



O SR. PRESIDENTE (João Paulo Kleinübing. PSD - SC) - Muito bom dia a todas as senhoras e a todos os senhores. Eu agradeço a presença de todos e, em especial, dos nossos convidados, a esta audiência pública para debatermos a questão dos ressarcimentos ao Sistema Único de Saúde dos serviços prestados aos usuários de operadoras de planos de saúde.

Informo que a Associação Brasileira das Empresas de Medicina de Grupo — ABRAMGE, que havia sido convidada e confirmado a presença, avisou a impossibilidade de participar desta audiência. Reitero que a Associação encaminhou documento com as justificativas, que será repassado a todos os participantes desta reunião.

Declaro aberta a presente reunião, ao tempo em que informo aos senhores participantes, ao Presidente da Comissão de Seguridade Social e Família e a todos os Srs. Parlamentares que esta reunião está sendo transmitida ao vivo pela Internet no *site* da Câmara dos Deputados e que as imagens, o áudio e o vídeo estarão disponíveis para serem baixados na página desta Comissão logo após o encerramento dos trabalhos e que, igualmente, as fotos serão disponibilizadas no banco de imagens da Agência Câmara na página da Câmara dos Deputados na Internet.

Esta audiência pública foi convocada nos termos dos Requerimentos nºs 455, de 2017; 514, de 2017; e 520, de 2017, dos Srs. Deputados Jorge Solla, João Paulo Kleinübing e Flávia Moraes, e aprovados por esta Comissão. Os requerimentos do Deputado Jorge Solla e da Deputada Flávia Moraes buscavam tratar também de outros assuntos, mas a pauta principal do nosso encontro é o não reembolso, por parte das operadoras de planos de saúde, dos ressarcimentos de serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde — SUS.

Convido para compor a mesa nossos convidados: o Sr. Carlos Eduardo da Silva Sousa, Diretor Substituto do Departamento de Economia da Saúde do Ministério da Saúde; o Sr. Daniel Meireles Fernandes Pereira, da Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS; o Sr. Renê José Moreira dos Santos, representante do Conselho Nacional de Secretarias de Saúde — CONASS; e o Sr. Marcelo Moncorvo Britto, da Confederação Nacional de Saúde — CNS.

Comunico aos senhores membros desta Comissão que o tempo destinado a cada convidado para as exposições será de 15 minutos, prorrogáveis a juízo da Comissão, não podendo os expositores ser aparteados durante a exposição.



Os Deputados inscritos ou os que quiserem interpelar os convidados sobre o assunto da exposição poderão fazê-lo pelo tempo de 3 minutos, com igual prazo para eventual resposta.

Eu vou fazer uma pequena inversão da ordem inicialmente proposta. Eu gostaria de começar justamente pela exposição do Sr. Daniel Meireles Fernandes Pereira, da ANS, para que ele apresente inicialmente as dificuldades que estão sendo enfrentadas e os avanços que estão sendo pretendidos na questão dos ressarcimentos para que, a partir daí, nós tenhamos a exposição do CONASS e da CNS.

Concedo a palavra ao Sr. Daniel Meireles Fernandes Pereira, representante da ANS.

O SR. DANIEL MEIRELES FERNANDES PEREIRA - Bom dia a todos, ao nobre Deputado, aos demais presentes nesta Comissão.

Meu nome é Daniel Meireles Pereira, sou o atual Diretor Adjunto de Desenvolvimento Setorial da ANS, diretoria responsável pelos procedimentos de ressarcimento ao SUS.

Eu farei uma breve apresentação para os senhores sobre alguns dados referentes ao processo de ressarcimento e, na sequência, farei algumas explicações.

(Segue-se exibição de imagens.)

O processo de ressarcimento ao SUS está previsto na Lei nº 9.656, nossa Lei Geral de Planos de Saúde, no art. 32, que define que *"serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas"*. Aqui já fica claro que apenas os serviços de atendimento que são cobertos pelos contratos destes beneficiários são ressarcidos no âmbito do processo de ressarcimento.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS foi criada em 2000, com a competência, conforme seu art. 4º, inciso VI, de estabelecer normas para o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde, o qual nós fazemos desde então.

O que é o ressarcimento? Ressarcimento é uma obrigação legal advinda da prestação de serviços de saúde de cobertura obrigatória por disposição legal ou contratual a um beneficiário de plano privado de assistência à saúde.



Quais são os efeitos do ressarcimento para a Agência? O ressarcimento municia a Agência com insumos para suas políticas regulatórias, especialmente sobre a suficiência de rede. O ressarcimento elevado em certas regiões pode indicar a ausência de rede por parte de alguma operadora de plano de saúde e evitar o não direcionamento dos beneficiários de uma operadora da saúde suplementar para a rede pública.

Aqui temos um diagrama bem resumido de como se dá o procedimento do ressarcimento. A Agência recebe o sistema de informações de atendimentos prestados pelo SUS, nós fazemos um batimento com nossa base de beneficiários, o resultado desse batimento mostra que o beneficiário X realizou o procedimento Y, processo a que chamamos de identificação. Após identificado o procedimento realizado pelo beneficiário, nós notificamos as operadoras para efetivamente prestarem o ressarcimento ou oferecerem a impugnação no prazo de 30 dias. Após o pagamento, que nós recebemos via GRU, nós o repassamos integralmente ao Fundo Nacional de Saúde e, caso não haja o pagamento, nós o inscrevemos na dívida ativa. De forma bem breve, iremos especificar melhor estes procedimentos à frente.

Como funciona a identificação do atendimento? Nós recebemos duas grandes bases do Ministério da Saúde: as bases de AIH — Aviso de Internação Hospitalar, e as bases de APAC — Autorização de Procedimento Ambulatorial, que vão compor nosso aviso de beneficiário identificado, que nada mais é do que o ofício de identificação desses procedimentos do Ministério. A AIH envolve atendimentos no âmbito da internação hospitalar, que são atendimentos que custam mais, são mais caros e mais complexos; as APACs são atendimentos no regime ambulatorial. Hoje nós realizamos atendimentos de média e de alta complexidade em regime ambulatorial.

Eu trouxe para os senhores alguns atendimentos tanto de AIH, como de APAC, os principais atendimentos que constam do processo de ressarcimento ao SUS, com quantidade e valor global em relação aos Avisos de Beneficiários Identificados — ABIs. Hoje estamos no 64º, mas temos, na base, até o 61º já devidamente mapeado.

As APACs destinam-se aos atendimentos ambulatoriais que envolvem basicamente terapias de média e de alta complexidade. Eu trouxe alguns casos para os senhores.

Neste quadro, constam todos os atendimentos identificados por quantidade de procedimentos, desde o primeiro ABI, de 2000, até o 62º ABI, de 2016. Nós podemos perceber que há entre 50 mil e 55 mil históricos de atendimentos identificados. A partir do



54º ABI, com a incorporação da base de APACs ao ressarcimento ao SUS, esta média aumenta bastante, hoje girando entre 150 mil e 200 mil o número de procedimentos identificados por ABI.

Lembro que os ABIs são encaminhados às operadoras por trimestre. Portanto, há uma média de quatro ABIs por ano. Com a incorporação das APACs, nós estamos encaminhando seis ABIs por ano.

Este gráfico mostra a quantidade total de atendimentos identificados. Em 2017, já estamos com 599 mil atendimentos, lembrando que estes dados vão até agosto de 2017, até o 62º ABI, e que mais 2 ABIs serão lançados ainda neste ano. Nós já temos algo em torno de 600 mil procedimentos identificados apenas neste ano, para fins de ressarcimento ao SUS.

Neste gráfico, eu apresento os valores. Nosso recorde de notificação em relação aos procedimentos identificados foi, no ano de 2014, de algo em torno de 1 bilhão de reais, com leve decréscimo em 2015, mantendo uma média próxima deste valor. Lembro também que estas informações vão até agosto 2017, até o 62º ABI, e que há uma grande expectativa de chegarmos a mais de 1 bilhão de reais em atendimentos identificados, batendo o recorde histórico de ressarcimentos ao SUS.

Como eu disse, após a identificação e a notificação para a cobrança, é aberto o prazo para as operadoras ou impugnarem ou realizarem o pagamento. Aqui está um gráfico sobre nossa média de impugnação. Quanto à produtividade da Agência, em 2017, nós já analisamos 632.149 atendimentos impugnados no âmbito da ANS. Esta análise envolve um grande esforço da Agência e um custo muito alto. Temos em torno de 90 servidores deslocados exclusivamente para este trabalho, uma gerência inteira, com salas específicas, com toda estrutura deslocada para ele, mas muito eficiente.

Os senhores podem ver que, de 2015 para cá, o aumento em relação a estas análises está sendo substancial, para termos condições de dar cumprimento à lei da melhor forma possível.

Este gráfico é muito interessante, pois reflete o percentual de impugnação dos atendimentos. Existe uma série histórica de 80% em média com relação à impugnação destes procedimentos para as operadoras. Por que há este grande número de impugnação? Basicamente por causa de um batimento malfeito anteriormente. Como essa base de dados vinha para nós de uma forma não tão completa, e como o nosso



sistema não era tão adequado, isso gerava a identificação de diversos procedimentos que não necessitavam de ressarcimento. Com os aprimoramentos que nós realizamos a partir de 2014 e 2015, essa base ficou mais completa, mais precisa na identificação, o que ocasionou a queda imediata da taxa de impugnação de muitos atendimentos e permitiu, de pronto, o pagamento integral do procedimento, sem uma discussão sobre a matéria.

Ainda existe uma série histórica, um percentual muito grande de indeferimento na análise junto à Agência, tanto em primeira quanto em segunda instância. Gira em torno de 43% a 44% a taxa de indeferimento do recurso e de arquivamento do atendimento.

Eu trouxe um gráfico que mostra que essa média vem diminuindo: vocês podem ver que até o 54º ABI ela era de 81,92% e, hoje, já está em 54,67%.

Eu trouxe a média histórica, que é de cerca de 44%.

Após a análise das impugnações e o recurso devido, vem efetivamente a cobrança do ressarcimento.

Em 2016, batemos o recorde de atendimentos cobrados por ano e chegamos a 1.107.068 atendimentos cobrados. Em termos quantitativos, esse é um número bastante expressivo.

Aqui vocês podem ver o aumento substancial de atendimentos cobrados. Lembro que os dados de 2017 não estão completos, pois ainda estamos no meio do ano. Provavelmente esse número vai ser maior ainda. Estamos com uma projeção de chegarmos a 1.500.000 atendimentos cobrados este ano, seguindo a média histórica do setor.

Em 2016, houve um valor recorde de atendimentos cobrados ao ano, de 1 bilhão e 657 milhões de reais, de ressarcimento ao SUS pelas operadoras.

Este ano já estamos em 909 milhões de reais e temos uma grande projeção de aumento também.

Ao final, há o efetivo pagamento da GRU relativa a essas cobranças, com imediato repasse ao Fundo Nacional de Saúde.

Com relação a esses procedimentos de ressarcimento, em 2017 nós já repassamos 411 milhões de reais ao FNS, o que será repassado no âmbito do Sistema Único de Saúde.



Como vocês podem ver, desde 2014 houve um aumento substancial desse repasse, graças a aprimoramentos que fizemos na Agência em processos de trabalho, além de aprimoramentos tecnológicos e de pessoal.

A nossa expectativa é de que, além de termos batido o recorde histórico de repasses ao FNS, esse valor aumente com o processamento dos novos ABIs.

Nos casos em que não há o pagamento voluntário e espontâneo, esse valor é direcionado à dívida ativa da Agência, para ser cobrado. Em 2017 direcionamos 116 milhões de reais para serem cobrados em dívida ativa, o que envolve um trabalho conjunto entre a Procuradoria Federal junto à ANS e a Procuradoria-Geral Federal.

Trouxe, ao final, um panorama geral sobre esses 17 anos de ressarcimento ao SUS operacionalizado pela Agência.

Em determinado momento, houve uma descentralização, mas depois houve o retorno para a Agência.

Já temos 7,193 bilhões de reais em atendimentos identificados durante todo esse período de 17 anos.

Os atendimentos impugnados representam basicamente 5 milhões de reais.

No final, podemos ver que o repasse geral para o Fundo Nacional de Saúde foi de 1,8 bilhões de reais.

Elenco aqui algumas dificuldades encontradas pela Agência.

Uma delas são os altos custos no processamento do ressarcimento, como eu disse antes.

Fizemos, em 2012, um estudo para tentar mapear o quanto custa à Agência o processo de ressarcimento. Chegamos à conclusão de que, para a Agência efetivar o processo de ressarcimento, o custo é de cerca de 10 milhões de reais.

Além disso, há um significativo lapso temporal entre a realização do procedimento e a efetiva cobrança. Podemos perceber, por exemplo, ali no 55º ABI, lançado dia 4 de dezembro de 2015, que os valores só foram efetivamente pagos em 2016. Esse lapso é ainda maior, por exemplo, no 57º e no 58º. Há um grande lapso entre a realização do procedimento e o efetivo recebimento do valor, girando em uma média de 2 a 3 anos efetivamente. O 55º ABI data de 14 de dezembro de 2015 e se refere a procedimentos do segundo trimestre de 2014, com arrecadação efetiva apenas em 2016.



Em relação às APACs é ainda pior. O 60º ABI APAC, que data de 5 de maio de 2017 e se refere a procedimentos realizados na competência do segundo trimestre de 2012, teve arrecadação efetiva apenas em 2017, ou seja, 5 anos depois.

Em relação à cobrança da APAC, uma recomendação feita pelo Tribunal de Contas da União é a de que priorizemos a cobrança desse tipo de procedimentos dos últimos 5 anos. Nós fazemos isso, e por isso o lapso temporal entre um e outro é maior do que o normal.

Essas são propostas de aprimoramento da legislação, do regulamento da matéria.

Acreditamos que uma notificação instantânea realizada no momento do atendimento seria de muita valia para o processo de ressarcimento, seja para sua cobrança, seja para possibilitar que a operadora encaminhasse o seu beneficiário a uma rede própria. Deixamos uma sugestão da Agência em relação a isso, e já a encaminhamos à Assessoria Parlamentar. Nós reiteramos essa proposta de notificação instantânea.

Esses basicamente são os dados do ressarcimento.

Visualizamos aqui que ano a ano há um incremento no pagamento. Trabalhamos arduamente na Diretoria para aumentar e dar a maior efetividade possível à determinação legal de cobrarmos esse tipo de ressarcimento, tão importante para o sistema público e para o próprio País.

Aguardo perguntas para prestar os esclarecimentos devidos.

O SR. PRESIDENTE (João Paulo Kleinübing. PSD - SC) - Muito obrigado, Sr. Daniel Meireles Fernandes Pereira, pela sua exposição.

Convido a usar da palavra o Sr. Carlos Eduardo da Silva Sousa, do Ministério da Saúde.

O SR. CARLOS EDUARDO DA SILVA SOUSA - Bom dia, senhoras e senhores.

Bom dia, Deputado.

É um prazer ter a oportunidade de debater com vocês mais um assunto importante e relevante para o SUS.

Infelizmente eu não tive a oportunidade de trazer uma apresentação. Então, vou procurar falar a respeito de considerações mais panorâmicas e gerais acerca da atuação do Ministério da Saúde relacionada ao tema. Também não vou adentrar em números. O Dr. Daniel, da ANS, já trouxe uma apresentação com diversos indicadores numéricos que



mostram, apesar das dificuldades, um crescimento do valor de ressarcimento a partir de 2014.

A questão do ressarcimento tangencia diversos outros assuntos relacionados à atuação do Ministério da Saúde, que tem procurado adotar algumas estratégias que impactam diretamente nessa questão. O Dr. Daniel colocou questões relacionadas à melhoria dos processos de TI e dos processos de trabalho relacionados ao RH. Eu gostaria de chamar a atenção para dois assuntos que estão intimamente ligados a essa questão do ressarcimento das operadoras de plano de saúde ao SUS, que são as referentes à TI e à judicialização.

O Ministério da Saúde atualmente tem adotado uma série de estratégias que buscam melhorar o desempenho da Pasta, do SUS, relacionado à integração de sistemas e à produção de informações, inclusive com relação ao prontuário eletrônico. Essas atuações e estratégias têm diversos tipos de impacto na atuação não só do Ministério, mas também dos demais integrantes da esfera federativa do SUS. Certamente, nesses impactos, algum tipo de relação pode ser feita com a melhoria do processo de ressarcimento ao SUS, principalmente e diretamente por conta do prontuário eletrônico.

A essas estratégias, o Ministério da Saúde está dando o nome de e-SUS. Como eu já disse, elas são compostas por uma série de ações que buscam o aprimoramento dos sistemas que já existem, a criação e o desenvolvimento de novos sistemas e a integração da enorme base de dados que tem o SUS — não estou falando só do Ministério da Saúde, mas também dos outros atores que integram a execução desse sistema pelo Brasil.

Queria também falar rapidamente, Deputado, a respeito da judicialização, que permeia um pouco o assunto que está sendo discutido nesta Mesa.

O Ministério da Saúde tem adotado diversas estratégias para melhorar o posicionamento do SUS com relação à judicialização. Estamos inclusive atuando em parceria com o CNJ — Conselho Nacional de Justiça no sentido de buscar dar mais elementos aos magistrados que emitem as sentenças e as ordens judiciais no Brasil. Muitas dessas medidas são oriundas do ressarcimento das operadoras. Então, essa é também uma atuação que o Ministério da Saúde tem feito de maneira bastante contundente e que vai ter impacto nisso.



Por último, além dessa questão do e-SUS e da judicialização, que são duas frentes em que o Ministério da Saúde tem atuado fortemente e que certamente terão impacto na questão relativa ao ressarcimento, eu queria colocar a questão da eficiência do sistema.

Também tem sido uma preocupação constante do Ministro Ricardo Barros trazer para dentro do SUS maior eficiência, traduzida na melhor aplicação dos recursos disponíveis. Ou seja, tentar dispor de um conjunto de ações mais efetivas, mais abrangentes e com impacto maior na vida das pessoas, da população usuária do SUS, utilizando os mesmos recursos ou até menos.

Obviamente, essa estratégia de ter mais eficiência passa também pelo aumento da produtividade do ressarcimento dos recursos do SUS. Então, essa é uma agenda que está no radar do Ministério da Saúde. Existem algumas construções que permeiam tudo isso que coloquei aqui e que vão impactar direta ou indiretamente não só a atuação da ANS com relação ao ressarcimento, mas também a atuação do SUS como um todo.

Para resumir esta minha fala panorâmica, a geração da boa informação através da integração dos sistemas é absolutamente essencial para melhorar essa tendência, essa atividade da ANS com relação ao ressarcimento. A judicialização como estratégia é importante e tem impacto no ressarcimento. E a eficiência também é importante. Esses são os diversos meios que o Ministério da Saúde está buscando para tentar melhorar a efetiva disponibilidade do SUS para a população.

De maneira geral, eu queria deixar esse recado.

Fico à disposição para perguntas e esclarecimentos.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (João Paulo Kleinübing. PSD - SC) - Obrigado, Sr. Carlos Eduardo Sousa, representante do Ministério da Saúde.

Passo imediatamente a palavra ao Sr. Marcelo Moncorvo Britto, representante da Confederação Nacional de Saúde — CNS.

O SR. MARCELO MONCORVO BRITTO - Inicialmente, eu gostaria de cumprimentar o Deputado João Paulo, o Dr. Carlos Eduardo, o Dr. Daniel Meireles, o Dr. Renê e também o Deputado Jorge Solla, que hoje não pôde estar presente, e agradecer o convite para debater o ressarcimento ao SUS.

(Segue-se exibição de imagens.)



Eu queria iniciar os meus comentários fazendo a seguinte colocação: talvez eu vá fazer sozinho o papel de defesa do usuário do Sistema de Saúde Suplementar. Pelo que estou percebendo, só eu vou fazer esse papel hoje aqui.

Quando nos referimos ao ressarcimento ao SUS, estamos falando da regulamentação da Lei nº 9.656, de 1998, especificamente do seu art. 32, como já foi aqui colocado, e principalmente do § 8º, que expressamente limita os valores a não menos que a tabela do SUS e não mais que o valor de mercado da saúde suplementar. Isso é o que diz a lei, de forma literal, positivada.

A legalidade desse dispositivo já foi reconhecida pelo STF, através da ADIn 1931, proposta pela Confederação Nacional de Saúde.

Existe também a RN 197/11, da ANA, que cria o IVR — Índice de Valoração do Ressarcimento, o qual determina que vai ser 1,5 vez a tabela do SUS.

Sobre essa RN, pergunta-se: ela obedece ao parágrafo 8º do art. 32 da Lei 9.656/98? Se eu aplico, por uma questão matemática, 1,5 vez uma tabela qualquer, não significa que estou seguindo a linha do limite de valores não menores do que a tabela do SUS e não maiores do que o valor de mercado da saúde suplementar.

Aqui eu faço uma segunda pergunta, já misturando os assuntos. Se é cobrada 1,5 vez a tabela do SUS, isso seria um reconhecimento tácito de que a tabela do SUS é muito baixa — tão baixa que vou cobrar mais do que ela? Coitado de mim, eventual prestador de serviço do SUS, que não tem o direito a uma vez e meia essa tabela!

Mas vamos em frente.

Eu diria que o aspecto mais importante de que vamos tratar aqui — e por isso a minha fala inicial em relação à defesa do usuário do SUS — e que, talvez, a maioria dos senhores não tenha percebido, é um fato, para mim, o mais grave de todos. Nós escolhemos alguns brasileiros, cerca 25 milhões, para dizer a eles: *"Os senhores perderam o direito à gratuidade do SUS no Brasil"*.

A frase é chocante. Vamos fazer analisá-la.

Suponha que eu tenha um usuário de plano de saúde com coparticipação. Explico: coparticipação é aquilo que, toda vez que você faz uso do plano, vai pagar uma pequena parte. Por hipótese, o usuário que tem coparticipação não quis utilizar a rede da operadora. Não estou dizendo que a operadora não tem rede disponível; estou dizendo que, por liberalidade, por vontade, por razões próprias e pessoais, como, por exemplo,



uma dificuldade financeira — *"Não estou podendo bancar a coparticipação neste momento"* —, o usuário do plano de saúde opta por ir a uma unidade pública ou a uma unidade privada que tenha convênio com o SUS para não pagar nada. Afinal de contas, ele está garantido pela Constituição. Fez essa opção por razões de ordem pessoal.

Opa! Mas se ele fizer essa opção e for a uma unidade pública ou privada que tenha convênio com o SUS, isso vai ser detectado via SIH — Sistema de Informações Hospitalares do SUS, vai ser identificado esse atendimento, a Agência vai fazer a cobrança pelo IVR, e a operadora vai ser cobrada por esse atendimento. Então, esse usuário vai pagar a coparticipação!

Hoje, portanto, se eu procurar uma unidade pública para não ter custos, terei custos. A coparticipação me será cobrada nesse momento. Eu, como usuário de plano de saúde, não tenho opção de atendimento gratuito.

Talvez esse seja o ponto mais nevrálgico, que talvez poucas pessoas tenham percebido. Depois, no debate, se ainda puder estar aqui, eu queria entender como é essa lógica. Eu vou, compulsoriamente, pagar todo e qualquer atendimento que eu receba, independentemente da rede que eu escolha: quer seja rede da operadora, quer seja rede do SUS, quer seja hospital público.

Onde está o art. 196 da Constituição Federal? Já que falamos de lei infraconstitucional, vamos apelar para a própria Constituição.

Segundo problema: eu que sou usuário de plano individual, no momento em que for cobrado, via coparticipação, terei alterada a sinistralidade. E, como a sinistralidade vai ser alterada, eu vou pagar de novo, já que a operadora vai repassar esse custo, pelo cálculo de sinistralidade, não só para aquela empresa, se for o caso do plano empresa, como também para mim, que sou usuário de plano anterior a 1999 e vou entrar no cálculo — uma vez que a Agência utiliza o cálculo da sinistralidade atual para calcular o meu reajuste.

Não é uma pancada: são duas. O usuário da saúde está sendo punido por isso — eu disse que talvez eu tenha que fazer sozinho a defesa do pobre do usuário da saúde suplementar.

Nós podemos enxergar, senhores, o que eu gosto de chamar de copo meio cheio ou copo meio vazio. Alguns dizem que o usuário da saúde complementar, quando utiliza o SUS, está se utilizando dos recursos públicos. Eu gosto de fazer a análise inversa: no



momento em que eu sou atendido na saúde suplementar, eu estou permitindo vaga e acesso aos usuários do SUS, que não consegue cobrir 100% das pessoas que não têm saúde, e elas vão poder usar aquela vaga que eu, porventura, esteja utilizando via saúde suplementar.

Situação meramente hipotética: eu fico imaginando se todos os brasileiros passassem a ter um plano de saúde. O Estado brasileiro pagaria uma vez a tabela do SUS e receberia uma vez e meia o que pagasse. Talvez nós tenhamos descoberto a solução para o sistema de saúde do SUS.

Em metade do tempo, demonstrei a nossa modesta opinião.

Obrigado, Presidente.

Obrigado a todos.

O SR. PRESIDENTE (João Paulo Kleinübing. PSD - SC) - Obrigado, Sr. Marcelo Moncorvo Britto, representante da Confederação Nacional de Saúde.

Passo imediatamente a palavra ao Sr. Renê José Moreira dos Santos, representante do CONASS — Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

O SR. RENÊ JOSÉ MOREIRA DOS SANTOS - Quero dar o meu bom-dia a todos e a todas e saudar, na pessoa do Deputado João Paulo Kleinübing, todos os membros da Mesa.

Agradeço o convite para participarmos desta audiência pública, em nome do CONASS e do Presidente da instituição, Michele Caputo Neto, que recebeu o convite, mas, por dificuldade de agenda, não pôde comparecer.

Eu vou buscar não repetir algumas informações que já foram colocadas, mas vou me reservar o direito de fazer alguns comentários sobre elas.

A primeira é esta. Eu tenho absoluta certeza de que todos nós que viemos a esta Casa Legislativa, a Casa do Povo brasileiro, estamos imbuídos do sentimento de defender o cidadão brasileiro. Tenho absoluta certeza de que nós não estamos aqui avocados individualmente para esta ou aquela situação. Mas, de qualquer forma, é importante ressaltar que, quando a Constituição brasileira determina que a saúde é direito de todos, ela também fala sobre questões relacionadas, no Brasil, ao fato de termos um Sistema Único de Saúde e também sobre questões relacionadas à saúde complementar e ao desembolso direto. E essa convivência precisa ser muito bem regulada.



Esse talvez tenha sido o grande objetivo do legislador quando criou a própria ANS — Agência Nacional de Saúde Suplementar: garantir um equilíbrio que preservasse à sociedade brasileira as condições necessárias para que o que está escrito na Constituição seja cumprido.

Dessa forma, o ressarcimento — que, como já foi citado aqui, está no art. 32 da lei citada — traz para este contexto uma clareza inclusive em relação ao que está se buscando nesse ressarcimento. Não é aquilo que o plano de saúde não oferece, mas aquilo que ele ofereceu a um beneficiário e vendeu a ele, que fará uso disso de acordo com as regras do plano.

A primeira observação que eu faço, Deputado, e acho que é interessante fazê-la, é que uma das questões que o CONASS tem questionado — e, aí, já vai como sugestão — é esta: o art. 32 não fala exclusivamente dos recursos federais; ele fala especificamente em integrantes do SUS, e nós temos, nesta discussão que ainda não foi posta, os gastos estaduais e os gastos municipais, que também acabam, muitas vezes, sendo colocados nessa situação.

Esta é a primeira discussão. Nós temos discutido muito este assunto com foco no recurso federal e pouco com foco na verificação de que, muitas vezes, os Estados e Municípios, por serem partes desse sistema, também o financiam e, ao mesmo tempo, têm situações semelhantes à prevista no art. 32.

Em relação ao mecanismo atual de ressarcimento, fica aqui o registro dos avanços. Às vezes, os avanços têm características extremamente simples. Só o fato de eu vincular o número do cartão SUS ao processo de identificação do beneficiário já melhorou muito o desempenho de identificação dos chamados ABIs — Avisos de Beneficiários Identificados. Pelo menos é o que constatamos ao olharmos um pouco os gráficos.

De qualquer maneira, isso traz para nós uma preocupação muito grande, que é olhar com clareza para esses números de ressarcimento — e eu me reporto a um documento que está na Internet; há um documento com um dado de julho deste ano. Chamo a atenção para isso. Acho que isto até foi mostrado, talvez não tão detalhadamente, e eu gostaria de detalhar: em relação ao potencial de atendimentos identificados, que poderiam parecer um universo a ser contemplado no ressarcimento, nós partimos de um período, que, se eu não me engano, foi de 2000 a 2017, com um potencial inicial de 6 bilhões e 648 milhões de reais. Dentro do contexto de impugnados e



não impugnados, nós caímos para um passivo de ressarcimento, nesse período, de 3 bilhões e 739 milhões, dos quais, a título de informação, 1 bilhão e 606 milhões representou o repasse ao Fundo Nacional de Saúde — FNS. O restante corresponde à dívida ativa e ao encaminhamento de discussão judicial.

Então, a primeira questão que se tem que colocar é justamente esta: nós ainda não estamos nem próximos do que seria esse potencial. O CONASS tem discutido muito a questão da saúde suplementar.

O Secretário já acompanhou o CONASS. Nós fizemos um seminário de construção de consenso em julho de 2015. Nesse seminário, discutimos alguns temas.

Primeiro, na época, nós ainda estávamos vivendo uma fase em que o número de beneficiários de plano de saúde aumentava a cada ano. Todo ano crescia. Nos últimos 3 anos, estamos numa fase diferente, com diminuição do número de beneficiários. Talvez o número chegue a 3 milhões em relação a dezembro de 2014. Consequentemente, isso obviamente gera uma preocupação no Sistema, que tem a visão de que esses beneficiários passarão a demandar para o próprio SUS.

Então, o SUS não pode abrir mão, em hipótese alguma, nesta fase de crise fiscal e de crise econômica, de nenhum recurso. Esses recursos têm que ser pensados sob a forma de acréscimo, e não de composição de receita. Tem que se buscar a totalidade do que nós fazemos em relação a atendimento de saúde suplementar.

Aqui eu quero fazer uma observação: nós estamos focando só na Autorização de Internação Hospitalar — AIH e em Procedimentos de Alta Complexidade — PAC. Como foi dito, os maiores valores correspondem ao volume que nós não conseguimos identificar e que, em geral, têm forte influência, porque estão previstos nos planos de saúde — os exames, os procedimentos de média complexidade, os atendimentos de urgência e emergência e de pronto atendimento hospitalar.

Nessa hora, não é o cidadão que decide ser atendido pelo plano de saúde. Quando ele é atendido numa situação de emergência, pelo SAMU ou pelo SIATE, ou numa porta de entrada de urgência e emergência, muitas vezes ele nem tem condição de tomar essa decisão. Então, não é uma situação em que o cidadão decide abrir mão do seu plano de saúde e ser atendido pelo SUS. Muitas vezes, o SUS atende situações em que tem que atender, porque aquele cidadão não está nem em condição de fazer uma opção. E alguns desses atendimentos estão previstos no plano de saúde.



Então, nós precisamos ampliar o escopo do que nós estamos falando em relação a esses procedimentos. É isso que o CONASS apresentou na discussão que foi feita, inclusive, em julho de 2015, que visou incluir, além do que nós estamos discutindo hoje — AIH e APAC —, outros atendimentos que estão sendo feitos no sistema: atendimentos de urgência e emergência que estão sendo feitos pelo sistema; atendimentos que correspondem à chamada média complexidade, que, em geral, não são feitos só com os recursos federais, mas com recursos estaduais e municipais.

Nós temos que ampliar o nosso olhar, porque o que nós estamos vendo é a ponta de uma discussão, e não a totalidade dela.

Por outro lado, preocupa-nos também e nos faz travar esta discussão o fato de que nós precisamos pactuar também aquilo que é ressarcido em relação aos gestores, em relação a sua destinação final, porque os recursos advindos do ressarcimento vão para o Fundo Nacional de Saúde, mas é interessante haver um processo de pactuação em relação à destinação desses recursos. Isso fundamental, inclusive, para que haja equilíbrio entre os sistemas, porque uns acabam, muitas vezes, sendo mais onerados que outros por haver situações, no território nacional, em que há percentuais muito distintos de cobertura de plano de saúde.

Vamos precisar também fazer essa discussão.

O CONASS tem trazido também para o debate que nós precisamos estabelecer mecanismos permanentes de avaliação desse processo, porque o que nos preocupa muito hoje é que quando nós vemos o crescimento que houve nos últimos anos, nós também comparamos o desempenho dos anos anteriores. Então, preocupou-nos ter havido menos repasse em 2016 do que em 2015, quando nós vínhamos numa tendência de alta. Já foi colocado aqui que, em 2017, houve um desempenho maior. Teoricamente, se em 2016, quando eu já tinha aplicado APAC e havia um impacto de um novo olhar sobre o ressarcimento, eu tive uma diminuição, isso é sinal de que precisamos aprimorar nossos mecanismos de identificação e os mecanismos para se buscar o efetivo ressarcimento.

Para nós, como sistema de saúde, este volume que está aqui, com certeza, não reflete a totalidade dos beneficiários dos planos de saúde que são atendidos pelo SUS.

É importante registrar outra questão. Nós não podemos aqui fazer uma leitura de que o SUS só financia através da tabela. Não existe só isso. Existe a participação dos



Estados e dos Municípios financiando os hospitais além da própria tabela. O próprio Ministério da Saúde já não se restringe à tabela. Esses custos, em alguns casos, estão ultrapassando 1,5 do que está colocado aqui.

Nós precisamos ter uma clareza neste processo. Acho importante, principalmente neste momento em que estamos discutindo o processo em relação à saúde suplementar e o sistema de saúde, que também fique claro aqui que nós estamos discutindo um processo que não é para nos afastar, afinal de contas, a Constituição brasileira previu a figura do SUS e a figura da saúde suplementar.

O que nós temos que saber agora é como interagir. A melhor maneira de interagir é não termos rótulos, é termos a clareza de que, para funcionar o sistema, precisamos potencializar tudo, mas com regulação eficiente, com capacidade específica de dar conta dessa discussão, ampliando essa discussão do ressarcimento também para os entes municipais e estaduais.

Não há representação aqui do CONASEMS, mas eu quero colocar que essa situação também afeta os Municípios e quero trazer para esta discussão aspectos fundamentais.

Isso é uma coisa que estamos acompanhando de perto. Não vou falar de ressarcimento, Deputado, vou falar de modelo de atenção. Se nós continuarmos com esse modelo de atenção à saúde, seja na saúde pública, no SUS, ou seja, no setor privado, seja desembolso direto ou seja saúde suplementar, nós vamos ficar definitivamente de forma inadministrável.

Nós não podemos continuar focando o processo todo exclusivamente no modelo de atenção que não verifica o processo, que pode ser desde a promoção da saúde até mecanismos melhores para se fazer inclusive essa abordagem.

Tenho observado, por exemplo, que a saúde suplementar já identifica o potencial da atenção primária à saúde na melhoria do desempenho do próprio sistema de saúde suplementar.

Eu acho que nós vamos precisar trabalhar isso de forma muito clara e com certa harmonia. No fundo, nós vivemos algo na sociedade que não é uma questão de ser a favor ou contra, é uma questão de buscar o melhor para o cidadão brasileiro.



Neste momento, o melhor para o cidadão brasileiro é que se consiga efetivar o sistema de saúde que foi previsto dentro das regras que são postas, inclusive com a presença da questão da saúde suplementar.

Uma das questões que nos preocupa bastante neste momento é imaginarmos que qualquer circunstância que movimente a questão da saúde suplementar não tenha impacto no SUS. Tem! E nós temos que ter a clareza de que esses movimentos que têm impacto no SUS precisam ser muito bem trabalhados para não dificultar mais ainda o processo pelo qual o SUS está passando hoje, que é um processo de, em termos de crise fiscal, estar contingenciado por alguns anos.

Portanto, o ressarcimento tem que ser visto além daquilo que nós estamos estabelecendo como patamar de financiamento. É preciso buscar eficiência na relação com a saúde suplementar para que isso se coloque de forma efetiva.

Eu não vou entrar aqui na polêmica do aspecto jurídico porque eu não sou da área jurídica. Mas eu entendo que a própria ADIN 1.931 ainda está em processo de discussão. A meu ver, neste momento, nós estamos trabalhando com o que está previsto na legislação. A ANS está trabalhando com o que está previsto na legislação. E o que está previsto na legislação para nós tem que ser visto com o olhar mais ampliado. E volto a dizer: o que está escrito lá é ressarcimento ao SUS. E SUS não é só recurso federal.

Concluo dizendo que é importante, no momento desta discussão, chamar a atenção para o fato de que, potencialmente, ampliar este leque, que foi o leque dos procedimentos, já causa efeitos positivos.

Eu fui membro da Câmara de Saúde Suplementar da ANS por algum tempo. Lembro-me de que, quando começou a discussão sobre APAC, ela parecia ser algo ainda um pouco mais complicada do que era. No fim, ela se mostrou, do ponto de vista da eficiência, do batimento, até mais rápida do que a própria RH.

Então, há soluções para o processo de melhoria do desempenho do sistema de ressarcimento. O que nós precisamos é — mesmo na Câmara Técnica de Saúde Suplementar, em que todas as pessoas que compõem esta discussão, inclusive as entidades dos planos de saúde, dos prestadores, da sociedade que estão lá — buscar mecanismos para que a agenda do ressarcimento seja permanente.

E precisamos que haja uma pactuação entre os gestores — o Ministério está aqui — em que possamos discutir como se fazer a utilização do recurso do ressarcimento, tendo



em vista a crise fiscal que nos coloca diante da possibilidade de não termos acréscimo de recursos nos próximos anos.

Eu não vou me estender mais. Eu tinha alguns aspectos a colocar, tinha alguns números aqui. Mas acredito que pela apresentação da ANS os números estão extremamente explicados.

Fica o registro de que o CONASS tem feito esta discussão, e nós temos as propostas que foram apresentadas para serem colocadas em debate.

O SR. PRESIDENTE (João Paulo Kleinübing. PSD - SC) - Agradeço ao Sr. Renê José dos Santos, representante do CONASS, a sua exposição.

Agora, então, passamos imediatamente ao debate e à discussão.

O objetivo desta audiência pública é justamente, a partir desta discussão, buscar propor melhorias e avanços na legislação no que diz respeito à possibilidade de cobrança de ressarcimento dos serviços prestados pelo SUS aos usuários dos planos de saúde.

Quero iniciar a discussão. Um dos principais pontos que eu entendo em que a legislação precisa avançar — até na condição de ex-Secretário de Saúde — diz respeito àquilo que o Renê colocava com relação a quanto Estados e Municípios estão sendo onerados por esses serviços e como esta forma de ressarcimento hoje está criando, na verdade, um ônus adicional ainda maior para eles.

Antes de entrarmos nesta discussão, o Daniel apresentou rapidamente a questão dos principais procedimentos, tanto de APAC quanto de RH, que estão sendo objetos de ressarcimento.

Dois na verdade chamam a atenção. Eu gostaria de iniciar questionando o Daniel sobre quais procedimentos estão sendo realizados para aprimorar a fiscalização das operadoras de plano de saúde.

Primeiro, nós vimos que o ressarcimento se origina de várias coisas. Muitas vezes, o usuário pode acabar optando pelo sistema. Muitas vezes ele não opta, como no caso de urgência e emergência. De fato, identificou-se — conforme o Marcelo colocou — que o usuário, muitas vezes, para não pagar a coparticipação, acaba optando por ir até um determinado ponto na sua operadora. Ele faz uma consulta, um exame, mas, quando tem que fazer um procedimento mais caro, para não pagar a coparticipação, acaba optando pelo sistema público. E aí o que chama atenção é, por exemplo, o número de partos que foram realizados ao longo desse período.



Nós não estamos falando aqui de um procedimento extraordinário. Praticamente todos os planos de saúde acabam cobrindo parto. Nós tivemos 54 mil procedimentos identificados. Juntos, esses procedimentos somaram aproximadamente 50 milhões de reais, isso considerando o acumulado de 2014 e 2015, segundo está no último relatório.

Outro dado interessante no caso das Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais — APACs é o valor das hemodiálises. Praticamente 50% de tudo o que está sendo identificado de cobrança em APAC é de hemodiálise. Foram praticamente 400 milhões de reais em 2014 e 2015, sendo que, nas Autorizações de Internação Hospitalar — AIHs, nós também temos, nos transplantes de rim, individualmente, o maior valor. Não é a maior quantidade, mas é o maior valor, cerca de 76 milhões de reais.

Eu queria começar questionando o Daniel. A partir desses dados, o que a ANS pode fazer no sentido de garantir que a operadora não venda aquilo que consegue cumprir? Quando se trata de hemodiálise, talvez a operadora não tenha rede suficiente ou algum tipo de serviço. No caso de parto, isso não acontece. A operadora não pode alegar que não consegue oferecer parto. E aí, se ela não tiver rede, ela vai continuar ofertando esse serviço e cobrando do usuário por isso, sem ter condições de atender? O que, a partir desses dados, a ANS tem feito nessa direção?

O SR. DANIEL MEIRELES FERNANDES PEREIRA - Deputado, a questão do atendimento dos procedimentos obrigatórios é tratada pela ANS através de uma norma chamada Garantia de Atendimento. Nós estipulamos um prazo máximo no qual a operadora deve disponibilizar um prestador para aquele procedimento específico solicitado pelo beneficiário. No caso de descumprimento desse prazo, há uma autuação por uma infração específica da ANS negativa de atendimento. Nos casos de urgência e emergência, o valor pode chegar a até 250 mil reais.

A atuação da agência é intrinsecamente ligada à solicitação do beneficiário, que entra em contato com a operadora e, caso não tenha o seu procedimento realizado no prazo assinalado, faz um contato posterior com a agência. Nós temos um procedimento de mediação. A cada dez demandas que entram na agência, aproximadamente nove são resolvidas no nosso procedimento de mediação. O procedimento é efetivamente dado. E o resíduo é encaminhado para autuação pela nossa fiscalização.

Em relação ao alto número de procedimentos identificados, especificamente em relação ao parto na saúde pública, eu não vou saber dizer tecnicamente o porquê de esse



tipo de procedimento estar sendo realizado ali, mas deve ter algo a ver com a questão da própria política de parto feita no Brasil.

Na ANS, nós identificamos que havia uma resistência muito grande em fazer partos cesáreos no âmbito da saúde suplementar e começamos diversos projetos. O mais conhecido é o Projeto Parto Adequado, que envolve a indução de qualidade nesse tipo específico de parto. Conseguimos resultados expressivos, com um aumento de 70% a 80% no número de partos cesáreos na saúde suplementar, e estamos conquistando cada vez mais resultados com esse projeto.

Especificamente sobre esses projetos no âmbito do SUS, o que a agência tem é isso. Ela fiscaliza o não cumprimento, porque as operadoras são obrigadas a efetivar a vontade do beneficiário. Em relação aos procedimentos que o beneficiário efetivamente realizou no sistema público, nós fazemos o ressarcimento para o outro lado. Em relação à quantidade, trata-se de uma questão de perfil de saúde, que eu acho que o Ministério, de repente, poderia tratar, mas isso já foge da minha alçada técnica.

Em relação à hemodiálise, trago a mesma resposta: nós adotamos o mesmo procedimento para esse tipo de solicitação. A agência fiscaliza cada vez mais esse tipo de cumprimento e penaliza cada vez mais. A cada ano o número de multas aumenta bastante no âmbito da agência. Não tenho os dados exatos porque fazem parte de outra diretoria, que é a Diretoria de Fiscalização, mas há um aumento contínuo na aplicação de multas. Cada vez mais conseguimos resolver no âmbito da mediação da agência. Por outro lado, temos o ressarcimento, a cobrança específica desse tipo de procedimento que fazemos ao revés.

Eu queria dar uma palavrinha sobre a manifestação do representante da CNS, Marcelo Britto, especificamente em relação à legalidade do IVR.

O IVR é fruto de uma discussão grande com o sistema. Como o próprio Dr. Renê, do CONASS, disse, o IVR busca ressarcir não só as despesas da tabela, mas também outras despesas inerentes à operação — despesas administrativas e operacionais. Não há nenhum questionamento judicial efetivado contrário ao IVR, não há nenhuma sentença desfavorável ao IVR na agência hoje que nos impeça de cobrá-lo. A agência entende como legal esse índice e vai continuar aplicando-o efetivamente, conforme prevê a resolução.



Em relação à cobrança de coparticipação dos usuários de planos de saúde, a informação não é verídica. Não há qualquer tipo de cobrança de coparticipação dos beneficiários em procedimentos realizados pelo SUS. Durante a análise da impugnação, há um desconto em relação a esse valor para fins de ressarcimento, mas em nenhum momento há cobrança dos beneficiários. Queria deixar isso claro.

Em relação à sinistralidade, a informação também não é completa. A sinistralidade usa contas específicas, contábeis, relacionadas a efetivos pagamentos de despesas assistenciais que não estão incluídas no ressarcimento ao SUS, que usa uma outra conta contábil da agência.

São essas as manifestações.

Quero reiterar o que disse o Dr. Renê, no CONASS: a defesa dos beneficiários de planos de saúde não é feita só pela CNS, ela é feita por toda a administração pública, especialmente pela ANS, que tem como missão promover a sustentabilidade do setor e a defesa dos beneficiários do setor. O nosso árduo trabalho de cada dia na agência é voltado para isso.

Espero ter respondido aos questionamentos.

O SR. PRESIDENTE (João Paulo Kleinübing. PSD - SC) - O Dr. Marcelo tinha solicitado a palavra para fazer uma complementação.

O SR. MARCELO MONCORVO BRITTO - Presidente, Deputado João Paulo, vamos por etapas.

Nós ouvimos aqui a história dos 54 mil partos, e eu não estou fazendo defesa de operadora. Ao contrário, quem me conhece sabe que eu sou até um crítico mordaz do sistema de operação de várias operadoras. No entanto, eu queria saber se nós temos outra informação sobre quantos partos são feitos em hospitais privados não credenciados ao SUS, porque chegou em período expulsivo, porque era urgência e tinha que ser feito ou por liminares judiciais que nunca foram pagas.

Eu vou usar o mesmo sentido, Dr. Renê, de que a informação vem sempre incompleta. São 54 mil, mas existe também o reverso. E aqueles usuários do SUS que foram atendidos em unidades privadas não credenciadas, porque chegaram naquele momento e não tiveram opção, tiveram que fazer até por força legal e estão hoje pendentes de pagamento? Desculpe, uma vez a tabela do SUS.



Dr. Renê, que bom que o senhor me informou que o Ministério já praticamente não remunera mais a tabela do SUS. Vou cobrar isso do Dr. Fábio Vilas-Boas, na Bahia, já que eu tenho esta informação que é importantíssima para mim. Vou fazer essa cobrança.

O SR. RENÊ JOSÉ MOREIRA DOS SANTOS - Exclusivamente para a tabela do SUS.

O SR. MARCELO MONCORVO BRITTO - Exclusivamente.

O SR. RENÊ JOSÉ MOREIRA DOS SANTOS - Eu falei muito claramente.

O SR. PRESIDENTE (João Paulo Kleinübing. PSD - SC) - Podemos usar até a questão do parto de novo como parâmetro.

Na verdade, vamos pegar uma maternidade pública lá de Santa Catarina, por exemplo. Há o valor da tabela, do procedimento, do parto em si realizado, mas há o recurso qualitativo, o recurso pelo fato de estar na rede, ou seja, a composição da remuneração por aquele serviço está também vinculada, no caso, por exemplo, do parto, a uma questão de qualidade.

Eu quero juntar outra questão, que é a seguinte: a ANS optou por usar o IVR, que é 1,5 da tabela do SUS. A lei diz, hoje, que o mínimo é o que está na tabela e o máximo é o custo efetivo daquele serviço. Mas tem que se levar em conta — e, talvez, esse meio a mais seja isso — o custo administrativo, que o próprio Daniel colocou, ou seja, o custo administrativo dessa situação precisa ser de alguma forma também ressarcido. Ele poderia ser calculado além disso, que pode ser o meio que está nesse IVR 1,5 na tabela.

Agora, voltando à questão do parto como exemplo, será que nós não podemos chegar a um extremo em que, dada a própria condição da tabela, a forma de remuneração, seja mais interessante para a operadora pagar o valor de IVR do que ela oferecer esse serviço na sua rede própria? O custo não ficaria, talvez, equivalente? Se nós não apurarmos qual é o custo efetivo desse serviço para fazer o ressarcimento, será que nós não podemos criar em alguns serviços algum tipo de distorção?

O SR. MARCELO MONCORVO BRITTO - É possível que sim. O que eu queria apenas reposicionar aqui é que estamos falando sempre do pagamento da operadora. Senhores, isso não é o pagamento da operadora. Quem está pagando por esse procedimento é o usuário. Tudo isso que está sendo discutido aqui nesta sala, se são 54 mil partos, se não são, esses pagamentos são realizados pelos usuários dos planos da saúde suplementar. Sempre, em qualquer hipótese! O IVR está questionado? É claro que



está questionado. Não é nem pelo prestador, porque pouco podemos interferir nessa linha. Está ainda em decisões de primeira instância, temos que esperar subir para os tribunais superiores para ver qual é o debate, apesar de eu achar que é um debate bem interessante. Temos custos administrativos, Deputado? É claro que temos, 131 por AIH — Autorização de Internação Hospitalar é o custo administrativo da agência. É preciso rever esse custo administrativo da agência. Está saindo caro isso.

Quando falamos de custo administrativo, estou falando daquela grande rede de hospitais privados não filantrópicos que são exclusivamente a tabela do SUS. Vamos sempre entender este conceito: os pagamentos adicionais que existem são para a rede filantrópica, que tem o incentivo do não pagamento da isenção tributária e mais um valor, mas aquela rede privada não filantrópica é seca, é uma vez a tabela do SUS, com ou sem custo administrativo. Ela é seca, é isso apenas que vai receber.

O que vamos questionar sempre e muito é que estamos penalizando usuários. O senhor acabou de nos falar de 3 milhões de vidas que deixaram a saúde suplementar nos últimos 2 anos ou 3 anos. Sabe o que aconteceu com esses 3 milhões de vidas? Não se debate ressarcimento ao SUS, porque eles não fazem mais parte nem da área da saúde suplementar, deixaram de ficar sob responsabilidade da agência, e essa parte vai para o SUS de qualquer maneira e não tem ressarcimento nenhum. O que se tenta evitar dessa forma é que esse quantitativo de pessoas deixe a saúde suplementar pelo aumento do custo.

Já não basta o aumento do custo inerente à inflação médica, que já é muito alta e em alguns momentos absurda, mas essa é outra discussão, senão vamos passar a tarde toda debatendo, ainda vamos ser penalizados? É o usuário quem paga. Lembrem-se sempre: não é a operadora quem paga, quem paga é o usuário, independente da classificação contábil financeira que queiramos montar nos planos de prestação de contas.

Então, esse é o grande debate que podemos fazer, mas continuarei dizendo que estou sozinho defendendo o pobre do usuário da saúde suplementar.

O SR. PRESIDENTE (João Paulo Kleinübing. PSD - SC) - Pois não, Renê.

O SR. RENÊ JOSÉ MOREIRA DOS SANTOS - Gostaria de deixar registrado que fui muito claro na minha fala quando disse que não é exclusivamente a tabela. E isso é de conhecimento de todos, inclusive da sua fala, que acabou deixando claro que reconhece



que em algumas situações o SUS paga a tabela e, na contratualização, um componente variável em relação à própria tabela. A questão específica é a natureza do prestador em relação a essa aplicação.

Agora, acho que aqui estamos também tratando de assuntos um pouco distintos. Eu sei que a sua representação é dos prestadores, mas o foco aqui é a discussão do ressarcimento dos planos de saúde. Se quisermos fazer um debate, que é fundamental, vamos começar a debater a questão de pagamento por procedimento, mas aí é outra discussão, é como o SUS deve remunerar a prestação de serviços. É outra discussão.

O que estamos falando aqui é de um sistema de saúde suplementar que vendeu um produto ao cidadão, e o cidadão tem direito àquele produto. À medida que o cidadão se coloca numa situação em que é atendido pelo SUS, o conjunto dos cidadãos brasileiros que tem interesse no SUS também tem direito a esse ressarcimento. Essa é a discussão que estamos fazendo aqui, porque, se formos fazer a discussão de tabela, melhorar a forma de *performance*, vamos buscar mecanismos internacionais e vamos discutir tabela. Mas essa é outra discussão.

Estamos aqui para discutir a questão de plano de saúde, da oferta de produto ao beneficiário *versus* o interesse público, que está atuando para atender essa pessoa, que deveria estar coberto por aquele procedimento, e se coloca recurso público ali. É isso que estamos falando aqui.

Aí vem uma situação muito clara. No momento atual, ainda digo que precisamos ampliar essa nossa discussão, porque fazemos todo esse debate achando que esse volume que estamos discutindo aqui é exatamente o conjunto que estamos falando, mas não é. Nós temos uma situação hoje que, com certeza, é muito maior e onera Estados e Municípios também. Aí fazemos uma leitura reduzida do que está no art. 32 e estabelecemos a lógica de que é só recurso federal que deve ser ressarcido. Lá está escrito SUS.

Então, o grande debate aqui é separar as discussões. Se vamos abrir uma discussão — e o Ministério está aqui — para analisar formas de remuneração e de prestação de serviço ao SUS, essa é outra discussão, quem sabe inclusive saindo da ideia do procedimento que em geral talvez até não agregue nem valor ao resultado do desfecho final, encaminhados por uma discussão que outros países já estão fazendo, como DRG, pagamento por *performance*, mas essa é outra discussão.



O que estamos discutindo aqui é como aprimorar um processo que já tem 17 anos. Estamos falando de uma coisa que tem 17 anos. Se eu pegar historicamente aquele gráfico ali, só houve um crescimento razoável a partir de 2010. Ou estou enganado quanto ao gráfico? Então, precisamos estabelecer mecanismos e parcerias para que possamos ampliar esse processo.

Agora, é importante ressaltar que as estruturas que os planos de saúde colocam à disposição dos usuários têm que ser capazes de fazer o que está aqui também. A maior parte dos planos incorpora parto. Nós estamos falando de parto. Quanto à hemodiálise, alguém já imaginou qual o percentual de hemodiálise que é feito no SUS? Deve ser mais de 90%. Será que não estamos diante de um cenário em que, no futuro, as pessoas que procuram um plano de saúde, a população que envelhece, que tem doença crônica, como hipertensão e diabetes, vai ter que fazer procedimentos nessa área? E os planos de saúde vão ter que contemplar seus usuários, até para defendê-los no seu interesse. Então, estamos diante de uma situação que comprova que, ao introduzir a APAC, identificamos aspectos que já existiam antes.

E aqui quero fazer um registro. Quando foram introduzidos os medicamentos oncológicos ambulatoriais há uns 3 anos, para os planos de saúde, eu estava no debate lá, e seria uma grande dificuldade, não seria possível, seria complicado. Afinal de contas, como fazer um atendimento sem prever esse tipo de situação? Então, essa é a grande preocupação hoje. Não podemos criar um mecanismo que crie, a meu ver, dificuldades inclusive para o próprio Sistema Único de Saúde dar resposta à sociedade. E o Ministério da Saúde e a ANS têm esse papel de regular.

Entendo que, quando a ANS foi criada, ela veio para buscar, permitir também a defesa dos interesses do beneficiário para que ele saiba exatamente que, quando vai comprar um plano de saúde, o plano tem a credibilidade suficiente para ofertar o que está vendendo. Até o próprio representante aqui colocou que existem planos de saúde e existem planos saúde, como qualquer coisa na vida. Então, sabemos que a ANS tem esse papel importante. Isso também é defesa do interesse do beneficiário.

Da mesma maneira, os gestores se preocupam que as suas estruturas estejam devidamente financiadas de acordo com o que a lei lhe permite. O gestor não pode se omitir do que está previsto na lei, tem que estabelecer mecanismos de identificar atendimento de beneficiários do Sistema Único de Saúde para fins de ressarcimento.



Essa é uma responsabilidade dele. Então, devemos ter um mecanismo claro de composição.

O fato de hoje estarmos discutindo valores, tabelas, essas coisas, é outro debate, é um debate no sentido de avançar no processo inclusive de discutir aspectos de remuneração.

Eu participei de um debate da ANS em São Paulo no ano passado, com operadoras, quando se discutiu também esse assunto. Essa discussão de pagamento de procedimentos tem que ser vista sob o ponto de vista de desfecho, de desempenho. Quem sabe, no futuro, pensaremos em outras modalidades. Outros países fizeram isso. Vale isso para a saúde suplementar e vale para o SUS. Eu acho que nós vamos ter que caminhar para esse debate. Mas, neste momento, nós queremos pelo menos avançar com mais rapidez do que avançamos nos últimos 17 anos. É isso o que nós precisamos discutir, deixando de lado, obviamente, os aspectos jurídicos, porque o campo em que estão sendo discutidos os aspectos jurídicos é o campo do Supremo Tribunal Federal. Cabe a nós, como agentes públicos, buscar o cumprimento da lei e o melhor para a população, seja ela usuária do SUS, seja beneficiária de plano de saúde.

Quero fazer o registro aqui. A meu ver, o SUS não é exclusivamente só assistência. Então, nós temos que ver também que o SUS tem todo um conjunto. Quando ele está devidamente estruturado, com o recebimento das receitas previstas em lei, ele beneficia a todos os cidadãos, inclusive o próprio beneficiário, que, indiretamente, em algum momento, vai usar outras ações do SUS, e não somente a assistência.

O SR. PRESIDENTE (João Paulo Kleinübing. PSD - SC) - Obrigado, Dr. Renê dos Santos.

Eu passo a palavra agora ao Marcelo Britto, representante da CNS, porque ele já tinha informado no início que tinha outro compromisso e precisaria sair às 11h30min, para que faça suas considerações finais. Depois, vai ter que nos deixar. E, desde já, eu o agradeço novamente pela participação.

O SR. MARCELO MONCORVO BRITTO - Obrigado, Sr. Presidente. Peço desculpas a todos, porque tenho um voo.

Finalizando todos esses comentários aos quais o Dr. Renê estava se referindo, eu mantenho um único ponto de vista no final. Fiz aqui o papel de defesa do usuário pobre da saúde suplementar, que não está na Mesa, não está participando — e nem a



confederação o representa. Talvez eu esteja fazendo quase um papel pessoal como pobre usuário da saúde suplementar.

Peço sempre que debatamos, discutamos o assunto. Eu acho que a discussão não se fecha apenas na forma, mas temos que discutir o conceito da cobrança — se é justo, se é injusto, se é forma. *"Faça o que eu mando, não faça o que eu faço."* Mas isso faz parte.

Sr. Presidente, agradeço aos demais colegas de Mesa, aos que estão assistindo à reunião e aos que estão assistindo à *TV Câmara*.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (João Paulo Kleinübing. PSD - SC) - Agradecemos ao Dr. Marcelo a participação.

Nós recebemos algumas perguntas, por meio do e-Democracia. Quem nos acompanha pela Internet nos enviou essas perguntas.

Eu gostaria de começar com a pergunta feita ao representante da ANS, não exatamente em relação ao nosso tema: *"Não deveria ser responsabilidade do contratante do plano de saúde, ao não ser atendido por algo que o plano deveria atender, ter facilidade e menos burocracia para processar o plano por quebra de contrato? Com essa facilidade, os usuários poderiam processar mais os planos"*. Reclama da enorme burocracia para isso.

O SR. DANIEL MEIRELES FERNANDES PEREIRA - Vou tentar responder ao questionamento aqui. Eu acho que a questão da burocracia do processo é mais ligada ao Poder Judiciário. Eu acho que é amplo o acesso à Justiça. Desconheço qualquer tipo de burocracia que exista, mas acho que é uma discussão a ser feita em outro ambiente; não sei se aqui.

O SR. PRESIDENTE (João Paulo Kleinübing. PSD - SC) - Nós temos mais três perguntas que dizem respeito, na verdade, à questão da tributação, ou seja, que haveria excesso de tributação sobre os planos de saúde e que poderia haver redução do valor do plano e estímulo à adesão de mais pessoas, mas também esse não é o objeto da nossa discussão.

Eu queria levantar mais uma questão para debate, dentro desse espírito de aprimorar a legislação e nela avançar com relação à cobrança, que sempre é uma grande preocupação dos Secretários Municipais e Estaduais de Saúde, que acabam arcando, na



ponta, com boa parte dos custos do Sistema Único de Saúde. É bom lembrar que, há 25 anos, quando o instituto foi criado pela Constituição de 1988, a União respondia por cerca de 57% do financiamento do Sistema e hoje a União representa 48%, às vezes 47%, desse financiamento. Essa diferença de quase 10% a que a União deixou de atender está sendo absorvida por Estados e especialmente por Municípios. Enquanto a Constituição prevê que os Municípios deveriam investir 15% do seu orçamento em saúde, sabe-se que, na verdade, hoje não há Município que invista menos que 25% do seu orçamento em saúde. Essa é a média, pelo menos lá em Santa Catarina. Mas há alguns mais extremos que chegam perto de 40%, isto é, aqueles que têm hospital público municipal vinculado diretamente têm os custos do seu orçamento em saúde batendo em 40%.

Essa saída do financiamento do Sistema Único de Saúde pelo Governo Federal, pela União, deu-se das mais diversas maneiras: pelo não reajuste da tabela; pela judicialização, que afeta o Ministério da Saúde, que foi aqui colocado pelo Carlos Sousa, mas que também afeta Estados e Municípios. E acaba afetando mais os Estados e Municípios que estão mais perto, então a Justiça acaba sendo mais ágil, e o usuário acaba demandando mais a Justiça Estadual do que a Justiça Federal. Há tentativas no sentido de se avançar nessa direção, o que seria tema de outro debate, inclusive em Santa Catarina há algumas ações pioneiras nesse sentido. Outra forma que existe — e aí eu chego ao meu questionamento — está vinculada à questão do ressarcimento. Vou tentar voltar ao exemplo do parto, de que falamos antes.

A maternidade estadual de Santa Catarina — voltando ao exemplo do meu Estado —, quando atende a um usuário de plano de saúde, às vezes, gasta muito mais que o valor que é pago pela tabela, mesmo com as outras complementações. Com que lógica o ressarcimento funciona hoje? O Ministério da Saúde parte do princípio de que já pagou por aquele serviço, seja através do lançamento da AIH, seja através da... Eu paguei por esse serviço já. Só que ele não leva em consideração o fato de que subfinanciou aquele serviço. A tabela é extremamente rentável em alguns serviços, especialmente nos que têm maior complexidade, mas, nos serviços mais simples — e o parto é um deles —, o valor da remuneração é inferior ao que de fato custam para o ente que os está prestando lá na ponta. Então, o ressarcimento vai para o Fundo Nacional de Saúde, que fica com o recurso, e parte do princípio de que já pagou por aquele serviço, embora tenha pago



menos do que deveria. A discussão que o CONASS trouxe talvez seja o principal ponto, no meu entender.

A discussão que o CONASS trouxe talvez seja o principal ponto, no meu entender. Deveríamos tentar avançar na questão da cobrança, no sentido de quebrar essa lógica, olhar para quem prestou o serviço, Carlos. A maternidade, o hospital público que fez o parto pagou mais do que recebeu pelo SUS. A lógica de que o ressarcimento vai integralmente para o Fundo Nacional de Saúde porque ele já pagou por aquele serviço, ela se quebra no momento em que ele paga menos do que deveria ter pagado pelo serviço. E o ônus dessa diferença fica de novo com o Estado, fica de novo com o Município. Isso acontece muito nos casos de parto, até pelo volume, como foi dito aqui, mas acontece também, muitas vezes, em relação aos hospitais das cidades que ficam à margem de rodovias. Considerem o atendimento de emergência, o atendimento de acidentados, de politraumatizados, a realização de cirurgias. Um acidentado, às vezes, precisa de UTI, de várias cirurgias. Se esse atendimento de alguma forma for cobrado do plano de saúde, ele não cobre minimamente os custos que aquela unidade teve.

Eu gostaria então de tentar buscar uma modificação nessa forma de cobrança, para que, talvez, pudéssemos avançar não na cobrança através do IVR, com os 50%, mas sim, Daniel, na identificação do custo real daquele serviço que foi prestado. Talvez não se consiga fazer isso em todos os casos, mas ao menos para os mais representativos, como os de TRS, que representa 400 milhões de reais. Podemos considerar os transplantes, embora, para esses casos, a tabela estabeleça até uma remuneração bastante adequada. Menciono os partos, outros serviços ambulatoriais cujos custos acabam sendo inferiores.

Espera-se que esse ressarcimento possa, de alguma forma, ser dividido. Uma parte, sim, recupera o recurso que o Fundo Nacional de Saúde pagou, mas se levando em consideração o custo efetivo do atendimento feito ao usuário por aquele hospital público ou hospital filantrópico, sendo que este não tem condições de buscar o seu ressarcimento de outra forma. Acho que nós temos que fazer o confronto entre aquilo que o SUS pagou e o que realmente foi gasto.

Espera-se que aquele que prestou o serviço ao paciente possa apontar qual foi, de fato, o custo do atendimento e que isso possa de alguma forma ser ressarcido. Eu acho que essa é uma modificação que deveria acontecer. Talvez a legislação precise avançar nessa direção.



O SR. RENÉ JOSÉ MOREIRA DOS SANTOS - Eu acho que sua colocação diz respeito a quatro questões muito claras, e algumas dialogam com o que trouxemos aqui.

A primeira: o que cobrar como ressarcimento? A meu ver, estamos ainda olhando uma pequena parte do que é realmente prestado como serviços, por meio do SUS, aos beneficiários de planos de saúde. Nós acabamos nos restringindo única e exclusivamente a cobrar aquilo que os sistemas de informação são capazes de identificar em relação ao beneficiário. Essa é a regra. Por que foi escolhida a APAC? Porque a APAC tem uma característica de atenção ambulatorial identificável do usuário. Quanto a outros procedimentos, dificilmente se consegue ter a identificação do usuário de forma efetiva no sistema de informação. Então, nós fazemos a escolha em função da capacidade dos nossos sistemas de informação de colocar esse dado.

Eu acho que temos de avançar para buscar mecanismos mais efetivos de identificação do beneficiário para qualquer situação de assistência a beneficiários de plano de saúde. Esse é um exercício que foi feito em relação à APAC. Eu acho que o Ministério está trabalhando muito essa questão da identificação do usuário, um sistema de informação que seja capaz de fazer isso.

A segunda questão: quanto cobrar? De quanto é esse ressarcimento? Hoje nós discutimos muito a questão da tabela. O que não estamos discutindo aqui são custos. Isso, para mim, é a grande essência da discussão atual. Nós não fazemos a discussão sobre custos e fazemos a discussão sobre tabela, se é 1, 2 ou 3, achando que aquilo é o que representa o que deveria ser ressarcido. Eu acho que o Deputado colocou claramente a questão.

Vamos pegar como exemplo a situação de um hospital estadual público que atende um beneficiário de plano de saúde. Ele, necessariamente, no seu conteúdo de atendimento, não tem todo o recurso financeiro disponível, do limite financeiro federal, para se manter. O que ele faz? Ele se vale de recurso estadual para complementar o funcionamento daquela unidade. Então, aquela unidade funciona não só a partir daquele recurso, mas também do custo que ela tem. Portanto, nós precisamos ter uma forma de saber quanto isso representa em termos de ressarcimento.

A terceira questão: como fazer esse processo do ressarcimento para que ele contemple, de certa maneira, o que foi colocado aqui? Eu acho que existem duas coisas. A primeira, que é importante: é preciso fazer uma leitura de pactuação desse recurso



quando ele volta para o Fundo Nacional de Saúde. E se espera que essa pactuação seja o olhar de Estados, Municípios e Ministério, numa lógica que tem de levar em consideração a diversidade brasileira e garantir a redução das desigualdades em função do financiamento público. É preciso que haja uma pactuação que deixe claro esse processo. A meu ver, tem que ocorrer um acréscimo aos recursos que estamos hoje colocando. Teoricamente, se não houver esse acréscimo, vamos ter dificuldade no futuro de manter esse ponto de equilíbrio.

Por último, a quarta questão: os Estados e os Municípios têm que fazer parte dessa discussão do ressarcimento, ampliando-a. Estamos restringindo a discussão sempre ao olhar do ente federal. E, no olhar do federal, o Fundo Nacional de Saúde faz esta leitura: é recurso federal. E os demais recursos? E aquilo que foi colocado de recurso numa porta de entrada de pronto atendimento ambulatorial? Não é pago por procedimento, correto? Há uma composição de custos. O Ministério financia uma parte, que não é exatamente o percentual que está lá. Ele financia uma parte em relação ao custo total, e Estados e Municípios absorvem isso para funcionar. Então, nós precisamos ampliar esse debate, até para permitir no futuro a discussão central. Nós temos que caminhar para um processo de saída do pagamento por procedimento e pensar outras maneiras de estabelecer apropriação de resultado.

Eu tenho certeza de que a ANS tem feito esse trabalho, porque eu tenho visto, inclusive, algumas medidas de racionalização empreendidas pela própria agência para a saúde suplementar. Eu participei de algumas reuniões em que se falou muito claramente do papel que a ANS está tentando fazer para reduzir o percentual de partos cesáreos — ficou muito claro o peso do parto cesáreo em relação ao impacto dessa questão, e a ANS está fazendo esse trabalho — ou estimular mecanismo referente ao envelhecimento da população, para que se organize mecanismo de atenção primária à saúde, que não é o foco de planos de saúde ainda. Se não olharmos para frente, vamos continuar criando um mecanismo que pode inviabilizar tanto a saúde suplementar quanto o próprio sistema de saúde como um todo.

Então, existem mecanismos que precisam ser aprofundados. Eu acho que o ressarcimento acaba provocando esse debate. E a questão da redução do percentual de participação de recurso federal no financiamento é histórica nos últimos anos.



Temos que ter clareza agora de que Estados e Municípios não têm mais margem fiscal para continuar bancando esse crescimento além do limite constitucional. Os Municípios já estão numa fase em que não têm mais condições de evoluir acima dos 20%, 25%. E os Estados têm feito enormes ajustes fiscais para dar conta dos 12%.

Nós precisamos discutir também o subfinanciamento, que está presente. A meu ver, vamos ter que fazer uma discussão sob a égide da nova situação, desse momento de equilíbrio fiscal, mas não dá para imaginar que vamos conseguir fazer nos próximos anos um sistema de saúde considerando-se apenas o gasto do ano anterior acrescido da inflação, e inflação que não é da área de saúde.

Temos diante de nós, portanto, um grande desafio, que é equalizar isso num momento de crise fiscal do Estado brasileiro.

O SR. PRESIDENTE (João Paulo Kleinübing. PSD - SC) - Carlos tem a palavra.

O SR. CARLOS EDUARDO DA SILVA SOUSA - Eu queria abordar três pontos a respeito da fala inicial do Deputado João Paulo e, depois, do Renê.

O primeiro ponto é sobre a questão do histórico que está relacionado à redução dos recursos da União para custeio e remuneração do SUS. Renê colocou bem isso. De alguns anos para cá, esse movimento vem acontecendo. Essa discussão está bastante presente entre os três entes. Nas reuniões das Comissões Intergestores Tripartite, frequentemente essa discussão aparece. E, é claro, quando há necessidade e oportunidade de novos procedimentos, de novas ofertas de serviços serem incorporadas ao SUS, esse tipo de discussão aparece com mais intensidade, mas ela está sendo feita e o Ministério da Saúde está atento a isso.

Como existem outras questões que estão por trás dessa redução, não vou me ater a elas, mas muitos especialistas, por exemplo, enxergam esse movimento, até certo ponto, como natural, porque a operação do SUS acontece, de fato, no Município. Então, essa migração do recurso federal para o recurso estadual e municipal é vista, até certo ponto, como uma migração natural. Mas eu não quero fazer essa discussão aqui. Acho que esse nem é o foco.

Outro ponto que eu queria colocar aqui está relacionado à diferença entre o ressarcimento feito com base na tabela SUS e aquilo que efetivamente é pago lá, a diferença que seria paga a maior pelo Município e que seria ressarcida pelo SUS, como disse o Deputado. Eu não conheço os números relativos a essa diferença. Não sei se a



ANS faz esse tipo de apuração ou se tem alguma coisa a respeito disso, mas essa é uma discussão que pode ser feita, que pode ser iniciada, digamos assim, a partir dos números relacionados a essa questão. O Ministério da Saúde está aberto a fazer essa discussão quanto ao que for necessário.

O último ponto que eu queria colocar, como bem mencionou o Dr. Renê, é o fato de o ressarcimento vir apenas para o Fundo Nacional de Saúde, que é um órgão federal de repasse de recursos para o SUS. Resumindo, vai somente para o Governo Federal. Parece-me que aí há uma questão normativa que precisa, talvez, ser discutida. Igualmente o Ministério da Saúde também está aberto a essa questão, da forma como o Dr. Renê coloca, de fato. O Deputado João Paulo também abordou de maneira bastante coerente isso. Agora, parece-me que essa é uma questão de vermos como isso está posto na nossa legislação e até que ponto, operacionalmente, é possível fazer isso. Também temos as nossas limitações, embora existam, como eu mencionei aqui inicialmente, algumas iniciativas do Ministério da Saúde relacionadas à integração de bancos de dados e produção de informação mais qualificada, inclusive quanto a identificação do usuário, prontuário eletrônico, que vão certamente ajudar bastante nessas questões relacionadas a ressarcimento.

Era isso, Deputado.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (João Paulo Kleinübing. PSD - SC) - Obrigado.

Tem a palavra o Dr. Daniel.

O SR. DANIEL MEIRELES FERNANDES PEREIRA - Farei mais algumas considerações. A ANS depende muito de informações do sistema tanto do Ministério quanto dos Municípios e dos Estados, dos entes, especificamente sobre o que será objeto de ressarcimento e o quanto. Recebemos essa informação via Ministério — o Ministério também é receptor dessas informações do sistema — e identificamos exatamente o que foi informado para nós, o que foi informado e quanto foi informado. A agência não tem qualquer ingerência sobre o valor efetivo do ressarcimento. A única exceção é o IVR, que foi pactuado em todo o sistema, uma correção de 1,5 em relação ao procedimento.

A destinação final do produto da arrecadação é prevista em lei. Cabe ressaltar a função da agência nesse processo de trabalho. Cabe à agência sempre dar efetividade ao mandamento legal. Nós vamos fazer de tudo, como já estamos fazendo, vamos



aperfeiçoar cada vez mais o procedimento, mas sempre seguindo o que determina a lei, sempre seguindo a opção política tomada em relação ao ressarcimento.

Eu acho que o debate é necessário, quanto ao próprio custeio, quanto ao valor, quanto à destinação, e a agência vai estar sempre disponível para dar a maior efetividade possível ao mandamento legal, ao que for determinado.

O SR. PRESIDENTE (João Paulo Kleinübing. PSD - SC) - O.k.

Se os senhores não tiverem mais nenhuma consideração a fazer, passaremos ao encerramento da nossa reunião. *(Pausa.)*

Novamente agradeço a presença de todos. Acho que este é o primeiro debate. Eu gostaria de poder receber as sugestões que foram aqui repassadas. Talvez seja preciso aprimorar a legislação, buscar avançar nessa questão. É papel também da Câmara participar dessa discussão e do avanço concernente a esse ressarcimento, acompanhar a evolução das operadoras de planos de saúde no Brasil, sempre buscando a defesa do usuário e o melhor atendimento da nossa comunidade.

Agradeço a presença dos senhores convidados e daqueles que nos acompanharam.

Nada mais havendo a tratar, vou encerrar a presente reunião, antes convocando reunião deliberativa ordinária para quarta-feira, 25 de outubro, às 9h30min, a realizar-se aqui, no Plenário 7, para apreciação dos itens da pauta.

Declaro encerrada a reunião.