

# **CORONAVÍRUS (COVID-19): O RESSARCIMENTO À REDE PÚBLICA DE SAÚDE PELOS GASTOS DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS PRIVADOS**

*CORONAVIRUS (COVID-19): THE RESERCEMENT TO THE  
PUBLIC HEALTH NETWORK FOR THE EXPENDITURE OF  
PRIVATE PLAN BENEFICIARIES*

*Miriam Olivia Knopik Ferraz<sup>1</sup>*

Pontifícia Universidade Católica do Paraná

*Ariê Scherreier Ferneda<sup>2</sup>*

Pontifícia Universidade Católica do Paraná

## **Resumo**

O presente artigo tem por finalidade analisar o direito à saúde enquanto um direito fundamental e a possibilidade de planos privados de saúde ressarcirem o Sistema Único de Saúde em razão dos serviços prestados aos seus beneficiários no caso do COVID-19. Nesse sentido, por meio da metodologia lógico-dedutiva pretendeu-se dar ênfase ao princípio do acesso universal e igualitário à saúde para questionar a possibilidade de ressarcimento prevista no art. 32 da Lei n. 9.656/1998, sem olvidar do entendimento fixado pelo Supremo Tribunal Federal junto ao Recurso Extraordinário n. 597.064 e à Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 1931. Ademais, ressalta-se a atualidade do debate e por isso retoma-se diante da pandemia que eclodiu no mundo em março de 2020.

## **Palavras-chave**

Saúde. Plano Privado. Sistema Único de Saúde. Ressarcimento. Recursos.

---

<sup>1</sup> Doutoranda em Direito pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná - Brasil (bolsista PROSUP), Mestre e Graduada em Direito pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná - Brasil. Especialista em Direito Constitucional pela Academia Brasileira de Direito Constitucional. Editora Adjunta da Constituição, Economia e Desenvolvimento: Revista da Academia Brasileira de Direito Constitucional. Coordenadora Adjunta do Grupo de Estudos em Análise Econômica do Direito da Pontifícia Universidade Católica do Paraná- Brasil. Professora da Universidade Positivo e da UNIFACEAR. Advogada. E-mail: m.okf@hotmail.com.

<sup>2</sup> Graduada em Direito pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Membro do Grupo de Estudos em Análise Econômica do Direito. Membro do Grupo de Estudos Trabalhistas. Pesquisadora de Iniciação Científica 2019-2020. E-mail: ariefernedaxx@gmail.com.

**Abstract**

*This paper aims to analyze the right to health as a fundamental right and the possibility of private health plans to reimburse the Unified Health System due to the services provided to its beneficiaries in the case of COVID-19. In this sense, through the logical-deductive methodology, it was intended to emphasize the principle of universal and equal access to health to question the possibility of compensation provided for in art. 32 of Law no. 9,656 / 1998, without forgetting the understanding established by the Federal Supreme Court with Extraordinary Appeal no. 597,064 and Direct Unconstitutionality Action n. 1931. In addition, the current debate is highlighted and, therefore, it resumes before the pandemic that broke out in the world in March 2020.*

**Keywords**

*Health. Private Plan. Unified Health System. Refund. Resources.*

## INTRODUÇÃO

Surtos, epidemias, moléstias graves, pandemias. Vírus e bactérias que assumem variações diferentes com o passar dos anos e atingem seres humanos e animais, infectando-os levando-os a morte. Não raras vezes pandemias atingem a humanidade, sendo a mais recente a do COVID-19, também conhecido como ‘coronavírus’.

Assim, as autoridades de saúde pública devem promover o acesso facilitado e abranger o maior número de pessoas possíveis em meio a pandemias. Nesse sentido, o ponto focal do presente estudo refere-se à possibilidade de ressarcimento à rede pública das despesas oriundas de serviços prestados à beneficiários de planos de saúde, o qual está previsto no art. 32 da Lei n. 9.656/1998, sem olvidar do entendimento fixado pelo Supremo Tribunal Federal junto ao Recurso Extraordinário n. 597.064. A verticalização do tema será para exames e tratamentos referentes ao COVID-19.

Para tanto, a pesquisa divide-se em dois tópicos principais, (i) no primeiro busca-se fazer uma análise do direito fundamental à saúde, perpassando pelo princípio da universalidade e igualdade no acesso aos serviços públicos, uma vez que, por força do art. 196 da Constituição da República, o Estado tem o dever de constituir condições fáticas para o acesso aos serviços públicos.

Para além do setor público, dá-se atenção ao sistema de saúde complementar, caracterizado pelos planos privados de saúde.

Nada obstante, o (ii) segundo tópico é destinado ao apontamento das pandemias constatadas ao longo do último século, com enfoque especial na pandemia decretada em 11/03/2020 – COVID-19 (SARS-CoV-2) –, do procedimento de ressarcimento à rede pública de eventuais gastos de beneficiários de planos de saúde, bem como da análise de alguns pontos do julgamento do Recurso Extraordinário n. 597.064 e da Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 1931, a partir dos quais se declarou a constitucionalidade dos dispositivos da Lei, especialmente aquele que permite o aludido ressarcimento.

Assim, considerando a busca pela máxima universalização e igualdade do acesso aos serviços de saúde, sem excluir qualquer cidadão, questiona-se a cobrança de valores referentes aos gastos despendidos aos usuários de planos privados no caso da pandemia do coronavírus constata em 2020 – destacando que a adesão é uma opção livre do indivíduo e a saúde é uma obrigação do Estado.

## **1. O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE NO BRASIL: SERVIÇO PÚBLICO E INICIATIVA PRIVADA**

O direito a saúde no Brasil está reconhecido como Direito Fundamental Social no art. 6º da CRFB/88<sup>3</sup> e, ainda, é compreendido como universal e de responsabilidade do Estado que a cumpre por meio de políticas públicas, como se observa do art. 196 da CRFB/88.<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

<sup>4</sup> Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Ressalta-se que anteriormente à Constituição de 1988 e a instauração do Direito à saúde como fundamental e nas disposições elencadas, ele era segmentado e restrito aos contribuintes da Previdência Social, ou seja, somente a pessoa que cumprisse os requisitos enquanto beneficiário teria garantido o seu direito fundamental à saúde. (FINKELMAN, 2002, s.p.).

Efetivamente, o poder público centralizou a sua atuação com relação à saúde por meio do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que, após, atribuiu a responsabilidade pela assistência médica dos seus segurados à autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social denominada Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado em 1977 (CONASS, 2003, s.p.).

Este modelo foi instaurado pelo INAMPS e estava restrito aos trabalhadores que possuíssem vínculo formal de trabalho que realizavam contribuições previdenciárias e seus dependentes. Esse sistema excluía da prestação as pessoas que não cumprissem o requisito de contribuintes, ou seja, desempregados, informais, do lar etc. Para estas pessoas restava o financiamento próprio por meio dos prestadores de serviços de saúde particulares (CONASS, 2003, s.p.).

Sob essa perspectiva instaurava-se uma desigualdade na assistência à saúde, o que, por outro lado, contribuiu para a formação de negócios especializados em assegurar a saúde e comercializar serviços de várias formas, de modo a intermediar serviços médicos ou a oferecê-los. Essas iniciativas concretizavam a noção da saúde como um bem de consumo (LUZ, 1991, s.p.).

Diante desse cenário e com o intuito de tornar a saúde universal, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) inicialmente por meio da Constituição da República de 1988 e, posteriormente regulamentado pela lei n. 8080/90. A criação do SUS significou efetivamente o posicionamento do Estado brasileiro no sentido de garantir, a todos, a assistência à saúde de forma pública.

Importante compreender que o Direito à Saúde se encontra fundado no princípio da universalidade, que possui diversas compreensões e divergências. Cabe o aprofundamento de

algumas posições trazidas pela doutrina, como a de Enrique Silva Cimma, o qual afirma que a universalidade pressupõe que “o serviço público é obrigatório no sentido de que a prestação deve necessariamente cumprir-se, sem que possa a autoridade beneficiar com ela a alguns e negá-la para outros” (CIMMA, 1995, p. 60).

No mesmo sentido, a posição de Adriana Schier propõe que o princípio estabelece que “a prestação dos serviços públicos deverá ser assegurada a todos, buscando a sua máxima universalização, sem excluir qualquer cidadão, qualquer que seja o motivo da exclusão” (SCHIER, 2009, p. 50).

Dessa forma, é importante compreender que a universalidade é a “obrigação de garantir que os bens econômicos por eles oferecidos serão materialmente acessíveis a todo o universo de pessoas que deles carecerem” (HACHEM, 2014, p. 137). Desse modo, o Estado teria a obrigação de constituir condições fáticas para o acesso aos serviços públicos (HACHEM, 2014, p. 137), ou seja, garantir que materialmente todos possam ter acesso ao direito à saúde.

Daniel Hachem (2014, p. 137), por sua vez, propõe duas questões essenciais sobre o princípio da universalidade: (i) “a universalidade do acesso aos serviços públicos deve ser encarada como um ponto de partida”, ou seja, desde o início todas as pessoas devem ter idêntico acesso ao serviço público de saúde; ou (ii) “um ponto de chegada”, isto é, esta forma de posicionar a questão busca assegurar que todos, ao final, alcancem o objeto do serviço.

O cerne desta questão está na compreensão da própria igualdade material, ou seja, a que diferencia uma discriminação negativa de discriminação positiva. (MADRUGA, 2016, p. 99-100). Para Daniel Hachem, a primeira compreensão do princípio da universalidade no que tange ao acesso aos serviços públicos implicaria na proibição do tratamento desigual, ou seja, “diferenciado a pessoas situadas em condições diversas”. (HACHEM, 2014, p. 138).

Entretanto, o significado desse artigo não se limita a esta compreensão, mas deve ser interpretado de outra forma: a

noção de universalidade não implica a prestação sem qualquer diferenciação, ou distinção de qualquer espécie. (HACHEM, 2014, p. 138; CIMMA, 1995, p. 60).

Para o autor, a Administração Pública pode ofertar o serviço público, no caso, o de saúde, negando para alguns cidadãos sob alguns motivos, desde que esta negatória seja essencial para o fortalecimento da universalidade, vez que o princípio da universalidade possui como essência a garantia aos que de fato necessitam. Assim, a “Administração deverá atentar-se para as diferenças de condições em que se encontra cada indivíduo ou grupo social, cuidando para alcançar inclusive as pessoas de baixa renda e as que habitam em regiões afastadas” (HACHEM, 2014, p. 138).

Apesar de a explanação possuir fundamentos fáticos relevantes, este artigo se posiciona no sentido de que a universalidade não deve ser aplicada de forma restritiva, e sim, ampliativa.

Esta é a posição de Adriana Schier, a qual aponta que a essência do princípio da universalidade é justamente o fato de que um serviço público deve ser ofertado a todos os cidadãos, como o caso da saúde com o objetivo de garantir “a extensão possível da oferta aos interessados” (SCHIER, 2009, p. 57).

Nesse sentido, “incumbe ao poder público agir sempre de modo a conferir a maior eficácia possível aos direitos fundamentais (prestar os serviços públicos necessários para o fim de dar concretude aos comandos normativos constitucionais)” (CLÈVE, 2006, p. 18)

Ademais, Juarez Freitas aponta que o Estado, aquele que possui o dever de garantir e efetivar os serviços públicos deve ser compreendido como um “Estado essencial, sem significar um Estado reduzido” (FREITAS, 1995, p. 33). Dessa forma, “longe do Estado mínimo assim como do Estado máximo, o Estado essencial busca ter o tamanho viabilizador do cumprimento de suas funções, nem mínimas, nem máximas, simplesmente essenciais” (FREITAS, 1995, p. 33).

Coaduna-se com a compreensão de Adriana Schier, no sentido de que “é preciso fugir dos fenômenos que levem a uma universalização excludente ou a uma inclusão segmentada da cidadania” (SCHIER, 2009, p. 120).

Sobre este viés e com o intuito de realizar a manutenção do serviço público de forma progressiva aos cidadãos, deve-se garantir a universalidade, uma vez que a Constituição da República de 1988, “assim como a doutrina administrativista vocacionada à defesa da efetivação dos direitos fundamentais, atribui ao serviço público o status de direito fundamental” (SCHIER, 2009, p. 120) e, assim sendo, não comporta restrições.

Ademais, a disposição constitucional não eliminou o campo de atuação por parte da iniciativa privada, por vários motivos, tais como: falhas na implementação, ausência de regulamentação do mercado de planos de saúde, insegurança quanto a qualidade etc. (FREITAS, 2011, p. 45).

Nada obstante, 08 anos após a edição da lei que regulamentava o SUS, foi promulgada a Lei n. 9.656/98 que possuía como objetivo regulamentar a situação das empresas que operavam planos de assistência à saúde no mercado. Como uma das iniciativas nesse sentido, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio da Lei n. 9.961/00, sendo a instância reguladora e fiscalizadora do setor de saúde suplementar.

Dessa forma, estabeleceu-se um sistema duplo de assistência à saúde no Brasil: a utilização universal do Sistema Único de Saúde e, por outro lado, o mercado de planos de assistência à saúde privado.

Ressalta-se que, em tese, não se trata de uma escolha entre um ou outro, ou seja, quando a pessoa adquire o plano privado ela não abdica do Sistema Único de Saúde. O que efetivamente ocorre é a possibilidade de ter duas coberturas: uma pública, como um Direito Fundamental de todas as pessoas, e uma privada, opcional e limitada aos que possuem poderio econômico para adquirir.

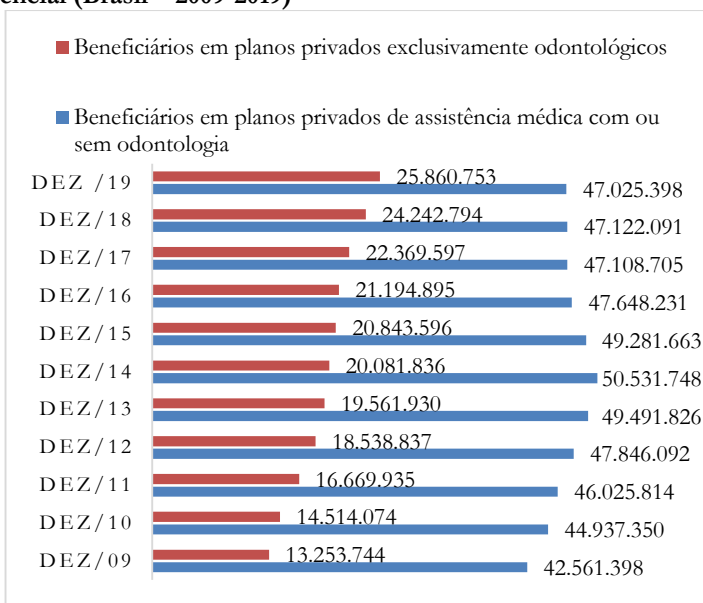
Sobre o fator econômico, Ocké-Reis, Andreazzi e Silveira (2005, p. 20) trazem importantes contribuições ao

destacarem que quando as pessoas adquirem os planos de saúde privados, estão efetivamente buscando se prevenir e se precaver dos riscos que alguma enfermidade pode ensejar, e por isso, escolhem pagar o plano mesmo sem saber precisamente se irão utilizar.

Outrossim, Cutler e Zeckhauser (2000, p. 568) apontam que a “oferta orienta a procura” (*supplier-induced demand*), ou seja, estabelece-se a seguinte lógica: para que a pessoa possa se manter saudável e evitar prejuízos à saúde, o preço do plano não é um fator determinante. Para os autores, “a busca pela saúde independe do preço a qual esta será ofertada” (CUTLER; ZECKHAUSER, 2000, p. 570).

Duarte e Di Giovanni (2001, p. 367) apontam que os planos de assistência à saúde complementar avançaram muito na década de 80, alcançando em 1989, 22% da população total do país. Apresenta-se o patamar atual da situação:

**Tabela 1 - Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – 2009-2019)**



FONTE: Dados ANS, 2019.



Em análise do fluxo de pessoas que optaram por planos privados de assistência à saúde, é possível observar que o ápice foi no ano de 2014 e que vem, aos poucos, decaindo, ao contrário dos planos odontológicos que apresentam um plano de crescimento contínuo.

Por fim, a Lei n. 9.656/98, em seu art. 32, determinou que as Operadoras de Plano de Saúde fossem obrigadas a ressarcir o Sistema Único de Saúde, quando os seus beneficiários utilizassem a rede pública para a realização de procedimentos que estavam cobertos pelo plano contratado, cujo procedimento será detalhado no tópico seguinte. Destaca-se, portanto, que esse ressarcimento é uma forma de regulação entre o setor público e privado (FREITAS, 2011, s.p.).

Este passo dado pela legislação configurou grande mudança na própria estrutura organizacional das Operadoras de Plano de Saúde, já que este ressarcimento ao SUS começou a compor, por disposição legal, o passivo e despesas das empresas.

Destaca-se que a forma de cobrança desta obrigação vem sendo aperfeiçoada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, que objetiva aprimorar o processo e torná-lo mais eficaz (FERNANDES, 2015, s.p.).

Desta forma, consolida-se o sistema atual sob os seguintes pontos: incidência do princípio da universalidade; prestação pública; possibilidade da prestação da assistência à saúde pela iniciativa privada, desde que contratada; sistema de ressarcimento pelas operadoras de plano de saúde ao sistema único de saúde, quando da realização de procedimentos que estavam cobertos pelo plano contratado.

Nesse sentido, este estudo tem por objetivo analisar como será implementado o sistema de ressarcimento e, ainda, discutir a constitucionalidade da questão e os efeitos de uma decisão do Supremo Tribunal Federal sobre o assunto.

## **2. ANÁLISE DA PANDEMIA DO COVID-19 E A POSSIBILIDADE DE RESSARCIMENTO DAS DESPESAS À REDE PÚBLICA DE SAÚDE**

Pandemias não raras vezes atingem a humanidade. Em 1918, por exemplo, a gripe espanhola<sup>5</sup> infectou cerca de 30% da população mundial e causou milhões de mortes ao redor do mundo, sendo 35 mil mortes apenas no Brasil (GURGEL, 2013, s.p.).

Em 1957 a humanidade enfrentou nova pandemia com a Gripe Asiática<sup>6</sup>, a qual teve sua origem na China. A gripe levou a óbito cerca de quatro milhões de pessoas e afetou entre 40 e 50% das pessoas no mundo (COSTA; MERCHAN-HAMANN, 2016, s.p.).

Por sua vez, a Gripe de Hong Kong<sup>7</sup> que eclodiu em 1968 atingiu principalmente idosos, jovens e indivíduos com riscos definidos como doença cardiopulmonar (COSTA; MERCHAN-HAMANN, 2016, s.p.).

Em 2009, a pandemia da Gripe Suína<sup>8</sup> causou 2.051 mortes no Brasil e 44.544 casos confirmados. Os jovens foram os mais afetados e os casos se agravaram no inverno, quando a atividade viral é aumentada (BRASIL, 2020b).

A mais recente que assola o mundo na atualidade é a pandemia do COVID-19, decretada pela Organização Mundial da Saúde em 11 de março de 2020. Nada obstante, importante frisar que “os coronavírus são a segunda principal causa do resfriado comum (após rinovírus) e, até as últimas décadas, raramente causavam doenças mais graves em humanos do que o resfriado comum” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020, s.p.).

---

<sup>5</sup> Causada por um vírus de uma estirpe do vírus Influenza A (subtipo H1N1).

<sup>6</sup> Causada pelo vírus Influenza A (H2N2), com as glicoproteínas HA e NA diferentes de todos os tipos anteriores.

<sup>7</sup> Causado, igualmente, pelo vírus Influenza A (H3N2).

<sup>8</sup> Causada pelo vírus Influenza A (H1N1)

Os coronavírus, por sua vez, compõem uma grande família viral que causam infecções respiratórias, geralmente consideradas leves ou moderadas, em seres humanos e em animais (SOBRE CORONAVÍRUS, s.d., s.p.). Os casos mais graves causados pelos coronavírus, associado à síndrome respiratória aguda grave, ficaram conhecidos pela sigla SARS.<sup>9</sup>

Ainda, destaca-se que o COVID-19 (SARS-CoV-2) não é o único coronavírus humano conhecido, havendo sete ao todo, dentre eles o SARS-COV (que causa síndrome respiratória aguda grave), o MERS-COV (síndrome respiratória do Oriente Médio), os quais são altamente patogênicos e responsáveis por síndrome respiratória e gastrointestinal (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020, s.p.; BRASIL, 2020a)<sup>10</sup>. Ainda, há previsão do coronavírus em três códigos do CID10, quais sejam B34.2<sup>11</sup>, B97.2<sup>12</sup> e U07.1<sup>13</sup>.

Com o intuito de demonstrar a gravidade da pandemia do COVID-19, citam-se os relatórios diários emitidos pela Organização Mundial da Saúde: em 17/03/2020 havia 179.111 casos confirmados; em 18/03/2020, 191.127 casos; e em 19/03/2020, 209.839 casos confirmados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Nesse sentido, demonstra-se no gráfico a seguir o crescimento do número de casos e mortes em decorrência do coronavírus no período compreendido entre 11 de março de 2020 (data da decretação de pandemia) e 22 de março de 2020.

---

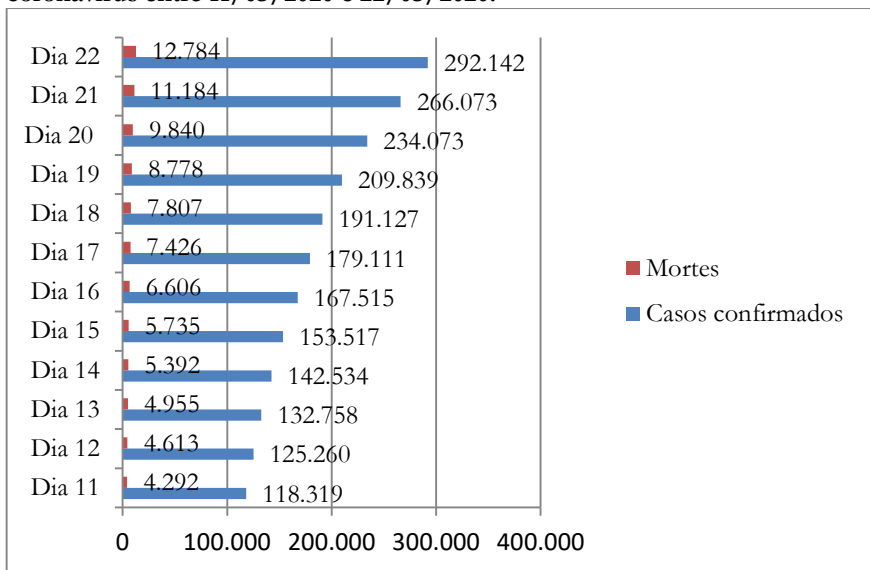
<sup>9</sup> O termo SARS significa “Severe Acute Respiratory Syndrome”.

<sup>10</sup> Ademais, referidos vírus pertencem à subfamília *Betacoronavirus* que infectam somente mamíferos.

<sup>11</sup> Infecção por coronavírus de localização não especificada.

<sup>12</sup> Coronavírus como causa de doenças classificadas em outros capítulos.

<sup>13</sup> Infecção respiratória pelo Novo Coronavírus.

**Gráfico 1 – Número global de casos confirmados e mortes pelo coronavírus entre 11/03/2020 e 22/03/2020.**

Fonte: as autoras (2020), com base nos dados extraídos de (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Por sua vez, considerando que a saúde é um direito que deve ser garantido a todos, e diante da constatação da facilidade de transmissão e proliferação do vírus (COVID-19), algumas políticas sociais devem ser adotadas, incluindo o controle de fronteiras em relação ao fluxo de entrada e saída de pessoas de uma determinada localidade. Ademais, de acordo com Iris Almeida dos Santos e Wanderson Flor do Nascimento (2014, p. 174-175), “as ações previstas no caso de riscos epidêmicos são a quarentena e o isolamento, sendo o último relativo ao confinamento de pessoas sob tratamento de saúde em meio hospitalar”.

Não por outra razão, as medidas adotadas no Brasil referem-se ao distanciamento social, com o objetivo de reduzir a circulação de pessoas e prevenir o contato com pessoas já infectadas e aglomerações. Ademais, a Lei n. 13.979/2020, editada para dispor sobre as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do

coronavírus, prevê a adoção de medidas como o isolamento e a quarentena, bem como a realização compulsória de exames médicos testes laboratoriais; coleta de amostras clínicas; vacinação e outras medidas profiláticas; ou tratamentos médicos específicos, nos termos do art. 3º, inc. III.

De acordo com o art. 3º, §2º, da aludida Lei, é assegurado às pessoas afetadas o direito de receberem tratamento gratuito. Do mesmo modo, a ANS emitiu, em 12 de março de 2020, a Resolução Normativa (RN) n. 453, alterando a RN n. 428 de 2017, com o intuito de regulamentar a cobertura obrigatória e a utilização de testes diagnósticos para infecção pelo coronavírus (BRASIL, 2020c).

Com efeito, foi aprovada a inclusão do exame de detecção do coronavírus no rol de procedimentos obrigatórios para beneficiários de planos de saúde (BRASIL, 2020c). Tendo isso em vista, a discussão que surge refere-se à possibilidade de ressarcimento – de natureza jurídica indenizatória – das despesas arcadas pelo sistema de saúde pública pelos planos de saúde quando um beneficiário realiza exames e é submetido a procedimentos de diagnóstico do coronavírus<sup>14</sup>.

Assim, passa-se à análise da aludida possibilidade de ressarcimento, considerando a Lei n. 9.656/1998, a Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 1931 e o Recurso Extraordinário n. 597.064, a partir do qual se fixou o tema 345 de repercussão geral, em que se determinou a constitucionalidade do ressarcimento, que deve ser “aplicável aos procedimentos médicos, hospitalares ou ambulatoriais custeados pelo SUS e posteriores a 4/6/1998, assegurados o contraditório e a ampla defesa, no âmbito administrativo, em todos os marcos jurídicos”.

Nesse sentido, o art. 32 da Lei n. 9.656/1998 prevê que serão ressarcidos pelas operadoras de Plano Privado de Assistência à Saúde, “os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos

---

<sup>14</sup> Nos casos em que envolve procedimentos médicos, hospitalares ou ambulatoriais custeados pelo SUS depois da entrada em vigor da Lei n. 9.656/98.

dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas”, integrantes do SUS.

Ou seja, referida norma prevê que a ANS deve realizar o cruzamento dos dados contidos no Departamento de Informática do SUS (Datusus) e no Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) com o objetivo de identificar os “beneficiários de planos de saúde que foram internados ou realizaram procedimentos ambulatoriais de alta ou média complexidade no SUS” (BRASIL, 2019, p. 9) e, conseqüentemente, cobrar os valores dos procedimentos médicos das operadoras, sendo que, nos termos do §3º do art. 32 do aludido texto legal, a operadora do plano deve efetuar o ressarcimento até o 15º dia da data de recebimento da notificação de cobrança feita pela ANS (BRASIL, 1998).

Nada obstante, este dispositivo foi objeto do Recurso Extraordinário n. 597.064, em cuja decisão declarou-se a constitucionalidade da cobrança/ressarcimento das despesas. De acordo com o relator, Ministro Gilmar Mendes, a gestão do SUS, o qual é obrigado a observar o princípio constitucional do acesso universal e igualitário, torna-se possível apenas por meio de políticas públicas que dividam os recursos da forma mais eficiente possível (BRASIL, 2018, p. 20). Igualmente, pontua que “obrigar a rede pública a financiar toda e qualquer ação e prestação de saúde existente geraria grave lesão à ordem administrativa e levaria ao comprometimento do SUS”, prejudicando ainda mais o atendimento médico da parcela da população mais necessitada (BRASIL, 2018a, p. 20).

Todavia, nota-se que o valor ressarcido entre o período de 1999 a 2006 foi baixo, uma vez que “foram identificados como passíveis de ressarcimento apenas R\$ 651,9 milhões. O montante representa somente 0,13% dos gastos totais no SUS entre 2000 e 2006” (MARTINS; LEITE; NOVAIS, 2010, p. 9). Ou seja, apenas eventualmente os pacientes beneficiários de planos privados recorrem ao SUS.

Ademais, aponta-se que o objetivo do dispositivo é evitar que os custos de um serviço já pago pelo consumidor, posto que integrante dos riscos do negócio da operadora de plano de

saúde e já acobertado pelos valores das mensalidades pagas, “seja dividido pela integralidade da sociedade, de modo a assegurar um lucro certo às empresas sem a contrapartida necessária.” (BRASIL, 2018a, p. 7).

Trata-se, portanto, de uma tentativa de evitar o enriquecimento sem causa das operadoras. Igualmente, na ADI n. 1931, pontua-se que “a norma impede o enriquecimento ilícito das empresas e a perpetuação do modelo no qual o mercado de serviços de saúde submeta-se unicamente à lógica do lucro, ainda que às custas do erário”, uma vez que a atuação concorrente do agente privado com o Estado “pressupõe a responsabilidade de arcar integralmente com as obrigações assumidas” (BRASIL, 2018b, p. 13).

Ressalta-se, por oportuno, que ainda que o indivíduo opte pelo pagamento de planos privados de saúde, não deverá ser excluído do sistema de saúde pública, de modo que o Estado deve contemplar todos os cidadãos.

Além disso, resta determinar o valor dos serviços prestados. Dessa forma, tem-se que o § 8º do art. 32 da Lei n. 9.656, de 1998 prevê que os valores a serem ressarcidos não podem ser inferiores aos praticados pelo SUS, sequer superiores aos praticados pelas operadoras de planos privados de atenção à saúde. Igualmente, o §1º do aludido artigo dispõe que esses valores devem estar previstos em tabela de procedimentos aprovados pela ANS<sup>15</sup> (BRASIL, 1998)<sup>16</sup>. Por sua vez, o custo do exame de detecção do

---

<sup>15</sup> Nesse sentido, “não menos importante é a discrepância entre a tabela de pagamentos da TUNEP e tabela SUS. Os valores da Tunep são, em média, mais de 70% superiores aos valores cobrados pelo SUS. É importante mencionar que a precificação dos procedimentos da tabela TUNEP é resultado da decisão unilateral da agência reguladora e, às vezes, os valores são superiores aos preços da tabela de determinadas operadoras” (MARTINS; LEITE; NOVAIS, 2010, p. 9-10).

<sup>16</sup> Art. 31. § 1º O ressarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde - FNS. § 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei.

coronavírus pode variar entre R\$ 100,00 a R\$ 180,00 (MACÁRIO; MENGUE, 2020, s.p.).

Nada obstante, o §1º do art. 198 da Constituição da República prevê que o sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195<sup>17</sup>, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. Além disso, nos termos do art. 199 da Constituição, a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, de modo que pode participar de forma complementar do sistema único de saúde.

Outrossim, a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos que compreendem, inclusive, a saúde<sup>18</sup>, com atenção à universalidade da cobertura e do atendimento.

Desse modo, o beneficiário de plano de saúde contribui diretamente para o financiamento da saúde pública, por meio do recolhimento de contribuição à seguridade social. Não bastasse isso, eventual valor correspondente ao ressarcimento é repassado ao contratante por meio de contraprestações. Isto é, o

---

<sup>17</sup> Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais. I - do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre: a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício; b) a receita ou o faturamento; c) o lucro; II - do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, podendo ser adotadas alíquotas progressivas de acordo com o valor do salário de contribuição, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo Regime Geral de Previdência Social; III - sobre a receita de concursos de prognósticos; IV - do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar.

<sup>18</sup> Nesse sentido, a própria declaração Universal dos Direitos Humanos, em seu art. 22, preceitua que: Toda a pessoa, como membro da sociedade, tem direito à segurança social; e pode legitimamente exigir a satisfação dos direitos econômicos, sociais e culturais indispensáveis [...].



cidadão acaba financiando a assistência à saúde em dois momentos: “uma, pelos tributos; outra, pela cobrança indireta, pois a operadora de planos de saúde (OPS) precifica a mensalidade do plano a partir dos custos assistenciais, incluindo atendimentos na rede pública” (MARTINS; LEITE; NOVAIS, 2010, p. 1).

Percebe-se, assim, que, ainda que o plano privado de saúde tenha o dever, declarado constitucional, de ressarcir ao SUS por serviços por ele prestados aos seus beneficiários, não se mostra razoável que referido ressarcimento seja cobrado quando se verificam situações de pandemia, especialmente a do COVID-19, em razão de seu alto índice de contágio e letalidade. Isso se justifica também em razão de medidas restritivas de funcionamento de alguns setores do comércio<sup>19</sup> e de suspensão dos contratos de trabalho<sup>20</sup>, o que torna a situação ainda mais delicada e hostil.

Por fim, destaca-se a universalidade e igualdade no acesso à saúde, isso porque o indivíduo que escolhe aderir a um plano privado busca reforçar o seu direito à saúde, e não renunciar o seu direito ao acesso à rede pública, o qual deve estar contemplado quando da formulação de políticas públicas, em que o Estado deve, como visto, garantir que os bens por ele oferecidos sejam materialmente acessíveis a todos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do estudo realizado, foi possível constatar que o direito à saúde se encontra fundado no princípio da universalidade, a qual pressupõe que a prestação deve necessariamente cumprir-se, sem que possa a autoridade beneficiar com ela a alguns e negá-la para outros. Nada obstante, a prestação dos serviços públicos deve ser assegurada a todos, sem a exclusão de qualquer cidadão.

---

<sup>19</sup> Por meio do Decreto 4.317/2020, do Estado do Paraná, editado em 21/03/2020.

<sup>20</sup> Por meio da Medida Provisória n. 927/2020, publicada em 22/03/2020.

Em um segundo momento demonstrou-se a situação atual da possibilidade da prestação da assistência à saúde pela iniciativa privada, desde que contratada, o que há muito traz reflexos para a compreensão da proteção à saúde no Brasil. Além disso, como enfoque do trabalho, demonstrou-se a fundamentação para o sistema de ressarcimento pelas operadoras de plano de saúde ao sistema único de saúde, quando da realização de procedimentos que estavam cobertos pelo plano contratado.

Essencialmente remonta-se a discussão da obrigação contratual das Operadoras de plano de saúde e a intenção de evitar o enriquecimento ilícito delas, não sendo abordado a fundo a real questão central: a universalidade. Argumentou-se no sentido de que ao contratar um plano de saúde, o indivíduo não está renunciando ao seu direito, e sim, reforçando-o.

A universalidade atribui ao Estado a obrigação de constituir condições fáticas para o acesso aos serviços públicos, de modo a garantir que materialmente todos possam ter acesso ao direito à saúde, a utilização de um plano de saúde é complementar ao direito e não substitutivo.

Nesse sentido, no caso da utilização de qualquer diagnóstico e tratamento, com o enfoque nas questões do COVID-19, defende-se que não deva ser aplicado o ressarcimento dos planos privados para o serviço público de saúde.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, **Dados gerais**. 2019. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em 19 de março de 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988.

BRASIL. **Lei n. 9.656, de 03 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

BRASIL. **Lei n. 13.979, de 06 de fevereiro de 2020.** Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública. Boletim Epidemiológico 03. 21/02/2020a. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/21/2020-02-21-Boletim-Epidemiologico03.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2020.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública. Boletim Epidemiológico 05. 14/03/2020b. Disponível em: [http://maismedicos.gov.br/images/PDF/2020\\_03\\_13\\_Boletim-Epidemiologico-05.pdf](http://maismedicos.gov.br/images/PDF/2020_03_13_Boletim-Epidemiologico-05.pdf). Acesso em: 19 mar. 2020.

BRASIL. **Agência Nacional de Saúde Complementar.** Resolução Normativa n. 453, de 12 de março de 2020c. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mzg2MQ==>. Acesso em: 20 mar. 2020.

BRASIL. **Agência Nacional de Saúde Complementar.** Guia do Ressarcimento ao SUS. Impugnação e Recursos. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano\\_de\\_saude\\_e\\_Operadoras/Area\\_da\\_Operadora/Compromissos\\_interacoes\\_ANS/ressarcimento/guia-ressarcimento-ao-sus-2019-online.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_da_Operadora/Compromissos_interacoes_ANS/ressarcimento/guia-ressarcimento-ao-sus-2019-online.pdf). Acesso em: 20 mar. 2020.

BRASIL. **Supremo Tribunal Federal**. Recurso Extraordinário n. 597.064/RJ. Rel. Ministro Gilmar Mendes. Plenário, j. em 07 fev. 2018. Disponível em:  
<http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=314346958&text=.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2020.

BRASIL. **Supremo Tribunal Federal**. Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 1931. Rel. Ministro Marco Aurélio. Plenário, j. em 07 fev. 2018. Disponível em:  
<http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=314542313&text=.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2020.

BRASIL. **Agência Nacional de Saúde Complementar**. ANS inclui exame para detecção de Coronavírus no Rol de Procedimentos obrigatórios. 12/03/2020d. Disponível em:  
<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/5405-ans-inclui-exame-para-deteccao-de-coronavirus-no-rol-de-procedimentos-obrigatorios>. Acesso em: 20 mar. 2020.

CIMMA, Enrique Silva. **Derecho administrativo chileno y comparado**: el servicio público. Santiago: Jurídica de Chile, 1995.

CLÈVE, Clèmerson Merlin. A eficácia dos direitos fundamentais sociais. **Revista de Direito Constitucional e Internacional**. vol. 54, p. 28, Jan.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Para entender a gestão do SUS (Coleção progestores). 2003. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gesta\\_o.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gesta_o.pdf). Acesso em 19 de março de 2020.

COSTA, Lígia Maria Cantarino da; MERCHAN-HAMANN, Edgar. Pandemias de influenza e a estrutura sanitária brasileira: breve histórico e caracterização dos cenários. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 7, n. 1, pp. 11-25, 2016. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v7n1/v7n1a02.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2020.

CUTLER, David M.; ZECKHAUSER, Richard J. **The anatomy of health insurance**. Handbook of health economics, v. 1, p. 563-643, 2000.

DUARTE, Cristina Maria Rabelais; DI GIOVANNI, Geraldo. **A assistência médica suplementar no Brasil: história e características da cooperativa de trabalho médico Unimed**. In: Brasil: radiografia da saúde. Unicamp, 2001. p. 363-393.

FINKELMAN, Jacobo. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2002.

FREITAS, Juares. **Estudos de direito administrativo**. São Paulo: Malheiros, 1995.

FREITAS, Marcella Abunahman. **A avaliação da efetividade da política de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde**. Tese de Doutorado. Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo 2011.

GURGEL, Cristina Brandt Friedrich Martin. 1918: a gripe espanhola desvendada? **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 11, n. 4, out./dez. 2013. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n4/a4129.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2020.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “Transição Democrática”: anos 80. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991.

MACÁRIO, Igor; MENGUE, Priscila. Exame para coronavírus só pode ser feito com pedido médico, mesmo na rede particular; entenda. **Estadão**. 15/03/2020. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,exame-para-coronavirus-so-pode-ser-feito-com-pedido-medico-mesmo-na-rede-particular-entenda,70003234070>. Acesso em: 22 mar. 2020.

MADRUGA, Sidney. **Pessoas com Deficiência e Direitos Humanos**. 2ª edição. São Paulo: Saraiva, 2016.

MARTINS, Carina Burri; LEITE, Francine; NOVAIS, Marcos. **Principais pontos do ressarcimento ao SUS**. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. 2010. Disponível em: <http://documents.scribd.com/s3.amazonaws.com/docs/968686fjwg3oglhk.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2020.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; SILVEIRA, Fernando Gaiger. **O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado?** 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Folha Informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus)**. OPAS Brasil. 18/03/2020. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6101:folha-informativa-novo-coronavirus-2019-ncov&Itemid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:folha-informativa-novo-coronavirus-2019-ncov&Itemid=875). Acesso em: 19 mar. 2020.

SANTOS, Iris Almeida dos; NASCIMENTO, Wanderson Flor do. As medidas de quarentena humana na saúde pública: aspectos bioéticos. **Revista Bioethikos**, Centro Universitário São Camilo, v. 8, n. 2, pp. 174-185, 2014.

SOBRE CORONAVÍRUS. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/coronavirus.html>. Acesso em : 19 mar. 2020.

SCHIER, Adriana da Costa Ricardo. Regime jurídico do serviço público: garantia fundamental do cidadão e proibição de retrocesso social. Curitiba, 2009. 224 f. Tese (Doutorado em Direito). Programa de Pós-Graduação em Direito, Universidade Federal do Paraná, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus disease (COVID-2019) situation reports**. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>. Acesso em: 20 mar. 2020.