

**O RESSARCIMENTO AO SISTEMA DE SAÚDE ÚNICO BRASILEIRO PELAS
OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE: CONSIDERAÇÕES QUANTO À SUA
(IN)CONSTITUCIONALIDADE**

*THE REIMBURSEMENT TO THE BRAZILIAN NATIONAL HEALTH SYSTEM BY
HEALTH INSURANCE COMPANIES: CONSIDERATIONS REGARDING ITS
(IN)CONSTITUTIONALITY*

**José Márcio Carvalho da Silva³⁵
Leandro de Araújo Pernambuco³⁶**

RESUMO: a saúde no Brasil possui como características precípuas ser um dever do Estado e direito de todos os cidadãos. Entretanto, no cenário brasileiro, além do Sistema Único de Saúde (SUS), existe a figura da saúde suplementar, composta essencialmente por operadoras privadas que oferecem serviços de saúde aos beneficiários mediante pagamento. A coexistência de assistência à saúde por um sistema único e um sistema suplementar por vezes instaura conflitos como o que se refere ao ressarcimento ao SUS pelas operadoras privadas quando da utilização dos serviços públicos por beneficiários de planos de saúde. Nesse sentido, o presente trabalho tem como objetivo analisar os aspectos conflitantes relacionados à constitucionalidade e legalidade do ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos privados de saúde. Para tal, foi utilizado o método descritivo-analítico por meio de consulta aos dispositivos legais e à literatura pertinente ao tema por meio de pesquisa bibliográfica, contemplando a revisão dos preceitos teóricos, normas regulatórias e fundamentações legais que norteiam a problemática. São abordados os aspectos conceituais sobre SUS, Sistema Suplementar e as negativas dos planos de saúde, assim como as diretrizes regulatórias e jurídicas relacionadas ao ressarcimento ao SUS, considerando as perspectivas do Estado e das operadoras de saúde. Foi constatado que há entendimento jurídico da constitucionalidade do ressarcimento ao SUS, em especial quando houve negativa do plano de saúde por ausência do procedimento no rol, doença pré-existente ou carência contratual. Ainda assim, as operadoras de planos privados apresentam argumentos contrários a esse posicionamento.

Palavras-chave: Direito à Saúde; Direitos do Paciente; Judicialização da Saúde; Operadora de Plano de Assistência à Saúde; Saúde Suplementar.

³⁵ **1. Qualificação:** bolsista PROSUP/CAPES; Mestrando em Direito pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP-PE); **2. e-mail:** jmarciocarvalhoad@gmail.com; **3. Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/4650012598264228>; **4. ORCID:** <http://orcid.org/0000-0002-4225-1073>; e **5. vinculação:** UNICAP-PE

³⁶ **1. Qualificação:** Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB); **2. e-mail:** leandroapernambuco@gmail.com; **3. Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/7838024850861158>; **4. ORCID:** <http://orcid.org/0000-0001-6246-9769>; e **5. vinculação:** UFPB

ABSTRACT: Health in Brazil has as its main characteristics to be a duty of the State and a right of all citizens. However, in the Brazilian scenario, in addition to the Unified Health System (SUS), there is a supplementary health system, essentially composed of private health institutions that offer health services to users in exchange for payment. The coexistence of health care provided by a public system and a supplementary system sometimes leads to conflicts, such as the reimbursement to the SUS by private health operators when users of health plans use public services. The present study aims to analyze the conflicting aspects related to the constitutionality and legality of reimbursement to the SUS by private health insurance providers. To this end, the descriptive-analytical method was used through consultation of the legal provisions and literature pertinent to the topic by bibliographic research, contemplating the review of the theoretical concepts, regulatory norms and legal grounds that guide the problem. The conceptual aspects of the SUS, the Supplementary System, and the negatives of the health plans are discussed, as well as the regulatory and legal guidelines related to reimbursement to the SUS, considering the perspectives of the State and the health operators. It was verified that there is a legal understanding of the constitutionality of reimbursing the SUS, especially when there was a negative decision by the health plan due to the absence of the procedure on the list, pre-existing disease, or contractual shortage. However, the private plan operators present arguments contrary to this position.

Key-words: Right to Health; Patient Rights; Health's Judicialization; Health Insurance; Supplementary Health.

1. INTRODUÇÃO

A negativa de procedimentos pelas operadoras privadas de saúde consiste em uma das problemáticas mais frequentes que alcançam diuturnamente o judiciário brasileiro. As operadoras costumam endossar seus argumentos baseados na carência contratual, em doenças ou lesões pré-existentes, ou na inexistência dos procedimentos no rol referenciado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que segue a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1981, conhecida como Lei dos Planos de Saúde (LPS).

Como nem sempre a negativa é revertida em tempo suficiente para o usuário realizar seu tratamento como e quando necessita, ocorre a busca por assistência no Sistema Único de Saúde (SUS), que não pode deixar de atender o usuário, tendo em vista que a Constituição Federal do Brasil de 1988 aduz expressamente que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Entretanto, a despeito desse direito assegurado, se a assistência foi prestada a um beneficiário de plano de saúde, o SUS costuma solicitar

ressarcimento à operadora privada, o que instaura um conflito na esfera jurídica.

Neste cenário, esta pesquisa será norteadada pelo objetivo principal de analisar os aspectos conflitantes relacionados à constitucionalidade e legalidade do ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos privados de saúde. Para compreender melhor essa problemática, este artigo utilizou o método descritivo analítico por meio de pesquisa bibliográfica e consulta aos dispositivos legais e normas regulatórias pertinentes ao tema. Nesse sentido, o trabalho está dividido em três seções principais. Na primeira, discorre-se sobre os aspectos gerais do SUS, especialmente o contexto histórico que levou à sua criação em 1988.

Na segunda seção, são abordadas as características do Sistema Suplementar de Saúde brasileiro, desde os conceitos que envolvem o regime de complementaridade dos serviços de saúde, previsto constitucionalmente, até a criação da ANS e seus desdobramentos.

Por fim, a terceira seção é dedicada às dimensões que se atrelam diretamente ao ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos privados de saúde. Abordam-se as diferentes razões para negativas de procedimentos pelos planos de saúde e discorre-se sobre os contrapontos do ressarcimento à luz do direito e da perspectiva das operadoras. Desta feita, serão observados os pontos de vista dos dois vieses da questão, os que são favoráveis e os que discordam quanto ao ressarcimento ao SUS pelas operadoras de saúde privada, tendo em vista assegurar-lhes o contraditório e a ampla defesa, levando-se em consideração que ambas as partes possuem seus próprios fundamentos e justificativas para concordarem ou não com o ressarcimento.

2. ASPECTOS GERAIS SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Antes de iniciar a abordagem com relação à questão do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) pelas operadoras de planos de saúde, é importante explorar noções iniciais sobre o funcionamento e os princípios que regem o sistema, bem como seus aspectos constitucionais e legais. Trata-se de um complexo sistema de saúde pública que

contempla desde uma simples consulta a exames de alta complexidade, transplantes de órgãos ou internamentos sejam estes eletivos, cirúrgicos ou em unidades de terapia intensiva (UTI). A cobertura destes serviços prestados pelo SUS à população brasileira inicia-se ainda no pré-natal e acompanha o cidadão até seu falecimento, tendo como foco principal a saúde e a qualidade de vida. Sendo assim, o SUS não somente possui como objetivo cuidar das doenças, mas também proporcionar às pessoas uma qualidade de vida com ênfase na prevenção e na promoção da saúde. Para que tudo isso ocorra de maneira sincronizada e organizada necessita-se que o mesmo possua uma estrutura bem definida, uma vez que o Brasil é considerado um país continental de dimensões geográficas e sociais complexas e a depender destes fatores serão encontradas discrepâncias regionais significativas.

Diante destas considerações e ponderações iniciais, discorre-se a seguir o caminho histórico para abordar o que existia no nível da saúde pública no Brasil antes da implementação do SUS pela Constituição Federal de 1988 e como esse sistema foi formado e suplementado a partir de 1988.

2.1. A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL ANTES DA CRIAÇÃO DO SUS

Antes de existir o SUS nos moldes que se conhece, o Ministério da Saúde (MS), em conjunto com os estados e municípios, eram responsáveis pela promoção e prevenção de doenças, com grande ênfase para as campanhas de vacinação e controle de endemias. Nessa dimensão, todas as ações desenvolvidas pelo MS possuíam caráter universal, onde não se observava quaisquer distinção ou discriminação com relação à população que seria beneficiada. Já quanto à assistência médico-hospitalar neste período, Souza (2003) explica que o MS tinha sua atuação efetivada por meio de poucos hospitais especializados e por meio da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) em algumas regiões, essas ações eram chamadas de “assistência médico-hospitalar” e não atuava como um direito à população, mas sim como algo mais próximo de um favor ou caridade (SOUZA, 2003).

A atuação do poder público neste segmento era por meio do então Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que logo em seguida passou a ser denominado de Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que se tratava de uma autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social. Todavia, esse sistema de assistência à saúde ainda não era direcionado para todos os brasileiros: somente pessoas filiadas a alguma entidade de classe ou categoria profissional fariam jus a estes benefícios, ou seja, somente as pessoas que trabalhassem na economia formal e seus dependentes. Sendo assim, a cobertura fornecida pelo INAMPS não era universal, o que passará a ser um dos princípios fundamentais que será a base do futuro SUS.

É importante ressaltar que, nesse cenário, quanto mais desenvolvido economicamente for um estado, inclusive com relações de trabalho formais, o número de beneficiários do sistema de saúde aumenta também na mesma proporção, sendo necessário uma maior quantidade de recursos financeiros para garantir a assistência dessa população. Levando em consideração as particularidades regionais, o INAMPS procurava aplicar mais recursos nos estados das Regiões Sul e Sudeste, consideradas regiões mais ricas, e proporcionalmente em cidades de maior porte (SOUZA, 2003, p.12). Assim, os estados mais ricos e recebedores de maiores recursos possuíam um melhor atendimento, sejam estes médicos ou hospitalares, e caso estes serviços oferecidos deixassem a desejar, estas regiões mais privilegiadas poderiam comprar os serviços da iniciativa privada de maneira complementar.

No entanto, na década de 1970, diante da crise vivenciada pelo financiamento da Previdência, o INAMPS resolve controlar, racionalizar e reformular suas despesas. Com isso, na década seguinte, começa a adquirir os serviços do próprio setor público, sejam estes das Secretarias Estaduais ou Municipais de saúde, a princípio por meio de convênios ou parcerias. Todavia, essa assistência prestada pela rede pública de saúde, a partir do financiamento do INAMPS, continuou sendo restrita tão somente para o grupo seletivo dos seus usuários.

A década de 80 seria marcada pela crise fiscal do sistema previdenciário, pois a

extensão do benefício ocorrido no período anterior não havia sido contemplada pela definição legal de novos mecanismos de financiamento que viabilizassem o real acesso aos benefícios, principalmente das populações rurais e dos novos contingentes de assalariados urbanos (autônomos, empregados domésticos e setores informais). No que pese a crise pela qual passava o INAMPS, tal inclusão significou uma grande conquista para os serviços de saúde, em particular na área hospitalar (CORDEIRO, 2004).

Ademais, a organização e a mobilização popular realizada na década de 1980, em prol de um Estado democrático, determinava a garantia a todos os cidadãos brasileiros ao acesso universal aos direitos à saúde, colocando-se em evidência a possibilidade de inversão do controle social. Surge, então, a perspectiva de um controle da sociedade civil sobre o Estado, sendo incorporada pela nova Constituição Federal de 1988 juntamente com a criação do SUS (ROLIM, 2013). No que pesasse a crise que o INAMPS enfrentava, a inclusão de todas as pessoas foi uma grande conquista para a população, que passaria a ter acesso aos serviços médicos e hospitalares.

Já no final dos anos 1980, o INAMPS apresentava sinais de mudanças significativas, dando sinais que iria conceder acesso universal aos seus beneficiários, inclusive chegando ao ponto de não mais exigir destes a apresentação da carteira de segurado do INAMPS para atendimentos, sejam os mesmos nas redes hospitalares próprias ou credenciadas na rede pública. Tais mudanças acabaram por dar origem a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) instituído através de um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais (SOUZA, 2002).

Neste contexto histórico, o Brasil começava a dar os primeiros passos para um sistema de saúde com tendência à cobertura universal, antes mesmo da aprovação e promulgação da Lei 8.080, também denominada de Lei Orgânica da Saúde, a qual instituiu o SUS. Isso gerou, na época, o Movimento da Reforma Sanitária, tendo em vista que o sistema de saúde vivenciava neste momento uma crise em seu financiamento em decorrência do modelo de assistência médica da previdência social, e conseqüentemente a mobilização existente dos trabalhadores da saúde, dos centros universitários e da própria

sociedade.

2.2 O SUS E SUA PREVISÃO À LUZ DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

Diante da crise vivenciada por este sistema ultrapassado de saúde, observa-se no Brasil o crescente êxito do Movimento da Reforma Sanitária, no ano de 1988, com a definição na Constituição Federal (CF) referente ao setor da saúde, conforme preconizado no artigo 196 do referido instituto. Esse artigo traz, além da ideia central do direito à saúde como direito de cidadania, inerente a todos aqueles que sejam brasileiros, a noção de que cabe ao Estado a responsabilidade por promover a saúde, proteger o cidadão contra os riscos a que ele se expõe e assegurar a assistência em caso de doença ou outro agravo à saúde (TEIXEIRA, 2011). Com tal dispositivo constitucional, então, cabe ao Estado a tarefa de garantir a saúde para todos os cidadãos através de políticas sociais e econômicas voltadas tanto para a “redução do risco de doença e de outros agravos”, quanto “ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (MATTOS, 2009, p. 43).

O SUS possui um comando único em cada esfera governamental, e possui o Ministério da Saúde como responsável no âmbito da União. A referida Lei 8.089/90, responsável por instituir o SUS, em seu Capítulo II- Dos princípios e Diretrizes, artigo 7º, estabelece entre os princípios do SUS a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência à população, dando origem a um sistema público de saúde único e universal.

Além disso, é importante dizer que uma das fortes características do SUS é seu financiamento público, que está fundado e organizado em três pilares: (1) a descentralização, onde cada esfera do governo possui sua respectiva atribuição, (2) o atendimento integral e (3) a participação da comunidade. Ao Estado cabe planejar e executar políticas públicas e serviços públicos que garantam a saúde das pessoas, mas deve também garantir a saúde de cada pessoa individualmente.

Sendo assim, a Constituição Federal de 1988 representa um avanço nas práticas de

atenção à saúde, principalmente por modificar a concepção social de saúde e fomentar ações para a prevenção e cura. Foi através da sua promulgação que se iniciaram atividades de proteção social visando à melhoria das condições de saúde no Brasil (ROSA, 2012, p.47). Assim, a CF e as políticas públicas em saúde são inseparáveis, tendo em vista que cada qual consolida as ações necessárias para mudanças efetivas em saúde, cabendo ao gestor público possuir conhecimento das políticas públicas em vigência no país para poder analisar e aplicar da melhor maneira os princípios e diretrizes constitucionais. Isso sem deixar de levar em consideração a própria Lei nº 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

3. SISTEMA SUPLEMENTAR DE SAÚDE E A ANS

3.1 O REGIME DE COMPLEMENTARIDADE DOS SERVIÇOS PRIVADOS À REDE PÚBLICA DO SUS

Tendo estas considerações iniciais sobre o complexo SUS, é importante conhecer o Sistema Suplementar de Saúde, bem como sua importância na prestação dos serviços assistenciais no Brasil. Ziroldo, Gimenes e Júnior (2013), comentando sobre o início deste sistema no Brasil, afirmam que a Saúde Suplementar no Brasil, ao ser estabelecida pela CF, apresenta-se como uma alternativa para a obtenção de serviços de assistência para os cidadãos e, atualmente, tal sistema complementar vem ganhando atenção pela quantidade de serviços realizados com boa qualidade de atendimento.

Na Constituição Federal do Brasil, muitos direitos e deveres foram insculpidos, inclusive um dos mais importantes que seria o direito à saúde, atribuído como direito de todos e dever do Estado. Todavia, o mesmo instituto jurídico trouxe a possibilidade da livre iniciativa privada para atuar neste segmento, o que pode ser observado no artigo 199 do mesmo documento:

“§1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins

lucrativos” (BRASIL, 1988)

O reconhecimento da possível necessidade de um sistema complementar fica evidente no dispositivo constitucional acima, afinal, não é difícil imaginar algumas das dificuldades de implementação de um sistema único de saúde em um país de dimensões continentais e com uma grande população que está distribuída irregularmente ao longo das terras do país. Por isso, o setor privado fica constitucionalmente permitido a atuar no segmento de saúde para complementação, quando o SUS não conseguisse oferecer a cobertura adequada e eficiente para os seus beneficiários. Sobre isso, Albuquerque et al. (2008, p.1422) pontua que o mercado de planos privados de assistência à saúde encontra-se relacionado com a urbanização e industrialização dos países, bem como com a renda e os empregos formais. Como este segmento não era normatizado até 1998, e sequer sofria regulação no âmbito da saúde até a criação da Lei dos Planos de Saúde, as operadoras de planos privados exerciam suas atividades e atuavam no atendimento aos seus beneficiários a partir de decisões e critérios próprios do mercado.

Na atualidade, observa-se uma grande expansão do segmento de saúde complementar no Brasil, sendo este segmento composto pelos planos privados, que são oferecidos por pessoas jurídicas de direito privado ou planos vinculados às instituições patronais de assistência aos servidores públicos, civis ou militares, sendo estes últimos não regulados pela Agência Nacional de Saúde de Saúde Suplementar (ALBUQUERQUE et al., 2008, p. 1422). Em suma, a saúde complementar é composta pelos serviços e tratamentos financiados pelos planos e seguros de saúde, que fazem parte deste sistema. O mesmo possui financiamento privado, todavia, com subsídios públicos, ou seja, uma gestão privada regulada pela ANS (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008).

No Brasil, denomina-se o setor de planos de saúde como complementar em razão do beneficiário desse serviço optar por pagar um seguro privado para ter assistência médica ou hospitalar sem, no entanto, deixar de contribuir compulsoriamente para seguridade social, que vai assegurar o direito de acesso aos serviços públicos de saúde (BAHIA, 2001, p.325). Contudo, pode ser descrito como complementar quando supre as limitações do

sistema de saúde pública, fazendo com que os serviços suplementares privados sejam utilizados para complementar a cobertura de determinados serviços (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008, p. 768). Conforme foi comentado, este regime de complementaridade dos serviços privados à rede pública do SUS é prevista no artigo 199 da CF, inclusive fazendo algumas ponderações e limitações legais no tocante a referida atuação das instituições privadas de saúde para que esta excepcionalidade não se torne regra. No entanto, sabe-se que, atualmente, o papel do setor privado na saúde não ganha destaque apenas no nível complementar previsto constitucionalmente. Ao contrário, têm chamado a atenção dos especialistas o fato de que, para uma parcela significativa da população, seja o setor privado de serviços de saúde, formalizado por meio de convênios, que cumpre o acesso à saúde de uma grande parcela da população.

3.2. REGULAÇÃO DA SAÚDE PRIVADA PELA ANS

É sabido que falhas recorrentes e reiteradas na implementação e administração do SUS foram fortalecendo o Setor da Saúde Suplementar no Brasil ao longo dos anos. Neste cenário, pode-se afirmar que:

“A complementaridade do setor privado ocorre quando o setor público se mostra sem condições de atender a demanda, sendo formalizada por meio de convênios, respeitando-se as normas técnicas, administrativas, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. A CF de 1988 tratou desse tema ao permitir ao Poder Público recorrer aos serviços privados de saúde quando os próprios fossem insuficientes. A intenção era que com o tempo a melhoria no financiamento do serviço público de saúde pudesse ir superando essa complementaridade, no entanto, ela se expandiu além daquilo que se previa inicialmente” (BARBOSA, 2015, p. 16).

Utiliza-se o termo “saúde suplementar” em decorrência da nomenclatura atribuída à Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/90), pois tal lei leva em consideração que, para além do sistema público de saúde, existe uma rede de serviços privados que para serem acessados necessitam de pagamento direto ou através de algumas instituições que vão fazer a intermediação desta relação prestador de serviços x beneficiário.

Com isso, surgiu, no ano 2000, a ANS, sendo o marco inicial para o processo de

regulação das operadoras de planos privados de saúde no Brasil. De acordo com as reflexões de Rego et al. (2018) sobre a ANS, essa agência nasce com o objetivo de efetivar as previsões da LPS (lei nº 9.656/98), que regula os planos privados de Saúde no Brasil, mas que era insuficiente para dirimir os conflitos existentes entre as operadoras de saúde e seus beneficiários.

É importante salientar que esta autarquia de regime especial, criada por Lei, encontra-se vinculada ao Ministério da Saúde, com o intuito de fiscalizar, controlar e regular as operadoras de planos privados de saúde, bem como prestar um suporte aos beneficiários destas operadoras que se sintam lesados por qualquer tipo de prática tida como abusiva que venha a desrespeitar seus direitos. Nosso foco a princípio é passar noções elementares sobre este complexo sistema de saúde suplementar, sem o objetivo de esgotar tal matéria. Trettel e Leão (2014) conseguem sintetizar um pouco da complexidade desta área ao argumentar que:

“O setor de planos de saúde é muito complexo. Além da agência reguladora e das operadoras, interesses dos prestadores de serviço e dos usuários se contrapõem nas discussões sobre regulamentações múltiplas e de profunda tecnicidade. Ao se discorrer sobre participação nas definições do setor de planos de saúde, é com essa realidade que se trabalha. [...] Não bastasse a complexidade inerente ao setor, sua formação histórica tem o conflito e a participação política no debate sobre a regulação como elementos inerentes” (TRETTEL; LEÃO, 2014, p. 161)

Ante ao exposto, é importante adentrar um pouco mais sobre algumas particularidades da ANS que interferem diretamente no SUS, uma vez que existe um rol de procedimentos que comporta exames, medicamentos, cirurgias e outros procedimentos. Este rol possui uma divergência administrativa, doutrinária e judicial seja na Primeira instância, Tribunais ou até mesmo no Superior Tribunal de Justiça (STJ). Tal divergência reside no tocante ao rol ser taxativo ou exemplificativo, como será abordado a seguir.

3.3. O ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS

O Rol de Procedimentos da ANS foi instituído pela Lei nº 9.656/98 (LPS) e Lei nº 9.961/2000. Foi a partir da criação destas Leis que a ANS começou a determinar quais

seriam os procedimentos (exames, cirurgias e etc...) que seriam de cobertura obrigatória. Tal previsão legal para esta cobertura mínima obrigatória encontra-se fundamentada no artigo 4º, inciso III, da Lei nº 9.961/2000, que vai estabelecer que será de competência da ANS a elaboração do Rol de procedimentos obrigatórios de cobertura aos planos privados de saúde, devendo as operadoras oferecerem seus produtos com as mínimas coberturas existentes e descritas no rol.

Todavia, esta cobertura mínima obrigatória estabelecida no rol de procedimentos da ANS vem trazendo inúmeras e sérias discussões que repercutem diretamente no Poder Judiciário, tendo em vista que seus beneficiários muitas vezes necessitam acionar a justiça para pleitear tratamentos e procedimentos médicos ou cirúrgicos negados pelas operadoras de saúde, sob a alegação de ausência de cobertura obrigatória normatizada pela ANS. Resta claro que as operadoras de saúde invocam a literalidade do contrato para somente autorizarem os procedimentos descritos contratualmente, bem como os procedimentos mínimos obrigatórios determinados pela ANS. Por esta razão, os beneficiários de planos de saúde privados, munidos da negativa da operadora, acionam o judiciário para que as operadoras sejam compelidas a autorizar os procedimentos médicos prescritos, ainda que estes não estejam previstos em contrato ou rol da ANS (RIBEIRO, 2019, p. 11-12). Porém, em alguns casos, as decisões judiciais são divergentes, a depender do entendimento do julgador. Verifica-se a tendência a ter-se várias decisões pró-consumidores, muito embora também sejam encontradas decisões em favor das operadoras de saúde. Ribeiro (2019, p. 12-13) escreve que:

“Há juízes que entendem ser devida a negativa do plano de saúde, tendo em vista que a ANS estabelece cobertura mínima obrigatória através do rol de procedimentos, e há juízes que entendem ser devido o pedido do beneficiário no caso concreto, em razão do direito à saúde e levando em consideração o princípio da dignidade da pessoa humana. [...] Em decorrência das decisões divergentes, a insegurança surge às operadoras de planos de saúde, eis que estas procuram seguir criteriosamente as normas estabelecidas pela ANS”

Este problema com relação a interpretação do Rol de procedimentos da ANS vai impactar diretamente no SUS, já que todos os procedimentos não cobertos ou negados

pelas operadoras, sejam estes administrativamente ou judicialmente, farão com que esses beneficiários se dirijam às unidades públicas de saúde para tentarem resolver seus problemas.

No dia 08 de junho de 2022, a 2ª Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ) consolidou o entendimento que o Rol de Procedimentos da ANS deve ser interpretado como sendo taxativo. Todavia, fixou parâmetros para que procedimentos não previstos na lista sejam custeados pelas operadoras, em situações excepcionais. A corte justificou seu entendimento a partir de alguns argumentos, dentre os quais destaca-se o fato de que o rol taxativo protege os beneficiários dos aumentos excessivos por parte das operadoras de planos privados de saúde. A decisão ainda trouxe como benefício para as operadoras a desobrigação de ressarcimento ao SUS em casos de procedimentos realizados pelos beneficiários na rede pública de saúde por não estarem previstos no rol taxativo da ANS. Todavia, no que pese o julgamento do Superior Tribunal de Justiça, há um movimento popular e político para estabelecer explicitamente as hipóteses de cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar.

Portanto, frente às divergências de definições sobre o caráter taxativo ou exemplificativo do rol da ANS, estamos diante de um tema que ainda não fora pacificado. Assim, é importante, ao menos, tentar entender qual a fundamentação e os principais motivos utilizados pela gestão do SUS para requerer o ressarcimento financeiro referente à prestação de assistência de saúde quando os beneficiários dos planos privados acionam o sistema público à procura de atendimento médico ou hospitalar que lhes foram negados pelo setor privado. Além disso, adiante serão avaliados os argumentos e justificativas apresentados pelas operadoras de planos privados para não procederem com o referido ressarcimento ao SUS.

Quanto ao rol de procedimentos da ANS, anteriormente julgado pelo STJ como sendo taxativo, foi proposto o projeto de Lei n. 2.033/2022, julgado em 29 de agosto de 2022 pela Plenária do Senado Federal. A decisão considerou o referido rol de

procedimentos da ANS como sendo exemplificativo e deu origem à Lei n. 14.454, de 21 de setembro de 2022.

A partir da referida lei, as operadoras de planos privados devem garantir cobertura a exames ou tratamentos de saúde que não estejam incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, desde que exista o respaldo de evidências científicas e recomendações de órgãos competentes na avaliação de tecnologias em saúde.

4. RESSARCIMENTO AO SUS PELAS OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE

Uma vez percorrido os aspectos históricos e funcionais do SUS, bem como do Sistema de Saúde Suplementar privado regulado pela ANS, serão apontados os desdobramentos possíveis nos casos em que os beneficiários das operadoras privadas de planos de saúde necessitem de atendimentos prestados pelo SUS, seja para realizarem consultas, exames, cirurgias ou até mesmo internamentos de alta complexidade em leitos de terapia intensiva.

Neste momento emerge uma grande celeuma, seguida de alguns questionamentos, tais quais: levando-se em consideração que o SUS é um sistema público e universal de saúde disponibilizado gratuitamente para todos os cidadãos, qual a razão ou justificativa para que ocorra um ressarcimento ao referido sistema por parte das operadoras de planos quando um de seus associados utilizá-lo? Em que casos as operadoras privadas podem se eximir deste ressarcimento ou até mesmo quais serão os valores que as operadoras utilizarão para ressarcir o SUS?

Tais questionamentos parecem pertinentes para abordar o imbróglio citado e, para explorá-los, serão abordados adiante os dois lados da questão: de um lado, os fundamentos legais utilizados pelo SUS para legitimar as cobranças de ressarcimento e, de outro, os argumentos utilizados pelas operadoras privadas de planos de saúde para discordarem deste ressarcimento.

4.1. NEGATIVAS DE ATENDIMENTOS MÉDICOS E HOSPITALARES PELAS OPERADORAS PRIVADAS DE PLANOS DE SAÚDE

Antes de tentar responder os questionamentos anteriormente realizados, faz-se necessário entender um pouco mais sobre as negativas de atendimentos médicos e hospitalares repassados aos beneficiários pelas operadoras de planos privados aos quais os mesmos encontram-se vinculados, seja por meio de planos individuais, coletivos, ou de autogestão. Fato é que, geralmente, é apenas quando estes beneficiários têm seus procedimentos negados por suas operadoras que os mesmos se direcionam para o SUS a depender da urgência no caso concreto, ou acionam o Poder Judiciário com o intuito de conseguir uma medida liminar para tentar solucionar os conflitos. Neste momento dá-se início a judicialização da saúde. Conforme explica Schulze (2014, p.1), “a judicialização da saúde decorre do déficit de democracia pelo qual passa o Estado brasileiro, transferindo-se o *locus* do debate dos Poderes responsáveis pela criação e execução de políticas públicas (Legislativo e Executivo) para a autoridade judiciária”.

Todavia, os desafios do Poder judiciário, não são poucos, tendo em vista que uma vez acionado pela parte, não poderá eximir-se em proferir uma resposta aos casos concretos que serão submetidos para sua apreciação, no entanto, este poder vem enfrentando diversos dilemas e, em muitos casos, tendo que tomar decisões trágicas frente a cada cidadão que clama por um serviço necessário para garantir sua vida ou qualidade de vida. Para complexificar o tema para o judiciário, as políticas públicas, por vezes, encontram-se dispersas em diversos atos normativos, sem uma sistematização clara e, muitas vezes, com trâmites que contrastam com as necessidades apresentadas pelos autores nos autos (MARQUES, 2008).

Em suma, cabe ao Poder Judiciário universalizar as políticas públicas na área da saúde, concedendo prestações materiais a quem não possui outro meio de obtê-las e não teve acesso a elas no âmbito das políticas públicas de caráter mais abrangente (BUÍSSA; BEVILACQUA, MOREIRA, 2018, p. 36). Nesse contexto, deve-se levar em consideração que caberá ao Poder Judiciário fazer com que suas decisões fiquem adstritas ao mínimo

necessário para garantir a dignidade da pessoa humana, com o intuito que a referida decisão ou os próprios julgadores não se tornem legisladores e acabem afrontando a separação dos Poderes.

No tocante às negativas de algumas cirurgias, exames ou procedimentos por parte das operadoras privadas de saúde, a maioria encontra-se fundamentada na não cobertura contratual ou em razão dos procedimentos solicitados pelos profissionais médicos não constarem expressamente no rol de procedimentos da ANS, o qual define a amplitude das coberturas mínimas as quais as operadoras de planos de assistência à saúde estão obrigadas a garantir aos seus beneficiários ou associados, conforme o plano contratado. Sobre isso, Gregori (2021, p.51) esclarece que:

“A assistência à saúde disciplinada pela Lei dos Planos de Saúde compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde. Para tanto, segundo o que dispõe o § 4º de seu artigo 10, restou garantida a cobertura assistencial de todas as doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças – CID, da Organização Mundial de Saúde - OMS, de acordo com o Rol de Procedimentos e eventos em saúde, elaborado pela ANS [...]”

Desse modo, a ANS vem sedimentando o entendimento que seu rol de procedimentos é taxativo, conforme o artigo 2º da RN ANS 465, de 24 de fevereiro de 2021, uma vez que tudo que se encontra disposto nele possui cobertura obrigatória e, sendo assim, todas as operadoras de planos de saúde privados devem oferecer esses procedimentos aos seus beneficiários. Todavia, não existem quaisquer impedimentos que façam com que as operadoras ofereçam coberturas a mais do que as previstas em seu rol, seja por iniciativa própria ou mediante expressa previsão contratual.

Ante o exposto, não se pode entender que o rol de procedimentos seja apenas uma lista indicativa definida pela ANS e que quaisquer procedimentos ou eventos em saúde que estejam disponíveis no mercado, ou que sejam indicados por profissionais de saúde, devam ser de cobertura obrigatória pelas operadoras de planos privados (GREGORI, 2021, p. 53). Por essa razão, muitos procedimentos, cirurgias, medicamentos e algumas órteses e próteses, ainda continuam sendo reiteradamente negadas por grande parte das operadoras

de planos de saúde. Entretanto, existe uma corrente que navega em direção oposta a este entendimento da ANS, ou seja, que não reconhece o rol de procedimentos da ANS como sendo taxativo, diante das seguintes alegações:

“...o beneficiário do plano de saúde, enquanto consumidor, ocupa posição de completa vulnerabilidade e possui uma legítima expectativa de ser atendido em qualquer demanda de saúde por não prever quais procedimentos irá precisar e não poder assumir os riscos da atividade econômica, já que esta é uma função do fornecedor. Ademais, argumenta-se que a partir do momento que o consumidor não é atendido pelo plano de saúde, procura o SUS, gerando maior sobrecarga no sistema público” (MACHADO, 2022, p.13).

Contudo, cabe ressaltar que existe uma divergência de entendimento entre a 3ª e 4ª Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ) com relação à taxatividade ou não do rol de procedimentos da ANS. Enquanto a 3ª Turma detém um histórico protecionista de defesa do consumidor em relação às operadoras privadas de planos de saúde, a 4ª Turma se posiciona de modo mais restritivo, inclusive apoiando a taxatividade do rol da ANS, o que causa insegurança especialmente em razão da desatualização do referido rol de procedimentos (NERI; OLIVEIRA, 2020).

Assim, pode-se evidenciar que tais divergências entre estas duas Turmas do STJ levarão os recorrentes a participarem de um sorteio lotérico, independentemente de suas vontades e condicionados à sorte, pois no momento da distribuição eletrônica do processo, a depender da Turma para o qual o mesmo for distribuído, os resultados estarão fadados a serem distintos, o que acabará gerando flagrante insegurança jurídica. Algumas destas negativas das operadoras privadas de planos de saúde não se limitam somente a não cobertura do rol da ANS, como já estudado, uma vez que em alguns casos tais negativas encontram-se condicionadas a carências e pré-existências contratuais, como será observado adiante.

Concluídas as ponderações com relação à negativa de serviços em decorrência da citada divergência interpretativa, outro ponto controverso com relação às operadoras de planos privados de saúde são as negativas em decorrência de doenças pré-existentes ou carências contratuais, que possuem uma recorrência significativa.

A definição da ANS para doenças ou lesões pré-existentes, assim como os procedimentos de conduta para as operadoras privadas de planos de saúde nesses casos, é disposta na Resolução Normativa – RN 162, de 17 de outubro de 2007. Ao mesmo tempo, a Lei nº. 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, estabelece expressamente que é proibida a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data da contratação, assim como estabelece que é proibida a suspensão de atendimento até que se comprove que o consumidor tinha conhecimento da doença ou lesão antes da data da contratação.

No que pese a legislação vigente assegurar os direitos dos beneficiários dos planos privados de saúde com relação a esta questão, essa não é a realidade enfrentada por estes beneficiários. Mediante uma futura doença que venha a ser desenvolvida ou detectada pelo beneficiário ao longo do contrato, a justificativa comumente utilizada pelas operadoras é alegar que o mesmo, quando aderiu ao contrato, possivelmente omitiu tais informações durante o preenchimento da declaração de saúde. No entanto, conforme argumentam Lamy, Souza e Lazarov (2019), já que as operadoras não exigem análises clínicas e exames no momento de admissão do contrato, estas não podem acusar o cliente de omitir informações sobre doenças pré-existentes ou, tampouco, alegar má-fé do beneficiário. Consequentemente, o plano não poderá negar a cobertura ou exigir pagamento por quebra contratual. Dessa forma, a negativa apenas seria válida caso fosse comprovada a má-fé destes beneficiários, o que exige a abertura de um procedimento administrativo para que seja apurada a suposta conduta, como bem enfatiza a Súmula 609 do Superior Tribunal de Justiça.

Outra questão que também vem gerando muitas demandas judiciais em face das operadoras de planos privados de planos de saúde envolve as negativas de procedimentos em decorrência das carências contratuais, que são legalmente descritas e regidas pela Resolução Normativa - RN nº 438, de 3 de dezembro de 2018, 2º, inciso III. Pode-se definir a carência como sendo um lapso temporal pré-determinado pelas operadoras de planos de saúde em contrato e que deve ser apresentado aos seus beneficiários no ato da

sua contratação. Tais cláusulas contratuais, quando devidamente informadas, possuem respaldo pela legislação vigente por meio da citada RN.

Observa-se nesse dispositivo legal um apelo protecionista em favor das operadoras privadas de planos de saúde, uma vez que as mensalidades serão pagas pelos beneficiários, todavia, os mesmos não terão acesso a determinadas coberturas previstas na segmentação assistencial do plano como exames, cirurgias ou internações, até que os prazos previamente determinados nos contratos estejam devidamente cumpridos. Nesse sentido, é importante que seja observado que, para as operadoras privadas de planos de saúde, o período de carência contratual representa a formação de reserva para cobertura de eventos futuros, ou seja, é defendido pelas operadoras como fundamental para manutenção de sua saúde financeira (RIBEIRO, 2009, p. 12).

Como o absoluto não é uma prerrogativa do Direito, as negativas referentes a carências contratuais encontram exceções, uma vez que as recusas de atendimentos em situações de emergência, em períodos em que os beneficiários se encontram em carência, vem sendo observadas e interpretadas como abusivas por alguns Tribunais de Justiça do Brasil (Rio de Janeiro, Ceará, São Paulo, Goiás, Rio Grande do Norte e Pernambuco). O posicionamento destes Tribunais reforça o entendimento de que a assistência médica ou hospitalar deve ser prestada aos beneficiários mesmo quando estes encontrarem-se em carência, levando-se em consideração os casos de urgência ou emergência no caso concreto (DA MOTTA, DA MOTTA PIACSEK, 2019).

Diante destes pontos de vista conflitantes, pode-se chegar à conclusão que embora existam cláusulas contratuais que determinem carências específicas com base na legislação que rege os planos privados de saúde, estas carências devem ser sempre avaliadas, pois em alguns casos a saúde e a vida do beneficiário não poderá esperar, mesmo entendimento que também vem sendo utilizado pelo Poder Judiciário nos casos de doenças ou lesões preexistentes.

4.2. RESSARCIMENTO AO SUS À LUZ DO DIREITO

Diante da existência de dois sistemas de saúde distintos, o SUS e os Planos Privados de Saúde, durante muito tempo houveram muitos questionamentos com relação ao ressarcimento ao SUS por parte destas Operadoras de Saúde regidas pela ANS. Durante algum tempo isso vinha gerando decisões conflitantes no Poder Judiciário, embora já existissem regras estabelecidas pela Lei n. 9.656 de 1988, que versa sobre a política do ressarcimento ao SUS, especificamente no artigo 32. É a partir desse dispositivo legal que fica claro que o fator gerador do ressarcimento ao SUS se faz em decorrência dos beneficiários das operadoras de saúde, que embora possuam cobertura, utilizam os serviços públicos, na maioria das vezes, mediante negativas das suas operadoras.

O referido ressarcimento tem como objetivo principal evitar o enriquecimento sem causa das operadoras de saúde, já que seus beneficiários pagam suas mensalidades periodicamente e no momento em que necessitam têm seus procedimentos negados. Nesses casos, resta aos beneficiários acionarem o SUS para suprir suas pendências, sejam elas eletivas ou de urgência. Reitera-se que o SUS é um sistema universal, de modo que não é dado ao Poder Público restringir o acesso aos seus usuários, mesmo no caso daqueles que possuem plano de saúde. Assim, qualquer pessoa que demande a assistência do SUS tem o direito de ser atendida, sem qualquer espécie de discriminação (LIMA JÚNIOR, 2017).

Dessa forma, fica salientado que o ente estatal não se encontra limitando ou restringindo os atendimentos das pessoas que possuem planos privados de saúde ao sistema público de saúde, tendo em vista que este direito objetivo pertence a todos os cidadãos. O que está em pauta nesse momento é a obrigação dessas operadoras de saúde em ressarcir o SUS quando estas se omitem, quebrando as previsões contratuais, em prestar assistência a seus beneficiários, passando esta responsabilidade e todas as despesas para o Estado. Nesse sentido, conclui-se que o instituto do ressarcimento das operadoras ao SUS passa necessariamente por uma questão de justiça social, circunscrito à análise da forma pela qual a sociedade, e em especial uma parte destacada e privilegiada da mesma, deve, em virtude de previsão constitucional, simultaneamente atuar na busca de um modelo social justo e no auxílio à redução das desigualdades existentes no seio do corpo social

(CONDE, 2004, p. 56).

O próprio Supremo Tribunal Federal (STF) posicionou-se favorável ao ressarcimento ao SUS, julgando o mérito em sede de repercussão geral nos Embargos de Declaração no Recurso Extraordinário no. 573812RJ. Diante deste julgamento, restou determinado que o ressarcimento ao SUS pelas operadoras é constitucional, conforme já previsto no artigo 32 da Lei 9.656/98.

4.3. RESSARCIMENTO AO SUS NA PERSPECTIVA DAS OPERADORAS PRIVADAS DE SAÚDE

Após serem verificadas as perspectivas quanto à legalidade do ressarcimento ao SUS pelas operadoras privadas de saúde, analisa-se agora o posicionamento da ANS e das operadoras de saúde com relação à não obrigatoriedade do ressarcimento. Um dos principais e mais recorrentes argumentos utilizados pelas operadoras privadas para defenderem a ilegalidade do ressarcimento ao SUS respalda-se no artigo 196 da Constituição Federal de 1988. Sobre isso, comenta Moraes (2019, p. 35):

Nesse contexto em que o direito à saúde é atrelado à dignidade humana, a Constituição Federal de 1988 é categórica ao prever o direito fundamental à saúde, na medida que a prestação dos serviços e a garantia do acesso à saúde é dever do Estado Democrático de Direito, garantido ao indivíduo, nos termos do artigo 196 da carta magna, no qual se dispõe ser a saúde um direito de todos e dever do Estado, assegurado por meio da implementação de políticas sociais e econômicas, com vistas à redução do agravo doença, pelo acesso universal e igualitário às ações do Poder Público.

A própria CF de 1988 expressamente traz que o direito à saúde é um direito de todos e um dever do Estado, não podendo o gestor público ou até mesmo a administração fazer acepção ou discricionariedade com relação às pessoas que farão jus aos atendimentos prestados, independentemente de os usuários possuírem ou não planos de saúde, sob pena de também incorrerem na violação do princípio da dignidade da pessoa humana. Ou seja, não poderá o Estado interferir na manifestação de vontade do indivíduo particular, nem poderá obrigar o indivíduo a utilizar os serviços médico-hospitalares particulares ou recusar o atendimento ao mesmo na rede pública (MAZZA, 2010, p. 481).

Outro argumento utilizado pelas operadoras privadas de saúde é que o artigo 32 da Lei 9.656/1998 (LPS), que fundamenta a legalidade deste ressarcimento, é inconstitucional, pois apesar de se referir ao termo “ressarcir”, não possui os pressupostos elementares do instituto da responsabilidade civil. Além disso, o tipo de obrigação previsto no artigo é de natureza tributária. Então, como foi criado sem os requisitos constitucionais necessários, o tributo previsto no artigo 32 da Lei 9.656/1998 seria inconstitucional (GARFINKEL, 2006, p. 140). Ademais, o verbo ressarcir utilizado na referida Lei traz conotação de indenizar, verbo este que se encontra presente no instituto da responsabilidade civil.

Nessa dimensão repousa a ausência dos pressupostos da responsabilidade civil extracontratual, outra justificativa bastante suscitada pelas operadoras para não procederem com o ressarcimento ao SUS. Os referidos pressupostos constituem-se por ato ilícito, nexa causal e dano. Observando-se estes pressupostos, conclui-se que o artigo 32 da Lei 9.656/1988 não possui dois deles, o ato ilícito e o dano. A dicção literal que versa sobre o ato ilícito, encontra-se descrita nos artigos 186 e 187, ambos do Código Civil vigente. Após uma breve leitura dos artigos supracitados, o ato ilícito seria aquele que ao ser praticado irá ferir o ordenamento jurídico. Sendo assim, quando o ato for ilícito dará causa ao dano, surgindo o dever de repará-lo, independentemente deste ser doloso ou culposo, assim como pelo exercício irregular de um direito. O próprio artigo 188 do Código Civil, vai esclarecer e ao mesmo tempo conceituar o que seria o considerado ato ilícito pela negativa.

Resumidamente, pode-se concluir que o simples fato de um beneficiário de plano de saúde utilizar o SUS não chega a configurar um ato ilícito ou ilegal, uma vez que não é porque alguém possui vínculo contratual com uma operadora de saúde que perderá o direito de utilizar o SUS, dada a garantia constitucional de que a saúde é um direito de todos e um dever do estado.

O próprio já mencionado artigo 199, parágrafo 1º, da Constituição Federal de 1988, deixa claro que a iniciativa privada poderá participar de maneira complementar

prestando suporte ao sistema de saúde. No que se refere ao ressarcimento ao SUS, esse também não pode ser considerado multa, tendo em vista que não se trata de um ato ilícito. O que houve foi o uso do serviço público, consagrado pela Constituição Federal, por um cidadão que possui plano de saúde (MAZZA, 2010). Fazendo uso deste mesmo argumento, não se pode afirmar que seja indenização por danos, ademais, não existe relação contratual envolvendo as operadoras e o SUS, e muito menos a ANS. Desta feita, a exigência de tal ressarcimento deve ser interpretada como sendo uma prestação pecuniária em moeda, que não constitui sanção por ato ilícito, instituída em lei e devidamente cobrada mediante atividade administrativa vinculada, conforme aduz o artigo 3º do Código Tributário Nacional. Todavia, ao instituir uma forma de ressarcimento destas despesas, o ente estatal encontra-se na realidade instituindo uma taxa que se encontra desvinculada dos princípios constitucionais que regem o sistema tributário nacional. No caso concreto do ressarcimento, não existem dúvidas de que se trata de um tributo, devendo obedecer aos regramentos legais e constitucionais que a regem.

5. CONCLUSÃO

O ressarcimento ao SUS pelas operadoras privadas de planos de saúde é um tema extremamente complexo que não se esgota em poucas linhas, pois antes de qualquer conceituação já pré-estabelecida, é fundamental conhecer minimamente as bases históricas, constitucionais e até mesmo tributárias que regem o sistema público de saúde no Brasil e as operadoras privadas de plano de saúde. Este artigo buscou tratar do tema do ressarcimento ao SUS pelas operadoras de plano de saúde a partir de um cenário que pode ser sintetizado da seguinte maneira: Mesmo uma pessoa possuindo plano de saúde privado, ela está sujeita a ter o serviço de saúde que precisa negado pelas operadoras privadas de saúde, diante disso, esse beneficiário do plano privado pode recorrer ao SUS para conseguir realizar tal procedimento. Sob a dimensão constitucional, o direito à saúde deverá ser concedido a todos os cidadãos, cabendo ao estado salvaguardar e custear este direito, inclusive nos casos em que estas pessoas possuam planos privados de saúde. Cabe ao SUS, portanto,

prestar assistência - ambulatorial, médica ou hospitalar - a esses beneficiários de planos privados e, posteriormente, proceder com a cobrança de ressarcimento a estas operadoras de saúde, que, por sua vez, poderão ingressar com recursos administrativos para tentar justificar que os ressarcimentos pleiteados não são devidos.

Para a elaboração desse artigo, foi utilizado o método descritivo-analítico por meio de consulta aos dispositivos legais e à literatura pertinente ao tema por meio de pesquisa bibliográfica, contemplando a revisão dos preceitos teóricos, normas regulatórias e fundamentações legais que norteiam a problemática. Ao decorrer de todo o texto, foram analisadas as nuances em torno dessas questões com o objetivo de expor e explorar as considerações do debate quanto à constitucionalidade ou inconstitucionalidade desse ressarcimento. Por um lado, as operadoras privadas de planos de saúde alegam a inconstitucionalidade do ressarcimento e, por outro, o SUS alega a constitucionalidade desse. Embora o STF já tenha enfrentado a questão do ressarcimento ao SUS, restando decidido que o mesmo é constitucional, as operadoras de planos privados também obtiveram alguns êxitos, especialmente nos casos em que reste comprovado pelas mesmas que os beneficiários se encontravam em carências contratuais ou quando restar comprovado que no momento em que ingressaram no plano de saúde já possuíam alguma lesão ou doenças pré-existentes que não foram devidamente informadas, embora o beneficiário possuísse conhecimento prévio.

Visto a complexidade do tema e a diversidade dos casos que podem suscitar esse debate judicialmente, foi visto que os casos devem ser analisados com cautela, principalmente norteando-se pelo fato de que o cidadão não poderá ser penalizado ou ter sua saúde prejudicada em decorrência dos frequentes conflitos existentes entre o SUS e o Sistema Suplementar de Saúde, tendo em vista a garantia constitucional de universalidade do acesso aos serviços públicos de saúde. Nesse mesmo sentido, não poderão as operadoras de saúde negar atendimentos aos seus beneficiários nos casos em que os procedimentos constam no rol da ANS, sob pena de incorrer em enriquecimento sem causa.

6. REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C. et al. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.13, n.5, p.1421-1430, 2008. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/v13n5/08.pdf>. Acesso em : 24/01/2024.

BAHIA, L. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulação. In: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas: UNESP, 2001. p. 325-361. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-339984>. Acesso em: 25/01/2024.

BARBOSA, H.C. **Implicações da saúde suplementar para o Sistema Único de Saúde**. 2015. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Gestão em Saúde Coletiva) — Universidade de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/12850/1/2015_HelcioCarlosBarbosa.pdf. Acesso em: 25/01/2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 1988. Diário Oficial da União, Poder Legislativo, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 25/01/2024.

CONDE, L.F. **Ressarcimento ao SUS - à luz do direito**. 2004. 182 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/5432/luiz_felipe_conde_ensp_mest_2004.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 25/01/2024.

COSTA, J.C.S. Os impactos econômico-financeiros do ressarcimento ao SUS para as operadoras de planos de saúde. 2017. **ANS**. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/3594> . Acesso em: 20 mai. 2021.

CORDEIRO, H. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, p. 343-362, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/ztKGfXj7KKSQPcLjVvNMxhp/?lang=pt&format=pdf>, Acesso em: 25/01/2024.

DA MOTTA, M.V.; DA MOTTA PIACSEK, M.V. Planos de Saúde: entendimento jurisprudencial dominante nos Tribunais estaduais brasileiros. **Saúde, Ética & Justiça**, v.

24, n. 1, p. 29-43, 2019. Disponível em:
<https://www.revistas.usp.br/sej/article/view/163323/158965>. Acesso em: 25/01/2024.

GARFINKEL, A. Natureza jurídica da obrigação de ressarcimento dos planos de saúde ao Sistema Único de Saúde-SUS. **Revista Direito GV**, v. 2, n. 2, p. 139-148, 2006. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/revdireitogv/article/view/35146/33914>. Acesso em: 24/01/2024.

GREGORI, M.S. ANS: Taxatividade do Rol de Procedimentos. **Revista Jurídica de Seguros**, n.14, p.46-64, 2021. Disponível em:
https://issuu.com/confederacaocnseg/docs/revista_juridica_ed-14_maio_21. Acesso em: 24/01/2024.

LAMY, M.; SOUZA, L.P.; LAZAROV, A. Dever de informar nos planos privados de assistência à saúde. **Revista Jurídica**, v. 3, n. 56, p. 179-210, 2019. Disponível em:
<https://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RevJur/article/view/3573/371371965>. Acesso em: 25/01/2024.

MACHADO, A.L.A. Os impactos da declaração de taxatividade do rol da ans pelo STJ no ecossistema da saúde suplementar. **Caderno Virtual**, v. 1, n. 53, 2022. Disponível em:
<https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/cadernovirtual/article/download/6386/2612>. Acesso em: 25/01/2024

NERI, L.; OLIVEIRA, B. **3ª e 4ª Turmas do STJ divergem a respeito da taxatividade do rol da ANS**- Disponível em:
<https://www.mazzucocemello.com/3a-e-4a-turmas-do-stj-divergem-a-respeito-da-taxatividade-do-rol-da-ans/> Acesso em: 09 ago. 2021.

LIMA JÚNIOR, A.S. **Aspectos jurídico-constitucionais e práticos do ressarcimento ao sistema único de saúde**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2020. Disponível em:
<https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/31568>. Acesso em: 25/01/2024.

MARQUES, S.B. Judicialização do direito à saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v. 9, n. 2, p. 65-72, 2008. Disponível em:
<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13117/14920>. Acesso em: 25/01/2024.

MATTOS, R.A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2001.

p.39-64. Disponível em:
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4242793/mod_resource/content/1/Livro%20-%200os%20sentidos%20da%20integralidade.pdf#page=43. Acesso em 25/01/2024.

MAZZA, F.F. Aspectos inconstitucionais do ressarcimento ao SUS. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Uberlândia**, v. 38, n. 2, p.459-487, 2010. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/revistafadir/article/view/18423/9857>. Acesso em 25/01/2024.

MORAES, V.F. **Da abordagem crítica do ressarcimento ao SUS e o acesso à saúde**. 2019. Dissertação (Mestrado em Ciências Jurídicas) - Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR), Maringá, 2019. Disponível em:
<https://rdu.unicesumar.edu.br/bitstream/123456789/1032/1/VIN%C3%8DCIUS%20CALEFFI%20DE%20MORAES.pdf>. Acesso em 25/01/2024.

PIETROBON, L.; PRADO, M.L.; CAETANO, J.C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.18, n.4, p.767-783, 2008. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/physis/a/KFy6MMGRnjWVLNL7DKkXRKm/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 24/01/2024.

REGO, M.M. et al. A importância da Agência Nacional de Saúde (ANS), no âmbito da regulação da saúde suplementar. **Pesquisa & Educação à Distância**, n. 12, p. 2-29, 2019. Disponível em:
<http://www.revista.universo.edu.br/index.php?journal=2013EAD1&page=article&op=view&path%5B%5D=7676&path%5B%5D=3807>. Acesso em: 24/01/2024.

RIBEIRO, R.M. **O controle judicial sobre as cláusulas de carência nos planos de saúde**. Dissertação (Mestrado em Direito). Universidade Candido Mendes, Rio de Janeiro, 2009.
Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/teste/arqs/cp135133.pdf>
Acesso em: 22/01/2024.

RIBEIRO, T.T. **Análise jurisprudencial acerca da aplicação do Rol de Procedimentos da ANS nos contratos de planos de saúde**. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Direito) —Universidade do Sul de Santa Catarina, Itajaí, 2019.
Disponível em:
<https://repositorio.animaeducacao.com.br/items/bb6ad5ab-f662-4f05-91a1-5e1b84b6acac>
Acesso em : 22/01/2024.

ROLIM, L.B.; CRUZ, R.S.B.L.C.; SAMPAIO, K.J.A.J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em debate**, v. 37,

p. 139-147, 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dNgCW9WdJJx7VHV7xWkhSHq/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 22/01/2024.

ROSA, T.C.S.; SAES, S.G.; ABULEAC, F.L. A Constituição de 1988 e as políticas públicas em saúde no Brasil. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 1, n. 1, p. 35-49, 2012. <https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/12644/6174>. Acesso em: 22/01/2024.

SCHULZE, C.J. A judicialização da saúde e o Conselho Nacional de Justiça. **Revista de Doutrina da 4ª Região**, Porto Alegre, n. 58, 2014. Disponível em: https://revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao058/Clenio_Schulze.html Acesso em: 05 ago. 2021.

SOUZA, R.R. de et al. O sistema público de saúde brasileiro, 2002. 2003. **Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas**. São Paulo, Brasil. Disponível em: http://www.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf Acesso em: 21 jul. 2021.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do sistema único de saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia, 2011. Disponível: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3023433/mod_resource/content/4/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf Acesso: 22/01/2024

TRETTEL, D. B.; LEÃO L. N. R. Teoria e prática da participação na agência nacional de saúde suplementar. **Revista de Direito Sanitário**, v.15, n.3, p. 91-121, 2014. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/97329/96341> Acesso: 22/01/2024.

ZIROLDO, R. R.; GIMENES, R.O., JÚNIOR, C.C. A importância da Saúde Suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil. **O Mundo da Saúde**. v.37, n.2, p.216-221, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/importancia_saude_suplementar_de_manda_prestacao.pdf Acesso: 22/01/2024.

Data da submissão: 07/10/2022

Data da primeira avaliação: 19/01/2024

Data da segunda avaliação: 11/05/2025

Data da aprovação: 11/05/2025