

RESOLUÇÃO Nº 619, DE 13 DE SETEMBRO DE 2019.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Vigésima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 12 e 13 de setembro de 2019, 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; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e

considerando que a Constituição Federal de 1988 estabelece a “saúde como 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”;

considerando que a Lei Federal nº 8.080/1990 define, em seu Art. 2º, §1º, que o “dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”;

considerando a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que prevê o ressarcimento ao SUS como compensação das operadoras de saúde pelo envio de seus beneficiários para atendimento no SUS;

considerando que a integralidade, equidade e universalidade são princípios constitucionais do SUS que estão sendo feridos pela terceirização, fragmentação, privatização e concessão desregulada e desarticulada de serviços públicos de atenção à saúde em todos os níveis;

considerando que a Recomendação nº 46, de 5 de outubro de 2017, do CNS que indica que esta desregulação: abre margem para que as empresas fixem reajustes superdimensionados no decorrer da relação contratual; envolve reajustes de planos individuais segundo tabela de custos; indica a obrigatoriedade de segunda opinião médica e a revisão dos prazos de atendimento, aumentando o tempo de espera para procedimentos e flexibilizando a única forma da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) controlar a qualidade da assistência; envolve a criação de planos com coparticipação em alta porcentagem, e que os efeitos deste mecanismo podem atrasar a prevenção e o diagnóstico precoce, sendo essa situação mais grave no caso de doentes crônicos e idosos;

considerando que, até o momento, o Congresso Nacional não se dispôs a promover um debate inclusivo, democrático e republicano sobre um tema que é de alto interesse público;

considerando os debates havidos acerca dessa matéria durante a reunião ordinária da Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar do Conselho Nacional de Saúde (CISS/CNS), ocorrida em Brasília nos dias 18 e 19 de setembro de 2018;

considerando os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU), em especial o de nº 3, que indica o dever de

“assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”, garantindo o direito à saúde para toda a população;

considerando que a rubrica da receita “Ressarcimento por Operadoras de Seguros Privados de Assistência à Saúde” integra o rol de receitas vinculadas ao Ministério da Saúde e que o valor arrecadado em 2018 foi de R\$ 783,5 milhões não expressa os atendimentos que as unidades do SUS realizam aos possuidores de planos de saúde;

considerando que o CNS tem por finalidade atuar, entre outras coisas, 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 o Despacho referente ao Recurso Especial nº 1.733.013 - PR (2018/0074061-5), em tramitação no Superior Tribunal de Justiça (STJ), às Fls. 760-817, que em resposta à petição formulada pelo *amicus curiae* Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), apresentando arrazoado e ponderando entender que, malgrado tenham sido convidado 14 entidades com representatividade adequada, para trazer maior equilíbrio, seria conveniente fosse convidado o Conselho Nacional de Saúde a participar como *amicus curiae*, visto ter “acúmulo e capacidade para contribuir com a discussão”, o Ministro Relator, Luis Felipe Salomão, acolheu a sugestão levada pelo IDEC, e determinou a expedição de ofício, instruído pela mesma documentação enviada para as demais entidades, convidando a apresentar manifestação como *amicus curiae* o CNS, no mesmo prazo já fixado.

Resolve:

1. Aceitar o convite feito por meio do Despacho do Ministro Luis Felipe Salomão nos autos do Recurso Especial nº 1.733.013 - PR (2018/0074061-5), para se manifestar como *amicus curiae*;

2. Aprovar o Parecer Técnico nº 243/2019-SECNS/MS, por meio do qual este órgão colegiado posiciona-se no sentido de que o rol da ANS tem 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

3. Afirmar a possibilidade da representação jurídica deste CNS, por meio da Consultoria Jurídica junto ao Ministério da Saúde, trazer mais elementos para enriquecimento do debate em sua possível arguição, a partir do parecer anexo a esta resolução.

FERNANDO ZASSO PIGATTO
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 619, 13 de setembro de 2019, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

LUIZ HENRIQUE MANDETTA
Ministro de Estado da Saúde

Anexo da Resolução CNS nº 619, de 13 de setembro de 2019.



Conselho Nacional de Saúde

Parecer Técnico nº 243/2019-SECNS/MS.

Assunto: Possíveis impactos ao SUS - Planos de saúde - RE 1733013/PR.

O Conselho Nacional de Saúde, observado o art. 57-A de seu regimento interno, emite o presente opinativo técnico-normativo com as razões que seguem.

Antes de adentrar no mérito da questão, é importante ressaltar que por força da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e determina, em seu Art. 37, que é competência do Conselho Nacional de Saúde (CNS) estabelecer as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Considerando que, de acordo com a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, o CNS é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, em caráter permanente e deliberativo, que atua na formulação e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado (Art. 2º da Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008).

E ainda que prevê a Lei Complementar nº 141/2012 um amplo rol de competências aos Conselhos de Saúde e, especificamente, ao CNS, entre as quais: a aprovação da metodologia do rateio de recursos públicos para custeio das ações e serviços de saúde pactuada na Comissão Intergestores Tripartite – CIT, (Art. 17, §1º, Art. 19º, §1º, Art. 20); a deliberação acerca do estabelecimento de prioridades na construção dos planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (Art. 30, §4º); e avaliação quadrimestral do relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução desta Lei Complementar nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas (Art. 41).

O CNS possui uma Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar (CISS/CNS), que faz um acompanhamento do tema de planos de saúde, e, através dos subsídios desta comissão já se manifestou diversas vezes em suas reuniões plenárias, especialmente na sua relação com o SUS. Nessa linha, diversas recomendações já foram expedidas por este Conselho, no sentido de aprimorar a regulação dos planos de saúde¹.

¹ Em sua Recomendação nº 043, de 11 de outubro de 2018, o CNS recomendou ao Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) que realizasse chamamento de audiência pública, a fim de que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pudesse apresentar um plano de ação frente à decisão do STF sobre o Ressarcimento do SUS frente às diversas ações judiciais que estavam aguardando o reconhecimento da Constitucionalidade do Art. 32 da Lei nº 9.656/1998, que versa sobre tal ressarcimento. Já na Recomendação nº 25, de 07 de junho de 2018, o CNS expressou preocupação com o despacho nº 195 da Presidência da República, publicado no DOU de 18/04/2018, que foi encaminhado ao Senado Federal para apreciação da indicação do senhor Rogério Scarabel Barbosa para exercer o cargo de diretor da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), na vaga decorrente do término do mandato do senhor José Carlos de Souza Abrahão e que o referido indicado era sócio coordenador da área hospitalar e da saúde do Imaculada Gordiano Sociedade de Advogados, cujos materiais de divulgação continham informação de que essa sociedade atuava representando interesses de empresas junto à ANS. Além do fato de que o senhor José Carlos de Souza Abrahão tem em seu Currículo, disponível virtualmente, a informação de ter sido estudante de Pós-Graduação pela Universidade Federal do Ceará em parceria com a Universidade Unimed, do grupo Unimed de Planos de Saúde. Ainda nessa ocasião havia indicação publicada no DOU de 18/04/2018, do nome de Davidson Tolentino de Almeida para ocupar a vaga de Karla Santa Cruz Coelho, que encerrou seu mandato em julho daquele ano e que em matéria do Jornal Nacional (TV Globo) veiculada em 27/04/2018, o Sr. Davidson Tolentino estaria envolvido em esquema de corrupção, arrecadação e estocagem de dinheiro ilícito, além de não ter experiência ou formação na área da saúde, de seguros ou de planos de saúde. Nessa ocasião, o CNS recomendou: 1) Ao Senado Federal: Que ampliasse o debate junto aos órgãos de fiscalização e controle social, bem como entidades que militam na discussão da temática; 2) À Comissão de Assuntos Sociais do Senado, que suspendesse a sabatina do Sr. Davidson Tolentino de Almeida para ocupar a vaga de Karla Santa Cruz Coelho na diretoria da Agência Nacional de Saúde (ANS); e 3) Ao Conselho Nacional do Ministério Público, que investigasse as indicações presidenciais para os cargos de Diretoria das Agências Reguladoras; e que realizasse audiência pública para oitiva do controle social e entidades com expertise no assunto.

Na Recomendação nº 42, de 11 de outubro de 2018, manifestou-se contrário à PEC 451/2014, por considerar que uma proposição dessa natureza violaria os princípios do atendimento integral e da participação da comunidade, tendo em vista que a entrega ao serviço privado suplementar entraria em conflito com o interesse lucrativo do segmento orientado para atender aos investidores e não poderia ser submetido ao controle da comunidade atendida, retirando dos trabalhadores e suas famílias a garantia de que sua saúde é um direito humano e responsabilidade do Estado, tal como estabelece o Art. 196 da Constituição Federal de 1988. Nessa ocasião, o CNS recomendou ao relator da PEC 451/2014, Deputado Rubens Pereira Júnior (PC do B/MA), que arquivasse a PEC 451/2014, de autoria do ex-deputado Eduardo Cunha; e aos integrantes da Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC) da Câmara dos Deputados, que em caso de submissão de novo parecer pelo relator, votassem pela rejeição e arquivamento da PEC 451/2014, por seu conteúdo violador da estrutura organizativa do SUS.

Na mesa Reunião Ordinária de 11 de outubro de 2018, o CNS manifestou-se ainda sobre o relatório substitutivo do PL 7419/2006 e apensados, que pretendia: revogar a Lei nº 9.656/1998 que trouxe, minimamente, avanços de proteção para os usuários contra os absurdos que eram praticados na década de 1990 pelas empresas de planos de saúde; extinguir mais de 150 projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional, que buscam revisar de forma correta, adequada e equilibrada as regras aplicadas aos planos de saúde; e reduzir drasticamente a incidência do relevante e benéfico Código de Defesa do Consumidor (CDC) na solução dos conflitos envolvendo os planos de saúde. A esse respeito, o CNS, na Recomendação nº 44, de 11 de outubro de 2018, recomendou ao Presidente da Câmara dos Deputados, em atenção ao Art. 17, II, d, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados: 1. Que arquivasse o PL 7419/2006 e apensos, interrompendo assim o favorecimento explícito às prestadoras de planos de saúde; e 2. Que realizasse amplo debate sobre o tema por meio de Audiências Públicas que contassem com participação democrática, que incluísse o Conselho Nacional de Saúde, Entidades da Sociedade Civil, Instituições de Defesa do Consumidor e outros Órgãos Governamentais. Nesse mesmo contexto, o CNS na Recomendação nº 047, de 11 de outubro de 2018, considerando a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que prevê o ressarcimento ao SUS como compensação das operadoras de saúde pelo envio de seus beneficiários para atendimento no SUS; considerando que o ressarcimento recebido pelo SUS das

Deste modo, no exercício de sua competência constitucional, nos limites de atuação institucional que a legislação infraconstitucional lhe assegura, o CNS manifesta-se nos termos que se seguem.

Da manifestação

O Superior Tribunal de Justiça (STJ) enviou um ofício ao CNS solicitando um parecer deste Conselho em relação ao Recurso Especial RE 1733013/PR, relativo a planos de saúde, com impacto no SUS. A decisão de ouvir o Conselho é uma sinalização clara de prestígio do CNS, e indica ainda a possibilidade de um precedente favorável à atuação do CNS como Amigo da Corte em outros processos judiciais. No mínimo, se não como Amigo da Corte, sinaliza o STJ está interessado em considerar o parecer do CNS em questões relativas à saúde.

A relevância desse tipo de solicitação fortalece e legitima o CNS como instância de controle social e entidade com acúmulo técnico suficiente para contribuir com o debate de temas relevantes em Tribunais Superiores.

O Recurso Especial busca decidir sobre a lista de procedimentos obrigatórios a serem oferecidos pelas empresas de planos de saúde aos seus usuários. O entendimento predominante hoje, é de que a oferta de serviços de saúde pelos planos tem como referência mínima uma lista (chamada Rol de Procedimentos), elaborada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e atualizada a cada dois anos.

Essa lista, diferentemente do que acontece com a incorporação de tecnologias no SUS, é bem menos abrangente e atualizada numa velocidade menor do que aquela com que a CONITEC analisa e incorpora procedimentos no SUS. Dessa forma, é comum que procedimentos já incorporados no SUS ainda não sejam incluídos na lista oficial da ANS.

Trabalhando numa lógica de lucro, os planos de saúde comumente negam procedimentos necessários e geralmente já oferecidos pelo SUS, com o argumento de o procedimento não estar previsto no Rol. Isso faz com que o SUS seja responsável por determinado atendimento, sem o respectivo ressarcimento, porque, nos termos da Resolução Normativa nº 358/2014 e da Instrução Normativa nº 45/14, da ANS, serão ressarcidos ao SUS apenas os procedimentos prestados pelo SUS aos usuários de planos

operadoras de saúde representam apenas 65% do que realmente deveria entrar nos cofres públicos; e considerando a declaração do Sr. Manoel Carlos Libano dos Santos, Diretor da Unimed de São José do Rio Preto, no Fórum Latino Americano de Biossimilares, em julho de 2018, sobre a prática das operadoras em retardar a autorização de serviços em sua rede prestadora sob a justificativa da economia de recursos para empresa, uma vez que é mais barato ressarcir pela tabela SUS do que prestar o serviço, o que atesta uma prática imoral das operadoras, que se beneficiam das brechas legais. Considerando todos esses elementos o CNS recomendou à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que fosse garantido 100% do ressarcimento ao SUS objetivando reduzir o sucateamento do sistema e inibir práticas indevidas das empresas operadoras de planos de saúde, no prazo máximo de até 2 (dois) anos. Ressalte-se que nenhuma das recomendações do CNS foram atendidas, o que reflete sérias limitações à democracia representativa e ao controle social, já que instâncias como o Congresso Nacional não se dispuseram até o presente momento a promover um debate inclusivo, democrático e republicano sobre os temas afetos à saúde suplementar, o que é de alto interesse público.

de saúde previstos no Rol ou em contrato. A guisa de ilustração, a rubrica da receita “Ressarcimento por Operadoras de Seguros Privados de Assistência à Saúde” integra o rol de receitas vinculadas ao Ministério da Saúde e o valor arrecadado em 2018 foi de R\$ 783,5 milhões, que não expressa os atendimentos que as unidades do SUS realizam aos possuidores de planos de saúde.

A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 (lei de planos de saúde), foi clara ao determinar que os planos proporcionassem coberturas para os agravos e tratamentos de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) da Organização Mundial da Saúde. Ou seja, o texto da lei é claro ao dispor que cabe aos planos de saúde a cobertura de todas as doenças. Segundo esse entendimento, a lista de procedimentos da ANS tem caráter exemplificativo (são exemplos, podendo ser oferecidos outros procedimentos para além da lista).

Se o Rol for considerado taxativo (ou seja, apenas o que está previsto na lista é que deverá ser oferecido), há o risco de o SUS ser acionado no lugar dos planos de saúde para fazer esse atendimento. Isso com certeza aumentará a carga de atendimento, e tem potencial para aumentar também a carga judicial hoje já elevada contra o sistema público, já que retira do SUS o montante a ser investido no sistema.

Em razão disso, o CNS entende que a possível adoção do rol taxativo pode piorar o quadro do financiamento da saúde pública no Brasil. 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.

Contrário à versão da área econômica do governo federal, o Conselho Nacional de Saúde tem alertado que as perdas para o SUS com a vigência da EC 95/2016 serão de, no mínimo, R\$ 200 bilhões (a preços de 2017) acumulados no período de 2018 a 2036 segundo estudo do IPEA. A título de exemplo se as regras da EC 95/2016 estivessem em vigor a partir de 2001, tomando como base o valor efetivamente empenhado até 2017, as perdas para o SUS teriam sido de R\$ 194 bilhões (a preços de 2017) acumuladas no período de 2001 a 2017, conforme Capítulo 4 (Efeitos da política de austeridade fiscal sobre o gasto público federal em saúde) do livro “Economia para poucos”, organizado por Pedro Rossi, Esther Dweck e Ana Luiza M. Oliveira, Editora Autonomia Literária, 2018).

Assim, os efeitos negativos da EC 95/2016 foram sentidos já no exercício de 2017, com crescimento exponencial dos empenhos a pagar do exercício (acima de 80% em relação a 2016 ou cerca de R\$ 14 bilhões) e dos restos a pagar total inscritos e reinscritos para 2018 (acima de 50% em relação ao ano anterior ou cerca de 21 bilhões), que se refletiu no baixo nível de liquidação de despesas com vacinas e vacinação, medicamentos para o tratamento de HIV/DST/AIDS, dentre outros, inclusive nas

referentes às transferências do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde.

Retomamos o entendimento da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão a respeito da EC 95, para a qual essa emenda à Constituição “fere todos os parâmetros internacionais relativos a medidas de austeridade e que, em situações de crise, como a que o Brasil passa, essas políticas acabam por exacerbar iniquidades estruturais”. E ainda, lembrando os dados e estudos apresentados por instituições como o Conselho de Direitos Humanos da ONU, o Alto Comissariado da ONU para os Direitos Humanos, o Instituto de Estudos Socioeconômicos (Inesc) e mesmo o Fundo Monetário Internacional (FMI), que apontam que as políticas de austeridade não somente geram custos sociais substanciais mas também aprofundam a iniquidade social e diminuem a capacidade de indivíduos exercerem seus direitos humanos, e os Estados, a sua obrigação de proteger essas garantias.

É preciso ressaltar que o SUS foi desenhado para atender a todos os cidadãos e cidadãs em território nacional. Contudo, a realidade de seu subfinanciamento torna difícil a concretização desse propósito. Medidas como a que está em tramitação nesse MM. Juízo tem potencial, sim, de impactar ainda mais o orçamento do sistema público de saúde.

Considerando, pois os motivos ora expostos e o histórico de manifestações do CNS, entendendo ser essa participação uma oportunidade para a demonstração de sua capacidade de atuação em defesa do Sistema Único de Saúde e do equilíbrio entre este sistema e o mercado de planos de saúde; e considerando ainda o cenário de desfinanciamento do sistema, este órgão colegiado posiciona-se no sentido de que o rol tem 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.

Sendo o que havia a requerer, expressamos consideração e reforçamos nosso compromisso com a democracia e a defesa dos direitos da população brasileira.

Conselho Nacional de Saúde

Brasília, 13 de setembro de 2019.