

Quase R\$ 2 bilhões devidos ao Sistema Único de Saúde (SUS) não foram repassados pelas operadoras de planos de saúde ou estão contingenciados devido a ações judiciais impetradas pelas empresas. O valor se refere a atendimentos prestados a beneficiários de saúde suplementar por unidades públicas de saúde.

A cobrança é prevista pela Lei 9.656 de 1998, que define que as operadoras devem ressarcir a União sempre que um de seus beneficiários usar o SUS para um serviço que esteja previsto no contrato do plano de saúde.

Desse valor, R\$ 346,27 milhões estão suspensos devido a decisão judicial. Outros R\$ 1,28 bilhão simplesmente não foram pagos pelas operadoras de saúde suplementar e foram inscritos na Dívida Ativa da União. Há ainda cerca de R\$ 300 milhões que não foram pagos mas ainda não chegaram a ser inscritos na Dívida Ativa.

Os dados são da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que regula os planos de saúde e é a responsável por fazer os cálculos e as cobranças desses ressarcimentos.

Segundo a gerente de Ressarcimento ao SUS da ANS, Fernanda Freire de Araújo, muitas empresas apostaram na judicialização do processo para evitar o pagamento, uma vez que o Supremo Tribunal Federal (STF) ainda não tinha decidido se o ressarcimento era constitucional ou não. Apenas em fevereiro deste ano, o STF decidiu que a cobrança é legal e pode ser feita pela ANS.

“Até a decisão do STF, a gente ainda tinha uma incerteza, se era constitucional ou não, se elas [as operadoras] iam ter razão na invalidade dessa cobrança, então muitas apostavam na judicialização, porque ela judicializa, deposita o dinheiro e segura a discussão”, disse.

Segundo a gerente, o dinheiro depositado em juízo não será imediatamente ressarcido ao SUS, porque as ações estão distribuídas em varas da Justiça de todo o país e essa cobrança poderá demorar até dois anos. Além disso, nem todo dinheiro depositado em juízo se refere ao questionamento da constitucionalidade do ressarcimento. Alguns processos questionam, por exemplo, o valor cobrado pela ANS por determinado procedimento médico prestado pelo SUS.

A decisão do STF ajudará também, segundo Fernanda, na cobrança do valor que está inscrito na Dívida Ativa. Segundo ela, o ressarcimento é uma forma não só de reaver o dinheiro gasto pelo Estado com o procedimento médico, como também proteger o beneficiário dos planos de saúde.

“O ressarcimento é uma proteção para que a operadora não deixe de constituir a rede dela e não expurge todo mundo para o SUS. É garantir que o beneficiário tenha seu contrato coberto”, disse.

Nem todas as cobranças, no entanto, deixam de ser pagas ou são contestadas na Justiça. Desde 2013, os planos de saúde já ressarciram o SUS em R\$ 2,06 bilhões. O dinheiro é repassado pela ANS ao Fundo Nacional de Saúde para ser repartido entre os estados e prefeituras que prestaram o atendimento ao beneficiário.

Em resposta, a Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fenasaúde), que representa as principais operadoras de planos de saúde do país, informou que as empresas recorrem à Justiça quando entendem que a cobrança é indevida (como, por exemplo, nos casos de procedimentos excluídos por lei, fora da abrangência geográfica do plano ou em período de carência) e quando a ANS não aceita anular a cobrança.

Na visão da Fenasaúde, há uma necessidade de maior integração e agilidade de informações entre os sistemas público e privado. “Quando um beneficiário de plano de saúde é atendido na rede pública – como em casos de acidentes em via pública –, a operadora precisa ser informada o mais

rápido possível para que promova a transferência dele para a rede privada, desde que essa remoção não cause prejuízo à saúde do beneficiário. Não há interesse das operadoras nem dos beneficiários em utilizar a rede pública de saúde. As operadoras asseguram a oferta e garantia dos serviços contratados junto aos seus beneficiários”, diz nota da Fenasaúde.

Fonte: Agência Brasil, em 15.07.2018.