publicação da Portaria nº 188/GM/MS, pelo Ministério da Saúde, que declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV), a ANS, como uma das medidas de enfrentamento à citada pandemia, incluiu o teste diagnóstico SARS-COV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19) - PESQUISA POR RT - PCR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) no rol de procedimentos vigente, por meio da RN nº 453/2020, de 12 de março de 2020, publicada, no DOU, em 13 de março de 2020.

Portanto, a partir da publicação da citada resolução normativa, o referido exame passou a ter cobertura obrigatória, para os planos regulamentados pela Lei nº 9656/1998, com segmentação ambulatorial e hospitalar com ou sem obstetrícia e plano referência, desde que atendida a sua diretriz de utilização, descrita no item 126, incluído no Anexo II, da RN 428/2017.

Adicionalmente, por meio da publicação da RN nº 457/2020, de 28 de maio de 2020, a ANS incluiu mais seis exames que auxiliam no diagnóstico e tratamento do novo Coronavírus na lista de coberturas obrigatórias dos planos de saúde: PROCALCITONINA, DOSAGEM; PESQUISA RÁPIDA PARA INFLUENZA A e B; PESQUISA RÁPIDA PARA VÍRUS SINICIAL RESPIRATÓRIO; e PCR EM TEMPO REAL PARA INFLUENZA A e B, que passaram a integrar a cobertura obrigatória, atendidas as diretrizes de utilização 127, 128, 129, 130 e 131, constantes no anexo II da RN 428/2017.

Essas incorporações buscaram ampliar as possibilidades de diagnóstico e tratamento da COVID-19, especialmente em pacientes graves com quadro suspeito ou confirmado, e estão alinhadas às diretrizes e protocolos do Ministério da Saúde para manejo da doença. Dessa forma, auxiliam no diagnóstico diferencial e no acompanhamento de situações clínicas que podem representar grande gravidade, como por exemplo, a presença de um quadro trombótico ou de uma infecção bacteriana causada pelo vírus.

Dito isto, esclarecemos que o atendimento ao beneficiário com suspeita ou confirmação de infecção por Coronavírus 2019 (COVID-19) já se encontrava contemplado no rol de procedimentos vigente, mesmo antes da edição da RN nº 453/2020, por meio de diversos procedimentos, como CONSULTA MÉDICA em todas as especialidades reconhecidas pelo CFM, em consultórios, ambulatórios e serviços de pronto atendimento, INTERNAÇÃO, em leitos comuns e de UTI, em número ilimitado de dias, REEDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA, em número ilimitado de sessões, dentre outros diversos tratamentos necessários ao manejo das diferentes condições clínicas que cada paciente possa apresentar.

Sendo assim, a inclusão do teste diagnóstico para a detecção do SARS-COV-2 e demais testes auxiliares ao diagnóstico e tratamento do novo coronavírus vieram em complemento à ampla assistência a que os beneficiários de planos de saúde já tinham acesso para tratar a infecção por COVID-19.

No que diz respeito aos testes sorológicos (IgA, IgM e IgG) para detecção da infecção pelo SARS-Cov2, importante informar que por força de decisão judicial proferida nos autos da Ação Civil Pública nº 0810140-15.2020.4.05.8300 e após deliberação da Diretoria Colegiada da ANS, em sua 529ª reunião ordinária, realizada em 25/06/2020, foi publicada no Diário Oficial da União, em 29/06/2020, a Resolução Normativa - RN nº 458, de 26 de junho de 2020.

A partir da referida data de publicação da RN em DOU, em 29/06/2020, o procedimento SARS-COV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19) - PESQUISA DE ANTICORPOS IGA, IGG OU IGM (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) foi incorporado ao rol e passou a ser de cobertura obrigatória pelos planos de saúde regulamentados, nas segmentações ambulatorial, hospitalar (com ou sem obstetrícia) e no plano de referência, uma vez indicado pelo médico assistente do beneficiário, desde que atendida a Diretriz de Utilização - DUT nº 132, do Anexo II, da RN 428/2017.

Todavia, a ANS entende que eventuais medidas que modifiquem as regras de cobertura devam ser regulamentadas pela própria Agência. Nesse sentido, propostas de incorporações de novas tecnologias em saúde e/ou atualizações da cobertura assistencial mínima obrigatória vigente no âmbito da Saúde Suplementar não podem prescindir de rigorosas análises no contexto da saúde suplementar da sua viabilidade, efetividade, capacidade instalada, bem como de um debate amplo e democrático com todos os atores da Saúde Suplementar.

Neste sentido, a ANS interpôs recurso à decisão judicial proferida nos autos da Ação Civil Pública nº 0810140-15.2020.4.05.8300. Após análise, o Tribunal Regional Federal da 5ª Região emitiu decisão suspendendo os efeitos da medida cautelar que determinou a inclusão dos testes sorológicos para COVID-19 no Rol. Em sequência, a Diretoria Colegiada da ANS, em sua 530ª reunião ordinária, realizada em 16 de junho de 2020, cujo extrato de ata encontra-se publicado no Diário Oficial da União de 17/07/2020, decidiu suspender os efeitos da RN nº 458/2020.

Sendo assim, a partir da data da publicação do extrato da ata de reunião em DOU, em 17/07/2020, está suspensa a obrigatoriedade de cobertura ao exame SARS-COV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19) - PESQUISA DE ANTICORPOS IGA, IGG OU IGM (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO), até nova deliberação da Diretoria Colegiada.

É importante deixar claro que os testes sorológicos para detecção de anticorpos relacionados ao novo Coronavírus já vinham sendo objeto de discussões internas da Agência Reguladora, a fim de se avaliar a possibilidade ou não de sua inclusão no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde com cobertura obrigatória, contudo, ainda pairavam dúvidas técnicas sobre o tema.

A ANS informa que está atenta ao cenário de evolução da pandemia pelo coronavírus e tem tomado ações no sentido de garantir tanto a assistência aos beneficiários de planos de saúde como a sustentabilidade do setor, assim como alinhamento com as políticas nacionais de saúde. Neste sentido, as discussões para fins de incorporação ou não dos referidos procedimentos continuam no âmbito da Agência Reguladora.

Nesse sentido, informamos que ANS realizou no último dia 24 de julho, a "Audiência Pública - Debate acerca dos testes sorológicos que detectam a presença de anticorpos produzidos pelo organismo após exposição ao Coronavírus", com vistas a assegurar ampla participação social no debate sobre o tema, cujas contribuições irão subsidiar o processo decisório relativo à incorporação dos citados testes sorológicos.

2) Que medidas a Agência Nacional de Saúde Suplementar adotou para assegurar o atendimento dos consumidores de planos de saúde desde janeiro de 2020?

Diante da situação de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 30 de janeiro de 2020, e de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional declarada pelo Ministério da Saúde em 3 de fevereiro de 2020 (Portaria nº 188), referente ao surto da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19), a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vem discutindo com o setor de planos de saúde medidas para enfrentamento da pandemia.

Nesse momento, as seguintes medidas já foram adotadas:

- Cobertura obrigatória para o exame de detecção da Covid-19 (a partir de 13/03);
- Cobertura obrigatória para tratamento da doença, segundo segmentação do plano;
- Prorrogação de prazos máximos de atendimento, priorizando casos de Covid-19;
- Orientação para realização de atendimento à distância para diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças;
- Orientação para disponibilização de canais de atendimento específicos para esclarecimentos e informações sobre a doença;
- Prorrogação de prazos de obrigações das operadoras;
- Flexibilização de Normas Prudenciais;
- Medidas temporárias no âmbito da fiscalização;
- Concessão de incentivos regulatórios mediante contrapartidas (renegociação de contratos e pagamento de prestadores).

Além das medidas já citadas, outras podem ser acessadas por meio do link: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/coronavirus-covid-19>

3) Quantos consumidores deixaram de ser atendidos pelos planos de saúde desde janeiro de 2020? Quantas pessoas diagnosticadas com coronavírus e que possuíam plano de saúde foram atendidos pelo Sistema Único de Saúde e qual o custo estimado deste atendimento?

No que diz respeito à atuação fiscalizatória desta Agência Reguladora, destaca-se que desde o começo de março, passou a fazer relatórios diários sobre a pandemia do Coronavírus, tendo-se por base dados coletados no âmbito do registro de reclamações.

Para tanto, mostrou-se necessária a utilização de marcadores específicos relativos ao COVID 19, cujo acompanhamento pode ser acessado pelo link <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNTMzYjNmZDQtOC00ZTFmLWJhNzUtNjdIM2fKmjZjMGJmlwidCI6ljlkYmE0ODbjLTrmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1Zj9>

De acordo com o que se verifica quando acessado o painel, as reclamações referentes à pandemia do coronavírus são classificadas em 8 tipos, conforme abaixo, que podem ser classificadas em três grandes grupos, de acordo com o impacto direto ou indireto causado pela pandemia:

GRUPO 1 - IMPACTO DIRETO:

- a) negativa de cobertura para o exame; 2. sem requisitos para realização do exame, conforme diretriz de utilização definida pela RN nº 453/2020; e 3. ausência de rede para realização do exame: reclamações diretamente relacionadas à pandemia do coronavírus, quando o beneficiário encontrou dificuldades na realização do teste de detecção da COVID-19, incluído como cobertura obrigatório no rol de procedimentos a partir da edição da RN nº 453/2020;
- b) 4. negativa de cobertura para tratamento ou internação; 5. ausência de rede para tratamento ou internação: reclamações diretamente relacionadas à pandemia do coronavírus, quando o beneficiário encontrou dificuldades para internação ou tratamento em casos de suspeita/confirmação de infecção pelo novo coronavírus;

GRUPO 2 - IMPACTO INDIRETO:

- c) 6. dificuldades de acessos não relacionados ao coronavírus: reclamações indiretamente relacionadas à pandemia do coronavírus, nos casos em que o beneficiário teve dificuldade de acesso à consultas em razão da situação imposta pelo problema ora enfrentado;

OUTROS:

- d) 7. outras questões: classificação residual de demandas assistenciais;
- e) 8. demandas não assistenciais: reclamações que tiveram como referência outras temas que não a garantia de cobertura assistencial, mas em que o beneficiário foi diretamente afetado pela conduta e a situação seja passível de intermediação.

Tal painel permite o acompanhamento mais próximo acerca da atuação das operadoras de planos de saúde em tempos de pandemia. É **atualizado diariamente**. Pode ser acessado por qualquer cidadão, haja vista que o link disponibilizado é público. Os relatos das demandas, que contêm informações pessoais de beneficiários ficam registrados em outro local, para atendimento às regras de sigilo impostas pela legislação.

As reclamações em questão são recepcionadas pelos canais de atendimento desta Agência, quais sejam: site da ANS, através da ferramenta "Fale Conosco" (www.ans.gov.br); o Disque ANS, por meio do número 0800 701 9656, o qual funciona de segunda à sexta, das 8h às 20h, exceto feriados nacionais. Além disso, visando à acessibilidade, há atendimento para deficientes auditivos através do número 0800 021 2105.

Com relação à quantidade de pessoas diagnosticadas com coronavírus e que possuíam plano de saúde foram atendidos pelo SUS e o custo estimado deste atendimento, esse ponto será devidamente enfrentado no próximo questionamento.

4) Qual o montante devido pelos planos de saúde ao Sistema Único de Saúde e quanto foi pago desde janeiro de 2019? Que medidas a Agência Nacional de Saúde Suplementar adotou para efetivar essa cobrança?

I - DO PROCESSO DE RESSARCIMENTO AO SUS

A – DA COMPETÊNCIA DA ANS E FINALIDADE DO RESSARCIMENTO AO SUS

De acordo com o que preceitua o artigo 32 da Lei nº 9.656/98, serão resarcidos 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.

A partir da elaboração da Lei 9.961/2000, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar, autarquia federal que tem por finalidade a regulamentação do mercado de saúde suplementar, em defesa do interesse público nas diversas relações entre os atores sociais.

Em razão das alterações legislativas promovidas pela Medida Provisória nº 2.177-44/2001 no referido artigo 32, da Lei 9.656/1998, a agência reguladora passou a realizar o procedimento de cobrança das operadoras.

A atividade de promover o ressarcimento ao SUS encontra-se inserida no contexto de regulação das relações privadas e de mediação dos impactos oriundos dessa interação no sistema público de saúde, de modo que seja concretizada a finalidade institucional da agência.

A importância do ressarcimento ao SUS reside na promoção da tutela preventiva dos beneficiários de planos de saúde, na medida em que desestimula o não cumprimento dos contratos celebrados e impede o subsídio, ainda que indireto, de atividades lucrativas com recursos públicos.

Ressalte-se que, embora o Sistema Único de Saúde seja guiado pelo princípio da universalidade, nos termos do artigo 7º, inciso I, da Lei 8.080/90, não se pode permitir o uso da malha pública de saúde como complemento da rede assistencial das próprias operadoras.

Portanto, a atuação da agência reguladora tem sido essencial para que haja a harmonia e o equilíbrio no mercado de planos de saúde e na utilização da rede pública por beneficiários das operadoras, não consistindo o ressarcimento um financiamento ao SUS, mas sim um instrumento inerente à atividade-fim da ANS.

B – DO FLUXO DE TRABALHO: DINÂMICA DO RESSARCIMENTO AO SUS

O procedimento de ressarcimento ao SUS se inicia quando a ANS recebe do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) a base de dados com informações sobre os atendimentos ocorridos na rede pública/privada conveniada ao SUS e faz a conferência dessas informações com o seu Sistema de Informação de Beneficiários (SIB).

Em um primeiro momento, o ressarcimento abarcava apenas os procedimentos registrados por meio de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), passando, a partir do ano de 2015, a contemplar os atendimentos faturados por meio de Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC).

Após a mencionada conferência, uma vez identificado que consumidores de planos de saúde utilizaram os serviços do SUS, são encaminhadas notificações às operadoras, por meio de Aviso de Beneficiário Identificado (ABI), para efetuarem o pagamento dos valores apurados ou apresentarem defesa. Cada ABI refere-se a atendimentos ocorridos no SUS em um trimestre, havendo a abertura de um processo administrativo para cada operadora.

Nesse ponto, ressalte-se que o tempo compreendido entre a data do atendimento no SUS e o lançamento do ABI é superior a 1 ano, sendo necessário um período para que o DATASUS e a ANS possam processar e sanear as informações que serão, posteriormente, enviadas às operadoras.

Com isso, a agência reguladora publicou, em 02/03/2020, o 80º ABI, o qual notificou atendimentos ocorridos no SUS no último trimestre de 2018. Já em 25/05/2020, a ANS notificará as operadoras dos atendimentos de janeiro a março de 2019.

Ultrapassada a fase de notificação das operadoras, o procedimento de defesa instaurado no âmbito da ANS é composto por duas instâncias. A primeira é inaugurada com o protocolo de uma impugnação, em que a operadora poderá alegar o motivo pelo qual o ressarcimento não é devido. A segunda somente tem início se for apresentado um recurso contra a decisão anteriormente proferida.

Ressalte-se que nem todo beneficiário de plano de saúde atendido na rede pública dará ensejo ao ressarcimento ao SUS, tendo em vista a possibilidade de afastamento da obrigação das operadoras, como ocorre, por exemplo, nos seguintes casos: i) carência contratual; ii) atendimento fora da área de abrangência geográfica do contrato; iii) contrato anterior à Lei 9.656/1998 não regulado; iv) procedimento fora do rol de cobertura obrigatória; v) entre outras hipóteses. Além disso, é possível também que a operadora pleiteie a redução do valor notificado, alegando, para tanto, a existência de cláusula de coparticipação.

Em observância ao devido processo legal, com a apresentação de peças de insurgência, os servidores da autarquia verificam cada argumento formulado e examinam todos os documentos anexados, a fim de que se possa concluir pelo débito ou pela inexistência do dever de ressarcir.

De modo geral, ao longo do procedimento, podem ser emitidas Guias de Recolhimento da União (GRUs) referentes às seguintes categorias de atendimentos: i) atendimentos não impugnados; ii) atendimentos não recorridos; iii) atendimentos objeto de deferimento parcial; e iii) atendimentos cujos recursos foram indeferidos.

Caso a operadora não efetue o pagamento do valor devido, o débito será inscrito em Dívida Ativa e no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal (CADIN).

Ao final, todos os valores arrecadados pela agência reguladora são encaminhados ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), consoante determina o artigo 32, § 2º, da Lei nº 9.656/98, com redação dada pela Lei nº 12.469/11.

II - DO QUESTIONAMENTO FORMULADO NO REQUERIMENTO DE INFORMAÇÕES

No que se refere à efetiva cobrança do ressarcimento ao SUS - com a emissão da Guia de Recolhimento da União (GRU) -, tem-se que ela pode ocorrer:

- i) ao fim do prazo de defesa em primeira instância, quando não há a apresentação da respectiva impugnação pela operadora; ou
- ii) ao fim do processo administrativo, quando a operadora, após o devido contraditório e ampla defesa, não prospera em suas impugnações/recursos.

Cumpre elucidar que os valores cobrados e pagos ou parcelados são dinâmicos, havendo a emissão de GRUs com o avançar dos processos administrativos ou julgamentos das impugnações e recursos apresentados perante a agência.

Uma forma de avaliação do desempenho do setor, no que diz respeito ao pagamento das dívidas assumidas no ressarcimento ao SUS, consiste no Índice de Efetivo Pagamento.

Este indicador representa a razão entre o somatório do valor total pago e do valor parcelado pelas operadoras pelo somatório do valor total das cobranças com GRUs emitidas.

Nesse sentido, verifica-se que, desde 2016, o índice de efetivo pagamento tem se mantido acima de 70%, alcançando mais de 80% em 2019, como se observa abaixo:

QUADRO: PAGAMENTO POR ANO DE LANÇAMENTO DE ABI (EM MILHÕES)

ANO DE LANÇAMENTO DOS ABIs	TOTAL IDENTIFICADO NO ANO	TOTAL COBRADO [GRUs ENTRE 2001-2020]	VALOR TOTAL PAGO À VISTA							TOTAL PARCELADO	TOTAL PAGO + PARCELADO	ÍNDICE DE EFETIVO PAGAMENTO
			anos anteriores	2015	2016	2017	2018	2019	2020			
Anos anteriores	R\$ 5.493,35	R\$ 3.338,06	R\$ 739,90	R\$ 165,26	R\$ 113,89	R\$ 60,20	R\$ 179,57	R\$ 13,80	R\$ 1.273,22	R\$ 761,81	R\$ 2.035,03	60,96%
2016	R\$ 915,49	R\$ 643,06	-	R\$ 60,40	R\$ 91,86	R\$ 6,82	R\$ 45,67	R\$ 4,38	R\$ 271,02	R\$ 131,73	R\$ 463,76	71,56%
2017	R\$ 1.490,28	R\$ 979,69	-	-	R\$ 173,60	R\$ 125,49	R\$ 148,48	R\$ 34,60	R\$ 482,16	R\$ 258,19	R\$ 740,35	75,57%
2018	R\$ 1.177,69	R\$ 788,83	-	-	-	R\$ 216,96	R\$ 175,75	R\$ 64,89	R\$ 457,65	R\$ 197,21	R\$ 654,86	83,01%
2019	R\$ 1.363,76	R\$ 562,39	-	-	-	-	R\$ 224,12	R\$ 118,47	R\$ 342,59	R\$ 137,21	R\$ 480,30	85,50%
2020	R\$ 417,59	R\$ 0,04	-	-	-	-	-	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	0,00%
TOTAL	R\$ 11.002,19	R\$ 6.317,84	R\$ 739,90	R\$ 225,56	R\$ 383,24	R\$ 471,07	R\$ 773,63	R\$ 237,15	R\$ 2.828,65	R\$ 1.549,15	R\$ 4.374,80	69,25%

Vale destacar que o índice de efetivo pagamento não considera os valores depositados judicialmente. Não obstante a declaração de constitucionalidade do resarcimento ao SUS pelo Supremo Tribunal Federal, em 07/02/2018, ainda há operadoras que contestam judicialmente a cobrança do resarcimento, depositando em juízo os montantes notificados ou efetivamente cobrados. Avalia-se que, até o final de 2019, encontravam-se em depósitos judiciais, com GRU expedida, R\$ 720,02 milhões relativos a diversas operadoras.

No que se refere ao ano de 2020, torna-se relevante esclarecer que, por orientação do Parecer nº 00016/2020/GECOS/PFANS/PFG/ANS, a suspensão processual determinada pelo artigo 6º-C da Lei 13.979/2020 passou a incidir sobre os processos de resarcimento ao SUS. O termo inicial da suspensão seria o dia 23/03/2020, data da publicação da Medida Provisória 928/2020, e perduraria enquanto durasse o estado de calamidade que trata o Decreto Legislativo nº 6/2020, isto é, até o dia 31 de dezembro de 2020.

Em virtude da suspensão mencionada, não puderam ser emitidas as GRUs referentes aos atendimentos não impugnados em relação aos ABIs lançados em 2020 (80º e 81º ABI), nem as que se referiam aos atendimentos cujo prazo recursal encontrava-se em curso na época, o que explica os baixos valores pagos pelas operadoras no ano em questão.

Ressalte-se, contudo, que, a agência reguladora foi informada, no mês de julho, consoante Parecer nº 00038/2020/GECOS/PFANS/PFG/AGU, acerca da modificação de entendimento da Advocacia Geral da União sobre o tema, de forma que a referida suspensão processual em desfavor de acusados e entes privados alcançaria tão somente os processos administrativos sancionadores que estivessem com os prazos prescricionais igualmente suspensos.

Nesse sentido, concluiu-se que o artigo 6º-C da Lei 13.979/2020 passou a não ter reflexos jurídicos sobre os processos de resarcimento ao SUS, o que ensejou a retomada dos prazos processuais a partir de 21/07/2020 e possibilitará a regularidade de emissão das GRUs nos próximos meses.

Em relação ao inadimplemento dos valores tidos como passíveis de serem resarcidos, destaca-se que esses débitos ensejam a inscrição em Dívida Ativa e a inclusão da operadora no CADIN. Em 2020, conforme se observa abaixo, já foram encaminhados para a Gerência de Dívida Ativa, aproximadamente, R\$ 277,29 milhões, apenas no primeiro semestre.

Nesse ponto, não se pode olvidar que, a partir da edição do Decreto nº 9.194, de 7 de novembro de 2017, a ANS passou a ter que observar o prazo de 90 dias após o vencimento do débito para executar o encaminhamento para inscrição em dívida. Em razão disso, na sistemática atual, durante um período aproximado de três meses, as GRUs vencidas não podem ser enviadas para o setor competente.

Não obstante o novo procedimento, tem-se que o encaminhamento para inscrição em Dívida Ativa após vencimento do débito tem se mantido em prazo bem inferior ao historicamente observado, contribuindo também para a redução do passivo para inscrição.

GRÁFICO - VALOR ENCAMINHADO PARA INSCRIÇÃO EM DÍVIDA ATIVA

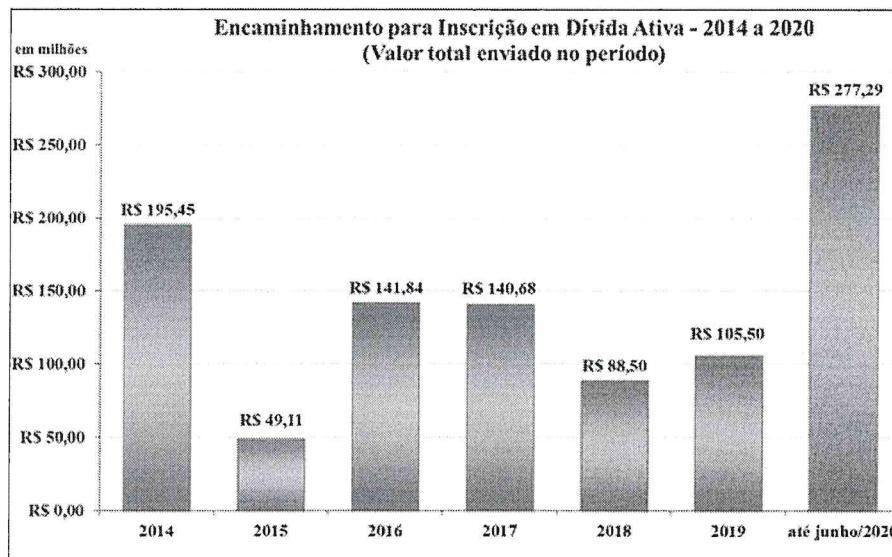
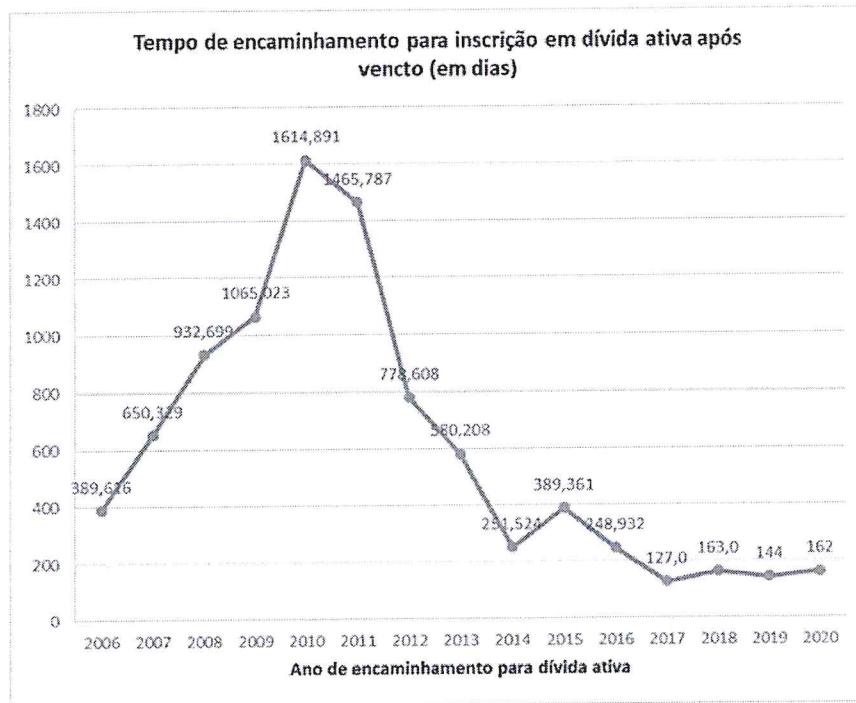


GRÁFICO - TEMPO DE ENCAMINHAMENTO PARA INSCRIÇÃO EM DÍVIDA ATIVA APÓS VENCIMENTO DO DÉBITO (EM DIAS)



Por fim, importante salientar que os valores arrecadados pela ANS na execução do ressarcimento são integralmente encaminhados ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), nos termos do que preceitua o artigo 32, § 2º, da Lei nº 9.656/98, com redação dada pela Lei nº 12.469/11. O aludido fundo é o gestor financeiro, no âmbito federal, dos valores que são destinados para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, ao final do ano de 2018, alcançou-se a marca histórica de R\$ 783,38 milhões enviados para o Fundo Nacional de Saúde, montante que representou um aumento 33,82%, em comparação com o ano anterior, que era a maior quantia enviada até então. Em 2019, nova marca foi alcançada, tendo sido encaminhados R\$ 1.151,21 milhões (> 1 bilhão) ao FNS, representando 46,95% mais que o recorde anterior.

Vale destacar que até junho de 2020, já foram encaminhados outros R\$ 449,58 milhões. Com a retomada dos prazos processuais no ressarcimento ao SUS, estima-se um aumento dos valores a serem repassados até o final do referido ano.



Dessa maneira, considerando a relevância social das verbas destinadas à saúde pública, a agência reguladora tem empreendido esforços constantes para dar cumprimento no artigo 32, *caput*, da Lei 9.656/98, de forma que o ressarcimento ao SUS se torne um instituto cada vez mais célere e eficiente.

Dessa forma, quanto à esse questionamento, a ANS espera ter elucidado a forma como vem dando cumprimento ao disposto no artigo 32 da Lei nº 9.656/1998, sendo certo que outras informações a respeito do procedimento de ressarcimento ao SUS podem ser obtidas no Boletim Informativo de Utilização do Sistema Público por Beneficiários de Planos de Saúde e Ressarcimento ao SUS, no Mapa de Utilização do SUS por Beneficiários de Planos de Saúde[1], no TABNET[2] e, ainda, no Programa de Dados Abertos - PDA[3].

5) Qual a posição do Ministério da Saúde sobre a importância dos testes sorológicos para a Covid-19 para enfrentar o atual estado de calamidade que vigora no país?

Esse questionamento diz respeito ao Ministério da Saúde.

6) Qual a posição do Ministério da Saúde sobre a cobertura dos testes sorológicos para Covid-19 pelos planos de saúde?

No que tange as competências desta ANS, é importante reforçar que os testes sorológicos para detecção de anticorpos relacionados ao novo Coronavírus já vinham sendo objeto de discussões internas da Agência Reguladora, a fim de se avaliar a possibilidade ou não de sua inclusão no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde com cobertura obrigatória, contudo, ainda pairavam dúvidas técnicas sobre o tema.

Nada obstante, convém informar novamente que, com a publicação da Portaria nº 188/GM/MS, pelo Ministério da Saúde, que declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV), a ANS, como uma das medidas de enfrentamento à citada pandemia, incluiu o teste diagnóstico SARS-COV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19) - PESQUISA POR RT - PCR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) no rol de procedimentos vigente, por meio da RN nº 453/2020, de 12 de março de 2020, publicada, no DOU, em 13 de março de 2020.

Adicionalmente, por meio da publicação da RN nº 457/2020, de 28 de maio de 2020, a ANS incluiu mais seis exames que auxiliam no diagnóstico e tratamento do novo Coronavírus na lista de coberturas obrigatórias dos planos de saúde: PROCALCITONINA, DOSAGEM; PESQUISA RÁPIDA PARA INFLUENZA A e B; PESQUISA RÁPIDA PARA VÍRUS SINICIAL RESPIRATÓRIO; e PCR EM TEMPO REAL PARA INFLUENZA A e B, que passaram a integrar a cobertura obrigatória, atendidas as diretrizes de utilização 127, 128, 129, 130 e 131, constantes no anexo II da RN 428/2017.

A ANS reafirma, ainda, que está atenta ao cenário de evolução da pandemia pelo coronavírus e tem tomado ações no sentido de garantir tanto a assistência aos beneficiários de planos de saúde como a sustentabilidade do setor, assim como alinhamento com as políticas nacionais de saúde. Neste sentido, as discussões para fins de incorporação ou não dos referidos procedimentos continuam no âmbito da Agência Reguladora.

Nesse sentido, destacamos, novamente, que ANS realizou no último dia 24 de julho, a "Audiência Pública - Debate acerca dos testes sorológicos que detectam a presença de anticorpos produzidos pelo organismo após exposição ao Coronavírus", com vistas a assegurar ampla participação social no debate sobre o tema, cujas contribuições irão subsidiar o processo decisório relativo à incorporação dos citados testes sorológicos.

Mencione-se que a incorporação de novas tecnologias em saúde, bem como a definição de regras para sua utilização, ocorre por meio de sucessivos ciclos de atualização. Tal processo pode ser consultado no seguinte endereço eletrônico: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/atualizacao-do-rol-de-procedimentos>.

A Resolução Normativa nº 439, de 3 de dezembro de 2018, dispõe sobre processo de atualização periódica do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Conforme o seu art. 4º, o processo de atualização periódica do Rol observará as seguintes diretrizes:

I - a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, de modo a contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país;

II - as ações de promoção à saúde e de prevenção de doenças;

III - o alinhamento com as políticas nacionais de saúde;

IV - a utilização dos princípios da avaliação de tecnologias em saúde - ATS;

V - a observância aos princípios da saúde baseada em evidências - SBE; e

VI - a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do setor.

É importante ressaltar que conforme art. 25 da RN nº 439, de 2018, o Rol poderá ser atualizado a qualquer tempo, segundo critérios da ANS:

Art. 25. O Rol poderá ser atualizado a qualquer tempo, segundo critérios da ANS, sem prejuízo do art. 3º desta Resolução.

Cabe enfatizar que, mesmo antes da publicação da RN nº 439/2018, condições excepcionais de relevância em saúde pública determinaram incorporações extraordinárias no Rol, como por exemplo, a emergência internacional em saúde pública, declarada pela OMS, relacionada ao vírus Zika, que culminou na publicação da RN nº 407/2016, para regulamentar a cobertura obrigatória e a utilização de testes diagnósticos para infecção pelo vírus Zika.

Deve-se considerar que o setor de saúde suplementar difere do Sistema Único de Saúde em vários aspectos, inclusive no que tange ao financiamento do setor, que no caso da saúde suplementar é dividido entre várias operadoras, de diferentes portes e capacidades financeiras, abrangendo tanto operadoras de grande porte de regiões metropolitanas quanto operadoras de pequeno porte, que atuam em municípios do interior.

Neste sentido, uma vez que fossem automaticamente incorporados ao Rol todos os testes diagnósticos utilizados no manejo de pacientes com COVID-19, todas as operadoras, de todos os municípios do país, independentemente do local onde atuam e da sua capacidade financeira, seriam obrigadas a oferecer tal cobertura abrangente aos seus beneficiários.

Por essas razões, eventuais medidas que modifiquem as regras de cobertura devem ser regulamentadas pela própria Agência, que está atenta ao cenário de evolução da pandemia pelo coronavírus e tem tomado ações no sentido de garantir tanto a assistência aos beneficiários de planos de saúde como a sustentabilidade do setor, assim como alinhamento com as políticas nacionais de saúde.

Nesse sentido, como já mencionado acima, propostas de incorporações de novas tecnologias em saúde e/ou atualizações da cobertura assistencial mínima obrigatória vigente no âmbito da Saúde Suplementar não podem prescindir de rigorosas análises no contexto da saúde suplementar da sua viabilidade, efetividade, capacidade instalada, bem como de um debate amplo e democrático com todos os atores da Saúde Suplementar.

O processo de atualização segue um fluxo operacional que contempla etapas de análise administrativa e técnica das Propostas de Atualização do Rol. A instituição deste fluxo procedural visa a assegurar a incorporação de tecnologias em saúde seguras e eficazes, garantir a participação social, dar segurança jurídica aos atos administrativos, dar previsibilidade aos atores da saúde suplementar sobre as etapas do processo de atualização do Rol, bem como dar transparência aos atos institucionais.

Todavia, em situações excepcionais, como a atual conjuntura de emergência em saúde pública, a ANS terá sempre o poder/dever de lançar mão do disposto no artigo 25, da RN 439/2018, que dispõe que o rol poderá ser atualizado a qualquer tempo, por iniciativa da própria agência, para incluir novos procedimentos clínicos, cirúrgicos ou de diagnóstico, sempre com base nas melhores evidências científicas disponíveis e nas diretrizes elencadas no artigo 4º, da mesma resolução normativa, como, de fato, ocorreu, com a edição da RN 453/2020 e da RN 457/2020.

CONCLUSÃO

Por todo o exposto, reforçamos que ANS está atenta ao cenário de evolução da pandemia pelo coronavírus e tem tomado ações no sentido de garantir tanto a assistência aos beneficiários de planos de saúde como a sustentabilidade do setor, assim como alinhamento com as políticas nacionais de saúde.

Convém realçar, novamente, que as discussões para fins de incorporação ou não dos referidos procedimentos continuam no âmbito da Agência Reguladora, tendo sido realizada, no último dia 24 de julho, a "Audiência Pública - Debate acerca dos testes sorológicos que detectam a presença de anticorpos produzidos pelo organismo após exposição ao Coronavírus", com vistas a assegurar ampla participação social no debate sobre o tema, cujas contribuições irão subsidiar o processo decisório relativo à incorporação dos citados testes sorológicos.

Sendo essas as informações técnicas desta Agência Nacional de Saúde Suplementar a serem prestadas à demanda parlamentar em apreço, renovamos nossa plena qualquer outros esclarecimentos que se fizerem necessários.

Respeitosamente,

Rogério Scarabel

Diretor-Presidente Substituto

[1] Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/integracao-e-ressarcimento-ao-sus>

[2] Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_cc.def

[3] Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-abertos>

OBS.: Atenção - Antes de assinar verifique se possui autoridade no Regimento interno da ANS para assinar este tipo de documento.



Documento assinado eletronicamente por **Rogério Scarabel Barbosa, Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (Substituto)**, em 31/07/2020, às 10:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://www.ans.gov.br/sei/autenticidade>, informando o código verificador 17576906 e o código CRC 0374937B.