

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
CAMPUS A. C. SIMÕES
FACULDADE DE DIREITO DE ALAGOAS
CURSO DE DIREITO

BEATRIZ FERREIRA ACIOLI DANTAS

RESSARCIMENTO AO SUS

**Um instrumento de transferência de responsabilidade em defesa do direito à
saúde**

Maceió/AL

2024

BEATRIZ FERREIRA ACIOLI DANTAS

RESSARCIMENTO AO SUS

Um instrumento de transferência de responsabilidade em defesa do direito à saúde

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Direito da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharelado em Direito.

Orientador: Prof. Me. Thiago Rodrigues de Pontes Bomfim.

Coorientador: Martins Ramalho de Freitas Leão Rêgo.

Maceió/AL

2024

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale – CRB4 - 661

D192r Dantas, Beatriz Ferreira Acioli.
Ressarcimento ao SUS : um instrumento de transferência de responsabilidade em defesa do direito à saúde / Beatriz Ferreira Acioli Dantas. – 2024.
55 f.

Orientador: Thiago Rodrigues de Pontes Bomfim.
Coorientador: Martins Ramalho de Freitas Leão Rêgo.
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Direito) – Universidade Federal de Alagoa, Faculdade de Direito de Alagoas. Maceió, 2024.

Bibliografia. f. 52-55.

1. Brasil – Sistema Único de Saúde. 2. Ressarcimento – Obrigação. 3. Saúde suplementar. 4. Operadoras de planos de saúde. I. Título.

CDU: 342.7(81)

Este trabalho é dedicado à minha mãe, Maria Roseane, por ser fonte inesgotável de força e inspiração, por ser abrigo em todos os momentos.

RESUMO

A Constituição da República de 1988 estabelece a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. No entanto, a prestação de assistência à saúde não é exclusividade do Poder Público, sendo permitida também a atuação da iniciativa privada nesse setor. No Brasil, coexistem serviços públicos e privados de saúde, cada um com princípios e objetivos distintos. A fim de regular a assistência privada à saúde, o Estado promulgou a Lei 9.656/98, que, em seu artigo 32, dispõe sobre o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS). Este trabalho propõe uma análise do fundamento jurídico desse ressarcimento, questionando se a cobrança, conforme disciplinada pelo referido artigo, se baseia no direito tributário ou nos institutos da responsabilidade civil e do enriquecimento sem justa causa. No entanto, o objetivo central é demonstrar que a natureza da cobrança do ressarcimento ao SUS entra em conflito com o artigo 196 da Constituição Federal e com o princípio da igualdade e isonomia. Essa análise visa lançar luz sobre questões jurídicas relevantes no contexto da saúde pública e privada no Brasil, buscando contribuir para um debate informado sobre a regulamentação e os direitos dos cidadãos no acesso à saúde.

Palavras-chave: saúde; ressarcimento; SUS; obrigação; operadora.

ABSTRACT

The 1988 Constitution of the Republic establishes health as a right for all and a duty of the State. However, the provision of health care is not exclusive to the Public Authorities, with private sector activity also being permitted in this sector. In Brazil, public and private health services coexist, each with different principles and objectives. In order to regulate private health care, the State enacted Law 9,656/98, which, in its article 32, provides for reimbursement to the Unified Health System (SUS). This work proposes an analysis of the legal basis for this reimbursement, questioning whether the charge, as regulated by the aforementioned article, is based on tax law or on the institutes of civil liability and unjust enrichment. Although, the central objective is to demonstrate that the nature of charging reimbursement to the SUS conflicts with article 196 of the Federal Constitution and the principle of equality and isonomy. This analysis aims to shed light on relevant legal issues in the context of public and private healthcare in Brazil, seeking to contribute to an informed debate on regulation and citizens' rights in access to healthcare.

Keywords: health; refund; SUS; duty; company.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABI	Aviso de Beneficiário Identificado
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APAC	Autorização de Procedimento Ambulatorial
CADIN	Cadastro Informativo de Créditos Não Quitados
DATASUS	Departamento Informativo do SUS
DIDES	Diretoria de Desenvolvimento Setorial
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GRU	Guia de Recolhimento da União
IVR	Índice de Valoração do Ressarcimento
OMS	Organização Mundial da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	SAÚDE: DA DEFINIÇÃO AO DIREITO	13
2.1	O conceito de saúde	13
2.2	O direito à saúde à luz da legislação brasileira	14
2.3	Da saúde	18
3	A SAÚDE SUPLEMENTAR E O RESSARCIMENTO AO SUS	22
3.1	O surgimento da suplementar no Brasil	23
3.2	O processo de regulamentação e os impactos da Lei 9.656/98.....	26
3.3	A obrigação e o processo do ressarcimento ao SUS	28
4	ASPECTOS SUBJETIVOS DO RESSARCIMENTO AO SUS	33
4.1	Responsabilidade civil	34
4.2	O enriquecimento sem causa	39
4.3	Contribuição social	43
4.4	Recurso extraordinário 597.065/RJ	44
5	CONCLUSÃO	47
6	REFERÊNCIAS	52

1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde, consagrado nos artigos 6º e 196 da Constituição Federal de 1988, representa um dos pilares fundamentais do Estado brasileiro, assegurando a todos os cidadãos o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Nesse contexto, destacam-se as análises sobre a relevância dos direitos sociais, incluindo a saúde, como elementos essenciais para a promoção do bem comum e a garantia da dignidade humana.

O artigo 6º da Constituição estabelece os direitos sociais como fundamentais para a concretização da justiça social. A implementação efetiva desses direitos requer um sistema de saúde robusto, conforme abordado em relação à interdependência entre direitos sociais e a efetividade do direito à saúde.

O artigo 196 da Constituição destaca a universalidade e a integralidade como princípios norteadores do direito à saúde. Esses princípios estão intrinsecamente ligados à noção de dignidade da pessoa humana, reforçando a ideia de que a saúde não é apenas um direito individual, mas um elemento vital para a construção de uma sociedade justa e solidária.

Apesar das garantias constitucionais, o sistema de saúde no Brasil enfrenta desafios consideráveis. Ressalta-se a complexidade das relações no âmbito da saúde e a necessidade de uma articulação eficiente entre os setores público e privado para assegurar o acesso universal.

No cenário jurídico da saúde no Brasil, a Lei 9656/98 figura como um marco regulatório fundamental, estabelecendo diretrizes e normas para a prestação de serviços de assistência à saúde suplementar. Esta legislação, aliada aos preceitos constitucionais, busca promover a universalização do acesso à saúde e a garantia de uma assistência de qualidade para todos os cidadãos brasileiros.

A Lei 9656/98, conhecida como Lei dos Planos de Saúde, foi um passo crucial para a regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil. Ela estabelece as regras para a criação, funcionamento e fiscalização dos planos privados

de assistência à saúde, visando garantir direitos e proteção aos beneficiários desses serviços.

Dentre os aspectos mais relevantes da Lei 9656/98 está a definição dos direitos dos usuários dos planos de saúde, incluindo coberturas mínimas obrigatórias, prazos de carência, reajustes de mensalidades e critérios para rescisão de contratos. Essas disposições têm o propósito de assegurar que os beneficiários recebam uma assistência digna e adequada às suas necessidades de saúde.

Um dos pontos importantes introduzidos pela Lei 9656/98 é a obrigação do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) por parte das operadoras de planos de saúde. Conforme estabelecido pelo artigo 32 desta lei, quando um beneficiário de plano privado de assistência à saúde utiliza serviços disponibilizados pelo SUS, a operadora do plano é obrigada a ressarcir o sistema público pelos custos gerados por esse atendimento.

O debate sobre a constitucionalidade do ressarcimento ao SUS por parte das operadoras de planos de saúde tem ocupado um espaço significativo nos círculos jurídicos, políticos e sociais do Brasil. A controvérsia, delineada pelo artigo 32 da Lei nº 9656/98, desdobra-se em uma complexa rede de fundamentos jurídicos, econômicos e sociais.

No centro da questão, é possível identificar uma série de fundamentos jurídicos que embasam tanto a defesa quanto a contestação do ressarcimento ao SUS. Entre eles, destacam-se princípios constitucionais como a equidade, a solidariedade e a universalidade, pilares sobre os quais se ergue o sistema de saúde brasileiro. Por outro lado, há argumentos que ressaltam a responsabilidade civil das operadoras, a vedação ao enriquecimento sem causa e a necessidade de manutenção do equilíbrio entre os interesses comerciais e sociais.

A análise da jurisprudência, com destaque para o Recurso Extraordinário 597.064/RJ, revela uma saga judicial que perpassa os tribunais superiores e estabelece importantes precedentes sobre a matéria. Nesse contexto, a decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) de considerar constitucional a obrigação de ressarcimento ao SUS reflete não apenas uma interpretação legal, mas também implicações sociais e políticas mais amplas.

Além dos aspectos jurídicos, o debate sobre o ressarcimento ao SUS também se estende às questões sociais e econômicas. A busca por um sistema de saúde equitativo e acessível a todos os cidadãos confronta-se com os desafios da realidade econômica e da viabilidade financeira das operadoras de planos de saúde. A pressão da opinião pública e as repercussões das decisões judiciais tornam-se elementos cruciais nesse cenário, influenciando o curso do debate e as políticas públicas relacionadas à saúde.

Neste contexto, torna-se fundamental uma análise mais aprofundada dos pressupostos e das implicações do ressarcimento ao SUS. Esta análise não apenas lança luz sobre os aspectos jurídicos e constitucionais da questão, mas também promove uma reflexão sobre os desafios e as oportunidades de construção de um sistema de saúde mais justo e eficiente para todos os brasileiros.

Exemplo disso, o ressarcimento ao SUS introduz uma dinâmica financeira que afeta diretamente a viabilidade econômica das operadoras, especialmente quando consideramos a crescente demanda por serviços de saúde e os custos associados a tratamentos e procedimentos médicos, impactando diretamente os beneficiários. Por outro lado, também representa uma fonte de receita significativa para o sistema público de saúde.

Dessa forma, diante da complexidade e da relevância do tema, torna-se imperativo explorar os diversos ângulos e perspectivas que compõem o debate sobre

o ressarcimento ao SUS. A compreensão profunda desses aspectos não apenas enriquece o diálogo jurídico e social, mas também contribui para o aprimoramento das políticas públicas e para a promoção do direito fundamental à saúde no Brasil.

Nessa jornada investigativa, a pesquisa se apoia em métodos dedutivos e qualitativos, cuja combinação oferece uma perspectiva abrangente e multifacetada do tema. O método dedutivo, com sua base em premissas amplas e princípios constitucionais, serve como alicerce sólido para a construção de argumentos específicos relacionados à constitucionalidade do ressarcimento ao SUS por parte das operadoras de planos de saúde. Ao partir dos princípios fundamentais de equidade e solidariedade consagrados na Constituição, a pesquisa busca estabelecer vínculos diretos entre esses princípios e as obrigações das operadoras de planos de saúde no contexto do financiamento do sistema público de saúde.

Por outro lado, o método qualitativo é empregado para uma análise mais profunda das motivações legislativas subjacentes e das consequências jurídico-sociais associadas ao ressarcimento ao SUS. Aqui, o foco se volta para além das disposições legais e normativas, explorando o tecido social e econômico no qual o debate sobre o ressarcimento ao SUS está inserido. Examina-se não apenas o texto da lei, mas também sua aplicação na prática, os impactos nas comunidades e os desafios enfrentados tanto pelos usuários quanto pelos prestadores de serviços de saúde.

O presente estudo não se limita a uma análise estática; ao contrário, busca compreender a dinâmica em constante evolução do sistema de saúde brasileiro e como o ressarcimento ao SUS se encaixa nesse panorama em mutação. Para tanto, são considerados fatores como a judicialização da saúde, as políticas públicas de financiamento e a qualidade dos serviços oferecidos pelo SUS.

2 SAÚDE: DA DEFINIÇÃO AO DIREITO

2.1 O conceito de saúde

“Eu nasci há dez mil anos atrás”¹, o trecho extraído da música, que recebe o mesmo título, de Raul Seixas, compositor e cantor brasileiro conhecido por suas letras filosóficas e provocativas, faz uma reflexão poética sobre o ciclo da vida, a passagem do tempo e a experiência humana ao longo dos milênios. Revela também um anseio de continuidade da espécie humana, desejo esse que fez da saúde um tema tão caro à humanidade no decorrer dos anos e um objetivo a ser alcançado.

Com o advento da Revolução Industrial² durante a segunda metade do século XVIII, mudanças culturais e sociais significativas puderam ser observadas, dentre as quais podem ser destacadas a importância crescente dada à eficiência, à produção em massa e à acumulação de riqueza. Assim, a saúde deixou de ser entendida unicamente como necessária à existência do homem, tornando-se igualmente necessária à acumulação de capital. Isso porque, trabalhadores doentes implicavam nos resultados do processo produtivo.

Sendo nítido e considerável o impacto econômico atrelado ao estado de saúde dos trabalhadores, o Estado Liberal passou a intervir, limitando-se a sanar as principais enfermidades que comprometiam a mão de obra das fábricas. Embora tenha sido tímida a ação do Estado, mesmo porque o próprio modelo adotado assim dispunha, é possível identificarmos a presença de uma postura puramente “curativa”.

Essa concepção de saúde, voltada à cura do indivíduo que já se encontra doente, cedeu espaço para a saúde “preventiva”, que consiste em práticas e medidas que buscam evitar doenças ou problemas de saúde antes que ocorram. Essa transição somente foi possível após a eclosão de movimentos sociais ao redor do mundo na busca por uma sociedade mais justa, igualitária e democrática, sobretudo,

¹ HÁ DEZ MIL ANOS ATRÁS. Intérprete: Raul Seixas. Compositores: R. Seixas, P. Coelho e J. Vaquer. *In*: Eu nasci há 10 mil anos atrás. Intérprete: Raul Seixas. Rio de Janeiro: Philips Records, 1976. Álbum em vinil (40 min).

² REIS, Otávia. O Ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos de saúde: uma abordagem acerca do fundamento jurídico da cobrança. 2015. Dissertação (Graduação em Direito) - Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. p. 10-12.

em decorrência das atrocidades cometidas durante a Segunda Guerra Mundial.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), por sua vez, traz uma terceira dimensão da saúde em seu preâmbulo, ao descrevê-la como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.³ Formulada em 1948, essa definição destaca a natureza holística da saúde, a reconhecendo como uma busca constante do completo bem-estar.

Importante mencionar que a definição da OMS tem sido objeto de debate e crítica ao longo do tempo, seja pelo conceito utopista, seja pela dificuldade em mensurar sua efetividade. Todavia, independente das críticas, ocorre que a definição da OMS continua a ser uma referência central no campo da saúde global e, somada à qualidade de vida, compõe a saúde como é entendida hoje.

Em 1948, ano de importantes conquistas no âmbito da saúde, a Declaração Universal dos Direitos do Homem⁴, considerada um marco histórico na promoção e proteção dos direitos fundamentais, validou a saúde como um elemento essencial à cidadania, artigo 25, I, dispondo que:

Artigo 25. I) Todo o homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis [...].

Não obstante, mesmo compondo o quadro de Estados-membros das Nações Unidas, o direito à saúde somente passou a ser regulamentado no Brasil no final do século XX, quarenta anos após a Declaração Universal dos Direitos do Homem.

2.2 O direito à saúde à luz da legislação brasileira

Max Weber⁵, sociólogo e jurista alemão, ensina que o direito não é apenas um reflexo direto da estrutura econômica, mas também é influenciado por fatores

³ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição da Organização Mundial da Saúde. 1946, Nova Iorque. “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.”

⁴ A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, elaborada pela Organização das Nações Unidas, consiste em um documento base para a proteção dos direitos humanos básicos.

⁵ WEBER, Max. Economia e Sociedade. Brasília: UnB, 2015. 4º. Vol. 4.

culturais e ideológicos. As normas jurídicas, portanto, não são estáticas; ao contrário, estão sujeitas a mudanças e adaptações de acordo com as transformações culturais e sociais.

Posto isso, a redemocratização proporcionou um ambiente propício para a elaboração de uma Constituição Federal que representasse a diversidade e a pluralidade da sociedade brasileira. A Constituição de 1988 refletiu não apenas o retorno à democracia, mas também um compromisso inequívoco com a construção de uma nação mais inclusiva e igualitária.

Assim, a Constituição da República consagrou em seu artigo 6º a saúde, inserindo-a no Título II, “dos direitos e garantias fundamentais”, como um direito fundamental da pessoa humana.

Em que pese os ensinamentos de Dirley da Cunha, os direitos fundamentais podem ser definidos como “posições jurídicas que investem o ser humano de um conjunto de prerrogativas, faculdades e instituições imprescindíveis a assegurar uma existência digna, livre, igual e fraterna de todas as pessoas”. Para o conceituado jurista, a dignidade da pessoa humana constitui o núcleo essencial dessa categoria de direitos, direta ou indiretamente, à medida que consagram e possibilitam a concretização dessa dignidade. O direito à saúde, visto desse modo, busca garantir que todos tenham a oportunidade de desfrutar de boa saúde (bem-estar físico, mental e social) que lhes permita viver com dignidade, participar plenamente na sociedade e alcançar seu potencial máximo.

No entanto, essa não é a única razão, pela qual são considerados fundamentais segundo o seu entendimento:

[...] são direitos que se apresentam como fundamentais em duplo sentido: de um lado, porque são essenciais essenciais aos homens em sua convivência com outros homens; de outro lado, porque eles representam os pilares ético-político-jurídicos do Estado, fornecendo as bases sobre as quais as ações dos órgão estatais se desenvolvem, em cujos limites se legitimam (determinantes de limites negativos) e para a concretização dos quais determinam comportamentos positivos do Estado (determinantes positivos).⁶

⁶ JÚNIOR, Dirley da Cunha. Curso de Direito Constitucional. 6º. Salvador: JusPODIVM, 2020. p. 573.

Para o autor, os direitos fundamentais são dotados de nove características⁷, no presente estudo, no entanto, serão destacadas três: a inalienabilidade, a irrenunciabilidade e a imprescritibilidade. Isso implica dizer que, respectivamente, o titular do direito à saúde não pode transferi-lo ou negociá-lo e, uma vez que não está à disposição do titular, este, de igual modo, não pode renunciá-lo, ainda que seja possível não exercê-lo, assim como, pode ser reivindicado a qualquer tempo.

Além disso, para que seja exigível, o direito à saúde, enquanto direito fundamental, não carece de vinculação a outras normas, pois, a Constituição da República de 1988 assegura aplicação imediata e eficácia plena às “normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais”⁸. Logo, por força constitucional, fica o Estado obrigado a prover condições necessárias ao pleno exercício do direito à saúde e, igualmente, a abster-se de qualquer ato que o prejudique.

Interessante observar que dentro do Título II, o direito à saúde, por sua relação intrínseca ao direito à vida, foi inserido no Capítulo II, “dos direitos sociais”, revelando outra importante característica, conforme revela a redação do artigo 6º:

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.

Os direitos sociais estão intimamente relacionados ao conceito e à implementação do Estado do Bem-Estar Social⁹, isto é, refletem a busca por uma sociedade mais justa e equitativa, sua função é assegurar que o indivíduo disponha de um mínimo necessário a uma existência digna¹⁰.

Em regra, os direitos sociais dependem da intervenção material positiva (Poder Executivo) e jurídico-normativa (Poder Legislativo) do Estado¹¹ para serem

⁷ *Ibid.* p. 638-642.

⁸ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República. Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: [...] § 1º As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata.

⁹ JÚNIOR, Dirley da Cunha. Curso de Direito Constitucional. 6º. Salvador: JusPODIVM, 2020. p. 759-767.

¹⁰ JÚNIOR, Dirley da Cunha. Curso de Direito Constitucional. 6º. Salvador: JusPODIVM, 2020. p. 767.

¹¹ *Ibid.*

implementados. Desse modo, a efetivação do direito social à saúde, por sua vez, está vinculada à disponibilidade de hospitais públicos, à oferta de leitos, à elaboração de políticas públicas sociais e econômicas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, entre outros, a relação é extensa e não seria proveitoso tentar esgotá-la. Em caso de omissão do Estado quanto às prestações materiais, pode, o titular do direito, reclamar esse “direito originário à prestação” judicialmente.

Na mesma direção assenta Cláudio Bahia¹² acerca da atuação do Poder Público enquanto parte essencial a garantia do direito à saúde e, por conseguinte, ao princípio da dignidade da pessoa humana.

[...] obter do Estado prestações positivas, as quais, pela importância que detém, ultrapassam o campo da discricionariedade administrativa para uma inafastável vinculação de índole e força constitucionais, de modo que as pautas de atuação governamental estabelecidas no próprio seio da Lei de Outubro, jamais poderão ser relegadas a conceitos de oportunidade ou conveniência do agente público, eis que não podem transformar-se em mero jogo de palavras, pois, como visto, são indispensáveis à manutenção do “status” de dignidade da pessoa humana [...].

Outrossim, a Constituição de 1988 volta a tratar da saúde no artigo 196, localizado no Título VIII, “da ordem social”, Capítulo II, “da seguridade social”, desta vez, em seção própria (Seção II, “da saúde”), evidenciando a preocupação do constituinte com esse bem jurídico. *In verbis*:

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.

O dispositivo constitucional supracitado, além de ratificar o papel do Estado na promoção da saúde e na proteção desse direito, define o conceito de saúde que deve ser observado pelo Poder Público. Seguindo as diretrizes internacionais, demarca a superação da saúde enquanto a ausência de doença e adota uma postura preventiva e positiva de defesa à saúde, como será demonstrado adiante. Além disso, reconhece, sobretudo, a existência de um direito subjetivo público à saúde.¹³

¹² BAHIA, Cláudio Jose Amaral; ABUJAMRA, Ana Carolina Peduti. A Justiciabilidade do direito fundamental à saúde: Concretização do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010. p. 37-85.

¹³ JÚNIOR, Dirley da Cunha. Curso de Direito Constitucional. 6º. Salvador: JusPODIVM, 2020. p. 768.

Corroborando com esse entendimento, é valioso recordar a dimensão do direito à saúde no saber do Ministro Celso de Mello:

O direito à saúde – além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas – representa consequência constitucional indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no pano da organização federativa brasileira, não o de mostrar-se indiferente ao problema de saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por omissão, em censurável comportamento inconstitucional. O direito público subjetivo à saúde traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público (federal, estadual ou municipal), a quem incumbe formular – e implementar – políticas sociais e econômicas que visem a garantir a plena consecução dos objetivos proclamados no art. 196 da Constituição da República.¹⁴

Nessa senda, Norberto Bobbio afirma que verdadeira democracia, a “democracia material”, refere-se não apenas ao aspecto formal do sistema democrático, como eleições regulares, mas também à qualidade substantiva da democracia, quer dizer, à igualdade real, à proteção dos direitos sociais e econômicos e à busca por justiça social.

Por fim, por meio da promulgação da Lei nº 8.078/90, o Código de Defesa do Consumidor reconheceu a saúde como um direito básico do consumidor. Essa medida, expressa no artigo 6º, inciso I, destaca a importância da proteção à saúde também como um dos pilares fundamentais da relação de consumo.

2.3 Da saúde

Composta pelos artigos 196 a 200, essa seção constitucional (Título VIII, Capítulo II, Seção II) estabelece as diretrizes e responsabilidades do Estado brasileiro na garantia do direito à saúde.

O artigo 196 estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantindo ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Conforme discutido previamente, o dispositivo consagra o direito subjetivo público à saúde, reiterando o compromisso do Estado com a preservação da vida humana.

Logo em seguida, o artigo 197¹⁵ qualifica as ações e os serviços de saúde

¹⁴ STF, RE 241.630-2/RS, Rel. Min. Celso de Mello, DJ, 1, de 3-4-2001. p.49.

¹⁵ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República. Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público

como de “relevância pública”, ao mesmo tempo, atribui a competência para “dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle” à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, reconhecendo a competência concorrente desses entes federativos.

É válido recordar que, nas hipóteses de competência legislativa concorrente, a Constituição autoriza a União a estabelecer diretrizes básicas sobre assuntos de interesse comum. Nesse contexto, os estados e municípios possuem a autonomia para legislar conforme suas demandas locais, desde que estejam em conformidade com as disposições da legislação federal¹⁶.

O artigo 198¹⁷ estabelece o financiamento da saúde como responsabilidade das três esferas de governo, garantindo recursos mínimos para as ações e serviços públicos de saúde. Dessa maneira, reforça a ideia de que a saúde é uma prioridade e que requer investimentos adequados. Além disso, o artigo 198, em conjunto com a Emenda Constitucional nº 29, de setembro de 2000, instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), um marco importante na organização e na universalização do acesso aos serviços de saúde no Brasil.

Obedecendo a ordem, o artigo 199¹⁸ admite a participação complementar da iniciativa privada na garantia de assistência à saúde, desde que obedecendo aos princípios e diretrizes deste sistema.

dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

¹⁶ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Art. 24. Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre [...] § 1º No âmbito da legislação concorrente, a competência da União limitar-se-á a estabelecer normas gerais. § 2º A competência da União para legislar sobre normas gerais não exclui a competência suplementar dos Estados. § 3º Inexistindo lei federal sobre normas gerais, os Estados exercerão a competência legislativa plena, para atender a suas peculiaridades. § 4º A superveniência de lei federal sobre normas gerais suspende a eficácia da lei estadual, no que lhe for contrário.

¹⁷ *Ibid.* Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. [...].

¹⁸ *Ibid.* Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. [...].

Por fim, o artigo 200¹⁹ trata das atribuições do SUS em relação às ações e serviços de saúde, incluindo a promoção da saúde ambiental, com ênfase em políticas de saneamento básico. Isso amplia a visão do SUS para além do atendimento clínico, incorporando medidas preventivas e de promoção da saúde no meio em que as pessoas vivem. Nota-se que as atribuições do SUS não se esgotam com a prestação de serviços assistenciais, elas vão desde a fiscalização ao controle de atividades atreladas à saúde.

A união desses artigos somada à Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/1990²⁰, compõem os princípios fundamentais do SUS:

a) Universalidade: assegura que todos os cidadãos brasileiros têm direito ao acesso igualitário e sem discriminações aos serviços de saúde oferecidos pelo SUS. Isso significa que o atendimento deve ser prestado a todas as pessoas, independentemente de sua condição socioeconômica, regional ou qualquer outra característica.

b) Integralidade: preconiza que o SUS deve oferecer ações e serviços de saúde de forma completa, considerando as diferentes dimensões da saúde, como prevenção, promoção, tratamento e reabilitação. O intuito é proporcionar um cuidado abrangente e atender às variadas necessidades dos indivíduos e das comunidades.

c) Equidade: busca reduzir as desigualdades em saúde, garantindo que as pessoas recebam atenção de acordo com suas necessidades. Isso implica em priorizar aqueles que estão em situação de maior vulnerabilidade ou com maiores

¹⁹ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

²⁰ BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

necessidades de saúde, de modo a promover a justiça social.

d) Descentralização: refere-se à distribuição de responsabilidades e recursos entre as diferentes esferas de governo (União, Estados, Municípios), garantindo maior autonomia na gestão e execução das ações de saúde. Essa descentralização busca adequar as políticas de saúde à realidade local, promovendo uma abordagem mais eficiente e adaptada às necessidades específicas de cada região.

e) Regionalização: está associado à organização dos serviços de saúde de acordo com critérios geográficos, visando a construção de redes de atenção à saúde que integrem diferentes níveis de complexidade. Isso facilita o acesso da população aos serviços e promove uma distribuição mais equitativa dos recursos.

f) Hierarquização: estabelece uma ordem de complexidade e abrangência nos serviços de saúde, organizando-os em níveis de atenção (primária, secundária e terciária). A ideia é que a atenção básica seja o primeiro ponto de contato, promovendo a continuidade e a eficiência na oferta de cuidados.

g) Participação social: preconiza o envolvimento da comunidade na formulação, execução e avaliação das políticas de saúde. A participação é fundamental para garantir que as necessidades reais da população sejam consideradas e para fortalecer o controle social sobre as ações do SUS.

Planejado na VII Conferência Nacional de Saúde em 1986²¹, a criação do SUS representou um avanço significativo no campo da saúde pública, alinhando-se aos princípios de integralidade, universalidade e equidade.

²¹ CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Conferência Nacional da Saúde. 8º. 1986, Brasília/DF. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>. Acesso em 20 dez. 2024.

3 A SAÚDE SUPLEMENTAR E O RESSARCIMENTO AO SUS

Os serviços de saúde oferecidos no Brasil têm sido objeto de discussões e análises contínuas, especialmente no que diz respeito às diferenças entre o SUS e a rede privada. Ambos desempenham papéis distintos na oferta de assistência médica à população, cada um com suas obrigações e regime jurídico específico.

O SUS, como será visto, foi idealizado e estabelecido pela Constituição da República de 1988 como um sistema público de saúde, com o objetivo de garantir o acesso universal e igualitário à saúde para todos os cidadãos brasileiros. O SUS é financiado principalmente por recursos públicos, provenientes dos orçamentos da União, dos estados e dos municípios, e é responsável por oferecer atendimento médico, hospitalar, odontológico e farmacêutico, além de promover ações de prevenção e promoção da saúde.

O acesso aos serviços de saúde por ele ofertados é baseado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, o que significa que todos os cidadãos têm direito ao atendimento, independentemente de sua condição socioeconômica ou local de residência. Além disso, o SUS é regido por uma série de leis e regulamentações que visam garantir a qualidade e a eficiência dos serviços prestados, incluindo a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) e a Lei nº 8.142/1990, que estabelece a participação da comunidade na gestão do sistema.

A rede privada de saúde, por outro lado, opera sob uma lógica diferente. Composta por hospitais, clínicas, consultórios, seguradoras e operadoras de planos de saúde, que oferecem serviços de saúde mediante pagamento direto ou por meio de saúde, a sua principal característica é a oferta de serviços de saúde com base em critérios mercadológicos, onde a qualidade e a eficiência dos serviços muitas vezes estão associadas à capacidade financeira do paciente.

Os serviços de saúde na rede privada são regidos pelo Código Civil Brasileiro e por regulamentações específicas do setor, como a Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656/1998), que estabelece os direitos e deveres das operadoras de planos de saúde e dos usuários. A relação entre os pacientes e os prestadores de serviços de saúde na rede privada é baseada em contratos e acordos comerciais, nos

quais são estabelecidos os direitos e as responsabilidades de ambas as partes.

É importante ressaltar que tanto o SUS quanto a rede privada de saúde têm a obrigação de garantir o acesso à saúde e de oferecer serviços de qualidade à população, cada um dentro de seu contexto e características específicas. Enquanto o SUS tem o desafio de atender a uma demanda crescente e diversificada de usuários, muitas vezes com recursos limitados, a rede privada enfrenta o desafio de conciliar os interesses comerciais com a necessidade de garantir a segurança e a eficácia dos tratamentos médicos.

Em suma, os serviços de saúde oferecidos no SUS e na rede privada desempenham papéis complementares na oferta de assistência médica à população brasileira. Enquanto o SUS representa a garantia do acesso universal e igualitário à saúde, a rede privada oferece serviços complementares, muitas vezes com maior agilidade e conforto, mas que nem sempre estão ao alcance de todos os cidadãos. Ambos os sistemas estão sujeitos a um regime jurídico específico, que estabelece os direitos e deveres das partes envolvidas e visa assegurar a qualidade e a eficiência dos serviços prestados.

3.1 O surgimento da saúde suplementar no Brasil

A origem da saúde suplementar no Brasil remonta às décadas de 1950 e 1960²², época em que o país atravessava efervescentes transformações, seja no contexto histórico ou econômico, importantes movimentos sociais também marcaram o período na busca por melhores condições de vida.

Não obstante, é necessário voltar alguns anos e relembrar eventos marcantes que ocorreram à época para compreender o contexto do Brasil nas décadas de 50 e 60.

Dentre eles, e talvez o mais impactante, a Segunda Guerra Mundial, datada de 1939 a 1945, que, indiscutivelmente, desencadeou consequências sentidas ao redor do mundo, simultaneamente ao seu acontecimento e nas décadas seguintes. A

²² LEAL, Rodrigo Mendes. O mercado da saúde suplementar no Brasil: regulação e resultados econômicos dos planos privados de saúde. Rio de Janeiro, 2014. p. 74.

fim de esclarecer quais foram os seus efeitos na esfera da saúde suplementar brasileira, será dado destaque ao período de reconstrução econômica e reestruturação mundial vivido após o conflito.

O Brasil buscou se incorporar à economia global aproveitando a carência por matérias-primas oriunda dos prejuízos provocados pela guerra, a fim de atender a necessidade do comércio internacional, estimulou a produção e a industrialização nacional. Nesse contexto, novas tecnologias voltadas à produção em massa foram importadas e introduzidas na indústria brasileira com o propósito de elevar a produtividade e a eficiência.

É diante desse cenário que, como uma resposta estratégica ao contexto internacional, emerge o Plano de Metas²³, ligado, por óbvio, intimamente às mudanças globais e às oportunidades criadas no cenário pós-guerra, buscando reduzir a dependência de importações e impulsionar a produção interna, buscando modernizar economia brasileira e avanços no processo de industrialização.

O Plano de Metas ou Plano de Desenvolvimento Econômico de Juscelino Kubitschek, presidente da república no período de 1956 a 1961, marcado pelo lema “50 anos em 5”, possuía o pretensioso objetivo de impulsionar o desenvolvimento econômico e industrial brasileiro.

A política arrojada do ex-presidente modernizou também a agricultura com a introdução de novas tecnologias nas lavouras, de sorte que muitos trabalhadores rurais foram atraídos em direção às cidades em busca de melhores condições e oportunidades de emprego.

A soma desses fatores contribuiu para um profundo processo de urbanização no Brasil, resultando em um aumento significativo de mão de obra disponível para a indústria e a construção civil (parte importante para execução do Plano de Metas). Paralelamente, ensejou uma crescente demanda por bens de consumo.

²³ BRASIL. Presidência da República (PR). Programa de Metas do Presidente Juscelino Kubitschek. Rio de Janeiro, 1958. Disponível em: <https://bibliotecadigital.economia.gov.br/handle/777/33>. Acesso em 11 jan. 2024.

Não restam dúvidas que a Segunda Guerra Mundial foi marcada por atrocidades, violações de direitos humanos e dificuldades econômicas, o que impulsionou movimentos sociais ao redor do mundo na busca por uma sociedade mais justa, igualitária e democrática, como avanços nos direitos civis e trabalhistas. Em solo brasileiro, foram responsáveis por mudanças nas estruturas sociais, econômicas e políticas de todo país, além de melhores condições de trabalho e nas relações industriais.

É, portanto, no contexto da industrialização e de discussões sociais importantes que os planos privados de assistência à saúde passaram a emergir no cenário brasileiro com o intuito de manter a produtividade nas indústrias e fomentar a expansão industrial, como diz Cechin:

A saúde suplementar surge com a industrialização de Juscelino Kubitschek. Era importante que os trabalhadores das novas indústrias tivessem tratamento rápido e eficaz. [...]. Assim, o setor de planos de seguros de saúde nasceu e se desenvolveu junto com a economia do país.²⁴

Nota-se que toda a trajetória da saúde suplementar, desde seu surgimento à expansão, está intimamente relacionada ao contexto histórico, social, político e econômico vivido pelo Brasil.

À vista disso, Ligia Bahia²⁵ atribui o surgimento dos planos e seguros privados de saúde à pouca ou inexistente cobertura da Previdência Social e ao estímulo estatal à privatização dos serviços de saúde, com destaque à abertura das Santas Casas e aos serviços médicos nelas oferecidos.

Logo, percebe-se uma relação direta entre a qualidade dos serviços públicos de saúde e o crescimento das operadoras de saúde privadas, seja pela dificuldade de acesso ou pela precarização dos serviços oferecidos pelo setor público, advém o terceiro e mais evidente elemento para o desenvolvimento do setor privado de assistência à saúde.

²⁴ CECHIN, José. A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulação. São Paulo: Saraiva Letras & Lucros, 2008. p. 17.

²⁵ Bahia, Ligia; Antunes, Ludmila; Cunha, Thereza Cristina; Martins, William. Planos de saúde no Brasil: origens e trajetórias. Rio de Janeiro: LEPS/UFRJ e ANS/Ministério da Saúde, 2005. p. 19-20.

3.2 O processo de regulamentação e os impactos da Lei 9.656/98

A regulamentação do setor remonta ao final do século XX, quase cinquenta anos após o seu surgimento no Brasil.

A Constituição de 1998, conhecida como “Constituição Cidadã”, ganhou essa alcunha por trazer significativos avanços no âmbito dos direitos e garantias individuais. Promulgada em um contexto pós ditadura militar, foi um marco da redemocratização do país. O acesso à saúde, por sua vez, apresenta-se como uma ferramenta indispensável ao Estado Democrático de Direitos²⁶.

Além de firmar a saúde enquanto “direito de todos e dever do Estado”, a Constituição Federal trouxe consigo a possibilidade de atuação do setor privado de modo complementar ao sistema de saúde público, mediante convênios e contratos com a Administração Pública.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.
 § 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

A Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 foi responsável por criar o Sistema Único de Saúde, oferecendo à população assistência médica de maneira universal, integral e gratuita. Sua criação representou uma mudança significativa no modelo de saúde do país, buscando garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. Ainda no mesmo ano, foi homologada a Lei nº 8.142, que trouxe consigo a temática da participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

Oito anos mais tarde, os planos de saúde e os seguros de assistência médica passaram a possuir regulamentação graças à Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998. Agência Nacional de Saúde Suplementar²⁷, por seu turno, dois anos após a

²⁶ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República. 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.

²⁷ BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Art. 1º É criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio

publicação da lei que regulamenta o setor, é instituída autarquia sob regime especial responsável por regulamentar e fiscalizar as obrigações inerentes ao setor da saúde privada por meio da Lei nº 9.961.

A Lei nº 9.656/98 ficou conhecida como a Lei dos Planos de Saúde e foi um marco para o setor, proporcionou maior segurança aos consumidores e empresários. Isso porque, dentre muitas inovações, estabeleceu parâmetros de cobertura mínima obrigatória (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde), critérios para reajuste na mensalidade, carências e prazos de atendimento, fixou regras mais claras no que diz respeito a criação, operação e fiscalização dos planos de saúde.

Algumas críticas podem ser feitas à Lei 9.656/98 quanto às alterações feitas ao conteúdo da lei em um curto espaço de tempo por medidas provisórias, que à época, perdiam a validade caso não fossem aprovadas pelo Congresso Nacional em 30 dias. O que implicava em um elevado grau de insegurança jurídica.

[...] os três primeiros anos da regulamentação foram marcados pela assunção pelo poder executivo da função legislativa, fato gerador de insegurança quanto ao futuro, em função do caráter temporário das Medidas Provisórias e da ocorrência de mudanças nas suas reedições mensais.²⁸

Outras críticas são feitas quanto às constantes mudanças feitas desorganização dos dispositivos em capítulos e/ou seções, dificultando a sua compreensão²⁹.

O debate em torno da Lei 9.656/98 continua, e propostas de alterações legislativas ou regulamentares são frequentemente discutidas para melhorar o cenário da saúde privada no país.

de Janeiro - RJ, prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde. Parágrafo único. A natureza de autarquia especial conferida à ANS é caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes.

²⁸ LEAL, Rodrigo Mendes. O mercado da saúde suplementar no Brasil: regulação e resultados econômicos dos planos privados de saúde. Rio de Janeiro, 2014. p.148

²⁹ CECHIN, Jose. A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulação. São Paulo: Saraiva Letras & Lucros, 2008. p. 166.

3.3 A obrigação e o processo do ressarcimento ao SUS

Junto à instituição da Lei 9.656/98, nasce a obrigação de ressarcimento ao SUS pelas empresas privadas de assistência à saúde, a determinação parte do princípio de que deve ser reposto ao Estado os valores gastos com os beneficiários de planos de saúde, com previsão consignada no artigo 32 da respectiva lei, *in verbs*:

Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 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. (Redação dada pela Lei nº 12.469, de 2011)

§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o 15o (décimo quinto) dia da data de recebimento da notificação de cobrança feita pela ANS. (Redação dada pela Lei nº 12.469, de 2011)

§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3o será cobrado com os seguintes acréscimos: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - multa de mora de dez por cento (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 5o Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3o serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 7º A ANS disciplinará o processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2o deste artigo, cabendo-lhe, inclusive, estabelecer procedimentos para cobrança dos valores a serem ressarcidos. (Redação dada pela Lei nº 12.469, de 2011)

§ 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. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 9º Os valores a que se referem os §§ 3o e 6o deste artigo não serão computados para fins de aplicação dos recursos mínimos nas ações e serviços públicos de saúde nos termos da Constituição Federal. (Incluído pela Lei nº 12.469, de 2011)

Desde a instituição do encargo, muitos foram os obstáculos enfrentados pelo poder público para que o dispositivo se tornasse efetivo. Merecem destaque a dificuldade em rastrear com precisão todos os atendimentos realizados no SUS ou

por ele custeado (parte desse problema está associado à dimensão continental do Brasil), identificar corretamente os usuários de plano de saúde, os litígios judiciais entre as operadoras de planos de saúde e o poder público, a complexa integração dos sistemas e as constantes alterações normativas. A respeito desse último, estima-se que a Lei 9.656/98 tenha sido objeto de mais de 44 medidas provisórias desde a sua publicação até meados de 2001³⁰.

Insta dizer que, embora estabelecido em 1998, o ressarcimento aos SUS somente foi regulamentado em 2000, mediante a Resolução da Diretoria Colegiada nº 18, atribuindo à Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES) da ANS a competência para estabelecer o funcionamento e atualização do processo³¹.

Atualmente, o processo administrativo de ressarcimento é regido pela Resolução Normativa nº 502 de 2022, que revogou as Resoluções Normativas nº 358 de 2014, nº 377 de 2015, e o artigo 25 da nº 464 de 2020.

O processo de ressarcimento ao SUS tem início com a identificação do beneficiário de plano de saúde que tenha sido atendido na rede pública de saúde. Isso somente é possível porque, regularmente, o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) repassa à ANS todas as informações coletadas a respeito de procedimentos realizados e custeados pelo SUS, esses dados dizem respeito a autorização de internação hospitalar (AIH) e a autorização de procedimento ambulatorial (APAC).³²

³⁰LEAL, Rodrigo Mendes. O mercado da saúde suplementar no Brasil: regulação e resultados econômicos dos planos privados de saúde. Rio de Janeiro, 2014. p.148

³¹ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução da Diretoria Colegiada nº 18. Art. 10. Os dados cadastrais, o fluxo de sua atualização, as rotinas para processamento da identificação, das impugnações, das cobranças e dos pagamentos, além das medidas necessárias ao recebimento dos valores devidos e não pagos pelas operadoras nos prazos de seus vencimentos, serão definidos em ato próprio pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS, sem interrupção da implantação já iniciada pelo Ministério da Saúde durante a vigência das Resoluções CONSU 07, 09, 22 e 23. Disponível em https://antilegis.antt.gov.br/action/ActionDatalegis.php?acao=detalharAto&tipo=RDC&numeroAto=00000000&seqAto=000&valorAno=2000&orgao=DC/ANS/MS&nomeTitulo=codigos&desItem=&desItemFid=&cod_modulo=420&cod_menu=7145. Acesso em: 14 jan. 2024.

³² AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Guia do Ressarcimento ao SUS: Impugnações e Recursos. 2019, Rio de Janeiro. A Autorização de Internação Hospitalar – AIH é o documento com numeração própria em que se registra uma internação hospitalar realizada no SUS. Além de identificar o usuário que foi internado, a AIH indica, entre outros dados, os serviços a ele prestados, a unidade de saúde, a competência (mês) do faturamento e o caráter da internação. A Autorização de Procedimentos Ambulatoriais – APAC é o documento utilizado pelo SUS para autorizar a realização de procedimentos ambulatoriais de alta e de média complexidade e a disponibilização de medicamentos excepcionais. A

É necessário esclarecer que até 2011 somente eram objeto de ressarcimento os gastos do SUS os atendimentos em regime de internação hospitalar, a partir de 2012, após auditoria do Tribunal de Contas da União em 2008, houve a inclusão dos procedimentos de média e alta complexidade³³.

Recebidas as informações relativas às AIHs e APACs realizadas no SUS, a ANS as cruza com o Sistema de Informações de Beneficiários (SIB), seu banco de dados das operadoras de planos privados de assistência à saúde. Em seguida, notifica as operadoras de saúde por meio de ofício, nomeado de Aviso de Beneficiário Identificado (ABI), para que realizem o pagamento dos serviços utilizados por seus beneficiários ou, no prazo de 30 dias corridos, apresente defesa (por AIH ou APAC) quando acreditem que a cobrança não é devida.

Para facilitar o entendimento, as notificações (ABIs) correspondem aos atendimentos ocorridos no SUS durante um trimestre, resultando na abertura de um processo administrativo para cada operadora.

Quanto às defesas, os motivos que levam à impugnação mais recorrentes são a incidência de franquia ou coparticipação, procedimentos não cobertos pelos planos de saúde, procedimentos realizados fora da área de abrangência contratual e carência contratual.

Importante atentar que com o advento da Lei 9.656/98 passou a existir também uma distinção entre planos de saúde regulamentados, contratados a partir de 1999, e contratos não regulamentados, contratados anteriormente à vigência da lei que regulamentou o setor. Isso implica dizer que também as coberturas assistenciais apresentam características distintas, haja vista que a norma em questão foi

APAC apresenta numeração própria e indica, entre outros, o nome, a data de nascimento e o sexo do usuário atendido, a unidade de saúde que prestou o atendimento, os procedimentos realizados e o caráter do atendimento. Ao contrário da AIH, que indica as datas em que se iniciou e se encerrou o atendimento, a APAC indica o período em que o atendimento tem autorização para ser realizado. Disponível em https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/espaco-da-operadora-de-plano-de-saude/compromissos-e-interacoes-com-a-ans/envio-de-informacoes/copy_of_guia_ressarcimento_ao_SUS_2019_versao_2a_semgov.pdf. Acesso em 02 jan. 2024.

³³ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Boletim informativo: Utilização do Sistema Único de Saúde por Beneficiários de Planos de Saúde e Ressarcimento ao SUS. 16ª. 2023, Rio de Janeiro. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojInZwMzBIN2MtZWZjYy00NDQ2LWE1OWQtNzljMTkyYzY1Y2M1IiwidCI6IjlkYmE0ODBJLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>. Acesso em: 14 jan. 2024.

responsável pela fixação de um índice de cobertura mínima obrigatória, antes determinado exclusivamente pelas disposições contratuais.

As impugnações feitas são analisadas pela DIDES que, por sua vez, emite uma Nota Técnica expondo as razões do indeferimento ou não de cada impugnação, o processo ainda admite recurso interposto à Diretoria Colegiada da ANS.

O valor ressarcido pelas operadoras de saúde aos cofres públicos provém do produto do Índice de Valoração do Ressarcimento (IVR), assentado pela Resolução Normativa nº 215/2011 e convencionado em 1,5³⁴, pelo valor empregado pelo SUS em cada atendimento.

Segundo a própria Agência Reguladora, “os valores do ressarcimento não serão inferiores aos praticados pelo SUS nem superiores aos estabelecidos pelas operadoras de planos de saúde para os seus próprios atendimentos”.³⁵

Esgotadas as etapas do processo, emite-se uma Guia de Recolhimento da União (GRU), ressaltando que é feito o abatimento do valor correspondente às impugnações consideradas procedentes, não havendo pagamento, ocorre a inscrição na dívida ativa e no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados (CADIN), a cobrança é feita pela Procuradoria Federal em parceria com a ANS.

O montante arrecadado é direcionado integralmente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), constitui, portanto, uma receita pública. Instituído pelo decreto nº 64.867 de 1969, o FNS é o órgão público vinculado ao Ministério da Saúde responsável pela gestão financeira dos recursos destinados ao SUS em nível federal. Ou seja, desempenha um papel fundamental na promoção da saúde e no financiamento das ações e serviços de saúde no Brasil.

É necessário destacar que a cobrança é entendida como válida desde a

³⁴ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa nº 251, de 17 de junho de 2011. Art. 4º O valor de ressarcimento ao SUS resulta da multiplicação do Índice de Valoração do Ressarcimento - IVR, estipulado em 1,5 (um vírgula cinco), pelo valor lançado no documento do SUS de autorização ou de registro do atendimento.

³⁵ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Aviso de Beneficiários Identificados. 2023, Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/compromissos-e-interacoes-com-a-ans-1/espaco-ressarcimento-ao-sus-1/aviso-de-beneficiarios-identificados>. Acesso em 22 jan. 2024.

realização do procedimento na rede pública, o indeferimento das impugnações ou recursos ou, ainda, o não pagamento, proporcionam a incidência imediata de juros moratórios de 1% ao mês e multa se mora de 10%. A cobrança de multa nesses moldes é também um modo de evitar impugnações e recursos de cunho exclusivamente protelatório.

Para compreender melhor esse impacto, com o advento da Resolução Normativa 358/2015, que impôs a cobrança dos juros antes da conclusão do processo, os índices de deferimento e indeferimento das impugnações protocoladas passaram a convergir para o centro, evidenciando uma nítida estabilidade.³⁶

Estima-se que tenha sido pago ao erário público a importância de R\$ 3.565.304.514,00³⁷ entre 2014 e 2023 por meio da sistemática do Ressarcimento ao SUS.

Diante dos números expressivos e do impacto significativo do ressarcimento ao SUS, que não se limita apenas aos aspectos financeiros, torna-se evidente a importância de discutir os efeitos desse mecanismo na saúde pública e na iniciativa privada.

³⁶ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Dados e Publicações do Ressarcimento ao SUS. 2019, Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-e-publicacoes-do-ressarcimento-ao-sus>. Acesso em 14 jan. 2024.

³⁷ *Ibid.*

4 ASPECTOS SUBJETIVOS DO RESSARCIMENTO AO SUS

Desde a sua instituição muito se tem discutido a respeito da constitucionalidade do artigo 32 da Lei nº 9656/98, todavia, antes de abordar as controvérsias que permeiam o tema, é importante relembrar a obrigação criada pelo respectivo dispositivo:

Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) [...]

Os principais fundamentos jurídicos apontados por aqueles que defendem a obrigação do ressarcimento ao SUS são o enriquecimento sem causa por parte das empresas privadas de assistência à saúde, a necessidade de evitar o incentivo à atividade lucrativa com recursos públicos, ao passo que o modelo coíbe a recusa de atendimento e proporciona maior segurança quanto à certeza de atendimento. Isso ocorre porque, em tese, os beneficiários possuem direito aos procedimentos e internações (AIHs e APACs) que ensejam a cobrança, o que justificaria o repasse desses custos.

Sendo uma derivação destes, são apontadas as desigualdades entre o SUS e a rede privada de assistência à saúde, indicando o mecanismo de ressarcimento ao SUS como um instrumento de manutenção do acesso igualitário.

Segundo essa linha de entendimento, o dever extraído do artigo 32 da Lei nº 9656/98, é, ainda, um modo alternativo de proporcionar uma maior disponibilidade do serviço público para a população mais carente, aquela que não possui condições de arcar com os custos da contratação de um plano de saúde.

A fim de compreender os aspectos subjetivos que permeiam o tema, faz-se indispensável a análise do Recurso Extraordinário 597.064/RJ. Nesta ação, buscou-se discutir a constitucionalidade do ressarcimento ao SUS, no qual a Irmandade do Hospital Nossa Senhora das Dores interpôs recurso à decisão do Tribunal Regional Federal da 2ª Região contra a Agência Nacional de Saúde Suplementar. O Ministro

Gilmar Mendes, como relator, afirmou em seu voto que a inexistência do ressarcimento ao SUS implicaria em 'patrocínio estatal da atividade privada'. Devido à complexidade jurídica, o processo iniciado em 2009 só obteve resolução recentemente, em 2021.

Entre as operadoras de saúde e aqueles que defendem a inconstitucionalidade do ressarcimento ao SUS, prevalece a tese de que a participação do setor privado de saúde é de caráter complementar, enquanto a obrigação foi originalmente atribuída aos entes federativos conforme disposição constitucional, artigos 196 e 199.

É indispensável recordar que o mecanismo de ressarcimento ao SUS configura como uma receita ao Sistema Nacional de Saúde, contribuindo com o financiamento das despesas correntes e de capital do Ministério da Saúde, órgãos e entidades da administração direta e indireta do SUS.

Além disso, parte do pressuposto de que ao utilizar o serviço público de saúde, o beneficiário deixa de gerar despesa à operadora, gerando, contudo, despesa ao Estado, que já se encontra fragilizado.

4.1 Responsabilidade civil

A evolução da responsabilidade civil ao longo do tempo reflete mudanças significativas nos fundamentos que norteiam a reparação de danos causados por condutas ilícitas. Historicamente, a responsabilidade civil estava intrinsecamente ligada à ideia de culpa, onde a obrigação de indenizar dependia da comprovação do comportamento negligente, imprudente ou doloso do agente causador do dano.

Essa abordagem, embora tenha fornecido uma base sólida para a responsabilidade civil, mostrou-se limitada em casos nos quais a conexão entre a conduta do agente e o dano não era facilmente estabelecida, ou quando o dano decorria de atividades socialmente aceitas.

A partir do século XIX, no entanto, o enfoque na culpa passou a ser questionado, provocando uma mudança de paradigma. Surge, então, a concepção de responsabilidade civil objetiva, centrada no dano causado, independentemente da

existência de culpa por parte do agente. Essa nova perspectiva visava proporcionar uma resposta mais justa e eficiente diante de situações complexas, nas quais a prova da culpa poderia ser desafiadora.

A responsabilidade civil passou a ser fundamentada na ideia de que, quando alguém sofre um dano injusto, a sociedade deve assegurar a reparação, independentemente de o causador do dano ter agido com culpa.

Contudo, é importante ressaltar que, mesmo com a adoção da responsabilidade objetiva em certos contextos, a abordagem baseada na culpa ainda persiste em muitas áreas do direito, evidenciando a complexidade e a diversidade desse campo jurídico.

Em suma, a transição da responsabilidade civil centrada na culpa para aquela centrada no dano representa uma evolução marcante no direito civil, buscando equilibrar a proteção dos direitos das vítimas com a necessidade de promover a segurança jurídica e a justiça.

No contexto brasileiro, a evolução da responsabilidade civil também seguiu a trajetória global, passando por transformações ao longo das diferentes fases do desenvolvimento jurídico no país. Inicialmente, o sistema brasileiro adotava predominantemente a responsabilidade subjetiva, na qual a reparação do dano estava vinculada à comprovação da culpa do agente causador.

Não obstante, ao longo do tempo, houve uma gradual mudança para incorporar elementos da responsabilidade objetiva, especialmente em situações específicas onde a ideia de culpa tornava-se inadequada para a devida proteção dos direitos das vítimas, refletindo a necessidade de adequar o ordenamento jurídico às peculiaridades das relações sociais contemporâneas.

Nessa senda, o Código Civil, em seu artigo 927³⁸, estabelece a responsabilidade objetiva em algumas situações, como nos casos de atividades que,

³⁸ BRASIL. Código Civil. Art. 927. Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo. Parágrafo único. Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem.

por sua natureza, apresentem riscos para os direitos de terceiros. Nessas circunstâncias, a pessoa que exerce essa atividade responde independentemente de culpa pelos danos que causar.

É oportuno salientar que o objetivo da responsabilidade civil é promover a reparação dos danos, restabelecer a justiça e desencorajar comportamentos prejudiciais à sociedade.

Por muito tempo o dever de indenizar esteve associado à culpa, sendo suficiente para ensejá-lo a presença de ato ilícito. Não obstante, já no século XX, foi percebido que alguns atos ilícitos não ensejam o dano.

No saber de Flávio Tartuce³⁹, são cinco os pressupostos estruturais da responsabilidade civil: “a) conduta humana; b) culpa genérica ou *latu sensu*; c) nexo de causalidade; d) dano ou prejuízo.”

A conduta humana pode decorrer de uma ação (comissiva) ou omissão voluntária de um dever legal (omissiva), negligência, imprudência ou imperícia. No que diz respeito à omissão, deve haver o dever jurídico de praticar uma ação específica (omissão genérica) e a evidência de que a conduta de fato não foi praticada. Assim, a conduta positiva figura como regra⁴⁰.

A existência de um dano é um requisito fundamental para a configuração da responsabilidade civil, de sorte que a reparação visa compensar a vítima pelos prejuízos sofridos.

Além disso, é indispensável estabelecer o nexo de causalidade entre a conduta do agente e o dano causado, ficando claro que a conduta foi a causa direta e imediata do prejuízo sofrido pela vítima.

Maria Helena Diniz⁴¹, por seu turno, traz um elemento importante à análise da conduta, a voluntariedade, ou seja, haverá a obrigação de reparar o dano se o

³⁹ TARTUCE, Flávio. *Direito Civil, Direito das Obrigações e Responsabilidade Civil*. 16^o. Rio de Janeiro: Forense, 2021. p. 390.

⁴⁰ *Ibid.* p. 391.

⁴¹ DINIZ, Maria Helena. *Curso de Direito Civil Brasileiro*. 40^a. Vol. 2. São Paulo: Saraiva, 2023.

agente que provou a ação ou omissão que o ensejou agiu voluntariamente.

Em adição ao exposto, ao trazer à tona o princípio da responsabilidade civil material, o artigo 942⁴² estabelece um importante marco no contexto jurídico. Nesse contexto, o artigo 932⁴³ complementa essa abordagem ao consagrar a responsabilidade por ato de terceiro, reforçando a complexidade e amplitude das disposições legais relacionadas à responsabilidade civil.

Constitui a regra o dever de indenizar que surge da conduta humana pela qual é imputável, ou nos casos previstos no artigo 932, onde os danos não foram causados pela própria conduta.

A culpa genérica ou *latu sensu*, por sua vez, engloba o dolo e a culpa *strictu sensu*. O dolo, segundo o autor, “constitui uma violação intencional do dever jurídico com o objetivo de prejudicar outrem”⁴⁴. A culpa *stricto sensu*, em contrapartida, pode ser caracterizada como um desrespeito a um dever preexistente.

Em sistemas baseados na teoria da culpa, é necessário demonstrar que a pessoa agiu com culpa para que a responsabilidade civil seja estabelecida. Ou seja, uma pessoa pode ser responsabilizada por danos causados a outra se agir com culpa, em outras palavras: se sua conduta for negligente, imprudente ou imperita.

A teoria da culpa é frequentemente contrastada com a teoria da responsabilidade objetiva, na qual a responsabilidade por danos é imposta independentemente de haver culpa.

Em certas situações, a responsabilidade pode ser fundamentada na teoria

⁴² BRASIL. Código Civil. Art. 942. Os bens do responsável pela ofensa ou violação do direito de outrem ficam sujeitos à reparação do dano causado; e, se a ofensa tiver mais de um autor, todos responderão solidariamente pela reparação. Parágrafo único. São solidariamente responsáveis com os autores os co-autores e as pessoas designadas no art. 932.

⁴³ *Ibid.* Art. 932. São também responsáveis pela reparação civil: I - os pais, pelos filhos menores que estiverem sob sua autoridade e em sua companhia; II - o tutor e o curador, pelos pupilos e curatelados, que se acharem nas mesmas condições; III - o empregador ou comitente, por seus empregados, serviçais e prepostos, no exercício do trabalho que lhes competir, ou em razão dele; IV - os donos de hotéis, hospedarias, casas ou estabelecimentos onde se albergue por dinheiro, mesmo para fins de educação, pelos seus hóspedes, moradores e educandos; V - os que gratuitamente houverem participado nos produtos do crime, até a concorrente quantia.

⁴⁴ TARTUCE, Flávio. Direito Civil, Direito das Obrigações e Responsabilidade Civil. 16º. Rio de Janeiro: Forense, 2021. p. 393.

do risco, especialmente quando se trata de atividades perigosas ou em situações de responsabilidade objetiva. Nesse caso, o agente é responsabilizado independentemente de culpa, baseando-se no risco inerente à sua atividade.

É importante destacar que o dever de indenizar independe da presença de dolo ou culpa, ambos geram o dever de indenizar, há, contudo, critérios distintos de fixação.

Esclarecido isso, é possível analisarmos se o ressarcimento ao SUS preenche os requisitos, isto é, se possui há conduta do agente, culpa genérica, nexo de causalidade e dano, capazes de ensejar o dever de indenizar.

Se há obrigação de reparar o dano, é porque houve o exercício de conduta danosa, positiva ou negativa, praticada pelas operadoras de planos de saúde. Dessa maneira, faz-se necessário identificar e examinar se a conduta do beneficiário do plano de saúde implica em um dano ou não ao SUS.

Nesse sentido, certos de que a assistência à saúde prestada pelas operadoras se dá por meio de contratos privados, é possível aferir que os serviços ficam à disposição do contratante, no entanto, é facultado a este último o exercício do seu direito subjetivo público à saúde.

A obrigação estabelecida no artigo 32 da Lei nº 9656/98 surge com a utilização de serviços assistenciais previstos contratualmente por beneficiários de planos de saúde, não obstante, não há como assegurar que houve uma conduta danosa que ensejou a busca por esse atendimento, objeto do ressarcimento.

Não é difícil imaginar que a partir do momento em que o indivíduo opta por utilizar o serviço público, há uma onerosidade para o Estado, no entanto, entende-se que quando o constituinte assumiu o compromisso constitucional, assumiu o compromisso de assistir a todos os cidadãos.

Seguindo os pressupostos, resta avaliar a presença de nexo causal ou não, a fim de configurar a obrigação de ressarcimento. Ressalte-se, mais uma vez, que os serviços são postos à disposição de seus beneficiários e que o dano sofrido pela máquina pública advém do uso dos serviços desses pacientes.

Conforme abordado no segundo capítulo, o direito à saúde é irrenunciável, portanto, ainda que o indivíduo opte por contratar um serviço privado, isso não implica na renúncia ao seu direito.

Outrossim, ainda que pressupondo haver uma negativa prévia de atendimento por parte da rede contratada, como também é argumentado, caso o usuário recorresse ao SUS estaria igualmente exercendo seu direito.

O que não quer dizer, nesse último caso, que não haveria um desrespeito ao consumidor, que estaria tendo seu direito lesado, dado o atendimento aos requisitos anteriormente mencionados, vejamos: a conduta ilícita, negar o atendimento cujo contrato previa cobertura; o nexos presente na conduta e o dano do usuário.

É importante observar que os elementos da responsabilidade civil não estão presentes na dinâmica do ressarcimento ao SUS. Embora a responsabilidade civil desempenhe um papel crucial na busca pelo equilíbrio nas relações jurídicas, é imprescindível reconhecer que a sua correta aplicação depende da presença e análise dos seus pressupostos fundamentais.

4.2 O enriquecimento sem causa

Otávia Reis⁴⁵ argumenta que a obrigação de ressarcir ao SUS não adveio do artigo 32 da Lei nº 9656/98, mas que possui suas raízes na vedação ao enriquecimento sem causa, pois, o objetivo primeiro do legislador não foi criar uma nova fonte de financiamento do SUS, mas evitar que as operadoras de saúde enriqueçam às expensas do Estado.

O princípio do enriquecimento sem causa visa assegurar que aquele que obteve vantagem econômica indevidamente em detrimento de outrem, seja obrigado a restituir a importância alcançada injustamente. A vedação ao enriquecimento sem causa possui origem no Código Civil de 2002, que disciplinou o tema nos artigos 884

⁴⁵ REIS, Otávia. O Ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos de saúde: uma abordagem acerca do fundamento jurídico da cobrança. 2015. Dissertação (Graduação em Direito) - Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. p. 54.

a 886.

Assim, “aquele que, sem justa causa, se enriquecer à custa de outrem, será obrigado a restituir o indevidamente auferido, feita a atualização dos valores monetários” conforme redação dada pelo artigo 884⁴⁶ do Código Civil, constitui, porquanto fonte obrigacional.

A partir dessa leitura, Flávio Tartuce⁴⁷ leciona que o enriquecimento sem causa é caracterizado por uma análise cuidadosa de cinco pressupostos: “a) o enriquecimento do *accipiens* (de quem recebe); b) o empobrecimento do *solvens* (de quem paga); c) a relação de causalidade entre o enriquecimento e o empobrecimento; d) a inexistência de causa jurídica prevista por convenção das partes ou pela lei; e e) a inexistência de ação específica”.

Dito isso, a fim de analisar se o ressarcimento ao SUS se justifica no princípio da vedação ao enriquecimento sem justa causa, é necessário compreender os seus elementos e, em seguida, examinar se a obrigação presente no artigo 32 da Lei nº 9.656/98 preenche todas as condições.

Desde já, importa ressaltar que o Código Civil, expressamente, atribuiu à ação de enriquecimento sem causa o caráter subsidiário, dispõe o artigo 886 que “não caberá a restituição por enriquecimento, se a lei conferir ao lesado outros meios para se ressarcir do prejuízo sofrido”.

A vedação ao enriquecimento sem justa causa pretende evitar que uma pessoa ou entidade enriqueça indevidamente em detrimento de outra, sem que haja uma justificativa legal, refletindo o esforço do ordenamento jurídico em manter a equidade nas relações jurídicas. Porquanto, diz-se que a proteção provém do princípio da boa-fé objetiva e da função social das obrigações.⁴⁸

Aqui vale a observação quanto às exceções feitas a esse princípio, há

⁴⁶ BRASIL. Código Civil. 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.

⁴⁷ TARTUCE, Flávio. Direito Civil, Direito das Obrigações e Responsabilidade Civil. 16º. Rio de Janeiro: Forense, 2021. p. 32.

⁴⁸ *Ibid.*

corrente doutrinária⁴⁹ que compreende que havendo previsão legal ou contratual que justifique, não há o que se falar em enriquecimento sem causa, salvo as hipóteses de cláusulas abusivas ou ilegalidade.

O primeiro elemento, qual seja, o enriquecimento de quem recebe, deve ser avaliado junto “a inexistência de causa jurídica”, quarto elemento, pois, não é qualquer enriquecimento capaz de suscitar a proteção do artigo 884, senão, aquele sem justa causa. Por enriquecimento, a doutrina, de forma pacífica, considera o aumento patrimonial.

Esclarecido isso, sabendo que os beneficiários de planos de saúde pagam para terem seus serviços médico-hospitalares assegurados, respeitando a cobertura contratual, naturalmente, se estes serviços deixam de ser utilizados porque o beneficiário optou por realizá-los no SUS, a operadora deixa de pagar por esse serviço, há, por óbvio, um aumento patrimonial.

Não obstante, o quarto elemento não é atendido, visto que o contrato celebrado entre as partes estabelece os termos da prestação do serviço, ficando ao critério do usuário, no entanto, o seu uso.

É recorrente entre aqueles que defendem essa tese como o fundamento jurídico da cobrança o argumento de que a empresa contratada, preparou-se ou assumiu o risco de absorver os custos relativos à saúde desse consumidor. Todavia, deve ser lembrado que assim também o fez o Estado quando assumiu o compromisso constitucional de garantir, não unicamente, o direito positivo à saúde, mas de garanti-lo também com prestações materiais.

O empobrecimento (segundo elemento), por seu turno, não é um requisito obrigatório para alguns doutrinadores, faz parte deles Flávio Tartuce, para o professor “enriquecer à custa de outrem” não indica, obrigatoriamente, o empobrecimento deste.

No entendimento de Pablo Stolze Gagliano e Rodolfo Pamplona Filho⁵⁰, o

⁴⁹ MENEZES LEITÃO, Luís Manuel Teles. Direito das obrigações. 5ª. Vol. 1. Coimbra: Almedina, 2006. p. 401.

⁵⁰ GAGLIANO, Pablo Stolze; FILHO, Rodolfo Pamplona. Novo Curso de Direito Civil. 25º. Vol. 2 e 3. São Paulo: Saraiva, 2023.

empobrecimento é visto como a perda de um valor patrimonial sem uma justa contraprestação. Os doutrinadores salientam a importância de analisar se o empobrecimento é desproporcional e injustificado em relação ao enriquecimento da outra parte

Na abordagem de Maria Helena Diniz ⁵¹, o empobrecimento é compreendido como uma perda efetiva e prejudicial ao patrimônio da parte que alega o enriquecimento sem causa. A doutrinadora destaca a necessidade de haver uma diminuição real e injustificada do patrimônio, sendo essa condição essencial para a configuração do instituto.

Nesse contexto, é inegável que o SUS possui inúmeras dificuldades, quase sempre com raízes econômicas, e que a sua utilização por beneficiários de planos privados de assistência à saúde representa um custo potencialmente evitável. Contudo, consoante dados publicados pela ANS a taxa média de utilização do SUS por usuários de planos de saúde privados corresponde a 2,47 para cada 1000 beneficiários, o levantamento analisou o intervalo de 2017 a 2022⁵².

O mesmo estudo revelou que o procedimento mais utilizado por este público, com impacto, aproximadamente, três vezes que o segundo colocado, é a hemodiálise, o tratamento por covid-19 ocupou o segundo lugar e o transplante de rim a terceira posição.

O nexo de causalidade, por seu turno, é indispensável para estabelecer a relação entre a conduta da parte enriquecida e o enriquecimento injustificado da outra parte. Sem as máximas do enriquecimento e do empobrecimento, todavia, não há o que se falar em nexo de causalidade.

Sendo assim, embora o uso do SUS por indivíduos com planos de saúde represente um gasto evitado para as empresas privadas desse setor, essa justificativa não é suficiente para enquadrá-lo sob este princípio. A análise dos elementos

⁵¹ DINIZ, Maria Helena. Curso de Direito Civil Brasileiro. 40ª. Vol. 2. São Paulo: Saraiva, 2023.

⁵² AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Boletim informativo: Utilização do Sistema Único de Saúde por Beneficiários de Planos de Saúde e Ressarcimento ao SUS. 16ª. 2023, Rio de Janeiro. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiaNzQwMzBIN2MtZWZjYy00NDQ2LWE1OWQtNzljMTkyYzY1Y2M1IiwidCI6IjlkYmE0ODBlTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>. Acesso em: 14 jan. 2024.

essenciais, como o enriquecimento injustificado e o empobrecimento desproporcional, revela a complexidade da questão e a necessidade de uma abordagem criteriosa para avaliar sua aplicação.

4.3 Contribuição social

A contribuição para a seguridade social é um tributo destinado a financiar a seguridade social, que compreende a saúde, a previdência e a assistência social. A Constituição Federal de 1988, artigo 194⁵³, estabelece a seguridade social como um direito do cidadão e um dever do Estado, garantindo a proteção social em diversas situações.

É destinada ao financiamento de programas e políticas sociais voltadas para a proteção dos cidadãos em momentos de necessidade, como doença, invalidez, desemprego, maternidade, velhice e outros eventos que possam comprometer a capacidade de subsistência das pessoas. À vista disso, a seguridade social se fundamenta em princípios essenciais que norteiam suas políticas e ações⁵⁴, sobretudo: a universalidade, a equidade e a solidariedade, prevenção, individualidade e seletividade são os pilares que sustentam esse sistema de proteção social.

A universalidade garante que todos, sem distinção, tenham acesso aos

⁵³ BRASIL. Constituição Federal. Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos 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, identificando-se, em rubricas contábeis específicas para cada área, as receitas e as despesas vinculadas a ações de saúde, previdência e assistência social, preservado o caráter contributivo da previdência social; VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

⁵⁴ BRASIL. Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. Art. 1º A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar o direito relativo à saúde, à previdência e à assistência social. Parágrafo único. A seguridade Social obedecerá aos seguintes princípios e diretrizes: a) universalidade da cobertura e do atendimento; b) uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; c) seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; d) irredutibilidade do valor dos benefícios; e) equidade na forma de participação no custeio; f) diversidade da base de financiamento; g) caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.

benefícios e serviços da seguridade social, independentemente de sua condição social ou econômica. Obedecendo a sequência, a equidade busca assegurar que os benefícios e serviços sejam distribuídos de forma justa, atendendo às necessidades individuais de cada pessoa e reduzindo as disparidades sociais, seu propósito é que todos tenham acesso às mesmas oportunidades e recursos para alcançar uma vida digna e plena.

Quanto ao princípio da solidariedade, entende-se como a expressão do compromisso coletivo da sociedade em proteger os mais vulneráveis e garantir o bem-estar de todos.

É com base nesses princípios que o procedimento do ressarcimento ao SUS pode ser apontado como uma nova contribuição para a seguridade social. Destarte, somente poderia ser instituída mediante Lei Complementar, a teor do disposto no § 4º do art. 195 c/c art. 154, inciso I da Constituição da República.

4.4 Recurso extraordinário 597.064/RJ

O Recurso Extraordinário 597.064/RJ é um caso paradigmático no Supremo Tribunal Federal que diz respeito à obrigação das operadoras de planos de saúde em ressarcir o Sistema Único de Saúde pelos custos dos atendimentos prestados a beneficiários de planos privados que utilizam os serviços públicos de saúde.

Esse recurso extraordinário foi julgado em repercussão geral, o que significa que a decisão tomada pelo STF serve de orientação para todos os casos semelhantes em instâncias inferiores. No caso específico do RE 597.064/RJ, o STF definiu que é constitucional a obrigatoriedade de ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos de saúde quando beneficiários utilizam serviços públicos de saúde para procedimentos cobertos pelos planos.

A decisão percorreu temas relevantes sobre diversos aspectos jurídicos e sociais que permeiam a discussão, desde a responsabilidade civil à questão da contribuição social.

A vedação ao enriquecimento sem causa foi largamente explorada durante

a deliberação, sendo o principal expoente o Ministro Gilmar Mendes, assim como aqueles que seguiram o voto do relator, os ministros Marco Aurélio, Ricardo Lewandowski e Edson Fachin.

Nesse contexto, é salutar o saber do Ministro Celso de Mello na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 45/04:

O desrespeito à Constituição tanto pode ocorrer mediante ação estatal quanto mediante inércia governamental. A situação de inconstitucionalidade pode derivar de um comportamento ativo do Poder Público, que age ou edita normas em desacordo com o que dispõe a Constituição, ofendendo-lhe, assim, os preceitos e os princípios que nela se acham consignados. Essa conduta estatal, que importa em um facere (atuação positiva), gera a inconstitucionalidade por ação.⁵⁵

No entanto, é possível observar que a abordagem realizada pelo tribunal foi pouco analítica em relação às matérias de direito suscitadas.

Importante considerar que, em muitos casos, a cobertura midiática intensa de determinados temas jurídicos pode criar pressão pública sobre os ministros do STF, levando-os a considerar não apenas os aspectos legais e constitucionais das questões em julgamento, mas também as repercussões sociais e políticas de suas decisões. Isso pode afetar a interpretação da lei e a aplicação dos princípios constitucionais, especialmente em casos que envolvem direitos fundamentais e questões polêmicas.

Soma-se ao exposto, a pressão social feita por meio de manifestações públicas, petições, mobilizações sociais e até mesmo campanhas nas redes sociais, cada vez mais presentes em questões judiciais. Os ministros, cientes do clamor popular em torno de determinadas questões, tendem a ser mais sensíveis às demandas da sociedade civil, especialmente em questões de grande relevância social e impacto público.

Cumprir mencionar que as decisões judiciais que afetam diretamente as empresas de planos de saúde podem ter um impacto significativo no uso dos próprios usuários desses planos. Quando as empresas enfrentam pressões financeiras

⁵⁵ SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 45. Ministro Celso de Mello. Brasília/DF. 2004, Diário de Justiça.

decorrentes de decisões judiciais que aumentam seus custos operacionais, elas podem ser levadas a tomar medidas que afetam os benefícios e coberturas oferecidos aos usuários, a fim de manter o equilíbrio da prestação dos seus serviços com a viabilidade econômica de seus negócios.

As decisões judiciais que abordam o direito à saúde e as operadoras de planos de saúde constituem um dilema complexo que reflete os desafios entre garantir o acesso à saúde e equilibrar interesses comerciais e regulatórios.

5 CONCLUSÃO

A evolução da definição de saúde ao longo dos anos, até o reconhecimento do "estado de completo bem-estar físico, mental e social", proporcionou a compreensão de sua indispensabilidade para a manutenção da vida humana, estando intimamente ligada à dignidade da pessoa e ao direito à vida.

Nesse contexto, a Constituição Federal de 1988 positivou o direito de todos à saúde, reconhecendo-a como um direito fundamental, social, individual e público. Além disso, ampliou a proteção da saúde como parte integrante do bem-estar social, por meio de medidas curativas e preventivas. O Estado, ao assegurar esse direito, comprometeu-se a evitar ações que comprometam a saúde e a adotar medidas positivas em sua promoção.

Dessa forma, ficou estabelecido que a saúde é um direito essencial, objeto de debates sobre sua abrangência e importância para a sociedade.

Posto isso, o texto constitucional positivou o direito à saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantindo um acesso universal e gratuito. Não obstante, o constituinte permitiu a participação privada, o que tornou possível a atuação do SUS e da assistência privada, oferecida por particulares.

A regulação dos planos privados de assistência à saúde foi estabelecida pela Lei 9656/98. Dentre as diversas alterações promovidas por essa lei, destaca-se o artigo 32, que impõe a obrigação de ressarcimento ao SUS por parte desses planos.

Como foi demonstrado, o SUS, concebido como um sistema público de saúde no Brasil, tem como princípios norteadores a universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação da comunidade. Esses princípios buscam garantir o acesso igualitário e integral aos serviços de saúde, independentemente da condição socioeconômica do indivíduo. A universalidade, em particular, estabelece que todos os cidadãos têm direito ao acesso aos serviços de saúde, sem discriminação ou exclusão.

Por outro lado, a imposição do ressarcimento às operadoras de planos de saúde cria um cenário de desigualdade no acesso aos serviços de saúde. Ao exigir

que as operadoras reembolsem o SUS pelas despesas decorrentes do atendimento de seus beneficiários, cria-se uma situação na qual aqueles que possuem planos de saúde privados acabam por utilizar recursos públicos para cobrir suas despesas médicas. Isso significa que parte dos recursos do SUS, financiado com recursos públicos, é destinada a subsidiar a saúde daqueles que já possuem acesso privilegiado aos serviços privados de saúde.

Outrossim, o ressarcimento ao SUS acaba por desestimular as operadoras de planos de saúde a investirem na melhoria da qualidade e na ampliação da cobertura de seus serviços. Como estão obrigadas a reembolsar o sistema público, as operadoras podem direcionar seus investimentos para áreas que visem minimizar os gastos com atendimentos realizados no SUS, em vez de priorizar a qualidade e a ampliação do acesso aos serviços de saúde privados.

Outro ponto de tensão é que o ressarcimento ao SUS muitas vezes é moroso e ineficiente, o que acaba prejudicando a sustentabilidade financeira do próprio sistema público de saúde. A burocracia e a lentidão no processo de ressarcimento dificultam a recuperação dos recursos investidos pelo SUS no atendimento aos beneficiários de planos de saúde privados, impactando negativamente a capacidade do sistema público em prover serviços de qualidade à população em geral.

Portanto, a imposição do ressarcimento ao SUS, embora seja uma tentativa de mitigar os custos decorrentes do uso dos serviços públicos por parte dos beneficiários de planos de saúde privados, contrasta com os princípios fundamentais do SUS, especialmente no que diz respeito à universalidade e equidade no acesso aos serviços de saúde. Para que o sistema de saúde brasileiro possa verdadeiramente garantir a saúde como um direito de todos e dever do Estado, é necessário repensar a forma como o financiamento e a regulação dos serviços de saúde são estruturados, de modo a promover uma maior convergência entre os interesses públicos e privados em prol do bem-estar da população.

A partir da implementação dessa obrigação, uma série de debates e discussões emergiram com o intuito de compreender a natureza dessa cobrança. Questões sobre sua constitucionalidade tornaram-se centrais nas análises jurídicas e

nas reflexões sobre o papel dos planos privados em relação ao sistema público de saúde.

Esse cenário instigou análises aprofundadas sobre como conciliar os interesses dos beneficiários dos planos de saúde com as demandas do SUS, bem como a adequação da imposição de ressarcimento sob a ótica constitucional. A complexidade dessas questões tem gerado um amplo debate, marcado por interpretações variadas e busca por soluções que conciliem a efetividade do sistema de saúde como um todo.

Os questionamentos centrais que permeiam o tema do ressarcimento ao SUS incluem a possível ocorrência de enriquecimento sem causa por parte das operadoras de saúde, bem como questões relativas à responsabilidade civil e à eventual caracterização desse ressarcimento como tributo.

Quanto à responsabilidade civil, constatou-se que a realidade não satisfaz os pressupostos estabelecidos. Estes pressupostos, conforme preconizado pela doutrina nacional, representam elementos essenciais para determinar se alguém é responsável por danos causados a outrem e, conseqüentemente, obrigado a repará-los.

O enriquecimento sem causa, por sua vez, busca corrigir situações em que uma pessoa se beneficia indevidamente, aumentando seu patrimônio, às custas de outra, sem uma justificativa legal ou moral. Assim como a responsabilidade civil, possui pressupostos específicos para ser aplicado e reconhecido.

O que também se demonstrou inapropriado, dado que o enriquecimento sem causa pressupõe a ausência de uma causa jurídica que justifique esse aumento patrimonial em favor de uma das partes, ou seja, não deve haver uma razão legítima, prevista em lei ou contrato, para que tal enriquecimento ocorra.

O preenchimento de seus elementos são fundamentais para o reconhecimento e a correção do enriquecimento sem causa pelo sistema jurídico. Ao evitar que alguém se beneficie indevidamente à custa de outrem sem justificativa plausível, o enriquecimento sem causa busca promover a justiça e equilibrar as

relações patrimoniais na sociedade.

Portanto, naquilo que se propôs o presente trabalho, ao analisarmos a obrigação do ressarcimento ao SUS e o seu papel na discussão do direito à saúde, foi identificado que o artigo 32 da Lei nº 9656/98 não atende aos pressupostos da responsabilidade civil e do enriquecimento sem causa. De sorte que a natureza jurídica segue carente de fundamentação, bem como, representa uma ofensa ao tratamento igualitário e isonômico protegido constitucionalmente.

A Constituição Federal garante no artigo 199 a assistência à saúde à iniciativa privada, em perfeita sintonia com o artigo 170, ao dispor que a ordem econômica será fundada na livre iniciativa. Não pode, portanto, a lei tolher ou limitar a liberdade na forma do Ressarcimento ao SUS.

A delegação de obrigações sem a correspondente alocação financeira é descrita por Marta Arretche⁵⁶ como uma "descentralização por omissão", visto que simplesmente desobriga a União de executar a política pública, despojando-a desse compromisso e irresponsavelmente transferindo aos municípios a responsabilidade de fomentar os direitos sociais. O que pode ser identificado de modo análogo ao com o instituto do ressarcimento ao SUS, neste caso, no que diz respeito à obrigação estatal originária registrada no artigo 196 da Constituição da República.

Embora se reconheça o avanço trazido pela Constituição Federal de 1988 no tocante ao direito à saúde, o caminho para a efetivação desse direito é longo, sendo relevante que o debate sobre o conceito da saúde e a abrangência desse direito seja realizado não apenas pelos juristas, mas por toda a sociedade brasileira, buscando-se o aperfeiçoamento das políticas públicas promovidas pelo SUS e por maior investimento governamental nesse setor.

A recente decisão do Supremo Tribunal Federal em julgar constitucional a cobrança disciplinada no artigo 32 da Lei 9.656/98, conferindo-lhe natureza jurídica indenizatória, acrescenta mais um elemento ao debate. No entanto, essa decisão não encerra as discussões sobre a efetividade do direito à saúde e a maneira como ele é

⁵⁶ ARRETCHÉ, Marta. Democracia, federalismo e centralização no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 341-453.

garantido, destacando a importância contínua de um diálogo amplo e participativo entre todos os setores da sociedade brasileira.

A controvérsia em torno do ressarcimento ao SUS ecoa não apenas nos tribunais, mas também na esfera política e social. A imposição do ônus do ressarcimento sobre os beneficiários de planos de saúde abre uma brecha que potencialmente compromete a acessibilidade e a equidade no acesso aos serviços de saúde.

Resta observado, portanto, que a obrigação do Ressarcimento ao SUS impõe duas portas de entrada para o SUS, uma para o cidadão em geral e outra para os associados de planos de saúde. É necessário esclarecer ainda que o ônus desta nova obrigação recai sobre os consumidores de planos de saúde.

É urgente que o debate sobre o ressarcimento ao SUS seja aprofundado e que soluções sustentáveis e equitativas sejam buscadas. A revisão das políticas e regulamentações que regem o ressarcimento, levando em consideração os princípios constitucionais e a efetivação do direito à saúde, é crucial para a construção de um sistema de saúde mais justo e inclusivo. Somente com um esforço conjunto e uma abordagem sensível às necessidades da população, é possível avançar em direção a um sistema de saúde que verdadeiramente atenda às demandas e aos direitos de todos os cidadãos brasileiros.

6 REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Aviso de Beneficiários Identificados**. 2023, Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/compromissos-e-interacoes-com-a-ans-1/espaco-ressarcimento-ao-sus-1/aviso-de-beneficiarios-identificados>. Acesso em 22 jan. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Boletim informativo: Utilização do Sistema Único de Saúde por Beneficiários de Planos de Saúde e Ressarcimento ao SUS**. 16ª. 2023, Rio de Janeiro. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiNzQwMzBIN2MtZWZjYy00NDQ2LWE1OWQtNzljMTkyYzY1Y2M1liwidCI6IjlkYmE0ODBlTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>. Acesso em: 14 jan. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução-RDC nº 18 de 30 DE março de 2000. **Regulamenta o ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei 9.656/98, 03 de junho de 1998**. Disponível em https://anttlegis.antt.gov.br/action/ActionDatalegis.php?acao=detalharAto&tipo=RDC&nnumeroAto=00000000&seqAto=000&valorAno=2000&orgao=DC/ANS/MS&nomeTitulo=codigos&desItem=&desItemFid=&cod_modulo=420&cod_menu=7145. Acesso em: 14 jan. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Dados e Publicações do Ressarcimento ao SUS**. 2019, Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-e-publicacoes-do-ressarcimento-ao-sus>. Acesso em 14 jan. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Guia do Ressarcimento ao SUS: Impugnações e Recursos**. 2019, Rio de Janeiro. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/espaco-da-operadora-de-plano-de-saude/compromissos-e-interacoes-com-a-ans/envio-de-informacoes/copy_of_guia_ressarcimento_ao_SUS_2019_versao_2a_semgov.pdf. Acesso em 02 jan. 2024.

ARRETCHE, Marta. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 341-453.

ASSEMBLEIA GERAL DA ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948, Paris. Disponível em: <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>. Acesso em 14 jan. 2024.

BAHIA, Cláudio Jose Amaral; ABUJAMRA, Ana Carolina Peduti. **A Justiciabilidade do direito fundamental à saúde: Concretização do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2010. p. 37-85.

BAHIA, Ligia; ANTUNES, Ludmila; CUNHA, Thereza Cristina; MARTINS, William. **Planos de saúde no Brasil: origens e trajetórias**. Rio de Janeiro: LEPS/UFRJ e ANS/Ministério da Saúde, 2005. p. 19-20.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 27 jan. 2024.

BRASIL. Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre a organização da **Seguridade Social**, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8212cons.htm. Acesso em 27 jan. 2024.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 12 dez. 2023.

BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. **Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9961.htm#:~:text=LEI%20No%209.961%20DE%2028%20DE%20JANEIRO%20DE%202000.&text=Cria%20a%20Ag%C3%AAncia%20Nacional%20de,ANS%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs. Acesso em 20 dez. 2023.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o **Código Civil**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm. Acesso em 22 jan. 2024.

BRASIL. Presidência da República (PR). **Programa de Metas do Presidente Juscelino Kubitschek**. Rio de Janeiro, 1958. Disponível em: <https://bibliotecadigital.economia.gov.br/handle/777/33>. Acesso em 11 jan. 2024.

CECHIN, José. **A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulação**. São Paulo: Saraiva Letras & Lucros, 2008. p. 17.

CECHIN, José. **A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulação**. São Paulo: Saraiva Letras & Lucros, 2008. p. 166.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Conferência Nacional da Saúde**. 8º. 1986, Brasília/DF. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>. Acesso em 20 dez. 2024.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de Direito Civil Brasileiro**. 40ª. Vol. 2. São Paulo: Saraiva, 2023.

MOURA, Elisângela Santos de. O direito à saúde na Constituição Federal de 1988.

In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XVI, n. 114, jul 2013. Disponível em: http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13440. Acesso em 16 dez. 2023.

GAGLIANO, Pablo Stolze; FILHO, Rodolfo Pamplona. **Novo Curso de Direito Civil**. 25^o. Vol. 2 e 3. São Paulo: Saraiva, 2023.

HÁ DEZ MIL ANOS ATRÁS. Intérprete: Raul Seixas. Compositores: R. Seixas, P. Coelho e J. Vaquer. *In: Eu nasci há 10 mil anos atrás*. Intérprete: Raul Seixas. Rio de Janeiro: Philips Records, 1976. Álbum em vinil (40 min).

JÚNIOR, Dirley da Cunha. **Curso de Direito Constitucional**. 6^o. Salvador: JusPODIVM, 2020. p. 573.

JÚNIOR, Dirley da Cunha. **Curso de Direito Constitucional**. 6^o. Salvador: JusPODIVM, 2020. p. 638-642.

JÚNIOR, Dirley da Cunha. **Curso de Direito Constitucional**. 6^o. Salvador: JusPODIVM, 2020. p. 759-767

JÚNIOR, Dirley da Cunha. **Curso de Direito Constitucional**. 6^o. Salvador: JusPODIVM, 2020. p. 767.

JÚNIOR, Dirley da Cunha. **Curso de Direito Constitucional**. 6^o. Salvador: JusPODIVM, 2020. p. 768.

LEAL, Rodrigo Mendes. **O mercado da saúde suplementar no Brasil: regulação e resultados econômicos dos planos privados de saúde**. Rio de Janeiro, 2014. p. 74.

LEAL, Rodrigo Mendes. **O mercado da saúde suplementar no Brasil: regulação e resultados econômicos dos planos privados de saúde**. Rio de Janeiro, 2014. p.148

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. 1946, Nova Iorque. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5733496/mod_resource/content/0/Constitui%C3%A7%C3%A3o%20da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20%28WHO%29%20-%201946%20-%20OMS.pdf. Acesso em 14 jan 2024.

MENEZES LEITÃO, Luís Manuel Teles. **Direito das obrigações**. 5^a. Vol. 1. Coimbra: Almedina, 2006. p. 401

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução Normativa n^o 251, de 19 de abril de 2011. Altera a Resolução Normativa - RN n^o 185, de 30 de dezembro de 2008, que instituiu o **procedimento eletrônico de ressarcimento ao SUS**, previsto no art. 32 da Lei n^o 9.656, de 3 de junho de 1998, e estabeleceu normas sobre a repetição de indébito e o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2011/res0251_19_04_2011.html.

Acesso em 17 jan. 2024.

Plano de Metas ensina que não há desenvolvimento sem autonomia e profissionalização. **Folha de São Paulo**. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/ilustrissima/2021/08/plano-de-metas-ensina-que-nao-ha-desenvolvimento-sem-autonomia-e-profissionalizacao.shtml>. Acesso em: 24 ago. 2021.

REIS, Otávia. **O Ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos de saúde: uma abordagem acerca do fundamento jurídico da cobrança**. 2015. Dissertação (Graduação em Direito) - Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. p. 10-12.

REIS, Otávia. **O Ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos de saúde: uma abordagem acerca do fundamento jurídico da cobrança**. 2015. Dissertação (Graduação em Direito) - Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. p. 54.

TARTUCE, Flávio. **Direito Civil: Direito das Obrigações e Responsabilidade Civil**. 16º. Rio de Janeiro: Forense, 2021. p. 32

TARTUCE, Flávio. **Direito Civil: Direito das Obrigações e Responsabilidade Civil**. 16º. Rio de Janeiro: Forense, 2021. p. 391

TARTUCE, Flávio. **Direito Civil: Direito das Obrigações e Responsabilidade Civil**. 16º. Rio de Janeiro: Forense, 2021. p. 393

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Recurso Extraordinário nº RE 241.630-2 RS**. Ministro Celso de Mello. Brasília/DF. 2001, Diário de Justiça.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 45**. Ministro Celso de Mello. Brasília/DF. 2004, Diário de Justiça.

WEBER, Max. **Economia e Sociedade**. Brasília: UnB, 2015. 4º. Vol. 4.