



Ministério da Saúde

Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde



---

**COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT**

**RESUMO EXECUTIVO DA 6ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE DE 2015**

**23 DE JULHO DE 2015**

**Em 23 de Julho de 2015, participaram do Plenário da Tripartite:**

**MS:** Arthur Chioro, Ana Paula Menezes, Jorge Harada, Ana Maria Azevedo Figueiredo Souza, Sônia Maria Feitosa Brito, Heider Aurélio Pinto e Leonardo Batista Paiva.

**Conass:** João Gabbardo dos Reis, Jurandi Frutuoso, Fausto Pereira dos Santos, Marco Aurelio Bertulio das Neves, Roberta Abath e Felipe Peixoto.

**Conasems:** José Fernando Casquel Monti, José Enio Servilha Duarte, Mauro Guimarães Junqueira, Nilo Bretas, José Mauricio Lima Rezende e Elton Chaves

**MS:** O Ministro Dr. Arthur Chioro iniciou a 6ª Reunião da Comissão Intergestores Tripartite parabenizando o CONASS pelo novo presidente, João Gabbardo. Logo em seguida, também parabenizou o Dr. Jarbas Barbosa pela nomeação como Diretor-Presidente da ANVISA e informou que o Dr. Adriano Massuda assume a cadeira de Secretário da Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE).

Informou algumas publicações de Portarias que são resultados da priorização do trabalho da Agenda Tripartite:

Portaria nº 1.024, de 21 de julho de 2015, que define a forma de repasse dos recursos da Assistência Financeira Complementar (AFC) da União para o cumprimento do piso salarial profissional nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e do Incentivo Financeiro para fortalecimento de políticas afetas à atuação dos ACS, de que tratam os art. 9º-C e 9º-D da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006;

Portaria nº 1.034, de 22 de julho de 2015, que redefine a estratégia para ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o exercício de 2015.

Na oportunidade, o Ministro assinou a Minuta de Portaria que dispõe sobre a reprogramação e o remanejamento, no âmbito dos blocos de financiamento

de que trata o art. 4º da Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, de saldos financeiros disponíveis até 31 de dezembro de 2014 nos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, pactuada nesta CIT.

**Conass:** Agradeceu a homenagem do Ministro e apresentou Dr. Fausto Pereira dos Santos (SES/MG) como o novo vice-presidência do CONASS.

**Conasems:** Fez uma breve homenagem ao Dr. Wilson Alecrim e seu trabalho na presidência do CONASS e parabenizou o Dr. João Gabbardo pelo cargo assumido.

Em relação às pactuações, citadas pelo Ministro, afirmou que existe um sentimento de “contrariedade ou inconformismo” de vários Secretários Municipais de Saúde pelo país diante da situação imposta pelo Decreto nº 8.474, de 22 de junho de 2015. Afirmou que esta legislação é imprópria ao Sistema Interfederativo, no entanto, considerou positivo o compromisso de manter o Grupo de Trabalho Tripartite e a compreensão de que este processo de discussão/construção não é finito.

**Lançamento:** Revista do Conasems - 60ª edição – CONASEMS

**Conasems:** Lançou a 60ª edição da revista do CONASEMS que traz matérias sobre três temas primordiais ao SUS: Atenção Básica, Pacto Federativo e Conferências de Saúde.

#### **1. Abertura dos Trabalhos:**

a) Programa Mais Médicos – SGTES/MS.

**MS:** Apresentou a situação atual do Programa Mais Médicos enfatizando o chamamento público prévio, instituído pela Lei nº 12.871/2013, e a expansão de vagas ofertadas para novos cursos de graduação.

Lembrou o Edital nº 03/2013 referente ao chamamento público para implantação dos cursos de medicina em instituições de ensino superior privadas, o qual selecionou 36 dos 39 municípios inscritos. Este documento proporcionou que municípios, que não tinham cursos de medicina e que apresentavam estrutura para a formação médica, pudessem abrir seus cursos.

O processo decisório para o Edital nº 06/2014, previsto para a seleção das mantenedoras das Instituições de Ensino Superior (IES), foi realizado em 3 etapas: admissibilidade de participação dos municípios; habilitação das mantenedoras das IES para avaliação: a capacidade econômica e financeira e a

regularidade jurídica/fiscal das mantenedoras (etapa eliminatória) e a análise da experiência regulatória que é avaliada pela Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior – SERES (etapa eliminatória e classificatória). A última etapa é a análise e classificação das cinco melhores propostas por município. Este edital determina que as Instituições de Ensino Superior - IES têm até seis anos para oferecer o mesmo número de vagas de Residência Médica que o número de vagas ofertadas para a graduação. Além disso, 70% dessas vagas para residência deverão ser em Medicina Geral de Família e Comunidade. O resultado da seleção deste edital foi anunciado no dia 10 de Julho.

Já o Edital nº 01/2015, referente ao segundo chamamento público de municípios para implantação de cursos de graduação para as IES privadas, foi direcionado às regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e possui 24 municípios inscritos para a seleção, que será anunciada em breve. Neste edital, além dos municípios das regiões previamente citadas, foram incluídos os três municípios eliminados no Edital nº 03/2013. Estes têm um prazo de 18 meses para implantar os cursos de graduação. Os municípios eliminados têm direito a entrar com recurso.

Apresentou um gráfico com o histórico e a previsão de expansão de vagas de graduação por região do território nacional e a meta para o número de vagas nas IES públicas e privadas, sendo um total de 4.447 vagas até o final de 2015 e 11.447 vagas até o ano de 2017. Fez referência à aproximação do número de vagas por 10.000 habitantes nas regiões Norte, Nordeste, Sul e Sudeste. Quanto à região Centro-Oeste será lançado um edital específico, pois os municípios desta região apresentam características diferentes dos municípios das demais regiões.

Lembrou que a cada trimestre é lançado um edital de chamamento para reposição de médicos no intuito de compor as vagas que foram desocupadas e mostrou a situação atual quanto aos municípios e médicos inscritos no último edital. Apresentou o cronograma com a previsão de datas para a publicação dos resultados, homologação no Sistema de Gestão de Programas – SGP e para o início das atividades nos municípios. Disse que, em contato com os gestores municipais, tem informação de que a fixação de profissionais contratados pelo próprio município tem aumentado, independente do Programa Mais Médicos, e que isso é benéfico para o fortalecimento da Atenção Básica.

Enfatizou o processo de universalização da residência, garantindo uma vaga de acesso direto para cada egresso de medicina e que o tema sobre a expansão de vagas para a residência médica deverá ser contemplado no próximo GT GTES. As metas do Programa Mais Médicos Residência são criar 16.500 vagas de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade até 2019; prover médicos para o SUS nas especialidades prioritárias; qualificar a

estrutura das unidades de saúde responsáveis pela formação e promover a qualificação da preceptoría. A lei obriga, que para a universalização da residência, o Programa de Residência Médica Geral de Família e Comunidade – RMGFC deverá contemplar as especificidades do SUS tais como as áreas de: Urgência e Emergência, Atenção Domiciliar, Saúde Mental, Saúde Coletiva, Clínica Geral Integral, Atenção Básica, Educação Popular em Saúde e Participação Social. Todo esse processo foi discutido na Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM e tem contribuições de Conass e Conasems.

Por fim, apresentou as principais estratégias de expansão do Mais Médicos em conjunto com o MEC: expansão de vagas pelas IES junto aos municípios, informando sobre um evento que será promovido pelo MEC, no dia 11 de agosto, onde será apresentado o novo sistema de avaliação do ensino superior; expansão de vagas de RMGFC pelos gestores municipais, estaduais e Escolas de Saúde Pública. A última estratégia é a criação de vagas no Programa Nacional de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade desenvolvido pelo MS.

**Conass:** Questionou o motivo de não incluir as IES públicas Estaduais no mecanismo de financiamento federal visando a ampliação de vagas para os cursos de medicina. Disse que há inúmeras IES Estaduais com todas as condições para dar suporte a novos cursos de graduação em medicina e lembrou que esta solicitação foi feita desde a instituição do programa, em 2013.

Informou que o Conass retomou, em seu “Seminário de Construção de Consensos”, a discussão referente ao financiamento federal para as Universidades Estaduais em relação à ampliação de vagas de graduação em medicina.

Solicitou envolver aos comentários relativos à universalização das residências do Programa Mais Médicos o processo de discussão em conjunto com a Secretaria de Atenção à Saúde - SAS sobre o Programa Mais Especialidades.

**Conasems:** Parabenizou o êxito do programa e citou que as expectativas têm sido atendidas. Disse que o Mais Médicos tornou-se um marco no sistema de gestão do SUS quanto à regulação da formação médica profissional. Sugeriu que deverá haver maior envolvimento das entidades que representam os gestores nas discussões referentes à ampliação do programa e à universalização da residência médica.

**MS:** Em resposta ao Conass, disse que a proposta na expansão de vagas considera o sistema nacional de educação o qual é composto pelas universidades públicas federais e privadas e é regulado pelo MEC. Disse que o sistema privado é autorizado a ampliação de vagas medicina, porém não tem financiamento federal.

Quanto à solicitação de financiamento federal às IES estaduais, o secretário afirmou que levou a proposta ao MEC, porém este manteve-se com o pronunciamento de que seria para as universidades públicas federais. Disse que houve uma reunião dos reitores das universidades estaduais e o MEC sobre o assunto e que não há, até o momento, previsão de financiamento federal, a partir do MEC, para a expansão de vagas para graduação nas universidades Estaduais.

Comentou acerca da instituição de novas diretrizes para a graduação em medicina e disse que, embora as alterações tenham sido para todo o sistema de ensino superior do território nacional, nem todas as IES Estaduais atendem aos critérios determinados pelo MEC e, portanto, ainda há instituições que não iniciaram o processo de mudança curricular. Disse que o tema referente à mudança curricular das Universidades Estaduais deverá ser rediscutido.

Quanto ao Programa Mais Especialidades disse haver um grupo de trabalho da SGTES junto à SAS no qual são discutidos, além das residências RMGFC, outras especialidades atualmente necessárias para assistência ao usuário no SUS.

Concluiu informando a criação de um grupo de trabalho junto à Fiocruz com o objetivo de definir metodologias para identificar a real necessidade de quantitativo de médico por 1.000 habitantes e qual o número ideal de médicos especialistas em cada região de saúde. O estudo baseia-se nas características da população e nas especificidades de cada região de saúde.

#### **ENCAMINHAMENTOS:**

- Pautar na próxima reunião do GT GTES a implantação do “Programa Mais Médicos Residência”, relativo à universalização da residência médica;
- Retomar as discussões referentes à mudança curricular e às novas diretrizes curriculares para a graduação em medicina;
- Envolver a SAS no processo de discussão acerca da Universalização da Residência Médica em consonância com a discussão do Programa Mais Especialidades.

## **2. Apresentações e Discussões:**

a) Resultados do Grupo de Trabalho de Órteses e Próteses – MS.

**MS:** Este Grupo de Trabalho foi instituído por meio da Portaria Interministerial nº 38, de 8 de janeiro de 2015 com a participação dos Ministérios da Saúde, Justiça, Fazenda, CONASS e CONASEMS. Dentro do prazo de 180 dias (até 07 de julho) teve a finalidade de propor medidas para a reestruturação e ampliação da transparência dos processos envolvendo OPME (órtese, prótese e materiais especiais). O Grupo estabeleceu duas estratégias: 1. A realização de um Diagnóstico situacional do setor de OPME no país por meio da identificação dos pontos críticos, o levantamento de ações positivas, a identificação dos atores envolvidos e a identificação dos Projetos de Lei relativos ao tema; 2. Plano estratégico de propostas de reestruturação do setor. Foram realizadas 29 reuniões do GTI e de seus três subgrupos (padronização de nomenclatura, elaboração de protocolos de uso e regulação econômica) com a participação de representantes de órgãos e entidades, públicas e privadas, bem como especialistas. Participaram e acompanharam as Comissões Parlamentares de Inquérito (CPI) do Congresso Nacional (Câmara e Senado).

No diagnóstico realizado sobre produtos médicos percebeu-se que: 1. o Mercado nacional de produtos médicos (em geral) é composto por grandes empresas multinacionais (10%) e pequenas e médias nacionais (90%); 2. no Brasil, são mais de 3,6 mil empresas de Dispositivos Médicos Implantáveis (DMI) entre fabricantes, importadores e distribuidores; 3. existe um número crescente de novos produtos (no Brasil, são lançados 14 mil itens por ano e, nos EUA, 8 mil); 4. este Mercado nacional de produtos médicos movimentou R\$ 19,7 bilhões em 2014; 5. 20% são dispositivos médicos implantáveis (DMI): R\$ 4 bilhões; 6. este setor deve crescer 15% ao ano nos próximos cinco anos nos países emergentes – acima da

média de outros segmentos da economia; 7. maior faturamento no Brasil é para equipamentos, mas a categoria DMI teve maior taxa de crescimento (249% entre 2007 e 2014); 8. número de empresas atuantes no setor de implantes aumentou 44% de 1999 a 2008 – a maioria está em São Paulo (45% no interior); 9. diversidade de produtos e variedade de tecnologias: a Organização Mundial de Saúde registrou a circulação mundial de 1,5 milhão de produtos médicos agrupados em 12 mil categorias. No Brasil há em torno de 44 mil registros na ANVISA, com centenas de modelos e nomes diferentes no comércio. A estimativa é de cerca de 10 DMI. Mais de 80 mil produtos médicos na tabela TUSS – Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (ANS). Na revista Simpro (preço de lista) há mais de 34 mil itens cadastrados como produtos médicos.

No diagnóstico realizado sobre os Dispositivos Médicos Implantáveis (DMI): 1. curto ciclo de vida das tecnologias (média de 24 meses); 2. assimetria de informações entre prestadores e usuários: ausência de padronização das informações: nomenclaturas não consistentes, no Brasil e no mundo, com termos duplicados; ausência de protocolos de uso; bem credencial: indicação por parte do especialista, excluindo o usuário do processo decisório; essa falta de padronização beneficia especialista, fornecedor específico, instrumentador e administradores, induzindo comportamentos oportunistas; e não existem bancos de preços confiáveis; 3. grande variação de preço decorrente de: concentração de mercado nas grandes empresas; descolamento do preço brasileiro em relação ao mercado internacional; reserva de mercado: há distribuidores exclusivos por região que adotam preços muito diferentes para os mesmos produtos; baixo poder de negociação (ainda mais reduzido para hospitais de

pequeno porte e municípios menores); práticas anti-competitivas geram preços muito diferentes para produtos similares; agregação de margem em cada etapa da comercialização faz com que o preço final fique muito acima do custo original; pequenas alterações do produto levam a aumento injustificável de preço; grande variação de preço não se justifica pelos custos com transporte, logística, oferta de instrumentos acessórios para o uso do implante; 4. distintas práticas irregulares para obtenção de vantagens: comissão da distribuidora, inclusive com a colocação de pessoal no centro cirúrgico; cobrança da “Comissão do especialista”, apesar da proibição dos conselhos de fiscalização do exercício ético-profissional (CFM e CFO); hospitais realizam compra e venda com margem de lucro entre 10 e 30% do preço; cobrança de “taxa de rolha” por parte de alguns hospitais.

O Plano de Ação envolve cinco eixos: Regulação Sanitária, Regulação Econômica, Regulação do Uso, Ações de Gestão do SUS e Proibições e Penalidades. Na Regulação Sanitária com o objetivo de implantar um Sistema Nacional de Gerenciamento de Informação sobre produtos, procedimentos, profissionais e pacientes nas áreas de produção, importação e distribuição e uso será criado o Registro Nacional de Implantes (RNI) que conterá informações técnicas e econômicas dos DMI (responsabilidade da ANVISA). O Projeto piloto está em curso com previsão de implantação até maio/junho de 2016. Para alcançar a padronização de nomenclatura para qualificação dos processos envolvendo cadeia produtiva, regulações sanitárias e econômicas, monitoramento do mercado e acesso aos produtos estão sendo realizadas as ações de identificar os DMI registrados na Anvisa (10 mil) e adotar nomenclatura e classificação únicas desses produtos, baseadas na Global Medical Device

Nomenclature (GMDN), no processo de registro sanitário. Esta ação tem previsão de duração até 2017.

No Eixo da Regulação Econômica pretende-se a equiparação dos preços praticados no mercado nacional aos valores praticados no mercado internacional. O Grupo de trabalho interministerial (Casa Civil, Ministérios da Saúde, Desenvolvimento, Indústria e Comércio, Justiça e Fazenda) irá elaborar proposta legislativa para aplicação do modelo de Preço de Referência Externo, em 30 dias, para submeter à consulta pública. Este Grupo Interministerial também pretende estruturar a base de dados nacionais para que se permita o monitoramento econômico do mercado, uma maior transparência e a adoção de ações de redução de assimetria de informações por meio da criação do sistema de informações para monitoramento do mercado. A ampliação da oferta de DMI e aumento da concorrência com a elaboração de propostas que dê flexibilidade a importação e, ao mesmo tempo, ampliem a produção nacional, com redução de preço.

Na Regulação do Uso o objetivo é garantir a segurança do paciente e o uso racional dos DMI por meio da adoção de boas práticas para aquisição, indicação e utilização. Para isto nós produzimos manuais de boas práticas para aquisição e utilização dos materiais que serão distribuídos imediatamente. Está em curso a criação de normas de autorização de uso de DMI (07 normas de uso nas áreas de ortopedia e cardiologia, em outubro deste ano). E no intuito de se qualificar profissionais e técnicos envolvidos nas atividades de clínica e cirurgia e no ciclo dos processos de aquisição, acondicionamento, gestão de estoque, controle e auditoria, e técnico-vigilância de DMI está sendo construído o primeiro curso de EAD que

será realizado 60 dias após a conclusão das normas de autorização de uso (dezembro/2015).

No eixo da Gestão do SUS temos o objetivo de garantir maior transparência e informações aos usuários do SUS nos quais forem implantados os DMI, ampliando a qualidade e o controle pelo SUS por meio do envio da “Carta SUS” para 100 % dos pacientes submetidos a intervenções que envolvam DMI. Monitorar e fiscalizar o uso de DMI no SUS com a definição de uma agenda permanente de trabalho do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA) para a realização de auditorias operacionais e analíticas destinadas à apuração de irregularidades no uso de DMI. E qualificar o acompanhamento e gerenciamento da implementação das propostas do GTI por meio da

E por fim no eixo de proibições e penalidades pretende-se responsabilizar civil e penalmente os agentes envolvidos em condutas irregulares e ilegais na comercialização, prescrição ou uso de DMI e para isto está sendo criada uma divisão especial de combate à fraude e crimes contra a saúde no âmbito da Polícia Federal. Será encaminhado Projeto de Lei para o Congresso Nacional (em regime de urgência) que tipifique no Código Penal crime de estelionato praticado pelo agente responsável por fraude e/ou obtenção de vantagem no fornecimento ou prescrição dos DMI e proíba qualquer lucro ou vantagem ilícita na comercialização, prescrição ou uso dos DMI. Pretende-se também coibir as infrações ético-profissionais de médicos e dentistas na indicação de uso de DMI com a recomendação aos CFM e CFO e respectivos Conselhos Regionais do aprimoramento das normas ético-profissionais, sua uniformização em todo o país e o fortalecimento para ações de fiscalização e a penalização das condutas irregulares dos profissionais médicos e cirurgiões-dentistas. E a

recomendação ao CFO da inclusão, no código de ética da odontologia, da normatização do uso de DMI.

**Conasems:** Reafirmou a grande satisfação em participar de todo o processo.

**Conass:** Cumprimentou todo o grupo Tripartite que participou do processo.

Sobre a comercialização afirmou ser importante que não seja considerada irregularidade a capacidade do hospital conseguir comprar estes instrumentos com valor abaixo da tabela, ou seja, que esteja conseguindo negociar os preços. E neste sentido, também se faz premente a necessidade de se rever os valores da Tabela de procedimentos.

**ENCAMINHAMENTO:**

- O Grupo de trabalho interministerial (Casa Civil, Ministérios da Saúde, Desenvolvimento, Indústria e Comércio, Justiça e Fazenda) irá elaborar proposta legislativa para aplicação do modelo de Preço de Referência Externo, em 30 dias, para submeter à consulta pública;
- Constituir Grupo de Trabalho Tripartite para dar continuidade a este processo de acompanhamento da agenda de implementação das propostas do GTI, assim como discutir e propor medidas de aperfeiçoamento das ações relacionadas aos entes estaduais e municipais do SUS;
- Criar no âmbito da Anvisa e da ANS grupos internos com o objetivo de implementar

	as medidas propostas do GTI.
<p>b) Ampliação do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) – ANS/MS.</p>	<p><b>ANS/MS:</b> Cumprimentou a todos e pontuou que essa apresentação sobre a Ampliação do ressarcimento ao SUS é produto de trabalho dos últimos 10 meses e retrata as perspectivas e as parcerias a serem firmadas para os próximos anos.</p> <p>Afirmou que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), embora com 15 anos, conseguiu recentemente ampliar a cobrança do ressarcimento para Autorização para Procedimento Ambulatorial (APAC), o que até este ano era realizada apenas para os procedimentos com autorização de internação hospitalar. Logo, exames e terapias de alta e média complexidade feitos por beneficiários de planos de saúde no SUS, identificados por meio da APAC, terão seus valores ressarcidos ao Sistema, cuja cobrança iniciará em imediato e será referente ao mês de janeiro de 2014. Justificou que a escolha por iniciar pelo ano de 2014, foi devido ao Sistema Eletrônico implantado na Agência, que a princípio só consegue desenvolver a cobrança para as APAC a partir desse período, porém com o aprimoramento do Sistema, a cobrança deverá ser feita também aos anos antecedentes.</p> <p>Nesse sentido, a ANS criou um processo <i>Paperless*</i>, sem a utilização do papel no decurso do ressarcimento e, embora ainda não seja um processo eletrônico automatizado, a ideia é alcançar esse objetivo até no máximo janeiro de 2016. A partir deste ano, a ANS notifica, recebe todos os documentos, responde e impugna eletronicamente. Quanto às impugnações, informou que existe uma grande quantidade protelatória e quando ocorre, a Agência notifica</p>

que encontrou o beneficiário da saúde suplementar atendido no SUS. Esse trâmite administrativo é longo, uma vez que as operadoras podem recorrer em primeira e segunda instância. Muitas impugnações são devidas, mas outras são meramente protelatórias, cujo intuito é postergar o pagamento. O objetivo da ANS é induzir as operadoras a cumprirem os contratos com uma rede de prestadores de serviços adequada e qualificada, bem como, evitar o protelamento do pagamento e incentivar a adimplência junto ao MS. A fim de diminuir o número de impugnações protelatórias, a ANS cobra juros sobre os valores que devem ser reembolsados a partir das notificações encaminhadas à operadora, cujo cálculo é feito com base no valor da data de registro da notificação.

Sinalizou que o aprimoramento é de todo o sistema do ressarcimento, não somente com as APAC, mas também com as Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs), na oportunidade, agradeceu a relevante parceria do DataSUS nesse processo. Nesse sentido, demonstrou o fluxo: a ANS identifica o paciente atendido pelo SUS e cruza as informações com o Cadastro de Beneficiários de Planos de Saúde, banco de dados da agência reguladora, cujo cadastrado de usuários é alimentado pelos planos de saúde. Embora complexo, pois os cadastros não são unívocos, foi bastante aperfeiçoado, com perspectiva de evolução a partir do Cartão Nacional de Saúde (CNS).

Mencionou a implantação do Protocolo Eletrônico do Ressarcimento ao SUS (PERSUS), sistema *on line* para tramitação digital das notificações, protocolo de impugnação e recursos do ressarcimento ao SUS, além de parcerias com Estados e Municípios para utilização do aplicativo CADSUS *STAND ALONE*, que atribui o número do CNS em lote aos beneficiários de

planos de saúde.

Destacou que a estimativa de arrecadação com a inclusão das APAC reflete um aumento de 149 % do volume de ressarcimentos, o que não significa que esse volume em termos de valor, seja equivalente. A arrecadação em 2014 pelo ressarcimento foi de R\$ 393 milhões e R\$ 731 milhões arrecadados de 2011 a 2014.

De acordo com o levantamento da ANS, a Hemodiálise é o procedimento mais realizado da APAC, quando equiparado aos demais, por isso, necessita de avaliação: se é devido ou não, se há fraude ou não, se também foi pago pelos Planos de Saúde, além de ter sido pago pelo SUS, se precisa de mais equipamentos de hemodiálise na saúde suplementar. Para isso, ratificou a preponderante parceria do MS, Conass e Conasems no diagnóstico dessas situações, considerando também o banco de dados de ressarcimento ao SUS, como um instrumento regulatório usado para a saúde.

Elencou alguns desafios, tais como: altos índices de deferimento, melhoria dos filtros (abrangência geográfica e rol de procedimentos), falta de recursos humanos, um efetivo sistema de ressarcimento eletrônico, diminuição dos depósitos judiciais, aprimoramento das parcerias.

Por fim, indicou que este seja um projeto de todos: ANS, MS, Conass e Conasems.

Em resposta a Conass e Conasems, propôs o envio do Mapa da utilização do SUS por beneficiário da saúde suplementar, disponível também no site, cujo instrumento, detalha o perfil dos beneficiários, os procedimentos mais realizados, os números de AIHs por Estado e os deslocamentos da procura por serviços dentro do País.

Sobre o índice de adimplência, é uma tabela que a Agência divulga e atualiza no site, a cada 3 meses, a adimplência de cada operadora referente ao ressarcimento ao SUS.

Explicou que depois de todo processo administrativo, inclusive de apresentar defesa e contestar a cobrança, as operadoras que não pagarem, estará efetivamente inscrita em dívida ativa. Quanto aos parcelamentos, as operadoras pagam de acordo com a norma administrativa estabelecida para isto. Já depósito judicial a ANS não considera adimplência, todavia, judicialmente esta operadora esta adimplente.

Concluiu, respondendo ao Conass que todos os procedimentos das APAC que são de cobertura obrigatória estão sendo cobrados, incluído desde final de 2014, quando publicada a regulamentação da ANS.

**Conass:** Felicitou a ANS pelo trabalho desenvolvido e comunicou que o Secretário de Estado da Saúde do Rio de Janeiro, Felipe Peixoto é o representante deste Conselho na ANS. Solicitou que o debate sobre o ressarcimento seja ampliado, considerando a destinação desse recurso para Estados e Municípios, haja vista que o atendimento é feito pelos referidos entes e a arrecadação do ressarcimento retorna para o Fundo Nacional de Saúde. Complementou informando que outro aspecto a ser discutido é o ressarcimento para hospitais 100% SUS.

Sugeriu a criação de um grupo específico para dar continuidade à discussão do ressarcimento, assim como dar visibilidade a esse significativo recurso, de como poderia ser individualizado e melhor aproveitado no âmbito do SUS, a fim de diminuir a judicialização e a litigiosidade.

Questionou a efetividade da ANS sobre os mecanismos de cobranças dos planos de saúde e salientou a importância da presença de especialistas, não só do governo, mas de instituições que trabalhem com esse tema no grupo de trabalho. Recomendou que esta seja uma pauta de discussão permanente na CIT, até que se confirmem os avanços, cobrando das operadoras o que lhes é devido.

Interrogou sobre a metodologia utilizada pela ANS para o ressarcimento a partir da implementação das APAC e também em virtude das legislações específicas publicadas nesses últimos 2 anos, que regulamenta o fornecimento pelas operadoras de medicamentos oncológicos, de uso ambulatorial ou mesmo de medicamentos para tratamento de sequêcia. É possível cruzar esses dados e diminuir a judicialização?

**Conasems:** Com base nos dados apresentados afirmou que é uma boa notícia e que o Sistema, precisa de fato, ser aprimorado. Recebeu com otimismo a possibilidade de parceria, entretanto, pontuou que para, além disso, é necessário transformar o sistema em uma atividade interfederativa, ou seja, participar na identificação, no sistema de informação e nas inúmeras iniciativas em nível municipal, que podem contribuir nesse processo.

Corroborou com o posicionamento do Conass e defendeu como um dos componentes da parceria, o critério de justiça, em que uma parte desses recursos seja transferida e revertida para o ente que tenha a gestão do serviço que prestou o atendimento. Indicou que o grupo de trabalho, sugerido pelo Conass inicie esse debate.

Propôs ousar na divisão dos recursos e sugeriu seguir o modelo de arrecadação do IPVA, sendo 50% para quem gerou o atendimento, transferido ao fundo municipal de saúde e o

outro 50% faz a discussão subsidiado no parâmetro de equidade.

**MS:** O Ministro Arthur Chioro, parabenizou a ANS por todo o esforço empreendido nesta ação. Enfatizou que no ano de 2014 foi possível obter um ressarcimento maior do que nos anos anteriores, e que segundo estimativas prévias a respeito do primeiro trimestre de 2015, o nível de ressarcimento deverá atingir a marca de R\$ 1,2 bilhões, o que representa um marco importante. Afirmou que a atual modalidade de ressarcimento realizada visa o enfrentamento da conhecida 'dupla porta', em que a forma de identificação e a apresentação da proposta do ressarcimento é realizada a posteriori, no encontro da base de dados do Cartão SUS com o cadastro de beneficiários da ANS, evitando que ao ser identificado usuário com plano de saúde este seja privilegiado em detrimento aos demais pela ocorrência da geração de ressarcimento. Lembrou que o perfil de ressarcimento de AIH trata de 70% de situações de urgência e emergência, sendo o primeiro caso de internação o parto normal. Entende que a discussão a ser realizada acerca deste tema não pode ser superficial, mas sim explorando modelo, lógica sistêmica, compartilhamento de responsabilidades, regulação e análise de perfil do usuário que está acessando o sistema via urgência e emergência. Do ponto de vista do repasse do recurso financeiro, citou o projeto de lei de responsabilidade da senadora Marta Suplicy que trata da forma de ressarcimento. Notou ainda que entre gestores é válida a discussão sobre quem será ressarcido, contudo não entende que prestadores de serviço tendem a ser ressarcidos, uma vez que já foram remunerados pelo SUS para realizarem tais procedimentos. Sugeriu que na Carta SUS, que passará a ser encaminhada aos usuários atendidos pelo sistema, seja definido um campo que o usuário

	<p>detentor de plano de saúde possa identificar que o SUS complementou seu atendimento.</p> <p><b>ENCAMINHAMENTO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conass, Conasems e MS se apropriarão das informações apresentadas pela ANS e decidirão encaminhamento tripartite sobre a ampliação do ressarcimento ao SUS;</li> <li>• Criar campo na Carta SUS para que o usuário detentor de plano de saúde identifique aonde o SUS complementou o atendimento.</li> </ul> <p><b>*Paperless</b> é definido como uma nova cultura organizacional, composto por um conjunto de soluções e sistemas informatizados capazes de substituir integralmente ou parcialmente a utilização do papel.</p>
<p><b>3. Discussões e Pactuações:</b></p>	
<p>a) Minuta de Portaria que dispõe sobre a reprogramação e o remanejamento, no âmbito dos blocos de financiamento de que trata o art. 4º da portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, de saldos financeiros disponíveis até 31 de dezembro de 2014 nos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios. Remanejamento dos saldos remanescentes dos blocos de financiamento – SE/MS.</p>	<p><b>ENCAMINHAMENTO:</b> Pactuado.</p>

#### 4. Informes:

a) e - SUS AB: Versão 2.0 – SAS/MS.

**SAS/MS:** Referenciou acerca do prazo de transição do processo de implantação do Siab para o e-SUS AB. Desde a criação do e-SUS houve um avanço importante e cerca de 4.760 Municípios iniciaram a implantação. Destes, mais de 70% estão com o status de “implantado”, sendo este um dado considerável, e tem aumento nos últimos meses. Complementou com a informação de que atualmente são mais de 504 Municípios utilizando o prontuário eletrônico ofertado pelo Ministério da Saúde para a Atenção Básica. Ressaltou que a versão 2.0 foi ao ar na noite anterior, 22 de julho (quarta-feira), e que em conformidade com a homologação, isto reúne uma série de funcionalidades que irão contribuir muito, tais como: acompanhamento do pré-natal, odontograma, ACS com versão de aplicativo para utilizar no tablet, encaminhamento do paciente de forma impressa, visualização de medicamentos disponíveis nas farmácia, caso a Unidade possua o Hórus. Acrescentou que por meio da estratégia de utilização dos recursos do Projeto QualiSUS Rede para apoiar a implantação do prontuário eletrônico em 486 municípios, foi finalizada em junho/2015 a entrega de aproximadamente 25 mil computadores. Salientou o investimento no valor de 90 milhões.

**ENCAMINHAMENTO:** Apresentação do estado da arte do e-SUS AB periodicamente nas próximas CIT, conforme encaminhado anteriormente.

b) Equivalência do Brasil à União Européia em Insumos Farmacêuticos – ANVISA/MS.

**Anvisa:** Informou que a União Europeia realizou um processo de convergência regulatória no que diz respeito a produtores de Insumos Farmacêuticos Ativos (IFA) e reconheceu a

	<p>excelência dos padrões regulatórios que o SNVS está utilizando hoje no Brasil. Ao mesmo tempo diminui a burocracia para o setor produtivo, pois com o registro na ANVISA, este automaticamente passa a ter um acesso simplificado ao mercado Europeu.</p> <p>Neste momento a União Europeia colocou como condição que a ANVISA participe fisicamente de todas as inspeções dos produtores de IFA do Brasil, assim assegurando a padronização. No Brasil existem 35 produtores de IFA, porém são 350 produtores de medicamentos sendo impossível o acompanhamento da ANVISA nas inspeções. Então seguramente o processo de capacitação das VISAs precisará ser acelerado.</p> <p>Enfatizou que nesta gestão será prioritário trabalhar a distribuição de atribuições entre ANVISA, estados e municípios estabelecendo padrões e capacitando as pessoas, isso será um diferencial para o desenvolvimento econômico.</p> <p>Conclui que esse reconhecimento da União Europeia é um desafio que terá que ser enfrentado de forma tripartite para evoluir no padrão e na aplicação das normas de inspeções.</p> <p>Dr. Jarbas Barbosa aproveitou a oportunidade para convidar CONASS e CONASEMS para sua posse no dia 05 de agosto e ainda comunicou sobre a semana da vigilância sanitária no Congresso Nacional no período de 03 a 07/08.</p>
<p>c) Ciclo de debates em Vigilância Sanitária – ANVISA/MS.</p>	<p><b>Anvisa:</b> Informou que a ANVISA está realizando uma série de debates sobre Vigilância Sanitária, o primeiro evento foi o Fórum Internacional que aconteceu em Brasília, com grande participação dos Serviços de Vigilância Sanitária e Lacens - além da presença de</p>

	<p>gestores da saúde, academia, setor regulado e sociedade civil - trocando e aprendendo com experiências internacionais. Ocorreram também dois fóruns regionais: Região Sul, realizado em Curitiba no período de 7 a 9 de julho e o da Região Sudeste que está acontecendo em Belo Horizonte entre 21 e 23/7. Aproveitou a oportunidade para agradecer e elogiar a fala do Secretário Fausto Pereira durante este fórum.</p> <p>Citou o cronograma de fóruns regionais previstos: Região Centro-Oeste, em Goiânia/GO, no período de 17 a 19 de agosto; Região Nordeste, em Natal/RN, no período de 1º a 03 de setembro e na Região Norte, em Belém/PA, de 28 a 30 de setembro.</p> <p>O fechamento do ciclo de debates ocorrerá com um fórum nacional, que será realizado entre os dias 21 a 23 de outubro, em Brasília.</p>
<p>d) Priorização das ações e serviços de saúde a serem habilitados pelo Ministério da Saúde – SE/MS.</p>	<p><b>SE/MS:</b> Comunicou que o tema foi debatido com CONASS e Conasems em reunião e acordou-se que seria estipulado um prazo para o envio da priorização das ações e serviços a serem habilitados pelo Ministério da Saúde. Informou que 8 Estados ainda não encaminharam suas priorizações e que o Ministério da Saúde solicitou o apoio de CONASS e CONASEMS para trabalhar junto a estes Estados para que enviem até o dia 31 de Julho, prazo estabelecido de forma tripartite. Lembrou a importância de todos os Estados encaminharem essa listagem de priorização, para que o Ministério possa construir um cronograma para a publicação das Portarias e consequente pagamento dessas habilitações.</p> <p><b>ENCAMINHAMENTO:</b> Pactuado o prazo de até 31.07.2015 para que as CIB possam enviar ao MS as priorizações das ações e serviços a serem habilitados.</p>

<p>e) Situação da alimentação do Relatório de Gestão anos 2012 - 2014 e informações sobre Plano e Programação de Saúde – SGEP/MS.</p>	<p><b>SGEP/MS:</b> Informou o fechamento no dia anterior (22/7/2015) de 100% dos Municípios com alimentação no Sargsus com seus Relatórios Anuais de Gestão – RAG do ano de 2012, ressaltando que isso deve-se a todo o empenho por parte do Conass, Conasems, Secretarias de Estado da Saúde, Cosems; como também a equipe do Departamento de Articulação Interfederativa – DAI/SGEP/MS, que além de monitorar, fez um trabalho efetivo de manter contato com os municípios. Acrescentou que, por outro lado, ainda existem pendências nos anos de 2013 e 2014, sendo que o de 2013 cerca de 90% (4.988 municípios) alimentaram o sistema, o que também é um número considerável, mas ainda aquém; e o de 2014, foram 72% (4.023 municípios). Reconheceu que, em 1 mês houve um incremento de 8% de alimentação, mas ainda está aquém do desejável. Informou ainda que, quanto aos Planos Municipais de Saúde, 80% dos municípios já estão com seus planos vigentes alimentados no Sargsus; e nos últimos 3 meses houve um incremento de Programação Anual de Saúde – PAS, mas ainda 47% dos municípios informaram não possuir PAS 2015, ou seja, é um fator muito preocupante em todos os aspectos, não só por parte da cobrança dos órgãos de controle, mas principalmente no que diz respeito ao planejamento atrelado à implementação das Redes de Atenção à Saúde.</p>
<p>f) Situação da Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2015 – SGEP/MS.</p>	<p><b>SGEP/MS:</b> Registrou que, quanto à pactuação de indicadores por parte dos municípios, 17%, aproximadamente, não iniciaram a alimentação do Sisacto; e o restante (83%) estão em uma das fases de preenchimento, pactuação validada ou homologada. Já quanto às Secretarias Estaduais de Saúde – SES, 11 estão na fase de preenchimento das planilhas de pactuação e 5 validaram a planilha, mas ainda restam 10 que não iniciaram o registro das</p>

	metas. Finalizou que todos os demais dados estão contidos na relação entregue aos presentes.
--	--