



9º Simposio de Ensino de Graduação

O RESSARCIMENTO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PELAS OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SOB A ÓTICA DA POSIÇÃO NÃO GOVERNAMENTISTA

Autor(es)

VALSIELEN ADIANI MIRANDA

Orientador(es)

RENATA RIVELLI MARTINS DOS SANTOS

1. Introdução

O ponto de partida da pesquisa foi o levantamento bibliográfico, jurisprudencial, legal e doutrinária no tocante ao próprio ressarcimento ao Sistema Único de Saúde e sobre a universalidade dos Direitos a Saúde. A pesquisa centrou-se na análise dos textos jurídicos, jurisprudências, impressos publicados em sítios eletrônicos, artigos, teses sobre a inconstitucionalidade de referido instituto. Também foi realizado um trabalho de campo onde buscou-se identificar os valores pagos pelas operadoras aos seus prestadores, fazendo assim um comparativo dos valores cobrados pela TUNEP e efetivamente os valores pagos pelas operadoras de planos de saúde. Com esta pesquisa foi possível identificar os diversos problemas que a constitucionalidade do Ressarcimento ao SUS acarretaria para a sociedade em um contexto geral.

Esta pesquisa não caracteriza-se por apresentar uma solução para o deslinde do Ressarcimento ao SUS, mas serão apresentadas reflexões para maior entendimento deste instituto no tocante a sua inconstitucionalidade.

2. Objetivos

Assim, por esta pesquisa, buscou-se conhecer a percepção das argumentações da tese da inconstitucionalidade do Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – tese não governamentista do instituto do Ressarcimento ao SUS, a sua natureza jurídica, bem como os danos que a constitucionalidade deste instituto acarretaria para os interesses de toda a sociedade e para as empresas de planos privados de assistência a saúde.

É necessário demonstrar através de disposições legais aos cidadãos o quão importante e relevante é esse tema, no tocante a violação de seus próprios direitos. Buscou-se trazer a reflexão acerca do instituto do Ressarcimento ao SUS sob a posição da inconstitucionalidade deste instituto.

3. Desenvolvimento

O eixo inicial da pesquisa foi o levantamento bibliográfico sobre o tema ressarcimento ao Sistema Único de Saúde. Em seguida,

observou-se dentro do regime jurídico constitucional a natureza jurídica deste instituto. Efetivou-se um trabalho de campo, onde foi possível comparar os preços cobrados pela TUNEP - Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos e os valores efetivamente pagos pelas operadoras de planos de saúde aos seus prestadores.

Por derradeiro, apresentou-se algumas reflexões sobre o efeito que a constitucionalidade do instituto do ressarcimento ao SUS acarretaria para a sociedade.

4. Resultado e Discussão

Com a criação da Agência Nacional de Saúde através da lei n. 9.961/2000 e a lei n. 9.656/1998 que trata dos planos e seguros de assistência médica, nasceu com estas a obrigação do ressarcimento ao SUS pelos planos privados de assistência médica, que vem fundado na Medida Provisória n. 2177-44/2001¹ e que trata especificamente no art. 32 da lei n. 9.656/98², in verbis:

Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1 do art. 1 desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstas 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.

Em análise superficial do dispositivo sobredito, o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde será devido, sempre que um consumidor de plano de saúde ou seus respectivos dependentes forem atendidos pelo SUS e os serviços médicos prestados constarem no respectivo contrato particular firmado pelo consumidor de plano de saúde.

O instituto do ressarcimento ao SUS consiste em um conjunto de atos e procedimentos extrajudiciais e judiciais de recuperar os gastos decorrentes de internações, consultas, procedimentos, etc. vinculados a hospitais do SUS. Isso ocorre quando há utilização da assistência médica do Sistema Único de Saúde por beneficiários credenciados ativos nos planos privados de assistência médica.

O ressarcimento tem por finalidade restituir o Sistema Único de Saúde, dos gastos oriundos da assistência médica prestada aos beneficiários dos planos privados de assistência médica, com embasamento nos contratos de beneficiários e seus respectivos planos de saúde, que deveriam ser de fato atendidos por sua operadora, mas que por fim acabaram por receber um atendimento público.

Com amparo no dispositivo 196 da Constituição Federal, é dever do Estado zelar pela saúde da sociedade, quer tenha ou não cobertura de planos privados de assistência à saúde, ou seja, indistintamente, uma vez que, o Estado inseriu o setor da saúde no sistema de seguridade social, e ainda, do financiamento setorial por meio do Orçamento da Seguridade Social (OSS) e dos Tesouros Federal, Estadual e Municipal, na arrecadação verbas para cumprir com o seu dever.

No entanto, a problemática sobredita vai mais a fundo, pois se as operadoras de planos privados de assistência a saúde definidamente forem obrigadas a ressarcir o Erário Público dos atendimentos realizados por seus beneficiários, aos hospitais credenciados ao Sistema Único de Saúde, assim em razão do alto custo da tabela TUNEP, aos cofres das operadoras um rombo mensal e para tentarem se estagnar em ativas no mercado, o valor geral restituído aos cofres públicos transmitirá de forma indireta aos beneficiários de planos de saúde.

Para o momento cumpre mencionar que o valor cobrado pela tabela TUNEP é maior do que o praticado pelas operadoras e seus prestadores de serviços, veja-se no anexo TABELA 1.

Restou evidenciado na tabela retromencionada com a devida comprovação, que são exorbitantes os valores constantes na tabela TUNEP, corroborando com esta alegação, Macera e Saintive afirmam que os valores da TUNEP são em média 1,5 vezes superiores aos do SUS³. Ou seja, além dos valores totalmente aleatórios e irrealistas, demonstrado claramente nas tabela I, que referido valores são superiores aos gastos dos procedimentos realizados pelo SUS, contrariado claramente o disposto no § 8 do artigo 32 da Lei 9.656/98. Obviamente que esses valores cobrados das operadoras serão repassados de alguma forma aos cidadãos. Assim, novamente o ônus recairá de forma indireta e implícita sobre o consumidor, que já financia a saúde pública através do devido pagamento de impostos aos entes federados, ainda passará a fazê-lo novamente, através do ressarcimento ao SUS pelos planos privados de saúde, eis que as operadoras não suportaram múltiplas cobranças e repassará aos seus beneficiários. Nesta mesma esteira de raciocínio, ensina Carrazza: “Em nossa República é inadmissível que o povo, em cujo nome o poder é exercido, possa ser lesado, até por meio de uma tributação voltada apenas para os interesses do Estado.”⁴

Importante trazer a baila, as considerações feitas pelo colendo desembargador Castro Aguiar, em seu voto, no seio da E. Segunda Turma, por ocasião do julgamento da Apelação Civil n. 2001. 51.01. 016417-2, no dia 15 de setembro de 2004, in verbis:

(...) Em primeiro plano, o malsinado art. 32 transfere, unilateralmente, a esfera privada o dever constitucional e originário do Estado de prestar, em caráter universal, serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde dos cidadãos, como previsto no art. 196 da Constituição. É evidente que esta transferência de encargos terminará por resultar em aumento desordenado e incompatível de despesas as operadoras de planos de saúde, recaindo tais aumentos, é claro, sobre os seus contratados, sobre os valores de suas prestações. Desta forma, chega-se, facilmente, à primeira nefasta realidade: o cidadão, que já não conta com a saúde pública, por ele financiada, pelo pagamento dos tributos, tanto que se sente obrigado a contratar planos privados de saúde, terminará tendo por financiar, por via indireta, através de suas prestações, o próprio sistema público de saúde (...).

Demonstra que com o ressarcimento ao SUS o Estado quer ser compensado dos gastos oriundos dos atendimentos dos cidadãos prestados pela assistência médica pública. Ora, totalmente inconstitucional, o Estado quer se enriquecer a custa das operadoras de planos de saúde e dos próprios cidadãos, eis que, o Estado já arrecada valores através de impostos com percentual devido de destinação a saúde pública.

Importante ressaltar que se a operadora de planos de saúde age em conformidade com a lei, respeitando os instrumentos contratuais firmados com seus beneficiários, não há que se falar em locupletamento sem causa das operadoras. Assim, quando seus beneficiários procuram por serviços médicos prestados pelo sistema público de saúde, estes estão apenas utilizando de sua livre escolha, utilizando de um direito, este previsto no artigo 196 da nossa Constituição Federal, como DIREITO DE TODOS, e um DEVER do estado de prestar os serviços a saúde de forma universal e integral.

1 BRASIL. Medida Provisória nº 2.177-44. BRASIL. Medida Provisória nº 2.177-44. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 ago. 2001. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/2177-44.htm> Acesso em: 12 jan. 2011.

2 BRASIL. Lei nº 9.656 de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência á saúde. Brasília, DF, 03 jun 1998. Disponível:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm > Acesso em: 12 jan. 2011.

3 MACERA, Andrea Pereira e SAINTIVE, Marcelo Barbosa. O mercado de saúde suplementar no Brasil. SEAE/MFD, Documento de trabalho n. 31. Out/ 2004. p. 18.

4 CARRAZZA, Roque Antonio. Curso de direito constitucional tributário. 21 ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2005. p. 61.

5. Considerações Finais

É possível e aceitável que o Estado estabeleça uma regulamentação na atividade da saúde suplementar que garanta os direitos dos seus usuários sem elitizar os serviços ou expor as operadoras de planos de saúde a insustentabilidade financeira.

No entanto, essa estrutura atual do ressarcimento ao SUS visa beneficiar claramente as grandes operadoras de planos de saúde, pois estas possuem uma rede de credenciados ampla, e a probabilidade de seus beneficiários serem atendidos pelo Sistema Único de Saúde é menor. Já para as operadoras de pequeno/ médio porte, diante da sua rede de credenciados menor e restrita a sua área geográfica de atendimento, a probabilidade de seus beneficiários utilizarem do sistema público é muito maior. Com isso a exigência do ressarcimento ao Erário Público dos procedimentos de seus beneficiários realizados pelo SUS será mais vultoso que o das operadoras de porte grande.

Ao longo do tempo, a política do “ressarcimento ao SUS” acabará fatalmente por refletir no mercado da saúde suplementar, que acabará eliminando fatalmente as operadoras de pequeno e médio porte, ocorrendo assim, o monopólio das operadoras de grande porte. Afrontando o que pretende a Constituição Federal, que prevê de forma cristalina em seu artigo 173, que a lei reprimirá o abuso do poder econômico para a eliminação da concorrência. Ademais, o dever de assistência à saúde é obrigação do Estado, segundo o que dispõe o artigo 196 da Constituição Federal, sendo inconstitucional a transferência desta obrigação para as operadoras de planos privados de saúde.

Além do que, acaba o Estado por intervir indevidamente na iniciativa privada, invalidando mais um artigo constitucional, o artigo 199. Na hipótese do artigo retromencionado, se o consumidor resolver, por livre e espontânea vontade, comparecer em determinado hospital público e lá for devidamente atendido, a operadora de plano de saúde do referido beneficiário, deverá ressarcir, o Poder Público, dos gastos oriundos do atendimento/procedimento realizado em seu beneficiário. Assistência esta que é obrigação estatal.

Isso implica dizer que, uma vez que qualquer pessoa se torne beneficiária de um plano de saúde, a operadora vinculada a este plano de saúde automaticamente assume a obrigação estatal disposta no artigo 196 da Constituição Federal. Ora, inconstitucional o Estado impor a iniciativa privada a sua obrigação de zelar pela saúde da sociedade e atender toda e qualquer patologia, oferecer todo e qualquer tratamento, em todo e qualquer hospital do Brasil, pagar todo e qualquer exame, obrigação esta que acaba por transferir as operadoras de planos de saúde, além de interferir na elaboração dos planos comercializados, fixação de faixas etárias pré estabelecidas, imposição de um rol obrigatório de cobertura de exames/procedimentos, etc.

Ora, cobertura de todas as patologias conhecidas pela ciência médica é no mínimo irrazoável com qualquer operadora de planos de saúde e totalmente desproporcional as operadoras de pequeno porte.

O Estado ao invocar o Ressarcimento ao SUS, visando à supremacia do interesse público, torna-se equivocado nesta questão em específico, pois este princípio existe para a realização dos fins previstos em lei. Porém, os interesses legais, que representam à conveniência e a necessidade de toda a sociedade, jamais caberão conveniência privadas ou ainda, vantagens do poder Estatal.

Ou seja, para atingir os determinados fins previstos pelo Estado, não pode os próprios cidadãos acabar por custear o Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde, ainda que de forma indireta e á aqueles cidadãos que pretendem ter uma segunda opção de assistência à saúde, pagar um valor exorbitante. O efeito prático da lei em questão, profundamente modificada pelas medidas provisórias, será fatalmente o de elitizar a assistência à saúde privada no Brasil.

A cobrança feita ao plano, e não diretamente aos beneficiários de planos de saúde passa uma falsa impressão de não cobrança em duplicidade, ainda que as operadoras de planos de saúde só possam reajustar seus valores com a autorização da Agência Nacional de

Saúde Suplementar, estas terão de equilibrar de alguma forma em seu orçamento esta nova despesa, seja no decréscimo na qualidade da prestação dos serviços, aumentar o valor total do plano. Logo, as operadoras começaram a comercializar um plano de saúde muito caro ou um plano de saúde com péssima qualidade, tudo em virtude do instituto do ressarcimento ao SUS..

Por derradeiro, resta demonstrado que o interesse público corresponde à inexecução do Ressarcimento ao SUS, por ter como resultado final o principal pagador deste instituto a própria sociedade de forma indireta e propriamente maquiada pelo Estado, desviando assim o princípio da supremacia do interesse público, fazendo com que os cidadãos acabem por custear a saúde pública com pagamento em duplicidade.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Medida Provisória nº 2.177-44. BRASIL. Medida Provisória nº 2.177-44. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 ago. 2001. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/2177-44.htm> Acesso em: 12 jan. 2011.

BRASIL. Lei nº 9.656 de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência á saúde. Brasília, DF, 03 jun 1998. Disponível:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm > Acesso em: 12 jan. 2011.

MACERA, Andrea Pereira e SAINTIVE, Marcelo Barbosa. O mercado de saúde suplementar no Brasil. SEAE/MFD, Documento de trabalho n. 31. Out/ 2004. p. 18.

CARRAZZA, Roque Antonio. Curso de direito constitucional tributário. 21 ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2005. p. 61.

Anexos

Procedimentos	TUNEP	SUS	AMERICLINICAS	CORREIOS	SANTA CASA
Cesariana	R\$ 1445,75	R\$443,68	R\$ 1.185,00	Não informado	R\$ 1.300,00
Diária UTI	R\$ 812,00	R\$ 213,00	R\$ 510,00	R\$ 430,00	R\$ 470,00
Taxa - Cirurgia Grande	R\$ 437,50	R\$ 250,00	R\$ 253,50	R\$ 316,30	R\$ 268,70
Parto Normal	R\$ 973,90	R\$ 317,39	R\$ 751,21	Não informado	R\$ 920,00
Histerectomia Vaginal	R\$ 397,30	R\$ 1518,50	R\$ 950,00	Não informado	R\$ 990,00
Taxa de sala cirurgia pequena	R\$ 250,00	R\$ 437,50	R\$ 117,00	R\$ 118,00	R\$ 129,30