



ARTIGO

CONTRIBUIÇÃO DO RESSARCIMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR AO SUS À LUZ DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA*REFUND'S CONTRIBUTION OF THE SUPPLEMENTAL HEALTH SYSTEM TO SUS CONSIDERING BRAZILIAN LEGISLATION*TICIANA COELHO SILVEIRA¹, THEREZA CHRISTINA BAHIA COELHO²

1 - Bacharel em Direito pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia, Brasil

2 - Professora Titular Pleno da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, Bahia, Brasil

RESUMO

O ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), por operadoras do Sistema de Saúde Suplementar, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656/1998 foi instituído não para custear a seguridade social, mas para recompor despesas públicas atribuídas a atores privados decorrentes da sobrecarga do SUS em face da sua utilização por beneficiários dos planos de saúde, o que pode implicar em desassistência destes planos aos seus beneficiários. Diante da drenagem de recursos por meio da renúncia fiscal e da Emenda Constitucional n. 95, que instituiu um Teto dos Gastos Públicos com congelamento dos gastos da União por 20 anos este artigo tem por objetivo analisar a contribuição do Ressarcimento efetuado por operadoras do Sistema de Saúde Suplementar à Agência Nacional de Saúde (ANS), para o financiamento do SUS à luz da legislação constitucional e infraconstitucional. O estudo é do tipo comparativo, retrospectivo, e utiliza dados secundários publicados em dois boletins da ANS: o Mapa de utilização do SUS por beneficiários de planos privados de saúde e o Boletim Informativo, ambos publicados em 2018. Os resultados mostram que, embora seja baixo o percentual de beneficiários dos planos de saúde que utilizam do SUS para internação e procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, o impacto no orçamentário é significativo, já tendo havido a devolução efetiva – em crescimento – de quase três bilhões de reais desde a sua implantação. Os dados também mostraram ainda clara situação de iniquidade regional e indícios de má prestação dos serviços de saúde em determinadas localidades, seja pelo SUS, seja pelo SSS, que merecem análise mais apurada em pesquisas futuras.

Palavras-chave: Sistema de Saúde Suplementar; Sistema Único de Saúde; Legislação do SUS; Financiamento do SUS.

ABSTRACT

The refund to the Unified Health System (SUS), by operators of the Supplemental Health System, foreseen in art. 32 of Law No. 9,656/1998 was instituted not to financing social security, but to recover public expenditures attributed to private actors arising from the SUS overload due to its use by beneficiaries of the health plans, which may imply not full assistance to them. Faced with the drain of resources through fiscal waiver and the Constitutional Amendment n. 95, which established a Public Expenditure Ceiling with a 20-year freeze of Union expenditures, this article aims to analyze the contribution of the refund made by Supplementary Health System operators to the National Health Agency (ANS) for the financing of SUS considering constitutional and infra-constitutional legislation. The study is comparative, retrospective, and uses secondary data published in two ANS bulletins: the Map of SUS utilization by beneficiaries of private health plans and the Bulletin, both published in 2018. The results show that although it is low the percentage of health plans beneficiaries that use the SUS for hospitalization and outpatient high complexity procedures, the impact on the budget is significant, and there has already been an effective return – in growth – of almost three billion Reais since its implementation. The data also showed a clear situation of regional iniquity and indications of bad health service provision in certain localities, either by the SUS or by the SSS, which deserve more accurate analysis in future researches.

Keywords: Private Health System; Unified Health System; Health law; Health Public Financing.



INTRODUÇÃO

O art. 6º da Constituição Federal inseriu o direito à saúde no rol de direitos sociais, e, conseqüentemente, de direitos fundamentais, de modo que é, hoje, insusceptível de tentativa de supressão, nos termos do inciso V do § 4º do art. 60 da Constituição¹. Além disso, o art. 194 garantiu a atuação do Estado na implantação da Seguridade Social, consistente em “um conjunto integrado de ações dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”^{2,3,33}.

A Seguridade será organizada com os seguintes objetivos: i) universalidade da cobertura e do atendimento; ii) uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; iii) seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; iv) irredutibilidade do valor dos benefícios; v) equidade na forma de participação no custeio; vi) diversidade da base de financiamento; vii) caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados, viii) caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados¹.

O desenho da Seguridade Social foi construído *pari passu* com as transformações sociais, resultando em significativa transformação do modelo de proteção social que assume um perfil misto de direitos universais e expansão do mercado de bens e serviços privados de saúde.

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) pelas das Leis 8.080/1990² e 8.142/1990³ também prevê a possibilidade de a iniciativa privada participar da prestação de serviços de saúde, cujas ações e serviços são considerados de relevância pública, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle.

Desse modo, pode a iniciativa privada, desde que observados os parâmetros normativos especificados pelo Estado, prestar serviços de saúde, seja por meio do credenciamento de instituições no SUS, seja por meio particular, ou ainda pelo oferecimento de planos de saúde, objeto do presente artigo.

Do Sistema de Saúde Suplementar

Conforme exposto, o art. 199 da Constituição Federal de 1988¹ assegura à iniciativa privada a possibilidade de prestar assistência à saúde, de forma suplementar e complementar. O dispositivo é complementado pela Lei nº 8.080/1990, que, no título III, regulamenta os serviços privados de assistência à saúde.

As principais formas de atuação da iniciativa privada na saúde são: i) o credenciamento de instituições, sobretudo filantrópicas, no próprio SUS; ii) a prestação de serviços mediante pagamento do beneficiário; e iii) o oferecimento de planos e seguros privados de assistência a saúde.

Enquanto as primeiras hipóteses são regulamentadas pela Lei nº 8.080/1990, a terceira, que caracteriza o Sistema de Saúde Suplementar (SSS), conta com lei própria, editada sob nº 9.656/1998 – Lei dos Planos de Saúde (LPS)⁴.

A LPS foi editada num contexto de extremo descontrole da atividade exercida pelos planos de saúde em razão da ausência de regulamentação da matéria por lei específica. É que, muito embora se trate de questão inserida no âmbito da esfera privada, onde vige de forma prioritária o respeito à autonomia dos contratantes, o fato de se tratar de matéria afeta à saúde, ou seja, de relevância pública, atrai a competência do Estado para fiscalizar e estabelecer rígidos parâmetros de observância obrigatória.

A ausência de tal regulamentação após dez anos de Constituição e oito anos de SUS fez com que surgisse no Congresso Nacional um sentimento de urgência para sua edição, o que resultou numa lei que em apenas três anos foi modificada por 44 Medidas Provisórias.

A mencionada lei teve a dupla função de servir como parâmetro normativo para a estruturação das empresas que atuam no mercado de saúde suplementar e de constituir verdadeiro catálogo dos direitos dos consumidores beneficiários dos planos, uma vez que instituiu os direitos e deveres mínimos a serem observados na relação jurídica⁵.

A LPS foi ainda complementada com a importante criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia especial vinculada ao Ministério da Saúde destinada a fiscalizar, regulamentar, controlar e normatizar a atividade exercida pelos planos de saúde, nos termos da Lei nº 9.961/2000⁶.

Assim como as demais agências reguladoras, a ANS tem como objetivo garantir a preservação do interesse público nos serviços essenciais prestados pela iniciativa privada – *in casu*, o serviço de saúde. Tais autarquias figuram como peça chave do programa de desestatização empreendido pelo governo brasileiro da década de 90.

A ANS funciona, assim, como limitadora da atuação privada, garantindo tanto a qualidade na prestação do serviço de interesse público, quanto o respeito aos direitos dos consumidores beneficiários.

A agência tem ainda outro papel que ganha relevo no presente trabalho: o de operacionalizadora do ressarcimento ao SUS, instituto previsto no art. 32 da Lei nº 9.656/1998⁴, que será mais bem estudado no próximo tópico.

Do Ressarcimento ao SUS

O ressarcimento ao SUS é um conjunto de atos com fins de recuperação dos recursos destinados ao atendimento de pessoas beneficiárias de planos de saúde que, malgrado possuíssem cobertura, se utilizaram do serviço público.

A regra assemelha-se à própria sistemática das operadoras, em que os custos de atendimento ao consumidor pelo hospital/consultório da rede particular conveniada são inicialmente suportados pela instituição prestadora, com

posterior repasse de verbas pelas operadoras de acordo com tabela própria de custo dos serviços. A diferença, no caso do ressarcimento ao SUS, é que esse serviço é prestado pelo sistema público – que não pode se negar a fazê-lo –, e o valor a ser reembolsado é estipulado pela ANS.

A Constituição Federal, ao dispor sobre o direito à saúde, previu expressamente a existência de um sistema único, hierarquizado e regionalizado, pautado no atendimento integral, universal e gratuito, com diferentes fontes de custeio, mas não é só: permitiu que a assistência à saúde fosse realizada pela iniciativa privada, em caráter complementar ou suplementar. Assim, aqueles que assim desejarem podem ser atendidos por hospitais privados, mediante a respectiva contraprestação, ou ainda contratar um plano de saúde, que arcará com eventuais despesas previstas contratualmente.

Há, portanto, uma relação de complementaridade entre SUS e saúde suplementar, que fica comprometida caso haja o mau funcionamento de um dos integrantes. E é isso que o ressarcimento visa reparar/impedir.

Assim, por um lado, visa **impedir o enriquecimento sem causa das empresas** de planos de saúde. É corolário do Direito o princípio segundo o qual aquele que enriquecer, sem justa causa, à custa de outrem, deve restituir o valor percebido indevidamente. No Brasil, a regra geral encontra-se insculpida no art. 884 do Código Civil⁷, com as mais diversas aplicações nos ramos público e privado (Quadro 1).

Quadro 1. Artigos do Código Civil que tratam do Enriquecimento Ilícito

Artigos do Código Civil	Conteúdo
Art. 884	Aquele que, sem justa causa, se enriquecer à custa de outrem, será obrigado a restituir o indevidamente auferido, feita a atualização dos valores monetários. Parágrafo único. Se o enriquecimento tiver por objeto coisa determinada, quem a recebeu é obrigado a restituí-la, e, se a coisa não mais subsistir, a restituição se fará pelo valor do bem na época em que foi exigido.
Art. 885	A restituição é devida, não só quando não tenha havido causa que justifique o enriquecimento, mas também se esta deixou de existir.
Art. 886	Não caberá a restituição por enriquecimento, se a lei conferir ao lesado outros meios para se ressarcir do prejuízo sofrido.

Fonte: Elaboração própria a partir do Código Civil⁷

No caso em comento, a Lei nº 9.656/1998⁴ trouxe uma obrigação civil *ex lege* com o mesmo fundamento, o de impedir que os planos de saúde auferam valores sem a devida contraprestação, à custa do sistema público e do próprio consumidor, que acaba pagando duas vezes pelo mesmo serviço (uma ao plano de saúde, outra ao Estado, por meio dos impostos).

Lado outro, a norma tem o escopo de impedir que os planos de saúde maximizem seus lucros a expensas do Estado,

oferecendo a cobertura do serviço sem a efetiva prestação, de modo que os procedimentos mais caros sejam realizados pelo serviço público. Serve, portanto, para **garantir a boa prestação do serviço pelos planos**.

Desse modo, embora o enriquecimento sem causa seja definitivamente um dos fundamentos do ressarcimento, não se deve olvidar que a fonte normativa da obrigação é o art. 32 da Lei nº 9.656/1998⁴, que concretiza não apenas o princípio de vedação ao enriquecimento sem causa, mas também se revela como um instrumento de exercício da atividade regulatória do Estado em face do mercado de saúde suplementar⁸.

Especificamente em relação às normas do instituto, é possível chegar a algumas conclusões iniciais da leitura do mencionado artigo e seus respectivos parágrafos.

Primeiro, que apenas serão ressarcidos aqueles serviços previstos no contrato do consumidor com o plano de saúde que forem prestados aos contratantes ou seus dependentes, por instituições integrantes do SUS – sejam elas públicas ou privadas. Ora, trata-se de consectário lógico: somente podem ser ressarcidos ao SUS aqueles procedimentos realizados no âmbito de sua esfera que os planos de saúde tinham a obrigação contratual de prestá-los, mas não o fizeram. Inexistindo obrigação contratual, seja pela não cobertura, seja pela ausência de requisitos do segurado – a exemplo da carência –, inexistente também obrigação reparatória.

Segundo: todo ressarcimento será realizado em favor do Fundo Nacional de Saúde (FNS), independentemente do prestador do serviço. Quando da sua redação inicial, a lei ora analisada previa que a restituição seria realizada em favor do prestador de serviços, quando tivesse personalidade jurídica própria, e ao SUS. A Lei nº 12.469/2011⁹, no entanto, alterou sua redação para que os recursos fossem centralizados no Fundo, em razão, sobretudo, da dificuldade de operacionalização do dispositivo, haja vista o SUS ser formado por entes de direito público e privado, recebendo os últimos a restituição dos serviços realizados. Assim, a fim de evitar o pagamento em dobro, foi realizada a concentração do recolhimento.

Percebe-se ainda que o processo de ressarcimento conta com um procedimento administrativo, regulamentado e conduzido pela ANS, facultando-se às empresas a impugnação da obrigação ou dos valores ali indicados, de modo a respeitar o contraditório e a ampla defesa das operadoras de plano de saúde.

Por fim, infere-se do texto legal que os valores coletados a partir do ressarcimento não podem ser computados para fins de aplicação dos recursos mínimos nas ações e serviços de saúde, constituindo verdadeira receita adicional – informação de suma importância para o desenvolvimento do presente trabalho.

Em razão das grandes consequências trazidas às empresas que atuam no ramo e das implicações jurídicas e econômicas a elas inerente, o art. 32 da Lei nº 9656/1998, juntamente a outros dispositivos, foi objeto de uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI), distribuída sob o nº 1931, e de inúmeros processos judiciais individuais, cujos argumentos e a solução merecem ser estudadas.

A Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1931/DF e o Recurso Extraordinário 597.094/RJ

A Confederação Nacional de Saúde – Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS) ajuizou uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI), com pedido liminar, em face de diversos dispositivos da Lei nº 9.656/1998 e posteriores alterações, visando o reconhecimento da sua desarmonia com a Constituição Federal.

No tocante ao art. 32 da referida lei, ora objeto de análise, alegava-se a inconstitucionalidade da norma em razão da sua incompatibilidade com o art. 199 da Carta Magna – que reconhece a liberdade da iniciativa privada para atuar na assistência à saúde –, bem como com o devido processo legal substantivo, uma vez que o dispositivo questionado determinava às operadoras dos planos de saúde que realizassem o ressarcimento dos custos do sistema público no atendimento de seus beneficiários. Sustentava-se, ainda, a inconstitucionalidade formal do preceito, uma vez que as fontes de custeio do SUS deveriam ser instituídas por lei complementar, e não lei ordinária.

Em decisão liminar, o Pleno do STF - Ação direta de inconstitucionalidade nº 1.931, relator o ministro Maurício Corrêa, Tribunal Pleno, acórdão publicado no Diário da Justiça em 28 de maio de 2004 - determinou o prosseguimento do feito sem a suspensão do mencionado art. 32, tendo em vista inexistirem indícios de inconstitucionalidade na apreciação inicial, entendimento confirmado no julgamento final de mérito. Assim, em voto proferido em 07 de fevereiro de 2018, o Ministro Marco Aurélio, relator do processo, decidiu pela constitucionalidade do dispositivo em questão.

A constitucionalidade formal se justifica porque o art. 32 não implica a criação de nova fonte de receitas para a seguridade social, nos termos do art. 195, §4º, da Constituição, mas apenas consiste em desdobramento da relação contratual entabulada em ambiente regulado.

A atividade dos planos de saúde, embora lucrativa, satisfaz o interesse coletivo de concretização do direito à saúde, complementando o sistema, razão pela qual é fortemente regulamentada e fiscalizada pelo Estado.

Esse sistema, no entanto, não comporta distorções e desequilíbrios, como aqueles decorrentes da sobrecarga do SUS em face da sua utilização por beneficiários dos planos de saúde. Se o contratante do plano de saúde ou seus dependentes tinha cobertura securitária, mas preferiu ser atendido pelo sistema público, é porque houve falha na execução do contrato, decorrendo daí o reembolso, e não da necessidade do aumento de receitas. Assim, o ressarcimento ao SUS previsto no art. 32 da Lei nº 9.656/1998³ foi instituído não para custear a seguridade social, mas para recompor despesas públicas atribuídas a atores privados.

De igual modo, entende o Ministro pela conformidade do preceito com o devido processo legal substantivo, a uma, porque não existe tratamento desigual entre cidadãos com e

sem plano de saúde. Não existe negativa de tratamento pelo sistema público, que será realizado a todos. Entretanto, se o Poder Público atende um particular que possuía cobertura contratual, deve ser ressarcido nas suas despesas tal como faria o plano de saúde se o atendimento ocorresse em hospital/consultório da rede particular.

A fim de reforçar a fundamentação, traz o relator à baila a natureza do negócio jurídico entabulado entre consumidor e operadoras de plano de saúde, que se assemelha a um contrato de seguro. Aqui, o consumidor paga pela garantia de que o serviço será prestado pela rede credenciada ou ressarcido em proveito do usuário, e não pela prestação em si. Assim, está-se diante de contrato de garantia de cobertura de eventuais despesas médicas, que pode ou não ser utilizado pelo beneficiário, no qual o contratante substitui, mediante pagamento de mensalidade à operadora, o risco individual por espécie de risco coletivo.

Nesse diapasão, considerando que a atividade dos planos de saúde envolve exatamente o ressarcimento de hospitais e clínicas pelos serviços prestados aos seus beneficiários, a gratuidade do SUS não desobrigaria esse reembolso. A gratuidade do SUS é em face dos cidadãos, e decorre da relação entre eles e o Estado, estabelecida pelo art. 196 da Constituição Federal¹. Por outro lado, a relação entre os planos de saúde e os beneficiários decorre de contrato, enquanto a relação entre Estado e planos de saúde decorre de lei – o art. 32 da Lei nº 9.656/1998³.

Assim, a escolha do agente privado em atuar no ramo da saúde suplementar pressupõe a responsabilidade de arcar integralmente com as obrigações assumidas, sob pena de enriquecimento ilícito e da manutenção de um sistema vinculado apenas à lógica do lucro, ainda que à custa do erário. Entender de outra forma seria permitir que as operadoras recebessem pagamentos mensais dos seus segurados sem a efetiva contrapartida.

Ademais, o mencionado art. 32, em consonância com a Instrução Normativa da ANS que regulamenta a matéria, prevê que o ressarcimento será precedido de procedimento administrativo, com ampla defesa, contraditório e direito a recurso, momento no qual a operadora pode se opor ao reembolso sob diversas justificativas, entre elas a ausência de cobertura contratual. Com isso, garante-se que as operadoras somente arcarão com aquilo que efetivamente pagariam caso o serviço tivesse sido prestado em rede privada conveniada, concluindo o Ministro pela proporcionalidade do dispositivo analisado.

Desse modo, conclui-se que o STF decidiu pela constitucionalidade de diversos dispositivos da Lei nº 9.656/1998³, dentre eles o art. 32, que prevê a necessidade de que as operadoras dos planos de saúde efetuem ressarcimento, ao SUS, dos procedimentos/atendimentos realizados na rede pública em beneficiários dos planos de saúde.

Vale ressaltar que as operadoras já se beneficiam com a renúncia fiscal por meio do subsídio aos gastos privados com saúde, nas deduções do Imposto de Renda, que representou,

apenas em 2012, R\$ 19,98 bilhões, segundo Mendes e Weiler¹⁰.

Por outro lado, a complementaridade ao SUS, pelo setor privado, conforme está na Constituição, tem sido à custa da venda dos serviços mais lucrativos, que envolvem alta densidade tecnológica, para o SUS, por um lado, e uso dos serviços de igual complexidade, ou maior, próprios do SUS por seus segurados, gerando dificuldades para o financiamento do sistema público e incremento do mercado de planos e seguros de saúde¹¹.

Diante deste cenário, e considerando que o financiamento do SUS enfrenta uma drenagem sistemática de recursos por via da renúncia fiscal e do cenário sombrio trazido pela Emenda Constitucional n. 95¹², que instituiu um Teto dos Gastos Públicos com congelamento dos gastos da União por 20 anos sufocando o orçamento da Seguridade Social, este artigo tem por objetivo analisar a contribuição do Ressarcimento efetuado por operadoras do Sistema de Saúde Suplementar à Agência Nacional de Saúde (ANS), para o financiamento do SUS à luz da legislação constitucional e infraconstitucional.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo comparativo, retrospectivo, que utiliza dados secundários publicados em dois boletins da ANS, já voltados para a utilização em pesquisas acadêmicas: o Mapa de utilização do SUS por beneficiários de planos privados de saúde¹³, de novembro de 2018 e o Boletim Informativo¹⁴, de dezembro de 2018.

Além dessas fontes, foram utilizados dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e de outras fontes do Tesouro Nacional.

Nos dois textos da ANS^{13,14}, são apresentados vários dados sobre o ressarcimento e o processo pelo qual ele ocorre (Figura 1).

A análise se deu em dois níveis: 1) pela comparação entre indicadores já presentes nesses textos e de outros criados a partir dos dados obtidos, referentes às despesas liquidadas do SUS (optou-se por usar as despesas liquidadas sem incluir restos a pagar que são liquidados no exercício posterior de cada ano), valores ressarcidos via Guia de Recolhimento da União (GRU) e repassados ao Fundação Nacional de Saúde; 2) confrontação dos resultados quantitativos com a legislação – leitura jurídica sobre as implicações tratada na discussão.

RESULTADOS

Em 2015, 2,16% das internações hospitalares do SUS foram identificadas pela Agência Nacional de Saúde como de beneficiários do Sistema de Saúde Suplementar (SSS)¹. Este segmento representava, no referido ano, 24,07% da população brasileira. Embora esta proporção de internações possa ser considerada pequena (2,16 a cada 100 internações no SUS)¹⁴, ela gerou R\$ 220,59 milhões em GRU emitidas para Ressarcimento ao SUS, menos da metade do ano anterior, como mostra a Tabela 1.

Em um período mais longo (2014-2018), o valor acumulado de GRU emitidas alcançou R\$ 3,20 bilhões de reais, sendo R\$ 1,48 bilhões pagos à vista, uma parte parcelada e outra, não paga. O índice efetivo de pagamento, sem considerar os depósitos judiciais estiveram sempre acima de 50% das GRU, chegando a atingir 75%, em 2017, segundo consta no Boletim da ANS¹³. Nesse período antes assinalado, R\$2,47 bilhões foram repassados ao Fundo Nacional de Saúde e R\$ 615,58 milhões inscritos na Dívida Ativa da União (Tabela 1).

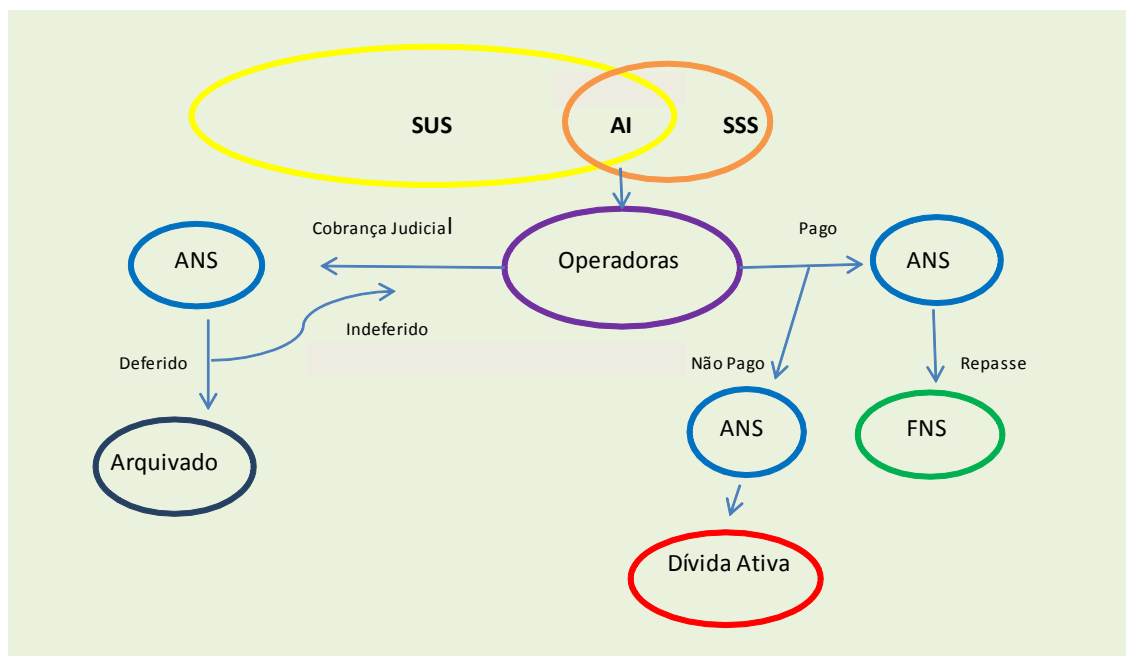


Figura 1. Processo de Ressarcimento das operadoras do Sistema de Saúde Suplementar ao SUS
Fonte: Adaptado de Brasil/ANS¹⁴.

Tabela 1. Despesas Totais do SUS e Ressarcimento de beneficiários do SSS, 2014-2018, em Milhões

Despesas do SUS	Ano					Total
	2014	2015	2016	2017	2018	
Despesas totais liquidadas*	101.855,56	110.221,90	116.805,90	126.907,71	130.473,22	586.264,29
Despesas não computadas**	9.957,03	10.167,03	10.570,37	12.207,10	13.652,34	56.553,87
Total das despesas com ASPS***	91.898,53	100.054,86	106.235,54	114.700,61	116.820,89	529.710,43
Total das despesas com AHA****	44.514,17	46.447,08	46.766,49	48.640,17	50.447,62	236.815,53
Valor total de AI identificados*****	1.085,48	612,19	894,15	1.490,28	1.327,69	5.409,79
Valor total cobrado via GRU*****	522,87	220,59	696,84	737,43	1.024,34	3.202,07
Valor pago à vista*****	292,07	108,09	225,56	381,34	471,08	1.478,14
Valor repassado ao FNS	382,58	398,57	315,54	585,41	783,38	2.465,48
Inscritos na Dívida Ativa da União	195,45	49,11	141,84	140,68	88,5	615,58
%Valor cobrado via GRU/Desp.AHA	1,18	0,48	1,49	1,52	2,03	
% Ressarcimento à vista/Desp. AHA	0,66	0,23	0,48	0,78	0,93	

Fonte: Brasil, ANS^{13,14} e SIOPS.

* Inclui todas as despesas correntes e de capital com saúde.

** Despesas não computadas - para fins de apuração do percentual mínimo.

*** ASPS – Aplicações em Ações e Serviços Públicos de Saúde.

****AHA - Despesas com Atendimento Hospitalar e Ambulatorial.

*****AI – atendimentos Identificados pela ANS.

***** GRU - Guia de Recolhimento da União.

***** Valor pago naquele ano. Inclui tanto os pagamentos à vista quanto os parcelados referentes àquele ano ou anteriores, não sendo considerados os valores depositados judicialmente.

Considerando-se o volume total de atendimentos identificados, de 2012 a 2018, a serem ressarcidos, chegou-se a um montante em torno de 6 bilhões de reais, sendo cobrados efetivamente por meio de GRU R\$ 4,38 bilhões. Essa defasagem ocorre no espaço entre o fim da fase processual e o início da cobrança.

Observando-se ainda a Tabela 1 é possível ter uma ideia do que representa o Ressarcimento para o financiamento da saúde. De 2014 a 2018, a despesa federal liquidada com saúde totalizou R\$ 586,27 bilhões. Deduzindo-se desse montante o valor não computado para efeito de apuração do mínimo pela Lei Complementar 141¹⁵, de 2012, chega-se ao valor de R\$ 529,71 bilhões de reais, sendo R\$ 236,82 bilhões despesas realizadas com Atendimento Hospitalar e Ambulatorial (AHA).

A proporção dos valores do ressarcimento ao SUS, cobrados via GRU representou, em 2014, 1,18% dos gastos com AHA, chegando a 2,03%, em 2018. Houve, portanto, crescimento progressivo, de quase 100%, da cobrança dos valores a serem ressarcidos, ambos nominais. Sendo que, embora o pagamento efetivo à vista tenha sido menor, claro, manteve igual proporção de crescimento ao longo do referido período. Só em 2016 ele esteve bem abaixo da metade. Entretanto, vale lembrar novamente que uma parte do pagamento é parcelada e outra cobrada por via judicial.

Então, embora proporcionalmente pequeno em relação ao montante gasto pelo SUS, o ressarcimento ainda representa um aporte importante para o financiamento. Para que se

tenha uma ideia mais precisa, no ano em questão, o valor de R\$783,38 milhões, maior já alcançado em termos de repasse ao Fundo Nacional de Saúde, representou o dobro do gasto executado com a Vigilância Sanitária, em todo o país.

Considerando-se um período mais longo (2013-2018), o Boletim de Ressarcimento da ANS detalha a proporção de cobranças por GRU entre os entes federados, que totalizou R\$ 3,45 bilhões, sendo R\$ 2,45 bilhões em pagamentos efetivos. Dos 26 estados e mais o Distrito Federal, 14 não alcançaram nem 1% de cobranças via GRU, sendo São Paulo o estado com maior índice de emissão de GRU (38,61%), seguido de Minas Gerais (12,97%) e Rio de Janeiro (9,48%).

O pagamento efetivo das GRU emitidas segue a mesma tendência, com proporções muito similares, oscilando entre um máximo de 38,66%, em São Paulo, e um mínimo de 0,06%, em Roraima.

Outros dados interessantes trazidos pelos consolidados da ANS dizem respeito à distribuição de procedimentos entre as regiões, que indicam claramente as desigualdades de acesso. O parto normal é o procedimento mais frequente em todas as regiões, enquanto o procedimento mais caro em todo o Brasil, a ser ressarcido ao SUS, é o Transplante Alogênico de Células-tronco hematopoiéticas de sangue periférico - Não Aparentado, que foi feito, em 2015, apenas em três regiões: Nordeste, Sul e Sudeste. A diferença, entretanto, se agrava quando se observa o volume final de procedimentos cobrados que geram valores bem discrepantes entre as regiões (Tabela 2).

Tabela 2. Valor total cobrado por internações, por habitante e por leito, no Brasil e regiões, 2015

Indicador	Brasil	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul
Valor total cobrado por internações	210.839.163,77	4.838.438,59	25.276.228,86	14.162.942,35	130.085.165,43	36.476.388,54
Valor cobrado/hab	1,03	0,28	0,45	0,92	1,52	1,25
Valor cobrado/leito	669,51	198,51	268,49	577,16	1.093,69	689,26

Fonte: Brasil/ANS¹⁴.

O Sudeste, que possui 42% da população brasileira (Gráfico 1), como esperado concentrou 62% do valor total de ressarcimentos, em 2015 (Ambulatoriais + Internações). Isto representa um ressarcimento de R\$1,25 reais por habitante, no referido ano. Enquanto a segunda maior região, em termos populacionais, o Nordeste (28%), teve apenas 14% do valor total de ressarcimentos identificados, que ficou em torno de 136 milhões de reais. Já o Norte, com 8% da população, teve apenas 3% de ressarcimentos identificados, enquanto o Centro-Oeste, com igual concentração populacional (8%), teve 5% (Gráfico 2).

■ Norte ■ Nordeste ■ Centro-Oeste ■ Sudeste ■ Sul

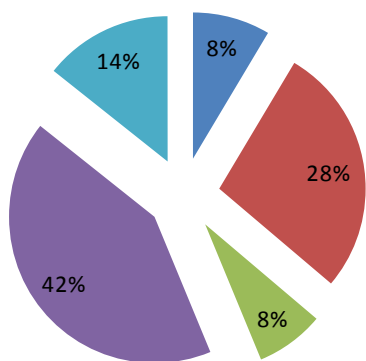


Gráfico 1. Distribuição da população brasileira por região, Brasil, 2015
Fonte: Brasil/ANS¹⁴.

No Gráfico 3, entretanto, mostra que, embora as taxas de internação de beneficiários do SSS, no SUS, se mantenham próximas nas cinco regiões, com média nacional de 5,23 para cada 1.000 beneficiários – no sudeste é um pouco mais baixa, indicando menos procura do SUS, quando se olha o significado dessas internações de beneficiários no SUS, a proporção se inverte, indicando uma proporção três vezes maior no Sudeste, em relação ao Norte, por exemplo. Ou seja, para cada 100 internações no SUS da região Sudeste, 3,15 são de beneficiários do SSS, contra 1,05 do Norte e 1,25 do Nordeste.

■ Norte ■ Nordeste ■ Centro-Oeste ■ Sudeste ■ Sul

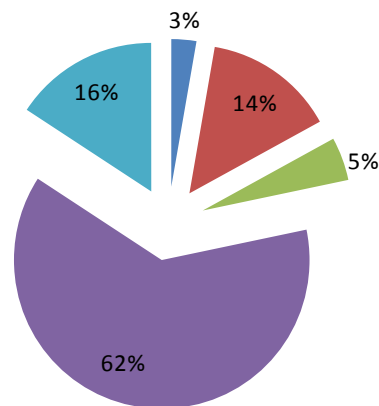


Gráfico 2. Proporção no valor total de atendimentos ambulatoriais e internações identificados no Sistema de Ressarcimento da ANS, por região, Brasil, 2015
Fonte: Elaboração própria a partir de dados de Brasil/ANS¹⁴.

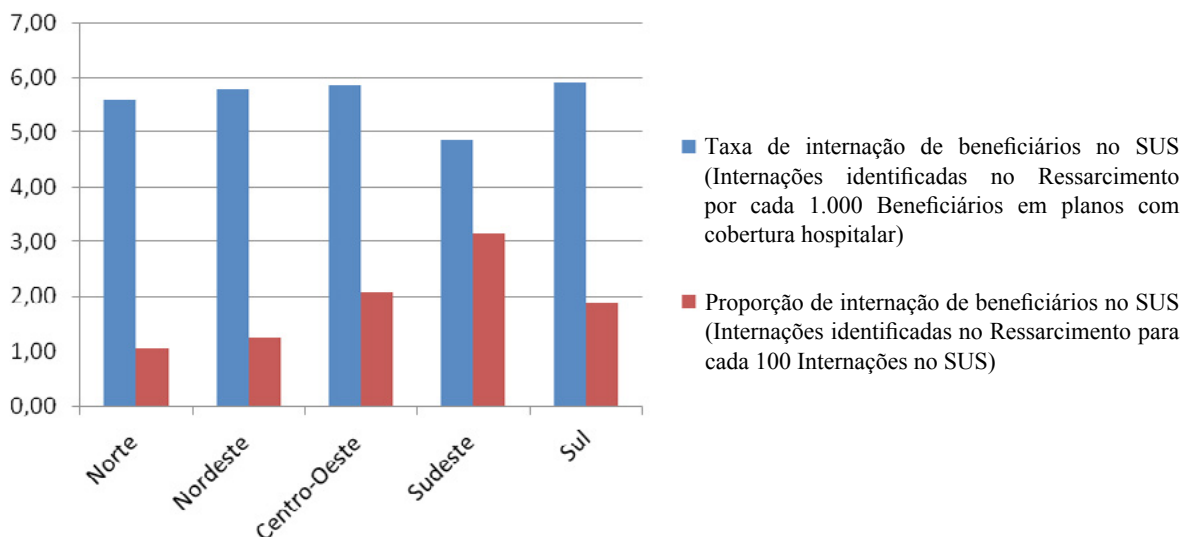


Gráfico 3. Internações identificadas no Ressarcimento por cada 1.000 beneficiários com cobertura hospitalar e para cada 100 internações no SUS, por região, Brasil, 2015
Fonte: Elaboração própria a partir de dados de Brasil/ANS¹⁴.

Por fim, o Gráfico 4 mostra o número de leitos que cada beneficiário do SSS, de cada região, teve acesso, em 2015. Uma vez que cada beneficiário também tem acesso aos leitos SUS, os beneficiários dispõem da soma entre a proporção do número de leitos por beneficiários (média do SSS) e por habitantes (média do SUS). Com isso, uma média nacional de 5,23/1.000 beneficiários foi identificada no Ressarcimento.

Em verdade, a região mais pobre do país, e a com piores condições de saúde – a Norte (18,1 óbitos infantis/1.000

nascidos vivos, contra 10,7, no Sudeste, em 2015) – é aquela que mais possui leitos não SUS, indicando a necessidade maior daquela população de aderir ao sistema privado para ter acesso à internação hospitalar. Por outro lado, essa mesma população beneficiária acaba dispondo, proporcionalmente, de um contingente maior de leitos (5,43/beneficiário), só menor do que os beneficiários da região Centro-Oeste (5,62/beneficiário). Lado outro, o Sudeste acaba revelando um acesso efetivo menor ao volume regional de leitos, por beneficiário do SSS, que foi de 3,7 leitos.

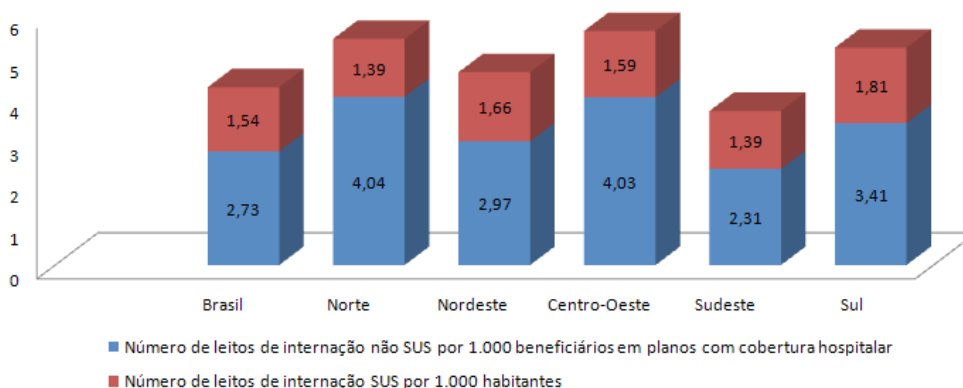


Gráfico 4. Proporção de leitos SUS e não SUS por região, Brasil, 2015
Fonte: Brasil/ANS¹⁴.

De outro modo, se retornarmos à Tabela 2, é possível notar que os valores médios cobrados por leito são muito díspares entre as regiões, sendo cinco vezes maior no Sudeste do que no Norte, graças à maior concentração de serviços com alta densidade tecnológica na região com maior capacidade instalada. O fato do valor cobrado por habitante ser também cinco vezes maior (R\$1,52/hab. no Sudeste, contra R\$0,28/hab. no Norte) indica uso de serviços mais caros nas regiões do SUS-Sudeste em relação ao Norte-Nordeste, ainda que haja um viés de cobrança.

Por exemplo, o Boletim de Ressarcimento mostra que, de 2013 a 2018, metade (49%) das cobranças por GRU foram concentradas em apenas 10 municípios brasileiros. Destes, 7 estão no eixo sul – São Paulo (20,96%), Belo Horizonte (6,28%), Rio de Janeiro (6,08%), Curitiba (2,93%), Campinas (2,04%), Porto Alegre (1,98%), Ribeirão Preto (1,83%), representando 42,08% das cobranças, contra 6,89% do total cobrado das três capitais do eixo Norte: Recife (2,52%), Fortaleza (2,5%) e Salvador (1,87%).

Por fim, a proporção de internações de beneficiários do SSS no SUS, por especialidades médicas, mostra enormes diferenças entre as regiões, diferenças que são responsáveis pelos diferenciais nos valores de ressarcimento. Enquanto no Norte, em torno de 50% das internações foram em Obstetrícia e Pediatria, no Sul, mais de 70% das internações foram para Cirurgia e Clínica. As demais regiões mostram padrões intermediários entre esses extremos. Essas diferenças revelam perfis de utilização compatíveis com a estrutura populacional de cada região e expectativa de vida, que é maior no eixo Sul.

DISCUSSÃO

Os dados trazidos pelos resultados mostram que, muito embora seja baixo o percentual de beneficiários dos planos de saúde que se utilizam do SUS (2,16%, em 2015), o impacto orçamentário do instituto, em amplo crescimento, é significativo, já tendo havido a devolução efetiva de mais de três bilhões de reais desde a sua implantação.

Apenas de 2018, houve o repasse de R\$ 783,38 milhões de reais ao Fundo de Saúde Nacional, sigla que corresponde a 1,55% do total das Despesas com Atendimento Hospitalar e Ambulatorial (AHA). Em termos relacionais, salta os olhos a observação de que o montante ressarcido, apenas em 2018, correspondeu ao dobro do total gasto em Vigilância Sanitária em todo o país – atividade de suma importância para a população.

Ademais, além da injeção de recursos no SUS – muito bem vinda diante da sistemática diminuição de verbas no setor, agravada pela EC n° 95¹⁶, conhecida como a emenda do “teto de gastos” –, o ressarcimento tem o importante papel de equilibrar o sistema de saúde público e privado, bem como garantir a boa prestação dos serviços de saúde pelas operadoras do SSS.

Nesse ponto, os relatórios fornecidos pela ANS se mostram de extrema importância, pois permitem avaliar quais serviços do SUS estão sendo utilizados pelos beneficiários de planos de saúde e o seu impacto no orçamento público. Nesse ponto, se mostra preocupante que o procedimento mais frequente em internações em todo o país seja o parto

normal e que o procedimento ambulatorial mais frequente, com exceção da região Sul, seja o da hemodiálise¹⁴, dados que merecem uma análise mais profunda em estudos posteriores.

Os dados referentes ao ressarcimento ao SUS ainda não escapam de uma realidade há muito observada em indicadores de saúde e educação: a discrepância entre as regiões do Brasil.

Nesse sentido, o gráfico referente ao número de leitos por regiões mostra a situação preocupante do Norte, por exemplo, que, pelo baixo número de leitos SUS (empatando com o Sudeste em termos proporcionais – 1,39), precisa recorrer à saúde suplementar, conforme se vê pelo número de leitos não SUS disponíveis. Considerando que se trata da proporção mais alta de leitos não SUS no Brasil, este dado evidencia o grau de iniquidade na distribuição de serviços, uma vez que a região mais pobre é a que mais utiliza os serviços privados.

Para Coelho, Teles e Ferreira¹⁷, o planejamento orçamentário da saúde requer, diante das enormes desigualdades regionais, ir adiante nos ganhos obtidos mediante o critério de igualdade presente nos repasses *per capita* e avançar tanto no ajuste de mecanismos injustos representados pelo subsídio público ao mercado dos planos e seguros de saúde, quanto no aspecto da equidade que tem como critério as necessidades de saúde, de modo a alocar mais recursos onde a saúde se mostra mais precária.

Por outro lado, são inúmeras as evidências de que os países que possuem maior gasto público em relação ao privado e os que optaram por sistemas universais são os que possuem melhores condições de vida e saúde¹⁸.

A Constituição de 1988 estabeleceu um sistema de saúde misto, complementar, a ser prestado tanto pelo Estado, via SUS, com o pela iniciativa privada, via Sistema de Saúde Suplementar. Explicitou, ainda, a relevância pública dos serviços de Saúde pelo Estado. Com isso, o Estado reconhece não apenas a fundamentalidade da participação da iniciativa privada no setor, mas como a necessidade de forte intervenção e regulamentação, para fins de garantir a boa prestação dos serviços.

Nesse diapasão, foi editada a Lei nº 9.656/1998⁶, que prevê, em seu art. 34, o Ressarcimento ao SUS. Fruto de intensos debates, o dispositivo foi considerado constitucional pelo STF por promover a vedação ao enriquecimento sem causa e servir como mecanismo de garantia à prestação de serviços de saúde de qualidade pelas operadoras dos planos de saúde. A sua regulamentação e operacionalização ficaram a cargo da ANS, que procederá a cobrança dos procedimentos e atendimentos realizados pelo SUS em beneficiários de plano de saúde após procedimento administrativo em que se observasse a ampla defesa e o contraditório.

Superada, assim, a fundamentação legal, constitucional e jurisprudencial do instituto, passou-se à análise de alguns dados fornecidos pela ANS quanto ao ressarcimento nos últimos anos, a fim de avaliar seu impacto no setor.

Em termos orçamentários, os valores cobrados, pagos e até mesmo já restituídos ao Fundo Nacional de Saúde parecem, de início, representar um impacto mínimo no orçamento, não sendo capazes de suprir os cortes sistemáticos na pasta que vêm ocorrendo nos últimos anos.

O montante, no entanto, não pode ser considerado insignificante, sobretudo pela sua também função pedagógica ante o Sistema de Saúde Suplementar, que não pode se furtar de suas obrigações em fornecer **todos** os serviços previstos contratualmente de maneira satisfatória, inclusive os mais caros.

CONCLUSÃO

O presente artigo teve como escopo principal esclarecer alguns aspectos jurídicos do Ressarcimento ao SUS, instituto pouco estudado tanto na área jurídica quando na área da Saúde Coletiva, de modo a evidenciar sua fundamentação legal e constitucional, bem como realizar algumas digressões iniciais sobre seus impactos no orçamento público e na boa prestação dos serviços de saúde no país.

Longe de apresentar respostas a questões atinentes ao financiamento do sistema de saúde brasileiro, o trabalho teve como finalidade aclarar diversos aspectos referentes ao ressarcimento ao SUS e levantar questionamentos quanto à sua importância e efetividade na prestação de um serviço de saúde de qualidade.

Os dados levantados permitiram a identificação, ainda, de alguns sinais da má prestação dos serviços de saúde em determinadas localidades, seja pelo SUS, seja pelo SSS, indicativos estes que merecem análise mais apurada a ser realizada em possíveis trabalhos de pesquisa futuros.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emenda Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496p. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf>. [2019 mai 13].
2. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **DOU**, Seção 1 de 20 de setembro, p. 18.055. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. [2019 maio 14].
3. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros

na área da saúde e dá outras providências. **DOU**, Seção 1 de 31 de dezembro, p. 25.694. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm>. [2019 maio 14].

4. Brasil. Presidência da República. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre planos e seguros privados de assistência à saúde. **DOU**, Seção 1 de 4 de junho de 1998, p.1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656compilado.htm>. [2019 jun 1]

5. Conde, LF. **Ressarcimento ao SUS: à luz do Direito**. 2004. 182p. Dissertação (Mestrado em Direito) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

6. Brasil. Presidência da República. Lei nº 9.961 de 28 de janeiro. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **DOU**, seção 1, Edição Extra de 29 de janeiro de 2000, p.5. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm>. [2019 jun 1]

7. Brasil. Código Civil. Presidência da República. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. **DOU**, Seção 1 de 11 de janeiro de 2010. p.1. [2019 jun 1].

8. Tibúrcio, DR. **Ressarcimento ao SUS: uma proposta de delimitação da fonte e do fundamento da obrigação constante do art. 32 da Lei nº 9.656/98**. Âmbito Jurídico, Rio Grande, XIV, n. 90, jul 2011. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9879>. [2019 mai 13].

9. Brasil. Presidência da República. Lei nº 12.469 de 26 de agosto de 2011. Altera os valores constantes da tabela do Imposto sobre a Renda da Pessoa Física e altera as Leis nºs 11.482, de 31 de maio de 2007, 7.713, de 22 de dezembro de 1988, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.656, de 3 de junho de 1998, e 10.480, de 2 de julho de 2002. **DOU**, Seção 1, 29 de agosto de 2011. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2011/lei-12469-26-agosto-2011-611363-norma-pl.html>>. [2019 jun 1].

10. Mendes A, Weiler JAB. *Saúde Debate* 2015; 39(105): 491-505.

11. Ocké-Reis CO, Santos FP. *Mensuração dos gastos tributários em saúde: 2003-2006*. 1637 Texto para Discussão. Brasília: IPEA; 2011.

12. Presidência da República. Emenda Constitucional n.95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **DOU**, 15 de dezembro de 2016. p. 2. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-norma-pl.html>>. [2019 jun 1].

13. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Utilização do Sistema Único de Saúde por Beneficiários de Planos de Saúde e Ressarcimento ao SUS*. **Boletim Informativo** 2018; 7:1-29.

14. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Mapa de utilização do SUS por beneficiários de planos privados de saúde**. Brasília: ANS; 2019.

15. Brasil. Presidência da República. Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **DOU**, Seção 1, de 16 de janeiro, p. 1. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/572896/publicacao/15760034>. [2019 jun 1].

16. Brasil. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 95 de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **DOU**, Seção 1, de 16 de dezembro de 2016, p.2. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-norma-pl.html>. [2019 jun 1].

17. Coelho TCB, Teles AS, Ferreira MPS. O financiamento do SUS: evidências, estrangulamentos e perspectivas. In: Coelho TCB, Teles AS, Ferreira MPS. **Financiamento do SUS: abrindo a caixa-preta**. Feira de Santana: UEFS Editora; 2016.

18. Coelho TCB. Magnitude dos gastos em saúde, evolução e impacto social. In: Coelho TCB, Teles AS, Ferreira MPS. **Financiamento do SUS: abrindo a caixa-preta**. Feira de Santana: UEFS Editora; 2016.

Endereço para correspondência:

Thereza Christina Bahia Coelho
Núcleo de Saúde Coletiva
Campus Universitário da UEFS
Av. Transnordestina, s/nº, Novo Horizonte
CEP: 44036-900 - Feira de Santana-BA, Brasil.
E-mail: nusc.uefs@gmail.com.br