

Por Murilo Souza

Esse mecanismo melhoraria a eficiência dos ressarcimentos devidos pelas operadoras, segundo diretor-adjunto da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Já o representante da entidade que reúne empresas do setor questionou a legalidade dos ressarcimentos

O diretor-adjunto de desenvolvimento setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Daniel Pereira, defendeu nesta quinta-feira (19), na Câmara dos Deputados, a identificação instantânea do beneficiário de plano de saúde suplementar que for submetido a atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo Pereira, esse mecanismo melhoraria a eficiência dos ressarcimentos devidos pelas operadoras ao SUS, quando seus clientes utilizam o sistema público.

“Uma notificação instantânea, realizada no momento do atendimento, seria de muita valia para o processo de ressarcimento, tanto para sua cobrança quanto para possibilitar que operadora encaminhe o beneficiário a uma rede própria”, disse.

Atualmente, segundo Pereira, os ressarcimentos são cobrados após um cruzamento de dados com base em dois cadastros do SUS: a Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC) e a Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

O representante da ANS destacou ainda que, apesar das dificuldades de identificação e cobrança, desde 2014 o volume de ressarcimentos ao SUS vem aumentando, com um prazo médio de 2 a 3 anos entre a realização do procedimento e o efetivo pagamento pelas operadoras.

Já foram identificados este ano mais de 600 mil procedimentos que deverão ser ressarcidos ao SUS. Os valores já ressarcidos aos cofres públicos até o momento somam R\$ 417 milhões.

Pereira participou de audiência pública na Comissão de Seguridade Social e Família para debater as dificuldades de reembolso por parte das operadoras ao SUS. O debate foi proposto pelos deputados Jorge Solla (PT-BA), João Paulo Kleinübing (PSD-SC) e Flávia Moraes (PDT-GO).

Atendimento

Kleinübing, que presidiu os trabalhos, questionou a ANS se não há impedimento para que as operadoras continuem ofertando planos com determinados tipos de procedimentos não cobertos na sua própria rede de atendimento ou em redes conveniadas. “Se a operadora não tem rede de atendimento que preste determinado procedimento, mesmo assim ela vai poder continuar ofertando o serviço?”, questionou.

O diretor da ANS respondeu que cada vez mais a Agência fiscaliza e multa operadoras que atuam dessa maneira, além de manter o foco em meios de buscar o ressarcimento desses procedimentos.

O representante do Ministério da Saúde Carlos Eduardo Sousa acrescentou que as ações empregadas atualmente estão focadas na integração de sistemas de informação e na parceria com o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) para oferecer subsídios aos magistrados para julgar ações sobre o assunto.

Legalidade

Por sua vez, o representante Confederação Nacional de Saúde (CNS) – entidade que reúne

empresas do setor –, Marcelo Moncorvo, questionou a legalidade dos ressarcimentos e os valores cobrados das empresas que prestam serviços de assistência em saúde suplementar.

Na opinião da CNS, a cobrança de ressarcimento é inconstitucional, uma vez que o atendimento pelo SUS é gratuito. “Escolhemos alguns brasileiros para perderem a gratuidade no SUS. E esses são os que pagam planos com coparticipação. Ou seja, o cidadão que é atendido pelo SUS pagará depois coparticipação para o plano contratado por ele por conta de atendimento na rede pública. E, nesse caso, o SUS deixa de ser gratuito para ele”, sustentou.

Moncorvo também criticou o valor do ressarcimento ao SUS, calculado pelo Índice de Valoração do Ressarcimento (IVR), que representa uma vez e meia o valor lançado no documento do SUS.

Atualmente, o ressarcimento de procedimentos realizados pelo SUS por operadoras de planos de saúde é objeto de uma Ação Direta de Inconstitucionalidade proposta pela CNS. Uma decisão sobre o caso depende de julgamento pelo Supremo Tribunal Federal (STF).

Fonte: Agência Câmara Notícias, em 19.10.2017.