

Os planos de saúde deverão pagar mais ao governo pelos atendimentos prestados aos segurados pela rede privada que são atendidos no sistema público. O ressarcimento poderá chegar a R\$ 1,4 bilhão em 2015, referente à previsão de notificações, do que deve ser descontado percentual que as empresas de saúde possam vir a ganhar com recursos administrativos. O ministro da Saúde, Arthur Chioro, apresentou hoje (8) as novas regras de reembolso, durante coletiva na sede da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no Rio.

A partir de agora, as operadoras terão de ressarcir o Sistema Único de Saúde (SUS) por procedimentos de média e alta complexidade, como radioterapia, quimioterapia, cateterismo cardíaco, cirurgia de catarata e hemodiálise feitos por usuários dos planos na rede pública. Esses procedimentos são feitos com Autorização para Procedimento Ambulatorial (Apac) e sua cobrança será imediata, referente ao período de janeiro a março de 2014.

O reembolso das operadoras ao SUS já era feito, mas somente quanto às autorizações de Internação Hospitalar (AIH), que representam um percentual menor em relação ao número de procedimentos. No primeiro trimestre do ano passado, por exemplo, foram identificadas 76.258 AIHs e 113.693 Apacs. As AIHs significaram, no período, R\$ 180,9 milhões, enquanto que as Apacs representaram R\$ 173 milhões, totalizando R\$ 354 milhões em três meses. Segundo o ministro, se forem tomados esses números como base, ao final do ano, o valor totalizará cerca de R\$ 1,4 bilhão em notificações. O montante poderá ser menor por causa dos recursos administrativos das operadoras.

“Trata-se, em primeiro lugar, de cumprir a legislação. De aperfeiçoar um processo que está previsto, de ressarcimento, daqueles serviços que são prestados pelo SUS às pessoas que têm plano de saúde. Não se trata de cobrar nada do usuário, mas fazer com que as operadoras devolvam ao SUS aquilo que é prestado para os seus clientes. Já fizemos isso com as internações hospitalares e agora damos mais um passo, fazendo o ressarcimento dos procedimentos de alto custo ambulatoriais”, disse o ministro.

Chioro ressaltou que o objetivo é gerar caixa para beneficiar o sistema público, que atende a grande maioria dos brasileiros. “Pretendemos usar esses recursos para melhorar ainda mais o atendimento para os pacientes que dependem exclusivamente do SUS e ajudar as prefeituras, os governos estaduais e as santas casas a pagar suas contas e garantir uma oferta de qualidade para a população.”

Apesar de cobrar mais dos planos de saúde, o ministro ressaltou que não deverá haver aumento no valor pago pelos clientes, pois esses gastos já estão previstos na contabilidade das empresas. “Não vejo possibilidade de aumento nos planos, por dois motivos. Primeiro, porque isso está na Lei [9.656/1998]. Todo mundo sabe que é a regra do jogo. E depois, porque é justo. Se trata de uma prestação de serviços que as operadoras têm obrigação de fazer, prevista em contrato, e não faz sentido elas deixarem de fazer e apresentarem a conta para o SUS pagar.” Segundo ele, os recursos arrecadados irão para o Fundo Nacional de Saúde. Outra novidade, é que, a partir de agora, as operadoras serão notificadas eletronicamente, e a ANS passará a cobrar juros sobre os valores que devem ser reembolsados, a partir da notificação, o que deverá reduzir o adiamento do pagamento.

A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) divulgou nota após a entrevista coletiva do ministro, explicando que é necessário que suas associadas recebam a regulação e tenham um prazo estabelecido para análise da listagem enviada pela ANS com o nome dos clientes atendidos pelos SUS, chamada de Aviso de Beneficiários Identificados (ABI). Segundo a entidade, a listagem apenas identifica os beneficiários que foram atendidos na rede pública e os atendimentos feitos.

Segundo a FenaSaúde, não é feita nenhuma análise se o beneficiário teria direito àquele

atendimento pelo plano de saúde. "Essa análise será feita pela operadora de plano de saúde, que, após receber os avisos de que seus beneficiários foram atendidos no SUS, terá o prazo de 30 dias para analisar e verificar se as cobranças são procedentes, caso constate que o beneficiário identificado, por algum motivo, não teria direito àquela cobertura pelo plano de saúde", informou a federação na nota.

A entidade informou alguns exemplos de ABI improcedentes: beneficiário está em carência ou no período de cobertura parcial temporária (CPT), o atendimento foi prestado a um homônimo, acidente de trabalho não coberto no contrato, beneficiário já foi excluído do plano.

**Fonte:** [Agência Brasil](#), em 08.05.2015.