




ANS - REIMBURSEMENT TO SUS X HEALTH PLAN OPERATORS



ANS – RESSARCIMENTO AO SUS X OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE

MAIA, Lucia Amanda; DE ALMEIDA, Jeferson Alves; PACHECO, Pablo Viana

-  **Lucia Amanda Maia**, UNIFENAS, Brasil
-  **Jeferson Alves de Almeida**, UNIFENAS, Brasil
-  **Pablo Viana Pacheco**, UNIFENAS, Brasil

Revista Científica da UNIFENAS
 Universidade Professor Edson Antônio Velano, Brasil
 ISSN: 2596-3481
 Publicação: Mensal
 vol. 6, nº. 8, 2024
 revista@unifenas.br

Recebido: 19/11/2024
 Aceito: 09/12/2024
 Publicado: 19/12/2024

ABSTRACT: This article questions the charging of reimbursement to the SUS by health plan operators, analyzing its origin and the plan's contracting process. It is argued that this charge is unconstitutional, as the 1988 Federal Constitution guarantees citizens the right to use the SUS, regardless of having a health plan. Although the STF ruled on the constitutionality of the charge, this decision compromises fundamental rights and the principle of individual freedom. The research problem lies in the fact that the State would be benefiting from illicit enrichment by charging this reimbursement to the SUS. It aims to demonstrate the existence of health care systems, addressing both the Public Health System – SUS, and the private system, represented by health plan operators, regulated by Law No. 9,656, of June 3, 1998. This involves descriptive, qualitative and quantitative research, using the bibliographic method in the study of constitutional and infra-constitutional legislation on the subject. It is concluded that the question about the constitutionality of charging reimbursement to the SUS is valid, as all arguments used by the Federal Supreme Court can be questioned by appropriate means.

KEYWORDS: Right to health. Health plan operators. Illicit enrichment. Unified Health System.

RESUMO: Este artigo questiona a cobrança de ressarcimento ao SUS por operadoras de planos de saúde, analisando sua origem e o processo de contratação do plano. Argumenta-se que essa cobrança é inconstitucional, pois a Constituição Federal de 1988 garante ao cidadão o direito de utilizar o SUS, independentemente de ter um plano de saúde. Embora o STF tenha decidido pela constitucionalidade da cobrança, essa decisão compromete direitos fundamentais e o princípio da liberdade individual. O problema de pesquisa reside no fato de que o Estado estaria se beneficiando de um enriquecimento ilícito com a cobrança desse ressarcimento ao SUS. Tem como objetivo demonstrar a existência dos sistemas assistenciais de saúde, abordando tanto o Sistema Público de Saúde – SUS, quanto o sistema privado, representado pelas operadoras de planos de saúde, regulamentadas pela Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Trata-se de uma pesquisa descritiva, qualitativa e quantitativa, utilizando-se o método bibliográfico no estudo de legislações constitucionais e infraconstitucionais sobre o assunto. Conclui-se que o questionamento sobre a constitucionalidade da cobrança do ressarcimento ao SUS é válido, pois todos os argumentos utilizados pelo Supremo

Tribunal Federal podem ser questionados pelos meios adequados.

PALAVRAS-CHAVE: Direito à saúde. Operadoras de planos de saúde. Enriquecimento ilícito. Sistema Único de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A problematização do artigo tem como questionamento principal sobre a constitucionalidade da cobrança do Ressarcimento ao SUS. Seria responsabilidade da operadora de plano de saúde a cobrança devida de procedimentos realizados por seus beneficiários no SUS?

O cidadão, neste contexto, como beneficiário de uma operadora de plano de assistência à saúde, não teria o seu direito, garantido pelo art. 6º c/c art. 196 da CF/88, impedido pela cobrança feita à operadora? Essa cobrança não fere a garantia dada pelo Estado a cada cidadão?

Justifica-se esta pesquisa para verificar se a cobrança de ressarcimento ao SUS pela operadora de plano de saúde por um procedimento realizado pelos beneficiários no Sistema Único de Saúde já foi pago pelo indivíduo, considerando que o financiamento da Saúde Pública é tripartido, com contribuição das três esferas do governo (federal, estadual e municipal). De acordo com a Lei nº 141/2012, os municípios devem destinar ao menos 15% de suas receitas para a saúde, e os estados, 12%. Essas receitas governamentais advêm de impostos e taxas pagas pelos cidadãos, evidenciando que tal procedimento cobrado pela ANS às operadoras de planos de saúde já está custodiado.

Considerando que o cidadão é amparado pelo art. 196 da CF/88, o qual estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, para que possa realizar seus procedimentos da maneira que considerar mais conveniente, o Estado não estaria lucrando com o ressarcimento ao SUS? Quais são os impactos empresariais do ressarcimento ao SUS para as operadoras de planos de saúde?

Portanto, neste contexto, analisaremos aspectos polêmicos desse ressarcimento, tais como sua legalidade, forma de cobrança, julgamento das notificações, além de aspectos relacionados ao impacto econômico e contábil desse grupo excluído socialmente.

2 METODOLOGIA

Para melhor compreensão do assunto, foi utilizado método bibliográfico com consultas na Constituição Brasileira de 1988 e normas infraconstitucionais, tais como as Leis nº 12.469/2011 e nº 9.656, dentre outras, visando uma compreensão ampla e didática do tema em questão. É uma pesquisa qualitativa pois apresenta dados a respeito da saúde no Brasil, gerando interpretação e reflexão, bem como é quantitativa porque

apresenta dados contáveis e mensuráveis na análise do assunto aqui debatido.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL

Atualmente o Brasil conta com duas formas de assistência à saúde para todos os indivíduos, sendo eles de caráter público e privado. Tendo como acesso a saúde pública o Sistema Único de Saúde, mais conhecido como SUS. Dentro do caráter particular, o indivíduo conta com os profissionais da área de saúde e empresas particulares, como as operadoras de plano de saúde de assistência privada.

Todas as relações envolvendo indivíduo, prestador e operadora de plano de saúde é regulamentada pela Agência Nacional de Saúde (ANS), dentro de várias áreas atuantes e suas diretorias, tendo como obrigação principal regular e normatizar as relações e diretrizes de utilização.

Uma das regulamentações e exigidas pela Agência Nacional de Saúde é a utilização do Sistema Único de Saúde por benefícios ativos vinculados a operadoras de planos de saúde. Essa regulamentação gera várias cobranças à operadora de plano de saúde, recebendo o nome de “Ressarcimento ao SUS”.

3.2 ORIGEM DO RESSARCIMENTO AOS SUS

A Lei 9.656/98 em seu art. 32 dispõe sobre a criação do ressarcimento ao SUS [1], que consiste na cobrança realizada pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) às operadoras de planos de saúde pela utilização da assistência à saúde aos seus beneficiários do SUS (Sistema Único de Saúde).

O Ressarcimento ao SUS surge com a realização de um atendimento a um indivíduo que possui plano de saúde junto a uma entidade particular, sendo esta uma operadora de plano de saúde. Este atendimento no Sistema Único de Saúde é classificado em dois tipos: AIH - Atendimento de Internação Hospitalar ou APAC – Atendimento de Procedimentos Ambulatoriais Complexidade.

A Agência Nacional de Saúde realiza o relacionamento das bases de dados dos atendimentos realizados no SUS com os dados da diretoria da agência a DIDES (Diretoria de Desenvolvimento Setorial), que é a responsável por armazenar o arquivo mensal e dados das operadoras de planos de saúde no chamado SIB (Sistema de Informação de Beneficiários).

O arquivo SIB possui as informações cadastrais dos beneficiários dos planos de saúde e sua situação cadastral, contudo nesse arquivo também é enviado o CNS (Cartão Nacional do SUS), sendo por esse número que o beneficiário é identificado nesse cruzamento de dados.

Após o cruzamento dos dados, com o atendimento identificado, é realizada a notificação da ABI (Aviso de Beneficiário Identificado) para a operadora de plano de saúde à qual o beneficiário pertence. Essa notificação abre um número de processo administrativo, que compreende duas fases: a de impugnação e a de recurso.

Realizadas as impugnações e recursos com os argumentos cabíveis, as notificações indeferidas passam para a fase de execução e cobrança. Em caso de pagamento da GRU (Guia de Recolhimento da União), o repasse é feito para o Fundo

Nacional da Saúde. Caso o pagamento não seja realizado, esse valor é destinado à Dívida Ativa.

3.3 RESSARCIMENTO AO SUS E A INCONSTITUCIONALIDADE

A Constituição Federal de 1988 [2] aborda o tema do direito à saúde como um direito social garantido pelo Estado. Desta forma, entende-se que qualquer indivíduo no território nacional tem garantido o direito à assistência à saúde. Conforme o art. 196 da CF/88, “a saúde é direito de todos e dever do Estado” [2], assegurando ao indivíduo o pleno direito de exigir a prestação que lhe é devida pelo Estado, reforçando, assim, o acesso gratuito à assistência à saúde. Nesse sentido:

Há de ser sublinhado também que a Constituição, ao prever em seu art. 6º o “direito à saúde” como direito social, elevou essa prerrogativa à categoria de “direito fundamental”, ou seja, incorporou ao sistema jurídico brasileiro um direito a ser fruído por “toda pessoa”. Como já ressaltado, trata-se de uma autêntica liberdade positiva, delimitada no art. 5º, §1º, do mesmo texto constitucional [3].

Os entendimentos jurisprudenciais hoje prevalentes no Superior Tribunal de Justiça e no Supremo Tribunal Federal já se consolidaram ao afirmar que as normas constitucionais garantidoras do direito à saúde têm aplicabilidade imediata, em virtude da “preponderância do direito à vida” e da essencialidade das pretensões à saúde. Como justificativa deontológica dessa assertiva, tem sido utilizado o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana [3].

Já a assistência privada, por meio de plano de saúde, é uma escolha do indivíduo, que pode aderir a ela de diversas formas. Um plano de saúde pode incluir o indivíduo por meio de contrato individual ou coletivo: o contrato individual é feito diretamente pelo beneficiário com a operadora de plano de saúde, enquanto o contrato coletivo é estabelecido entre uma pessoa jurídica e a operadora, onde o indivíduo precisa ter vínculo com a pessoa jurídica, seja ele empregado ou associado. Ao aderir ao plano, os beneficiários têm acesso a uma rede credenciada para utilizar os serviços contratados. No entanto, o indivíduo possui a livre escolha de optar por utilizar ou não a rede e os serviços credenciados

Portanto, com a livre escolha, o indivíduo que possui plano de saúde pode ter seu atendimento assistencial tanto na rede credenciada da operadora quanto optar por não utilizá-la e recorrer ao Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que, sendo a saúde um direito de todos em território nacional, é dever do Estado garanti-la. Entende-se que a cobrança realizada pela ANS contra as operadoras de saúde diverge do que está previsto na Constituição Federal de 1988 e viola garantias constitucionais.

Além disso, o ministro Alexandre de Moraes destacou que a utilização da rede pública por

pessoas que possuem plano de saúde deve ser uma exceção, permitida apenas quando os planos falham na prestação do atendimento. “Quem interfere no plano de saúde privado é porque não está satisfeito com a saúde pública. Se você paga mensalmente o plano de saúde, já fez uma escolha. Só procurar o SUS quando seu plano falhou, ou não ofereceu a cobertura adequada”, afirmou [4].

Além de Marco Aurélio e Alexandre de Moraes, votaram a favor do ressarcimento dos ministros Edson Fachin, Rosa Weber, Luiz Fux, Ricardo Lewandowski, Gilmar Mendes, Celso de Mello e Cármen Lúcia. Já os ministros Dias Toffoli e Luís Roberto Barroso não participaram do julgamento.

No entanto, com base nos estudos realizados neste artigo, observa-se que a saúde pública é uma responsabilidade do Estado e um direito de todos os cidadãos. Sendo assim, a livre escolha do indivíduo que utiliza o Sistema Único de Saúde não deveria prejudicar uma empresa do setor privado, especialmente porque as operadoras de planos de saúde oferecem uma rede credenciada para a realização dos procedimentos cobertos pelo Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde. Além do direito à saúde, que é expressamente garantido na Constituição Federal, destacamos o princípio fundamental da liberdade, estabelecido pelo Estado Democrático de Direito na própria Constituição de 1988. Esse princípio abrange várias liberdades, como a liberdade de informação e liberdade de expressão, incluindo a liberdade do indivíduo de realizar qualquer atividade ou utilizar qualquer serviço desde que lícito.

Em contrapartida, o STF (Supremo Tribunal Federal) entende que as operadoras de planos de saúde recebem pagamento antecipado na forma de mensalidade e que os serviços são, em parte, realizados pela rede pública prestada pelo Estado. Dessa forma, o Supremo Tribunal Federal considera que as operadoras estão obtendo enriquecimento ilícito, pois o custo do atendimento, que deveria ser realizado pela rede credenciada, passa a ser do Sistema Único de Saúde, justificando a cobrança como constitucional.

Apesar da decisão do Supremo Tribunal Federal, defendemos que uma empresa do setor privado não deve ser prejudicada ou ter suas reservas financeiras comprometidas por uma cobrança que é dever do Estado e direito do indivíduo. Quanto à justificativa do Supremo Tribunal Federal sobre o enriquecimento ilícito das operadoras de planos de saúde – uma vez que são pagas por um serviço não prestado - ela é inválida, pois, ao registrarem seus planos ou produtos na Agência Nacional de Saúde, as operadoras são obrigadas e fiscalizadas pela DIPRO - Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos, Diretoria de Fiscalização, e de acordo com a RN - Resolução Normativa nº 543, ao registrar o plano ou produto com características variadas, incluindo a forma de contraprestação pecuniária, sendo em taxa de adesão ou cobrança de mensalidade a ser cobrada

A contraprestação pecuniária em mensalidade deve ser paga por todos os beneficiários ativos no plano de saúde em um produto de pré-pagamento. Essa prestação é paga mensalmente durante o período do contrato, independentemente da utilização dos serviços disponíveis pela operadora e cobertos no Rol de Procedimentos da ANS. A cobrança adicional quando há utilização do plano é chamada de coparticipação, e corresponde a um percentual

irrisório do valor do procedimento de pagamento pela operadora ao prestador. Além disso, o indivíduo, em sua vida social, também contribui indiretamente com o Sistema Único de Saúde por meio de impostos destinados ao Estado para esse fim e para outros serviços sociais. Aqueles que optarem por contratar um plano de saúde não recebem isenção de impostos, tampouco redução do valor tributado.

Ressaltamos que, ao considerarmos essa cobrança pelo atendimento no SUS, entendemos que o cidadão, ao ser atendido, seria classificado como inapto para usufruir do serviço, ou que sua condição de cidadão seria desclassificada e, de alguma forma, seu direito de utilizar um serviço público seria limitado, violando, assim, seu direito à saúde, garantido pela Constituição Federal e sua liberdade de escolha, garantido pelo princípio da liberdade.

A CNM (Confederação Nacional dos Municípios) apoia a decisão do Supremo Tribunal Federal, mas defende que os valores pagos pelas operadoras de planos de saúde das cobranças do Ressarcimento ao SUS, devem ser repassados às entidades que realizam o atendimento aos beneficiários [4]. Atualmente, os valores das cobranças, quando pagos em conformidade com a Lei nº 12.469/2011 [5], são destinados ao Fundo Nacional de Saúde e devem ser aplicados em programas do Ministério da Saúde. No entanto, após os repasses ao fundo, não há controle específico que comprove o repasse direto às contas dos municípios.

Destacamos que, durante a pandemia de COVID-19, foi feito um levantamento da quantidade de leitos de UTI (Unidade de Terapia Intensiva) e constatado uma deficiência que afetava diretamente o atendimento de todos os indivíduos acometidos pela doença. Em função disso, no Rio de Janeiro, em 22/04/2020, a Justiça estadual decretou a liberação do uso de leitos de UTI destinados à rede credenciada para atendimento aos usuários do SUS em fila de espera [6]. Esse tipo de postura foi adotado por outros estados em resposta à gravidade da pandemia, na qual vários estados tiveram ocupação total de leitos de UTI e altas taxas de óbitos em filas de espera.

De acordo com [7], existem atualmente cerca de 45.848 leitos de UTI no Brasil, sendo 22.844 do SUS e 23.004 do sistema de saúde privado, conforme dados do CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

4 CONCLUSÃO

A cobrança do Ressarcimento ao SUS vai contra o direito constitucional e social do indivíduo ao possuir acesso a saúde garantida na Constituição Federal, conforme previsto no artigo 196, além de impactar a qualidade da administração e das finanças das entidades privadas, aumentando a sinistralidade e os custos administrativos. Esse aumento impacta diretamente os usuários das

operadoras, que enfrentam reajustes maiores.

Assim, a continuidade da cobrança não afeta apenas a entidade privada, mas também seus beneficiários, podendo resultar no encerramento das atividades da operadora e na necessidade de todos os beneficiários procurarem atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerando a realidade atual, o Sistema Único de Saúde (SUS) não possui estrutura para atender toda a população; portanto, sem as operadoras de planos de saúde e profissionais particulares, enfrentaríamos uma situação de extrema precariedade na saúde básica.

Por fim, o questionamento sobre a constitucionalidade da cobrança do Ressarcimento ao SUS é válido, pois todos os argumentos utilizados pelo Supremo Tribunal Federal podem ser questionados pelos meios adequados.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Lei nº 9.656, de 3 de junho 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde [Internet]. Diário Oficial da União: 4 jun. 1998 [acesso em 24 out. 2024]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm
- [2] Brasil. Constituição de 1988 [Internet]. Constituição da República Federativa do Brasil [acesso em 24 out. 2024]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
- [3] Mendes GF. Série IDP – Linha Administração e Políticas Públicas - Gestão Pública e Direito Municipal: tendências e desafios [Ebook]. Rio de Janeiro: Saraiva Jur, 2016 [acesso em 25 out. 2024]. ISBN 9788547204686. p.390. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788547204686>.
- [4] CNM. STF decide pela obrigatoriedade de planos de saúde ressarcirem SUS por tratamento de nas redes públicas [Internet]. Publicado em 08 de fevereiro de 2018 [acesso em 21 ago. 2024]. Disponível em: <https://cnm.org.br/comunicacao/noticias/stf-decide-pela-obrigatoriedade-de-planos-de-saude-ressarcirem-sus-por-tratamentos-de-clientes-na-rede-publica>.
- [5] Brasil. Lei nº 12.469, de 26 de agosto 2011. Altera os valores constantes da tabela do Imposto sobre a Renda da Pessoa Física e altera as Leis nºs 11.482, de 31 de maio de 2007, 7.713, de 22 de dezembro de 1988, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.656, de 3 de junho de 1998, e 10.480, de 2 de julho de 2002 [Internet]. Diário Oficial da União: 29 ago. 2011 [acesso em 24 out. 2024]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Lei/L12469.htm
- [6] G1. Justiça Federal dá 48h para que hospitais federais no RJ liberem leitos a pacientes de outras unidades [Internet]. Publicado em 22 de abril de 2020 [acesso em 24 out. 2024]. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/04/22/justica-federal-da-48h-para->

[que-hospitais-federais-no-rjliberam-leitos-a-pacientes-de-outras-unidades.ghml.](#)

[publico-e-privado-contradicoes-naestrategia-de-combate-a-pandemia.](#)

[7] Guimarães C. Público e privado: contradições na estratégia de combate à pandemia [Internet]. Publicado em 07 mai. 2020, atualizado em 01 jul. 2022 [acesso em 24 out. 2024]. Disponível em: <https://www.epsvj.fiocruz.br/noticias/reportagem/>