REFLEXÕES SOBRE O DEVER DE RESSARCIMENTO DOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO PRESTADOS PELO SUS EM FAVOR DOS BENEFICIÁRIOS DO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

ON THE REIMBURSEMENT DUTY OF THE SERVICES CARRIED OUT BY THE PUBLIC HEALTH SYSTEM TO THE BENEFICIARIES OF THE PRIVATE HEALTH SYSTEM IN BRAZIL

Sérgio Zagarino Júnior[1]
Rodrigo dos Santos Dias [2]
Luciano Pereira de Souza [3]

RESUMO: O artigo 32 da Lei nº 9.656/98, que regulamenta o setor de saúde suplementar no Brasil, determina que as operadoras de planos de saúde promovam o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde dos atendimentos com previsão contratual de beneficiários dos planos realizados pela rede pública, de acordo com as normas definidas pela Agência Nacional de Saúde ANS. O Supremo Tribunal Federal recentemente no julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 1931 e do RE 597064 pacificou a discussão sobre a constitucionalidade acerca do tema. Atualmente o ressarcimento é realizado mediante procedimento administrativo – Protocolo Eletrônico de Ressarcimento ao SUS – PERSUS, com base na Tabela Única Nacional Equivalente de Procedimentos – TUNEP. O trabalho procurou examinar a decisão do STF a respeito do dever de ressarcimento, lastreada no princípio da vedação do enriquecimento sem causa, bem como, apresentar algumas das principais questões envolvendo essa obrigação legal, tais como os procedimentos e critérios legais para valoração e reembolso desses serviços prestados pela rede pública.

Palavra Chave: saúde suplementar no Brasil; ressarcimento ao SUS, artigo 32 da Lei nº 9.656/98, PERSUS, TUNEP.

ABSTRACT: Article 32 of Law 9.656 / 98, which regulates the supplementary health sector in Brazil, requires that health plan operators promote reimbursement to the Unified Health System due to the services provided with contractual forecasts of

[1] Mestrando em Direito da Saúde: dimensões individuais e coletivas - Universidade Santa Cecília - Santos/SP – Grupo de Pesquisa: "Direito da saúde: relações contratuais, condicionantes ambientais, tutela penal e regulação" – endereço: dgp.cnpq.br/dgp/ espelhogrupo/1806555007983083

[2] Mestrando Direito da Saúde: dimensões individuais e coletivas - Universidade Santa Cecília - Santos/SP.

[3] Professor permanente do programa de pós-graduação estrito senso em Direito da Saúde: dimensões individuais e coletivas - Universidade Santa Cecília - Santos/SP. Coordenador do Grupo de Pesquisa: "Direito da saúde: relações contratuais, condicionantes ambientais, tutela penal e regulação" – endereço: dgp.cnpq.br/dgp/ espelhogrupo/1806555007983083

beneficiaries of the plans carried out by the public network, according to the norms defined by the ANS National Health Agency. The Federal Supreme Court recently in the judgment of the Direct Action of Unconstitutionality (ADI) 1931 and of RE 597064 pacified the discussion on constitutionality on the subject. Currently, the reimbursement is made through an administrative procedure - Electronic Reimbursement Protocol to SUS - PERSUS, based on the National Equivalent Procedural Table - TUNEP. The paper sought to examine the STF's decision regarding the obligation to pay compensation, based on the principle of prohibiting unjust enrichment, as well as to present some of the main issues involving this legal obligation, such as the procedures and legal criteria for valuation and reimbursement of these services provided by the public network.

Keyword: supplementary health System in Brazil; reimbursement to the SUS; article 32 of Law Nr. 9.656/98; PERSUS; TUNEP.

1 INTRODUÇÃO

O objetivo do presente trabalho é descrever e analisar a fundamentação jurídica apontada pelo Supremo Tribunal Federal para afirmar a constitucionalidade do dever de ressarcimento ao SUS por parte das operadoras de planos de saúde cujos beneficiários foram atendidos pela rede pública.

Também é objetivo do trabalho apurar quais os critérios para utilização da tabela de ressarcimento – TUNEP e se atendem aos fundamentos que nortearam decisão vinculante do STF.

Por fim, são abordados de forma descritiva aspectos legais relacionados aos procedimentos de apuração, cobrança administrativa e na esfera judicial desses valores, inclusive a questão do prazo prescricional para o exercício da pretensão ao ressarcimento por parte do SUS.

Para atingir os objetivos do trabalho buscou-se realizar análise crítica da das fontes bibliográficas e documentais selecionadas a respeito do tema, em especial os acórdãos proferidos pelo Supremo Tribunal Federal na ADI 1931 e no RE597064.

O artigo 196 da Constituição Federal garante a todas as pessoas o acesso aos serviços públicos de saúde de forma universal e igualitária, financiada com recursos públicos (art. 198, §1º da CF/88).

Sem prejuízo da rede pública, é livre à iniciativa privada a prestação de serviços de assistência à saúde (art. 199, da CF/88) em caráter suplementar ao Sistema Único de Saúde (art. 198, da CF/88), que se realiza sob a forma de operações contratuais e mediante contraprestação pecuniária. Ou seja, tratam-se de serviços prestados em âmbito privado mediante remuneração dos profissionais, estabelecimentos e entidades operadoras de saúde.

Uma expressiva parcela desses serviços privados de saúde[4] é prestada atualmente para mais de 47 milhões de brasileiros por meio de contratos de planos ou seguro saúde em que os interessados contribuem para a formação de um fundo financeiro mútuo, que pagará diretamente ou mediante reembolso as eventuais despesas com assistência à saúde que o beneficiário do sistema vier a efetuar ou, ainda, prestará diretamente esses serviços de assistência médica, ambulatorial, hospitalar ou odontológica, por meio de rede própria, conveniada ou credenciada de profissionais e estabelecimentos.

Sendo as ações e serviços de saúde de relevância pública (art. 197, da CF/88) o sistema suplementar está sujeito à regulamentação, fiscalização e controle do Poder Público, notadamente pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), tendo como marco regulatório a Lei nº 9.656/98, a conhecida Lei dos Planos de Saúde, a

[4] Segundo dados publicados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar relativos a 2005 cerca de ¼ da população brasileira (25%), isto é, mais de 50 milhões de cidadãos-usuários são detentores de planos privados. Em virtude da crise econômica que enfrenta o País desde 2014 este número caiu para algo em torno de 47 milhões de usuários. “Atualmente, existem 1,4 mil operadoras de planos de saúde com registro ativo e 1,2 mil com beneficiários. Ao todo, são 50,8 milhões de consumidores em planos de assistência médica e 21,4 milhões em planos exclusivamente odontológicos. Em 2014, foram realizadas 56 milhões de terapias, 280,3 milhões de consultas médicas, 9,7 milhões de internações e 763 milhões de exames complementares”.

par de uma extensa e complexa normatização por leis e atos regulamentares infralegais.

As sociedades civis ou comerciais, cooperativas e entidades que oferecem estes serviços de saúde, denominadas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde têm de garantir a cobertura assistencial contratada pelo consumidor ou beneficiário, cabendo à ANS a regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

Ocorre que, em algumas ocasiões, por circunstâncias voluntárias ou compulsórias a obrigação contratual das Operadoras acaba sendo cumprida pelo Sistema Único de Saúde, ou ainda por outra operadora a ele conveniada ou mesmo dele independente.

Levando em consideração que o artigo 196 da Constituição Federal garante o acesso à saúde de forma integral, universal e igualitária, o beneficiário dos contratos privados pode, por opção voluntária, não utilizar a cobertura assistencial suplementar que contratou e que está à sua disposição, preferindo atendimento do SUS ou de serviços médicos hospitalares privados, credenciados junto ao SUS.

Existe ainda a circunstância na qual o beneficiário de determinado contrato, em situação de emergência ou urgência encontra-se obrigado a socorrer-se de atendimento estatal ou privado com o qual não contratou.

Observa-se que, nas situações acima narradas a operadora, sem dúvidas, deixou de utilizar os recursos financeiros do fundo mútuo por conta da cobertura assistencial que deixou de prestar, ao passo que o SUS suportou os custos desse atendimento que estaria previsto na cobertura assistencial contratada pelo assistido junto à operadora.

Em razão disso o artigo 32 da Lei dos Planos de Saúde prescreveu que em tais hipóteses a operadora deve ressarcir os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados aos seus consumidores e

dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS.

A polêmica instaurada em torno dessa obrigação legal residia, basicamente, no entendimento por parte das operadoras de planos de saúde de que o dever primário de assegurar os serviços de assistência à saúde é do Estado. A questão foi judicializada e o julgamento realizado em fevereiro deste ano de 2018 pelo STF deu fim a discussão acerca da constitucionalidade do art. 32 da lei supracitada.

O presente estudo justifica-se não somente pela análise dos fundamentos da constitucionalidade do dispositivo legal acima citado, mas ainda porque há expressiva quantia a ser ressarcida ao Erário que se acumulou nos últimos anos, como também existe a necessidade de responder a questões que remanescem, tais como os critérios para a valoração dos serviços prestados pelo SUS a serem ressarcidos pelas operadoras de saúde.

2 RESPONSABILIDADE PELO RESSARCIMENTO PREVISTO NO ART. 32 DA LEI 9.656/98

No Recurso Extraordinário 597.064 e na ADI 1931 as operadoras sustentavam que sua participação no sistema de saúde é de caráter suplementar e que o dever primário de assegurar o acesso à saúde é atribuído pela Constituição aos entes políticos que compõem a organização federativa brasileira.

Diante disso, eventual imposição legal de ressarcimento pelos gastos do Estado efetuados com beneficiários de planos privados de assistência à saúde implicaria interferência indevida no regime da livre iniciativa, assegurado pelo artigo 170 da Constituição Federal.

Também alegavam as operadoras que o artigo 32 da Lei dos Planos de Saúde[5] estava instituindo novo tributo para financiamento da seguridade social sem atenção às formalidades legais.

Nos termos do voto do Ministro Marco Aurélio, relator da ADI 1931, o dispositivo não está eivado do alegado vício formal de constitucionalidade, na medida em que não se caracteriza como nova fonte de financiamento da seguridade social e, portanto, não se constitui em tributo, mas "em desdobramento da relação contratual", destinado a dar completude ao sistema de saúde uma vez que a atividade, embora lucrativa, "satisfaz o interesse coletivo de concretização do direito à saúde", não comportando distorções e desequilíbrios, como aquele decorrente da sobrecarga do SUS em virtude do atendimento de beneficiários contratualmente amparados pela iniciativa privada.

Como pontuou o Ministro Marco Aurélio:

> A lógica é inversa à preconizada no preceito constitucional tido por violado: o reembolso decorre de falha na execução da avença relativa ao plano de saúde, e não da necessidade de aumento das receitas da seguridade social. Daí se extrai não ter sido o ressarcimento instituído para custear a seguridade social, mas para recompor despesas públicas atribuídos (sic) aos atores privados (STF/AD 1931)I.

Desta forma, restou afastada qualquer alegação de que a imposição legal do dever de ressarcimento teria de respeitar as formalidades previstas no texto maior para a criação de novos tributos, por meio da edição de lei complementar.

Do ponto de vista da regularidade substancial também se colhe da fundamentação do Acórdão proferido na ADI 1931 que "...A norma impede o enriquecimento ilícito das empresas e a perpetuação de modelo no qual o mercado

[5] Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

de serviços de saúde submeta-se unicamente à lógica do lucro, ainda que às custas do erário."

Explica-se, a falta de ressarcimento conduziria à situação de flagrante injustiça em que as operadoras de saúde "(...) recebem pagamentos mensais dos segurados, mas os serviços continuam a ser fornecidos pelo Estado, sem contrapartida".

A par disso, a legislação "(...) assegura que o ressarcimento seja precedido de processo administrativo, com ampla defesa, contraditório e direito a recurso", como aponta o Ministro Marco Aurélio.

Como observou o Ministro Gilmar Mendes em seu voto no RE 597.064 o artigo 32 da Lei nº 9.656/1998 serve para evitar que os custos de um serviço já pago pelo consumidor, pois integrante dos riscos do negócio da operadora de plano de saúde e, portanto, já acobertado pelos valores das mensalidades pagas pelos integrantes da carteira do plano, seja dividido pela integralidade da sociedade, de modo a assegurar lucro certo às empresas sem a contrapartida necessária.

A partir do momento em que o Estado autoriza a suplementação da saúde por empresas privadas, que possam desempenhar prestação de tamanha relevância pública ao assegurar assistência médica ou hospitalar e ambulatorial, necessário contraprestação pecuniária preestabelecida, existindo o repasse não somente dos bônus, mas também dos ônus.

Pontua o Ministro Gilmar Mendes que não se pode permitir que a iniciativa privada enriqueça indevidamente, repassando os custos de seu contrato particular para toda a sociedade, pois além de evitar um arbitramento injusto das responsabilidades pelos custos da manutenção dos serviços de saúde, o ressarcimento do art. 32 da Lei 9.656/1998 impede que as operadoras de planos privados ofereçam uma cobertura de serviços insatisfatória, forçando o

encaminhamento de clientes para a rede pública como forma de reduzir custos e isso é viabilizado a partir das seguintes regras da lei 9.656/98.

Entendeu ainda o STF de que o ressarcimento, a rigor, enquadra-se no conceito de crédito não tributário, compreendido como receita originária do tipo corrente (art. 11, § 1º c/c § 4º, da Lei 4.320/64),[6] possuindo natureza jurídica indenizatória e, portanto, fora da incidência do campo tributário.

Superada a questão constitucionalidade do art. 32 da Lei 9.656/98 e a obrigatoriedade do ressarcimento ao SUS pelas operadoras de Saúde, não se discutiu os valores a serem ressarcidos, mediante aplicação da TUNEP, por ser matéria infraconstitucional.

3. TABELA ÚNICA NACIONAL EQUIVALENTE DE PROCEDIMENTOS

Conforme dito acima, a norma que prevê o ressarcimento ao SUS possui natureza jurídica indenizatória, e sua vigência criou previsão especial, dispensando a necessidade de ser declarada em juízo, mediante ação ordinária ou monitória, como ocorria antes da vigência do dispositivo questionado, cuja pretensão era fundada nos arts. 186, 187 c/c art. 884 do atual Código Civil.

Nas palavras do Ministro Gilmar Mendes “O Estado com tal normatização passou a ter à sua disposição mecanismos de cobrança mais céleres, ante a certeza da dívida *ex lege*, aliada à própria participação do Consu, posteriormente ANS, no

[6] Art. 11 - A receita classificar-se-á nas seguintes categorias econômicas: Receitas Correntes e Receitas de Capital § 1º - São Receitas Correntes as receitas tributária, de contribuições, patrimonial, agropecuária, industrial, de serviços e outras e, ainda, as provenientes de recursos financeiros recebidos de outras pessoas de direito público ou privado, quando destinadas a atender despesas classificáveis em Despesas Correntes § 4º - A classificação da receita obedecerá ao seguinte esquema: RECEITAS CORRENTES, RECEITA TRIBUTÁRIA: Impostos, Taxas e Contribuições de Melhoria, RECEITA DE CONTRIBUIÇÕES, RECEITA PATRIMONIAL, RECEITA AGROPECUÁRIA, RECEITA INDUSTRIAL, RECEITA DE SERVIÇOS, TRANSFERÊNCIAS CORRENTES, OUTRAS RECEITAS CORRENTES, RECEITAS DE CAPITAL: OPERAÇÕES DE CRÉDITO, ALIENAÇÃO DE BENS, AMORTIZAÇÃO DE EMPRÉSTIMOS, TRANSFERÊNCIAS DE CAPITAL, OUTRAS RECEITAS DE CAPITAL

procedimento do cálculo do valor a ser reembolsado, eis que obteve autorização de, uma vez inadimplido, inscrever em dívida ativa e, em seguida, ajuizar o correspondente executivo fiscal".

Verifica-se que, o Poder Público garantiu a sua participação na formação dos valores a serem cobrados, mediante a alteração da legislação, sendo incluindo ainda, de forma legal, meios mais gravosos para efetuar a cobrança (inscrição em dívida ativa e cobrança em processo de execução fiscal).

O Ministro Alexandre de Moraes em seu voto no RE 597064 verificou a ANA, ao aprovar a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP), hoje regulada na forma da Resolução RDC 17/2000, atua estritamente no campo regulamentar que a própria legislação lhe cometeu, como decorre dos seguintes dispositivos:

> Lei 9.656/1998 Art. 32 (…).
>
> § 1º O ressarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde - FNS. (Redação dada pela Lei 12.469, de 2011)
>
> Lei 9.961/2000
>
> Art. 4º Compete à ANS: (...)
>
> VI - estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS;

No tocante ao valor da TUNEP – e também o do IVR (Índice de valoração de ressarcimento), o Ministro Edson Fachin em seu voto no RE acima citado, determina que foram pactuados no âmbito governamental, mediante participação de representantes de todos os setores envolvidos, e seu estabelecimento se encontra dentro do espectro normativo inerente à função das agências regulatórias.[7]

[7] Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: I - construir uma sociedade livre, justa e solidária; II - garantir o desenvolvimento nacional; III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. Art. 174.

A TUNEP foi definida mediante processo participativo, dentro da Câmara de Saúde Suplementar, com envolvimento de múltiplos atores, dentre eles gestores federais, estaduais, municipais do SUS, representantes das operadoras de saúde e ainda prestadores de serviços integrantes do SUS.

Levando em consideração o tamanho do Brasil e ainda a diversidade regionalizada, foram realizadas diversas reuniões com grupos técnicos para se estabelecer uma tabela unificada pela Câmara de Saúde Suplementar, a qual buscou abranger todo nosso território.

O Ministro Edson Fachin cita em seu voto no RE 597064 que: “Ao analisar a TUNEP, verifica-se que a tabela inclui todas as ações necessárias para o pronto atendimento e recuperação do paciente, ou seja, a internação, os medicamentos, os honorários médicos, entre outras, atendendo nossa medicina com princípio de evidências.

Importante observar que a TUNEP é mais completa do que as tabelas apresentadas pelas operadoras de Saúde, que incluem somente o procedimento *stricto sensu*, não abrangendo todo o tratamento.

Assim, entende-se que o valor TUNEP, cobre todo um rol de procedimentos, estando baseada em valores reais e ainda considera os custos materiais e humano que envolvem o procedimento médico, tanto aos atendimentos prestados nos grandes centros urbanos, quanto àqueles em centros distantes.

O Ministro Gilmar Mendes, em seu voto no RE 597064 de 2018, registrou que a previsão da participação dos setores envolvidos na agenda de pactuação dos procedimentos a serem reembolsados coaduna-se com o direito à organização e procedimento (Recht auf Organisation und auf Verfahren):

Como agente normativo e regulador da atividade econômica, o Estado exercerá, na forma da lei, as funções de fiscalização, incentivo e planejamento, sendo este determinante para o setor público e indicativo para o setor privado. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm

> Nos últimos tempos vem a doutrina utilizando-se do conceito de direito à organização e ao procedimento (Recht auf Organisation und auf Verfahren) para designar todos aqueles direitos fundamentais que dependem, na sua realização, tanto de providências estatais com vistas à criação e conformação de órgãos, setores ou repartições (direito à organização) como de outras, normalmente de índole normativa, destinadas a ordenar a fruição de determinados direitos ou garantias, como é o caso das garantias processuais-constitucionais (direito de acesso à Justiça, direito de proteção judiciária, direito de defesa). (MENDES, Gilmar Ferreira. Curso de direito constitucional, 12. ed. São Paulo: Saraiva, 2017, p. 673/674)

Prossegue o Ministro Gilmar Mendes asseverando que para não restar dúvidas acerca da legalidade da TUNEP a partir da edição da Medida Provisória 1658-5, de 26 de outubro de 1998 (DOU 27.10.1998), restou garantido a efetiva participação na estipulação dos valores e de tipos de atendimentos a serem ressarcidos ao Consu (Conselho de Saúde Suplementar).

E assim sendo, a Resolução do Consu 9, de 3 de novembro de 1998[8], assim disciplinava:

> Art. 3º. O ressarcimento será cobrado de acordo com os procedimentos estabelecidos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos TUNEP, aprovada pelo Conselho de Saúde Suplementar, de acordo com o § 1º do Artigo 32 da Lei n° 9.656/98. (Redação dada pela Resolução CONSU nº 22, de 1999).
>
> Parágrafo único. A TUNEP identificará os procedimentos, proporcionando a uniformização das unidades de cobrança em todo o território nacional e definirá os valores de referência.
>
> Art. 4º. Os valores a serem adotados para cobrança serão fixados por decisão dos gestores locais do SUS, dentro dos limites estabelecidos pelo §1º do artigo 32 da Lei n° 9.656/98 (...).

[8] Disponível em: http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzA1. Acesso em 10.10.2018.

Note-se que, em todo momento da criação da norma, restou resguardado a mais completa participação dos representantes das operadoras e das unidades prestadoras de serviço integrantes do SUS no processo de tomada de decisão quanto à referência da tabela.

4 PROCEDIMENTO PARA APURAÇÃO DO VALOR DEVIDO

Deduzido que a TUNEP é legal, atende aos princípios da ampla defesa e do contraditório, é técnica, realizada em conjunto com as Operadoras de Saúde, necessário verificar os procedimentos para cobrança, atendendo ou não o devido processo legal.

O Ministro Alexandre de Moraes diz que: "O procedimento administrativo que regula a cobrança, atualmente é formalizado na RN 358/2014 da ANS[9], atendendo ao art. 32, § 7º, da Lei 9.656/98, o qual prevê a possibilidade de que as notificações de cobrança dos débitos de ressarcimento ao SUS sejam contestadas na esfera administrativa em duas instâncias, sempre com efeito suspensivo e ainda que o procedimento de impugnação se dá mediante contestação formalizada e endereçada à DIDES (Diretoria de Desenvolvimento Setorial), no prazo de 30 (trinta) dias e, com possibilidade de recurso direcionado à Diretoria Colegiada da ANS no prazo de 10 (dez) dias, arts. 21 a 29 da Resolução Normativa RN 358/14, da ANS[10]."

Em seu voto o Ministro Gilmar Mendes explica que o objeto da impugnação e do recurso se dá pelos seguintes motivos: o cidadão-usuário não possui cobertura contratual para aquele atendimento; encerramento da relação contratual antes do atendimento na rede pública; tratamento ou procedimento em período de carência

9 http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjgyNw==

10 Art. 21. A OPS terá o prazo de trinta dias para impugnar a identificação após ser notificada. Art. 29. Aplicam-se ao recurso as disposições dos artigos 22 e 23

(anexo IV da Instrução Normativa 54, de 27 de novembro de 2014, da Diretoria de Desenvolvimento Setorial – Dides/ANS)[11].

Assim, não está caracterizada qualquer dissonância com os postulados do contraditório ou da ampla defesa.

Nesse sentido, o artigo 4º, inciso VI da Lei nº 9.961/2000 determina a competência necessária para a elaboração de normas para o ressarcimento ao SUS disposto no artigo 32 da Lei nº 9.656/1998 pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, não desbordando do princípio da legalidade a cobrança do ressarcimento diretamente pela agência.

5 COBRANÇA DO PASSIVO

Até outubro de 2017, havia mais de R$ 1 bilhão de reais inadimplido pelas operadoras de planos de saúde, envolvendo o ressarcimento em questão, cujos valores não foram pagos (quantia cobrada de R$ 3.087.438.957,24, com pagamento de R$ 1.247.623.019,69, parcelamento de R$ 751.453.712,50 totalizando a diferença de R$ 1.088.362.225,05) [12].

Necessário destacar ainda que, os débitos com suspensão de exigibilidade por ordem judicial não fazem parte da planilha, por serem considerados como pendências administrativas, nos levando a acreditar que a dívida atual de todas as

11 http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjgyOA==

12 Planilhas de Percentual de Pagamento Administrativo das Operadoras junto ao Ressarcimento ao SUS, 2017/outubro. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/informacoes_avaliacoes/indice_adimplencia_2017_10.pdf. Acesso em 9.11.2017

operadoras certamente é bem maior, podendo ser objeto de pesquisa futura este real valor.

Numa pesquisa junto ao sítio eletrônico da ANS[13] apura-se que de 1999 a maio de 2015, foram devolvidos aos estabelecimentos hospitalares ou ambulatoriais que prestaram os serviços públicos (detalhado por AIH), valores pouco superiores a meio bilhão de reais (R$ 500.000.000,00).

Note-se que há grande diferença entre os valores que o Fundo Nacional de Saúde arrecada das operadoras de planos de saúde e os que devolve aos estabelecimentos hospitalares ou ambulatoriais que prestaram os serviços públicos, sendo esta uma questão problemática a ser pesquisada futuramente.

Se com a existência da norma do art. 32 da Lei 9.656/98, já existe essa diferença gigantesca, das operadoras de saúde tentando se eximir de todas as formas de arcar com os custos do Estado, maximizando seus lucros, se tal norma não existisse haveria prejuízo de bilhões de reais no caixa da saúde nacional.

Assim, necessário otimizar o sistema de cobrança administrativo, sempre garantido o direito a ampla defesa e ao contraditório, mas impondo limites que alterem a realidade enfrentada atualmente, que é de um déficit bilionário nas contas da saúde pública.

6 CONCLUSÃO:

Pelo exposto, a pesquisa concluiu que mesmo com a pá de cal colocada pelo STF em relação a constitucionalidade do art. 32 da Lei 9.656/98, ainda existem diversos pontos a serem refletidos sobre o ressarcimento ao SUS.

Em relação a TUNEP, verificou-se que atende a critérios técnicos sendo formalizada e criada em conjunto com as Operadoras de Saúde, alcançando um valor

[13] Disponível em: http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora

justo sobre todo o tratamento relacionado ao procedimento, não somente a um procedimento pontual de medicação ou cirurgia como a tabela do SUS, por exemplo.

Conclui-se ainda que, atualmente o Brasil é detentor de um déficit bilionário em razão dos valores a serem pagos pelas Operadoras de Saúde e não detém a forma mais eficaz e célere de cobrança, a qual é devidamente legal, atendendo os princípios constitucionais.

O presente estudo não se satisfaz com a falta de resposta, motivando uma pesquisa mais profunda em relação a cobrança e sua forma de controle em dissertação futura acerca da ausência de controle dos municípios para confrontação com os apontados pela ANS em cruzamento de dados.

REFERÊNCIAS:

BARBUGIANI, Luiz Henrique Sormani, Coor. AGUILLAR, Fernando Herren, Planos de Saúde – Doutrina, Jurisprudência e Legislação.2° ed, Sairava, 2015

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Brasília, 5 de outubro de 1988. Acesso em: 21.8.2018.

BRASIL. Lei de nº 9.656, de 03 de Junho de 1998, publicado no DOU de 04.6.1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm. Acesso em: 21.8.2018

BRASIL. Supremo Tribunal Federal, RE597064, Relator(a): Min. GILMAR MENDES, Tribunal Pleno, julgado em 07/02/2018, ACÓRDÃO ELETRÔNICO DJe-113 http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%28RESSARCIMENTO+AO+SUS%29&base=baseAcordaos&url=http://tinyurl.com/ya3r2nnj. Acesso: 03.10.2018

BRASIL. Supremo Tribunal Federal, ADI 1931, Relator(a): Min. MARCO AURÉLIO, Tribunal Pleno, julgado em 07/02/2018, ACÓRDÃO ELETRÔNICO DJe-113 Disponível:http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=1741189.Acesso:03.10.2018

BRASIL, Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar 259/11, 319/13,395/16.Disponível:http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTc1OA==;http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzE2OA==;http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2013/res0319_05_03_2013.html. Acesso: 03.10.2018.

ESMERALDI, Renata Maria Gil da Silva Lopes, LOPES, José Fernando da Silva, Planos de Saúde no Brasil, 2° Ed., Sairava, 2015

MENDES, Gilmar Ferreira. Curso de direito constitucional, 12. ed. São Paulo: Saraiva, 2017, p. 673/674