

Por Sandra Franco (*)

O atual ministro da Saúde, Arthur Chioro, revelou que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) deve cobrar cerca de R\$1,4 bilhão em ressarcimentos de planos de saúde. O valor se refere a cobrança de exames e de terapia de alta e média complexidade feitos na rede pública, em 2014, por usuários de planos de saúde.

O ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) pelos planos de saúde foi definido pela Lei 9.656/98, na qual resta claro que sempre que o portador de plano de saúde ou seguro saúde for atendido via SUS, o Estado poderá cobrar do plano tudo o que foi gasto com este paciente.

Antes, os planos só ressarciam o governo em internações hospitalares e procedimentos mais simples. Com o novo modelo de cobrança, serviços como radioterapias, quimioterapias e hemodiálises feitos por usuários de planos na rede pública passam a ser computados e serão cobrados das operadoras. Segundo o levantamento recente do Governo Federal, as novas cobranças podem mais do que quadruplicar a arrecadação do governo com o ressarcimento de plano. No ano passado, a ANS cobrou R\$ 393 milhões dos planos de saúde pelo pagamento de internações feitas na rede pública.

O assunto é polêmico e no setor existem duas correntes quanto ao ressarcimento ao SUS pelas operadoras. Uma que entende tratar-se de um valor devido, uma vez que, em vários casos, as operadoras ao se furtarem em dar o atendimento, em especial em casos de alta complexidade e de emergência, transferem sua responsabilidade contratual e social para o Estado.

Ocorre que a Lei 9656/98, no artigo 32, dispõe sobre a determinação de que os cofres públicos sejam ressarcidos pelas operadoras, quando prestadores conveniados ou contratados pelo SUS prestar o atendimento aos usuários daquele plano. Embora que por um viés distinto, a saúde privada se beneficia do dinheiro público de várias formas. Uma delas é a própria atuação direta como prestadora de serviços aos entes públicos, quer como contratada pelo serviço público para realizar procedimentos não realizáveis pelo Estado, quer pelo fato de os próprios servidores públicos preferirem atendimento médico oferecido pelo serviço privado a fim de evitar a demora e baixa eficiência do SUS.

Oras, se é permitido em nosso país, que a saúde (um setor essencial) seja explorada de forma privada, seria incoerente não cobrar do setor privado por aqueles serviços prestados pelo sistema público a usuários dos planos de saúde. Parece ser, no mínimo, moral. O Estado tem como dever usar seus recursos para promover políticas públicas que possam atingir ao máximo possível de cidadãos, em especial aqueles que são financeiramente menos abastados.

Na verdade, políticas públicas servem a todos os cidadãos universalmente, sem distinção – assim, faz-se necessário aplicar os recursos do setor de saúde para este fim e não somente para fins assistencialistas. Os recursos são arrecadados da sociedade e são finitos; paradoxalmente, na área de saúde as tecnologias encarecem os atendimentos e requerem investimentos cada vez mais altos.

Ao contrário do sistema privado que pode praticar a lei de mercado e aumentar o preço pela contraprestação dos serviços prestados, o Estado está quase sempre em déficit, pois não pode aumentar os impostos arrecadados diante do aumento de seus gastos, em qualquer área. Quando um usuário de plano de saúde é atendido por um hospital da rede SUS – quer por sua excelência em serviços de alta complexidade, quer pela negativa de cobertura pela operadora, quer por se tratar de uma urgência ou emergência fora do âmbito territorial do plano; ou, porque o cidadão ao ser socorrido em um acidente teve seu atendimento inicial em hospital público – o Estado vê-se com a responsabilidade direta de assumir todos os custos de um atendimento (o SUS é um sistema

universal), previstos para serem suportados pelos planos de saúde. Essa previsão é realizada pela própria operadora, ao realizar seus cálculos atuariais para fixar as mensalidades.

Se o plano de saúde não gastou com o paciente, aumentou seu lucro, certo? São 50 milhões de usuários dos planos de saúde, que, ao deixarem de ser atendidos pelos credenciados e buscarem um serviço público, proporcionam um ganho considerável para as operadoras – e prejuízo para o Estado.

De outro lado, não é inexpressiva a corrente que afirma haver a previsão na nossa Constituição Federal de que a saúde é dever do Estado de forma que não poderá haver distinção entre os cidadãos quando estes buscarem os serviços de saúde, não existindo qualquer irregularidade em ser depositada no Estado a responsabilidade financeira para qualquer um que busque atendimento.

Evidente que, em linhas gerais, esse parece um raciocínio lógico-jurídico, afinal a saúde é direito fundamental e um direito público subjetivo. A tese nesse caso é a de haver dupla cobrança do cidadão, afinal o Estado recolhe tributos com o escopo de devolver aos cidadãos os serviços essenciais e, mesmo assim, repassaria para as operadoras a cobrança por um serviço pelo qual, em tese já teria recebido. Vale registrar, no entanto, que o Supremo Tribunal Federal (STF) entendeu que essa tese não deveria prosperar, pela questão intransponível da existência de lei com tal previsão e ponto.

Há previsão legal de penalidade para omissão de informações ou ainda para o caso de informações incorretas serem colocadas no sistema eletrônico, mas quem fiscaliza esse sistema em um país do tamanho e complexidade do Brasil? Há condições de a ANS saber se cada atendimento de fato teria amparo contratual pelas operadoras (esse é um dos requisitos necessariamente analisados para que haja o reembolso)? Caso por caso? Não parece se afigurar essa possibilidade no cenário atual.

Na Lei 9656, art. 32, § 2º, há disposição no sentido de que caberá a ANS a obrigação de disponibilizar às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor. Mas, se a ANS não tiver as informações de que necessita para gerar os relatórios ou se demorar a fazê-lo, não haverá a restituição dos valores ao Poder Público.

A regulamentação vigente para o repasse dos valores está na Resolução Normativa 185/2008 da ANS. O site da Agência apresenta o longo caminho a se percorrer para finalmente se concretizar o reembolso ao SUS pelos atendimentos realizados a usuários dos planos de saúde. Começa por uma triagem através do cruzamento de dados do sistema de informações do SUS referentes a identificação de usuários com o Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) da própria Agência.

Os interesses são nítidos: de um lado, a iniciativa privada fazendo o que saber fazer: ganhar dinheiro. De outro, está o Estado a representar o interesse de milhões de brasileiros, fazendo o que tem feito historicamente: gastando mais do que pode e vendo seus recursos sendo geridos de forma ineficiente, como se o erário fosse terra de ninguém. E assim caminha (sem rumo) a saúde pública brasileira.

(*) **Sandra Franco** é Presidente da Comissão de Direito da Saúde e Responsabilidade Médico-Hospitalar da OAB de São José dos Campos (SP) e da Academia Brasileira de Direito Médico e da Saúde - drasandra@sfranconsultoria.com.br

Fonte: [Monitor Mercantil](#), em 12.06.2015.