

RESOLUÇÃO Nº 730, DE 07 DE DEZEMBRO DE 2023.

Aprova Parecer Técnico com manifestação do Conselho Nacional de Saúde sobre questões relativas ao Rol da ANS.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Quadragésima Nona Reunião Ordinária, realizada nos dias 06 e 07 de dezembro de 2023, ocorrida na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz) e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e

Considerando que o Art. 198, III da Constituição Federal de 1988 prevê a participação da comunidade como uma das diretrizes para a organização das ações e serviços públicos de saúde;

Considerando os 30 anos de elaboração e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a necessidade da construção social da saúde pública no Brasil;

Considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, e cria a Conferência de Saúde enquanto instância colegiada a se reunir a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes;

Considerando a propositura da ADI 7265 no âmbito do Supremo Tribunal Federal, questionando a Constitucionalidade da Lei nº 14.454/22, fez constar expressamente a possibilidade de cobertura de procedimentos e eventos em saúde fora do Rol de Procedimentos e Eventos da ANS;

Considerando que o CNS tem por finalidade atuar, entre outros temas, na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, na esfera do Governo Federal, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros; estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em razão das características epidemiológicas e da organização das ações e serviços de saúde; e

Considerando a criação de grupo de trabalho específico no âmbito da Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar, que consolidou os debates por meio de parecer técnico.

Resolve

Art. 1º Aprovar o Parecer Técnico nº 7/2023-SECNS/DGIP/SE/MS, anexo a esta Resolução, por meio do qual este órgão colegiado posiciona-se no sentido de que o rol da ANS deve ter caráter exemplificativo, devendo as empresas de planos de saúde cobrir procedimentos quando indicados pelo médico que acompanha o usuário, mesmo que não previstos no Rol, desde que haja fundamentação técnica para tanto e, especialmente, no caso de procedimentos já oferecidos pelo SUS; e

Art. 2º Enviar o Parecer Técnico, anexo a esta Resolução, ao Supremo Tribunal Federal, com o objetivo de contribuir com o julgamento da ADI 7265, haja vista o acúmulo do Conselho Nacional de Saúde, com a expectativa de que o STF se atente à avaliação do CNS e considere-a por ocasião deste e de outros julgamentos que, de algum modo, refiram-se ao sistema público e saúde;

FERNANDO ZASSO PIGATTO
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 730, de 07 de dezembro de 2023, nos termos da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

NÍSIA TRINDADE LIMA
Ministra de Estado da Saúde



Ministério da Saúde
Secretaria-Executiva
Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa
Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde

PARECER TÉCNICO Nº 7/2023-SECNS/DGIP/SE/MS

Referência: Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 7256

Interessado: Conselho Nacional de Saúde.

Assunto: Impacto do Rol taxativo nas dinâmicas público-privadas do sistema de saúde brasileiro, em discussão na ADI 7256

I - Da representatividade adequada do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para envio do presente Parecer Técnico

a) Aspectos formais: do caráter democrático e representativo do CNS

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi criado originalmente em 1937, sob a estrutura do então Ministério da Educação e Saúde Pública, com a atribuição original de subsidiar tecnicamente a sua atuação. O Conselho passou por diversas reestruturações desde então, mas, até 1990, era composto por membros indicados pelo Ministério.

Com a Constituição de 1988 e a institucionalização dos motes da Reforma Sanitária Brasileira no ordenamento jurídico brasileiro, contudo, a estrutura do Conselho foi radicalmente alterada. Os arts. 196 e 198, combinados, estabeleceram que a saúde é direito de todos e dever do Estado, a ser prestado por meio de uma rede de serviços organizados na forma do Sistema Único de Saúde (SUS). E, dentre as diretrizes de organização do novo Sistema, os constituintes previram, expressa e obrigatoriamente, a participação social.

A efetiva organização do SUS veio apenas quase dois anos depois, com a edição das Leis nº 8.080 e 8.142 de 1990. A Lei nº 8.142, especificamente, dedicou-se à materialização do mandamento constitucional da participação social, e, ao fazê-lo, elegeu o CNS como o órgão de representação e controle social na saúde a nível nacional, por excelência. Desde então, passou a ter natureza deliberativa e a ser organizado em caráter permanente e colegiado, composto por representantes do governo e prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários - devendo, estes últimos, ter representação paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

Atualmente, a composição e a forma de funcionamento do Conselho são regidas pela Resolução CNS nº 453/2012, que determinou que os 50% de representantes de usuários no Conselho seriam escolhidos a partir de processo eleitoral direto. Para os segmentos dos representantes de governos ou

prestadores e de trabalhadores, foi reservado o percentual de 25% cada, sendo o primeiro composto por indicações de gestores e, o segundo, também por processos eleitorais diretos. Notadamente, portanto, o Conselho é um órgão essencialmente democrático e representativo, composto, em sua maioria, por mandatários diretamente eleitos.

No total, são 48 conselheiros titulares, cada qual com primeiro e segundo suplentes. O CNS tem eleições a cada três anos para escolher seus membros, que podem se candidatar seguindo as regras regimentais. A presidência do órgão é eleita entre os próprios conselheiros e conselheiras.

Dentre as suas principais atribuições, o CNS é o órgão responsável por realizar as Conferências Nacionais de Saúde, que, a cada quatro anos, reúnem todos os conselheiros de saúde do Brasil para formular as diretrizes que orientarão o funcionamento do SUS no período subsequente; aprovar o orçamento da saúde e acompanhar a sua execução, e; estabelecer as diretrizes para formulação do e avaliar o Plano Nacional de Saúde, que estabelece quadrienalmente as ações e metas prioritárias do SUS. Além de acumular competências próprias, o CNS também integra diversos outros colegiados relevantes para a tomada de decisão no SUS e na saúde suplementar.

Portanto, seja pela sua finalidade precipuamente democrática, voltada ao controle social e à garantia da efetivação do direito à saúde integral, gratuita e de qualidade no Brasil; pela sua composição, baseada majoritariamente em processos eleitorais diretos; ou pela sua centralidade na organização do SUS, é inegável a adequada representatividade do CNS para trazer contribuições ao presente debate, transversal a todo o sistema de saúde brasileiro, conforme se demonstrará no tópico a seguir.

b) Representatividade material: interdependência entre saúde suplementar e SUS e atuação do CNS no tema

Conforme antecipado na subseção anterior, a partir da Constituição de 1988, o modelo de organização do sistema de saúde no Brasil, compreendendo o planejamento e execução de ações e serviços visando à promoção, proteção e recuperação da saúde, passou a ser o do SUS.

Isso significa dizer que o constituinte brasileiro optou, de maneira expressa, por um sistema de saúde orientado a partir da organização estatal, verdadeiramente pública, com o objetivo de superar exclusões e diferenças históricas no acesso à saúde.

De acordo com o próprio texto constitucional, 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 SUS é regido pelos e organizado a partir dos seguintes princípios e diretrizes, definidos conjuntamente no art. 198 da Constituição e art. 7º da Lei nº 8.080:

a) Universalidade: garantia de acesso de toda e qualquer pessoa a toda e qualquer ação e serviço de saúde. Antes da instituição do SUS, o acesso aos serviços de saúde só era garantido apenas às pessoas que contribuíam para a previdência social.

b) Igualdade: é a garantia de acesso de qualquer pessoa, em igualdade de condições, aos diferentes níveis de complexidade do sistema, de acordo com suas necessidades de saúde.

c) Integralidade: as ações e serviços de saúde devem visar não só à recuperação (cura), mas também à promoção e proteção da saúde (prevenção), de acordo com as necessidades particulares do cidadão, e em todos os níveis de complexidade.

d) Gratuidade: trata-se de uma consequência lógica dos princípios da universalidade, igualdade e integralidade. Para que o acesso às ações e serviços de saúde seja universal, integral e igualitário, é necessário que ele seja gratuito. Assim, nenhum valor deve ser cobrado do paciente que utilizar os serviços do SUS.

e) Descentralização: é entendida como a redistribuição do poder decisório, dos recursos e das competências quanto às ações e aos serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da ideia de que, quanto mais perto do fato a decisão for tomada, maior será sua adequação às necessidades daquela dada região ou território.

f) Hierarquização: as ações e os serviços de saúde devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente (primário, secundário, terciário e quaternário). Isso significa que, em regra, o paciente deve entrar no sistema por meio de um posto de saúde (atenção primária) ou de um pronto-socorro (urgência ou emergência) e, se houver necessidade, o ser encaminhado a um centro de maior complexidade.

g) Regionalização: significa não apenas distribuir espacialmente as ações e serviços de saúde, mas, também, organizá-los de modo eficiente, considerando todos os serviços e necessidades de saúde presentes em uma região, de forma a minimizar a duplicidade de meios para fins idênticos (e, conseqüentemente, o desperdício de recursos humanos, materiais, técnicos e financeiros).

h) Resolutividade: capacidade de resolver o problema trazido pelo paciente. Isso depende da eficiência de cada nível de complexidade e da integração entre eles.

I) Participação dos cidadãos: todas as decisões organizacionais de saúde devem envolver, na maior medida possível, a participação e, após a sua implementação, devem estar submetidas ao controle social. O principal mecanismo de participação e controle das políticas de saúde se dá por meio dos conselhos de saúde (nacional, estaduais e municipais). Também servem a essa diretriz a organização de consultas e audiências públicas para subsidiar decisões governamentais, além de inúmeras iniciativas pontuais, geralmente organizadas a partir da base, capazes de mobilizar vários agentes defensores do direito à saúde e à dignidade, pressionando os órgãos públicos a aprimorarem as políticas públicas de saúde.

Esta organização principiológica, mais do que apenas se aplicar ao aparato administrativo responsável pela execução de ações públicas de saúde, estabelece um sentido axiológico próprio para o sistema de saúde brasileiro como um todo. Por este motivo, ao dispor que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada (art. 199), a Constituição confere a ela, simultaneamente, o caráter de relevância pública - submetendo-a, portanto, à regulamentação, fiscalização e controle por parte do poder público, mesmo quando executada por agentes privados (art. 197).

É neste contexto que se insere a saúde suplementar no Brasil, que corresponde ao conjunto de ações e serviços prestados por, nos termos da Lei nº 9.656/1998 ("Lei de Planos de Saúde"), "pessoas jurídicas de direito privado

que operam planos de assistência à saúde” (art. 1º, caput). Trata-se de um setor regulado, que, simultaneamente, deve observar os princípios gerais do SUS e as suas regras próprias, estabelecidas tanto na Lei de Planos quanto pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), agência reguladora criada pela Lei nº 9.961/2000 para regulamentar, controlar e fiscalizar as atividades deste mercado.

Assim como em outros sistemas de saúde Beveridgianos, baseados centralmente na organização pública de serviços de saúde, universalmente acessíveis, remunerados pelo orçamento público, os planos de saúde no Brasil foram concebidos como uma forma suplementar de atenção à saúde. Pela definição da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico[1], tratar-se-ia de um modelo no qual, em tese, usuários poderiam, de forma voluntária, contratar cobertura privada adicional para ter acesso a serviços não incluídos no sistema público, sem perder o direito de ser atendido pelo SUS ao fazê-lo.

O desenvolvimento histórico do sistema de saúde brasileiro, contudo, não permitiu que esta teoria se verificasse na prática. A prevalência de serviços e planos privados no sistema anterior a 1988 e a consequente dificuldade de suplantá-los a partir da criação (relativamente) tardia do SUS acabou por criar um sistema em que os setores público e privado interagem e se sobrepõem de forma muito profunda[2]. Um dos resultados desta conformação é a importante duplicação de cobertura oferecida pelos planos de saúde no Brasil; ao invés de oferecerem apenas serviços suplementares, os planos são contratados com o objetivo principal de garantir acesso mais rápido e, por vezes, de maior luxo e qualidade a serviços também disponíveis no setor público[3].

Esta importante interdependência entre os setores público e privado motivou, ainda em 2003, a criação da Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar (CISS) no âmbito do Conselho, sob o fundamento de que:

3. A regulação do segmento de saúde suplementar deve estar subordinada aos princípios do SUS e deve nortear-se pelos mesmos marcos de relevância pública e organização do modelo assistencial e que o controle das ações e dos serviços de saúde deve ser exercido pelos entes que integram o SUS, de acordo com a competência constitucional e legal atribuída a cada um (Art. 197 C.F.). (Resolução CNS nº 329/2004).

Desde então, o Conselho mantém forte e aguerrida atuação no controle e fiscalização da saúde suplementar no Brasil, integrando diversos foros estratégicos ao setor, como a Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS) e o Comitê de Regulação da Atenção à Saúde (COSAÚDE), ambas instâncias consultivas e participativas da ANS.

Diante deste histórico de atuação e dos impactos potenciais no SUS de uma eventual decisão que altere os parâmetros de cobertura na saúde suplementar, não poderia o CNS deixar de contribuir com a presente discussão. De fato, trata-se de um tema sobre o qual o Conselho já, inclusive, produziu manifestações anteriores[4]. Assim, é imprescindível que se reconheça a legitimidade adequada do CNS para manifestação também no âmbito da presente Ação de Declaração de Inconstitucionalidade, e que as considerações a seguir sejam adequadamente consideradas na decisão final sobre o conflito.

[1] Organisation for Economic Co-operation and Development. Private health insurance spending. OECD, 2022. Disponível em: <<https://www.oecd.org/health/Spending-on-private-health-insurance-Brief-March-2022.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2023.

[2] PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 2011.

[3] PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; *et al., op. cit.*; SANTOS, Isabela Soares; UGÁ, Maria Alicia Dominguez; PORTO, Silvia Marta. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, p. 1431–1440, 2008; SANTOS, Isabela Soares. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 6, p. 2743–2752, 2011.

[4] Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/2519-nota-publica-rol-taxativo-e-um-retrocesso-contrario-a-vida-e-ao-sus>>. Acesso em: 17 nov. 2023 e <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2019/Reso619.pdf>>, Acesso em 21 nov. 2023.

II - Considerações do CNS sobre a natureza do Rol da ANS

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) reitera de forma consistente seu posicionamento em favor da concepção do rol exemplificativo. Tal postura foi claramente expressa nos autos do Recurso Especial nº 1.733.013 - PR (2018/0074061-5), quando o CNS atuou como *amicus curiae*, contribuindo significativamente para o debate sob o despacho do Ministro Luis Felipe Salomão do Superior Tribunal de Justiça (STJ).

Como parte de sua contribuição à corte, o CNS aprovou, por meio da Resolução 619, de 13 de setembro de 2019, o Parecer Técnico nº 243/2019-SECNS/MS. O documento respalda o caráter exemplificativo do rol da ANS ao defender que as empresas de planos de saúde devem cobrir procedimentos indicados pelo médico que acompanha o usuário, mesmo que não estejam previstos no rol, desde que haja fundamentação técnica para tal.

O posicionamento do CNS foi reiterado, ainda, na Recomendação nº 014, de 07 de junho de 2022, em que novamente reafirmou a tese do rol exemplificativo, destacando sua importância à manutenção do sistema de saúde. O Conselho, ainda, realizou o acompanhamento da tramitação do Projeto de Lei 2.033/2022, transformado na Lei 14.454/2022, sempre se posicionando a favor do caráter exemplificativo do rol de procedimentos em fóruns e audiências públicas.

Nos posicionamentos supracitados, a defesa do CNS se baseou no princípio constitucional do direito à saúde e na defesa da sustentabilidade do sistema público de saúde. É do entendimento do CNS que a limitação da cobertura dos planos de saúde apenas aos procedimentos expressamente elencados aumenta substancialmente o risco de transferência de encargos assistenciais ao SUS.

Ao ter a cobertura negada, o beneficiário do sistema privado busca atendimento no Sistema Único de Saúde, já sobrecarregado e insuficiente para atender a população atendida exclusivamente pela rede pública. A prática já é

amplamente documentada, conforme aponta o Mapa de Utilização do SUS por beneficiários de planos privados de Assistência à Saúde (2021), que indica a realização de 33 milhões de atendimentos no SUS a beneficiários da saúde suplementar, apenas no ano de 2020.

Dados da Associação Nacional das Administradoras de Benefícios (ANAB) também revelam que, mesmo com plano de saúde, 42% dos beneficiários recorrem aos serviços do SUS. Adicionalmente, 44,36% dos valores a serem ressarcidos ao SUS pelos planos de saúde privados estão pendentes, em parcelamento ou suspensos judicialmente, conforme apontado na 3ª Edição do Panorama do Ressarcimento ao SUS – 1º trimestre de 2022. O atendimento da população beneficiária de planos de saúde pelo SUS, portanto, evidencia a insustentabilidade que a falta de cobertura da saúde suplementar impõe ao sistema público.

O posicionamento do CNS leva em consideração, também, o cenário atual preocupante de crescente judicialização na saúde, potencialmente agravado pela interpretação taxativa do rol. A nível nacional, em 2022, foram protocolados 293 mil novos processos na justiça referentes à saúde pública, e 159 mil referentes à saúde suplementar, conforme o painel de Estatísticas Processuais de Direito à Saúde do Conselho Nacional de Justiça. Destes, 46 mil estão relacionados diretamente ao fornecimento de medicamentos.

Estudos do Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde e Interações Público-Privadas (GEPS/FMUSP), ainda, indicam que as negativas de cobertura são a principal causa de judicializações no Tribunal de Justiça de São Paulo, representando 48,2% das demandas. Esta judicialização não apenas sobrecarrega o sistema judiciário, mas também reflete a insatisfação e as dificuldades enfrentadas pelos pacientes para obterem cobertura adequada.

A defesa do rol exemplificativo baseia-se, então, na premissa de que esta abordagem não apenas protege os pacientes da saúde suplementar, garantindo-lhes dignidade e o direito à saúde, mas também age como salvaguarda para o sistema público, evitando sobrecargas desnecessárias causadas pelo atendimento da população beneficiária ou o crescimento das demandas judiciais.

Ainda na defesa da sustentabilidade dos sistemas de saúde, o CNS entende que é necessário tomar medidas para mitigar o aumento vertiginoso das judicializações, a fim de garantir a previsibilidade orçamentária dos órgãos públicos e privados e possibilitar a gestão racional dos recursos.

O Conselho, no entanto, destaca que a redução da judicialização não se fundamenta na adoção de uma interpretação taxativa do rol da ANS, mas pela regulamentação clara da Lei 14.454/2022, com o estabelecimento de critérios específicos para o caráter exemplificativo do rol. A falta de definição perpetua a incerteza jurídica, contribuindo para o aumento do número de processos tanto na saúde suplementar quanto na saúde pública.

A regulamentação cuidadosa da Lei 14.454/2022 representa uma abordagem equilibrada que preserva o sistema público de saúde, os interesses dos beneficiários dos planos de saúde e confere respaldo jurídico para redução das judicializações. Simultaneamente, a regulamentação proporciona à saúde suplementar diretrizes técnicas para a aplicação do conceito do rol exemplificativo, garantindo a previsibilidade orçamentária e sustentabilidade do sistema privado de saúde.

III - Potenciais impactos para o ressarcimento ao SUS

O ressarcimento ao SUS é um mecanismo de compensação e equilíbrio dos recursos públicos despendidos com a prestação de serviços de saúde a pessoas que têm plano de saúde privado. O ressarcimento ao SUS ocorre quando os atendimentos prestados aos usuários de planos de saúde forem realizados em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do sistema público, observando-se os limites dos contratos celebrados, conforme artigo 32 da Lei 9.656/1998.

A sistemática do ressarcimento se insere na lógica de regulação do setor de saúde suplementar, como medida que deve desestimular o não cumprimento dos contratos celebrados e impedir o subsídio, ainda que indireto, de atividades lucrativas com recursos públicos.

O ressarcimento ao SUS é regulamentado pela ANS, e trata-se de uma obrigação legal das operadoras de planos privados de assistência à saúde em decorrência de despesas pelo atendimento de seus beneficiários, que estejam cobertos pelos respectivos planos, como medida de equilíbrio e forma de equidade nas obrigações.

De acordo com o art. 32 da Lei nº 9.656, de 1998, serão ressarcidos pelas operadoras 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 SUS.

A partir da expressa determinação legal, o ressarcimento passou a ser regulamentado também pelas normas, resoluções normativas (RN), da ANS:

I - RN nº 04/2002 - Regulamenta o parcelamento de débitos tributários e não tributários para com a ANS;

II - IN nº 05/2011 - Trata da Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar de Ressarcimento ao SUS;

III - RN nº 358/2014 - Dispõe sobre os procedimentos administrativos físico e híbrido de ressarcimento ao SUS;

IV - RN nº 351/2014 - Aborda a suspensão administrativa da exigibilidade de créditos pelo depósito judicial de seu montante integral;

V - RN nº 377/2015 - Altera a RN nº 358/2014, estabelecendo nova sistemática de incidência de juros;

VI - RN nº 427/2017 - Altera a RN nº 392/2015 que dispõe sobre os ativos garantidores das operadoras no âmbito do sistema de saúde suplementar, e revoga a RN nº 278/2011, que institui o programa de conformidade regulatória e dá outras providências;

V - RN nº 502/2022 - Dispõe sobre os procedimentos administrativos físico e híbrido de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 estabelece normas sobre o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS e revoga as Resoluções Normativas nº 358, de 27 de novembro de 2014, nº 377, de 08 de maio de 2015, e o art. 25 da nº 464, de 29 de dezembro de 2020.

Os atendimentos identificados no ressarcimento ao SUS constam da cobertura mínima obrigatória estabelecida pela ANS por meio do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Para planos não regulamentados, a análise é baseada na cobertura assistencial prevista contratualmente. A previsão

normativa de ressarcimento ao SUS foi reconhecida e declarada como constitucional e legal pelo Supremo Tribunal Federal (STF) em sede de repercussão geral, representada pelo tema 345.

Conforme reconhecido de forma expressa na decisão desta E. Corte naquela ocasião, o ressarcimento é um instituto plenamente alinhado com as previsões constitucionais, na medida em que busca impedir o subsídio público da atividade privada lucrativa, conforme o que prevê o art. 199, §2º da Constituição. Trata-se, nesse sentido, de uma aceitação tácita da ideia de que, reconhecendo a duplicação de cobertura oferecida pelos planos como um potencial problema para o funcionamento do sistema de saúde, o poder público criou a figura do ressarcimento para amenizá-lo, ao menos em sua dimensão financeira.

A consequência lógica deste argumento, então, é a de que a extensão da cobertura dos planos de saúde tem ligação direta com o alcance do instituto do ressarcimento. Portanto, para a avaliação de impacto sobre a taxatividade do rol, toma-se imprescindível considerar suas repercussões sobre o ressarcimento ao SUS. Uma eventual restrição do rol poderá ensejar maior número de usuários de planos de saúde buscando serviços públicos, gerando impactos negativos sobre o orçamento do SUS e aumento das iniquidades entre os setores. De fato, esse impacto já se verifica no caso dos novos planos coparticipativos. Isto porque o valor correspondente à coparticipação, a cargo do usuário, não é computado para fins de ressarcimento, o que já vem ativamente comprometendo o orçamento público^[1].

Ao dar uma interpretação restritiva e iníqua em comparação com a realidade do sistema, as operadoras deixam de cumprir a obrigação legal de ressarcimento justamente porque não terão obrigação de cobertura. O impacto no decréscimo do ressarcimento compromete os valores destinados ao SUS. O sistema público suportará completamente o atendimento de um grupo populacional já impactado com estratégias de diminuição de custos, como a cobertura restritiva por meio dos planos coparticipativos.

Destaca-se ainda a grave situação do ressarcimento das operadoras privadas ao SUS. Segundo a 8ª Edição do Panorama do Ressarcimento ao SUS, que compila dados de 2001 a junho de 2023^[2], 41,33% dos valores a serem ressarcidos ao SUS pelos planos de saúde privados estavam pendentes, em parcelamento ou suspensos judicialmente. Em números absolutos, isso representa quase R\$ 3,9 bilhões. Somado ao não cumprimento das obrigações por parte dos planos de saúde, o SUS ainda padece do desfinanciamento crônico gerado pela Emenda Constitucional 95/2016^[3].

A LDO 2023 agravou ainda mais o financiamento do SUS quando traz um déficit na ordem de 65,9 bilhões de reais em comparação com o ano anterior. Nesse sentido, as negativas dos planos, que já estão ocorrendo devido à decisão do STJ acerca do caráter taxativo do rol vão aumentar a demanda ao SUS de forma desproporcional aos recursos financeiros que são destinados a ela.

Nesta discussão, não se pode deixar de ressaltar, ainda, o padrão intrinsecamente iníquo de acesso a serviços públicos de saúde por parte dos usuários da rede privada. Os dados indicam que, entre pessoas com plano de saúde, há uma tendência de utilização de serviços muito maior do que entre usuários exclusivos do SUS, o que acaba se traduzindo, também, em sobreutilização de serviços públicos por usuários de planos, quando estes

buscam atendimento na rede pública. Ademais, quando pessoas com planos buscam atendimento público, existe uma tendência de que o atendimento demandado seja de maior complexidade (geralmente, na forma de internações cirúrgicas ou de procedimentos de alto custo, como hemodiálises, quimio, radio ou hemoterapias)^[4]. Em 2022, dados da ANS dão conta de que, dentre os dez procedimentos mais realizados por usuários de planos de saúde no SUS, os oito primeiros correspondiam a terapias de alto custo, como hemodiálise, transplante de rim, terapias para tratamento de cânceres e implantes de próteses ou órteses oculares e auditivas^[5].

Não por acaso, a presente ação tem como um de seus argumentos principais a ideia de que a incorporação de determinadas tecnologias de alto custo teria alto impacto financeiro sobre o setor da saúde suplementar, o que ameaçaria, em última análise, sua sustentabilidade. Sem entrar no mérito da validade deste argumento, mas partindo de seu pressuposto, a consequência natural da declaração da taxatividade do rol será a de que tais tecnologias passarão a ser buscadas pelo usuário de planos de saúde no setor público, agravando o já estabelecido cenário de iniquidades de acesso. Além disso, este movimento se desdobrará na limitação da gama de procedimentos passíveis de ressarcimento ao SUS - dificultando, inclusive, a identificação de casos em que procedimentos fora do rol, mas eventualmente cobertos nos contratos específicos dos usuários, sejam por eles utilizados no SUS, obstruindo a cobrança e fiscalização do ressarcimento. O cenário poderá ser, então, simultaneamente, de agravamento de iniquidades entre os setores, aprofundamento do subfinanciamento do SUS e de desincentivo para que operadoras cumpram regras de ressarcimento.

Outro aspecto tange à desigualdade no acesso aos serviços de saúde dentre os próprios usuários dos planos. Caso a restrição do rol taxativo seja combinada com a interpretação de que pode haver contratação de pacotes adicionais para ampliação de cobertura, a tendência será de aumento da desproporcionalidade no acesso aos serviços, pois beneficiários de planos com cobertura mais ampla - que, via de regra, serão também aqueles com maior capacidade de pagamento -, poderão ter acesso a uma gama mais abrangente de procedimentos, enquanto aqueles com planos mais limitados podem depender mais dos serviços públicos, aumentando a carga sobre o SUS.

Por derradeiro, deve ser observado que a tabela de procedimentos do SUS muitas vezes não está alinhada com o rol estabelecido pela ANS. Isso cria desafios na precificação dos procedimentos, dificultando a determinação do valor justo a ser ressarcido pelas operadoras de planos de saúde. A defasagem pode resultar em subestimação dos custos reais dos serviços prestados pelo SUS.

Todos esses fatores destacam a complexidade e os desafios associados ao ressarcimento ao SUS no contexto do rol taxativo, com impacto negativo para o sistema de saúde brasileiro.

IV - Conclusão

Diante, pois, dos motivos expostos neste documento e do histórico de posicionamentos do CNS, entendendo ser a presente manifestação, mais uma vez, uma oportunidade para comprovar sua capacidade de atuação em defesa do SUS e do equilíbrio entre este sistema e o mercado de planos de saúde; e considerando ainda o cenário de desfinanciamento do SUS, este órgão

colegiado defende que qualquer entendimento que autorize os planos de saúde a restringirem cobertura a seus usuários é completamente danoso ao sistema público de saúde.

Isto porque, como visto acima, apesar do exposto reconhecimento da constitucionalidade da norma de ressarcimento ao SUS, existe um cenário de descumprimento reiterado e flagrante do mercado em atender ao mandamento constitucional e à regra incluída na Lei 9.656/98.

Para o julgamento do presente caso, o Conselho defende, com o devido respeito, que esta Corte Constitucional leve em consideração o amplo arcabouço legal que rege o sistema público de saúde, como também, em sua *ratio decidendi*, contribua para a redução das assimetrias e para o efetivo equilíbrio da relação entre operadoras e SUS.

Sendo o que havia a requerer, o CNS expressa verdadeira consideração e reforça seu compromisso com a democracia e a defesa dos direitos da população brasileira.

[1] Nesse sentido, em manifestação anterior, direcionada ao STJ, consolidada na Resolução nº 619/2019, este Conselho já havia ponderado que “que a possível adoção do rol taxativo pode piorar o quadro do financiamento da saúde pública no Brasil”

[2] Disponível em: <<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoizjZmNWVhMzAtMDcxMS00MmNhLWlxOWUtMDIxNjgzZTBjMjM0IiwidCI6IjlkYmE0ODBjLTRmYTctNDJmNC1YmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>>. Acesso em: 17 nov. 2023.

[3] Conforme consta de manifestação anterior deste Conselho ao C. STJ: “Isso porque, em virtude da Emenda Constitucional nº 95 (EC 95/2016), a fixação da regra do ‘teto’, cujas despesas serão atualizadas tão somente pela variação anual da inflação, mesmo que a receita cresça no mesmo período, reduzirá as despesas por habitante com o SUS e com a educação pública de forma acumulada até 2036. Além disso, é preciso considerar que a população crescerá nesse período, além de outras necessidades específicas, como por exemplo, os custos crescentes para o atendimento à saúde da população idosa, cuja participação em relação ao total tem aumentado nos últimos anos – de 12%, em 2016, para 22% em 2036”.

[4] SANTOS, Isabela Soares; UGÁ, Maria Alicia Dominguez; PORTO, Silvia Marta, *op. cit.*

[5] Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_res.def>. Acesso em: 17 nov. 2023.