



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB

Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais - FAJS

YANNÊ ONOFRE DOMINGUES

**PLANOS DE SAÚDE POPULARES EM PERSPECTIVA AO DIREITO
FUNDAMENTAL À SAÚDE**

BRASÍLIA

2019

YANNÊ ONOFRE DOMINGUES

**PLANOS DE SAÚDE POPULARES EM PERSPECTIVA AO DIREITO
FUNDAMENTAL À SAÚDE**

Monografia apresentada como requisito para conclusão do curso de bacharelado em Direito pela Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais – FAJS do Centro Universitário de Brasília – UniCeub.

Orientadora: Prof^a. Dr^a.Christine Oliveira Peter da Silva.

BRASÍLIA

2019

YANNÊ ONOFRE DOMINGUES

**PLANOS DE SAÚDE POPULARES EM PERSPECTIVA AO DIREITO
FUNDAMENTAL À SAÚDE**

Monografia apresentada como requisito para conclusão do curso de bacharelado em Direito pela Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais – FAJS do Centro Universitário de Brasília – UniCeub.

Orientadora: Prof^a. Dr^a.Christine Oliveira Peter da Silva.

BRASÍLIA, 2019

Banca Examinadora

Prof. Orientador

Prof. Examinador

RESUMO

Trata-se de monografia cujo objeto é a análise das premissas que direcionam as propostas de regulamentação dos planos de saúde populares em relação às disposições constitucionais que regem o direito fundamental à saúde e o Sistema Único de Saúde. Tal análise está inserida em um contexto de verificação do sentido que o constituinte originário visou dar às disposições acerca da promoção do direito fundamental à saúde, bem como o papel destinado ao Estado na condução desse direito. Com a averiguação do cenário que promoveu a inserção do direito fundamental à saúde e de um peculiar Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988, foi possível construir um pano de fundo para análise das diretrizes que baseiam as propostas de planos de saúde populares e sua afinidade com os dispositivos constitucionais. As interconexões entre financiamento público e atuação privada na promoção da saúde auxiliam a compreender o cenário desafiador do tema. A partir de pesquisas documentais e de revisão bibliográfica, concluiu-se que as diretrizes em que se baseia a proposta de planos de saúde populares são incompatíveis com os dispositivos constitucionais, em especial porque acabam por restringir de forma desproporcional o acesso universal e igualitário à saúde. Concluiu-se ainda que tais propostas promovem uma concepção de saúde ligada ao Sistema de Cobertura Universal – UHC – e não ao Sistema Universal – UHS –, sendo que este último demonstra-se compatível com as determinações constitucionais acerca do tema.

PALAVRAS-CHAVE: Direito Fundamental à Saúde. Saúde Pública. Sistema Único de Saúde. Planos de Saúde Populares. Sistemas de Acesso à Saúde.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	5
1 DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E A GARANTIA CONSTITUCIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	8
1.1 A saúde como um direito fundamental	8
1.1.1 <i>Contexto histórico acerca do direito à saúde como direito fundamental</i>	8
1.1.2 <i>Contexto brasileiro acerca do direito à saúde como direito fundamental</i>	10
1.2 Direito à saúde e sua jusfundamentalidade	12
1.3 Construção histórica da atenção à saúde no Brasil	14
1.4 Bases constitucionais acerca do Direito ao SUS	17
1.5 Perspectivas acerca do financiamento da saúde.....	21
2 FINANCIAMENTO PÚBLICO E PRIVADO DA SAÚDE E PLANOS DE SAÚDE POPULARES	24
2.1 Compreensões acerca da interconexão entre financiamento público e privado em relação à promoção da saúde.....	24
2.2 Repasse dos recursos públicos para planos de saúde e outras formas privadas de acesso à saúde. 28	
2.3 Regulamentação do orçamento público relativo à saúde.....	30
2.4 Ressarcimento planos de saúde ao SUS	34
2.5 Contexto e Análise da Proposta de Planos de Saúde Populares	38
2.5.1 <i>O que são os planos de saúde populares</i>	41
2.5.2 <i>Análise das diretrizes da proposta dos Planos de Saúde Populares</i>	44
3 CONFORMIDADE DA INSTITUIÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE POPULARES COM OS ARTIGOS 196 A 199 DA CONSTITUIÇÃO DE 1988.	51
3.1 Sistemas de Acesso à Saúde	51
3.1.1 <i>Sistema de Cobertura Universal (UHC)</i>	51
3.1.2 <i>Sistema Universal – UHS -</i>	53
3.1.3 Conclusões acerca dos dois sistemas	54
3.2 Constitucionalidade da Proposta de Planos de Saúde Populares.....	56
CONCLUSÃO	68
REFERÊNCIAS.....	73

INTRODUÇÃO

O direito à saúde está inserido no rol de direitos fundamentais da Constituição Federal. Para a concretização desse direito, o constituinte originário estabeleceu que ele deveria ser oferecido de modo universal à população por meio da centralidade do Sistema Único de Saúde, ao mesmo tempo em que permitiu a atuação privada nesse ramo. É nessa interação entre público e privado para a promoção do direito fundamental à saúde que esta pesquisa busca compreender um pequeno ramo dessa discussão. Como argumento para se diminuir a demanda do sistema público de saúde, propostas têm sido gestadas com a finalidade de trazer novos instrumentos para o oferecimento de saúde à população e, o mais recente deles foi nomeado como “planos de saúde populares”¹.

Assim, o tema da presente pesquisa busca compreender se a possível aprovação de planos de saúde populares é condizente com as normas constitucionais relativas ao Direito à Saúde bem como àquelas relativas ao Sistema Único de Saúde.

Nosso país tem passado por momentos complexos em que se faz necessário que a população reflita com mais afinco acerca de temas que envolvam o interesse público, busque meios de se responsabilizar pelas escolhas políticas e atue de maneira prática buscando influenciar as decisões tomadas pelos seus representantes.

Neste sentido, o presente estudo busca trazer uma reflexão sobre a influência que a atuação de grupos econômicos privados podem ter em áreas estratégicas do Estado, tal como a concretização do direito fundamental à saúde, e, ainda, se esse tipo de decisão efetivamente está de acordo com os preceitos constitucionais que balizam nossa sociedade.

Assim, a pesquisa justifica-se como um meio de trazer, de forma sistematizada, as bases das propostas de planos de saúde populares, os efeitos que

¹ Os documentos relacionados ao assunto alternam a denominação dos referidos planos entre “planos de saúde populares” e “planos de saúde acessíveis”, de modo que, nesta pesquisa, optou-se por utilizar o termo “planos de saúde populares”.

podem surtir em sua decorrência e a compreensão acerca de sua conformidade ou não às determinações constitucionais sobre o tema.

Neste contexto, tem-se como problema de pesquisa analisar se as disposições que determinam as propostas de regulamentação dos planos de saúde populares são consoantes com as disposições constitucionais que regem o direito fundamental à saúde e o Sistema Único de Saúde (artigos 196 a 199, CF88).

A primeira hipótese de pesquisa é que o constituinte originário trouxe disposições que visavam dar ao Estado a primazia na condução e regulamentação dos serviços de promoção da saúde de modo que, apesar de se permitir a atuação privada, esta não poderia ser responsável pela maior parcela de meios a se promover a saúde sem que haja a respectiva regulação e atuação do setor público nesta seara.

A segunda hipótese de pesquisa é que as regulamentações acerca dos planos de saúde populares vão de encontro com os princípios constitucionais que preconizam que a saúde é dever do Estado, que é direito de todos e que as ações e serviços de saúde são de relevância pública.

Por fim, a terceira hipótese de pesquisa é que a instituição dos planos de saúde populares pode levar a um maior sucateamento do Sistema Único de Saúde e, portanto, seria frontalmente contrário a este sistema previsto constitucionalmente.

De maneira geral, a presente pesquisa pode ser entendida como qualitativa, uma vez que se amolda ao conceito descrito por Mezzaroba².

A pesquisa qualitativa (...) o que vai preponderar sempre é o exame rigoroso da natureza, do alcance e das interpretações possíveis para o fenômeno estudado e (re) interpretado de acordo com as hipóteses estrategicamente estabelecidas pelo pesquisador.

Para ser possível a compreensão da primeira hipótese de pesquisa, será feita uma pesquisa de revisão bibliográfica acerca do tema. Para a análise da segunda hipótese de pesquisa serão buscados os documentos disponíveis nos sítios do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar e do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Já para a terceira hipótese de pesquisa será feita

² MEZZAROBA, Orides. *Manual de metodologia da pesquisa no direito*. 7. ed.. São Paulo: Saraiva, 2017, p. 138.

uma pesquisa teórica com revisão bibliográfico-doutrinária dos autores mais importantes sobre o tema.

No primeiro capítulo, vai-se estudar o direito fundamental à saúde e a garantia constitucional do Sistema Único de Saúde. Buscar-se-á entender o contexto histórico-jurídico em que o direito à saúde firmou-se como um direito fundamental. Além disso, também será analisado o contexto de aprovação da Constituição Federal de 1988 bem como os movimentos que levaram à instituição de ações de promoção à saúde tais quais foram ali inseridas. Por fim, será feita uma análise de como a seção destinada à saúde determinou que devessem se pautar as ações de promoção à saúde no Brasil.

No segundo capítulo busca-se refletir sobre as interconexões entre financiamento público e atuação privada na promoção à saúde e compreensão acerca dos Planos de Saúde Populares. Será averiguado de forma mais detalhada a maneira como a Constituição Federal determina que as ações de saúde sejam financiadas, bem como o que é disposto acerca da atuação privada na promoção da saúde. Tudo isso levará a uma compreensão quanto ao atual status do financiamento público da saúde e quanto às possibilidades de atuação da vertente privada neste campo. Essas discussões serão importantes para que se possam ter subsídios para se entender a necessidade e legalidade das propostas que estão sendo gestadas acerca dos planos de saúde populares.

Por fim, no terceiro capítulo teve-se a intenção de averiguar a conformidade da instituição de planos de saúde populares com os artigos 196 a 199, CF88.

Neste contexto, diante da importância de se refletir acerca do direito fundamental à saúde e sua relação com a dinâmica política e social que se tem experimentado no Brasil, convido a todos à leitura do presente trabalho para que ideias e apontamentos sejam feitos e seja possível seguir com a construção de debates e reflexões relevantes acerca do assunto.

1 DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E A GARANTIA CONSTITUCIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

1.1 A saúde como um direito fundamental

1.1.1 Contexto histórico acerca do direito à saúde como direito fundamental

O direito à saúde, por meio de uma visão histórica geral, somente veio a ter contornos de uma perspectiva garantidora a um maior número de pessoas a partir do término da 2ª Guerra Mundial³. Antes disso, apesar de já haver discussões acerca de sua importância e acerca do conceito de saúde desde o filósofo Hipócrates (460 A.C.- 370 A.C), a saúde como um direito a ser acessado por grande parte da população nunca havia sido pensado nesses parâmetros⁴.

Assim, com o fim da Segunda Guerra Mundial e com a necessidade de se evitar novos conflitos, foi pensado o sistema de organizações mundiais, dentre elas a Organização das Nações Unidas (ONU) da qual se originou e vinculou a Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo a saúde o principal objeto de atenção desta última⁵.

É importante se atentar para a disposição do artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos - Adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948:

Toda pessoa 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, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle⁶.

Registre-se que tal disposição não surgiu de forma inovadora à época. Em verdade, tais determinações são uma síntese de várias conquistas que foram moldando o que hoje se denomina como direitos humanos ou direitos fundamentais.

³ DALLARI, 1988, *apud* MARTINS, Flavia Bahia. *O Direito Fundamental à Saúde no Brasil sob a Perspectiva do Pensamento Constitucional Contemporâneo*. 2008. 128 f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008. p. 74.

⁴ *Ibidem*, p. 72.

⁵ *Ibidem*, p. 73

⁶ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Disponível em: <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>. Acesso em 12 out. 2018.

De acordo com Prado⁷, a conceituação de direitos fundamentais vem sendo construída desde a divulgação dos princípios cristãos, passando pela Magna Carta de 1215, pelo *Bill of Rights* de 1688, pela Constituição Americana de 1787, pela Declaração de Direitos da Revolução Francesa de 1789, pela Constituição Mexicana de 1917, pela Constituição Alemã de Weimar de 1919 até a redação da Carta das Nações Unidas de 1942 que proclamou que todos os seres humanos são iguais em garantias e direitos⁸.

Neste sentido, tal evolução histórica foi o caminho para o que se denominou chamar de direitos fundamentais.

Neste contexto, sendo a OMS o órgão mundial direcionado à proteção da saúde, a instituição conceitua saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou de enfermidade”, o que pode ser entendido como a concepção ampla de saúde⁹.

Assim, considerando que, tanto por meio das disposições feitas pela Declaração Universal dos Direitos Humanos quanto pelas determinações da OMS acerca do que é entendido como saúde e da necessidade de se garanti-la a todos os seres humanos, é possível classificar o direito à saúde como um direito fundamental do homem¹⁰.

De acordo com Sarlet¹¹, os direitos fundamentais são aqueles direitos humanos registrados no âmbito do direito constitucional de cada Estado e os direitos humanos são a expressão relacionada aos direitos atribuídos aos seres humanos no âmbito do direito internacional.

Portanto, considerando que o direito à saúde veio a ser inserido na ordem constitucional brasileira de 1988, certo é que tal direito corretamente deve ser entendido como um direito fundamental.

⁷ PRADO, Ana Paula B.S. Paiva. *Direito Fundamental à Saúde: direito social tratado como individual no Brasil*. 2012. 128 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Direito do Sul de Minas, Pouso Alegre, MG, 2012. p. 19.

⁸ *Ibidem*, p. 19 et seq.

⁹ MARTINS, Flavia Bahia. *O Direito Fundamental à Saúde no Brasil sob a Perspectiva do Pensamento Constitucional Contemporâneo*. 2008. 128 f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. p. 74.

¹⁰ *Ibidem*, p. 75

¹¹ SARLET, 2007, apud PRADO, Ana Paula B.S. Paiva. op cit. p. 22.

1.1.2 Contexto brasileiro acerca do direito à saúde como direito fundamental

Apesar de haver uma movimentação mundial no sentido do reconhecimento de direitos fundamentais abrangendo o direito à saúde, no que diz respeito à história constitucional brasileira, vê-se que a proteção à saúde foi sendo concretizada de forma vagarosa ao longo do tempo de modo que somente foi consagrada como um direito fundamental na Constituição de 1988.

De acordo com Martins¹², as primeiras Constituições do Império e da República nada falaram acerca do direito à saúde. Já a Constituição de 1934 trouxe pequenos avanços uma vez que registrou que a legislação trabalhista deveria se preocupar em oferecer assistência médica ao trabalhador e à gestante (art. 121, § 1º, “h”) bem como dispôs que era competência comum a adoção de medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a mortalidade e a morbidade infantis; e de higiene social, que impedissem a propagação das doenças transmissíveis (art. 138, “f” e “g”).

Ainda de acordo com Martins¹³, a Constituição de 1937, inovou ao registrar como competência da União a legislação acerca das normas fundamentais da defesa e proteção da saúde, em especial a saúde da criança. Também o texto de 1946 atribuiu à União a competência para legislar sobre a defesa e proteção da saúde (art. 5º, XV, “b”).

Durante o período de regime militar, não houve avanço acerca da proteção da saúde, apenas havendo disposições acerca da competência legislativa sobre o tema¹⁴.

Já a Constituição de 1988, como será mais bem explorado nos tópicos seguintes, avançou de forma incomparável no campo de consignar a saúde como um direito fundamental, uma vez que inseriu tal direito nas disposições dos direitos sociais fundamentais.

Além disso, a Constituição de 1988 incluiu como um de seus fundamentos a dignidade da pessoa humana e por meio de seus princípios e objetivos é possível

¹² MARTINS, Flavia Bahia. *O Direito Fundamental à Saúde no Brasil sob a Perspectiva do Pensamento Constitucional Contemporâneo*. 2008. 128 f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. p. 76.

¹³ *Ibidem*.

¹⁴ *Ibidem*.

compreender que suas determinações, em especial por orientar um Estado Democrático de Direito, visam superar as desigualdades sociais com a finalidade de realizar justiça social¹⁵. Neste contexto, pode-se extrair que o direito à saúde é um instrumento previsto pela Constituição Cidadã para a efetivação da dignidade da pessoa humana.

O esclarecimento de Barroso é importante neste contexto:

O Estado constitucional de direito gravita em torno da dignidade da pessoa humana e da centralidade dos direitos fundamentais. A dignidade da pessoa humana é o centro de irradiação dos direitos fundamentais, sendo frequentemente identificada como o núcleo essencial de tais direitos¹⁶.

Neste ponto, é essencial a compreensão de que, por estar inserido no artigo 6º da Constituição Federal, e, assim, sendo um direito social, o direito à saúde, para ser efetivamente assegurado, deve vir revestido de prestações positivas por parte do Estado¹⁷. Além disso, considerando que essa característica prestacional do direito à saúde está ligada essencialmente à garantia do direito à vida, compreende-se o direito à saúde como uma cláusula pétrea, o qual não pode ter seu conteúdo esvaziado por modificações legislativas ou administrativas posteriores¹⁸.

Por ora, é necessário sedimentar o significado do direito à saúde bem como o que se pode verificar a respeito desse direito fundamental social. Depois será preciso entender o processo histórico que levou à construção das disposições constitucionais acerca do direito à saúde. Por fim, será clarificada a forma como a atenção à saúde foi disposta na Carta Magna bem como quais foram as disposições específicas acerca das competências e responsabilidades do Poder Público no que diz respeito ao direito à saúde.

¹⁵ ANDRADE, 2011 apud PRADO, Ana Paula B.S. Paiva. *Direito Fundamental à Saúde: direito social tratado como individual no Brasil*. 2012. 128 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Direito do Sul de Minas, Pouso Alegre, MG. p. 56.

¹⁶ BARROSO, Luis Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. *Revista de Direito Social*, v. 34, n. 11, abr/jun. 2009, p. 10.

¹⁷ PRADO, Ana Paula B.S. Paiva. *Direito Fundamental à Saúde: direito social tratado como individual no Brasil*. 2012. 128 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Direito do Sul de Minas, Pouso Alegre, MG, 2012. p. 56.

¹⁸ *Ibidem*.

1.2 Direito à saúde e sua jusfundamentalidade

O preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde descreve que saúde “[...] é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.”¹⁹.

Por sua vez, Dallari²⁰ descreve que, para a compreensão do direito à saúde, ele deve ser conceituado a partir de aspectos sociais e individuais. Assim, pelo aspecto individual, tal direito deve dizer respeito à liberdade em sua forma mais ampla, tanto em relação aos indivíduos que precisam ter liberdade para fazerem escolhas em relação a como viverão e à forma como escolherão os tratamentos adequados, até mesmo em relação aos profissionais da saúde que precisam de autonomia para decidirem os procedimentos a adotarem. Para que essa perspectiva ocorra de forma efetiva, deve haver um contexto que permita que tais escolhas sejam feitas.

Por outra perspectiva, em seu aspecto social, deve a saúde favorecer a igualdade. Isso envolve o fato de que “para preservar a saúde de todos é necessário que ninguém possa impedir outrem de procurar seu bem estar ou induzi-lo a adoecer”²¹.

É diante desse conflito que se verifica o obstáculo para se encontrar uma maneira de se garantir o direito à saúde. Assim, analisa a autora:

Não basta apenas declarar que todos têm direito à saúde; é indispensável que a Constituição organize os poderes do Estado e a vida social de forma a assegurar a cada pessoa o seu direito. É função de todo profissional ligado à área da saúde contribuir para o debate sobre as formas possíveis de organização social e estatal que possibilitem a garantia do direito à saúde²².

Não por outro motivo é que a autora Dallari²³, que se encontrava no ápice das discussões da Assembleia Constituinte, em 1988, quando escreveu o texto

¹⁹ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em 12 out. 2018.

²⁰ DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 22, n. 1, 1988. p. 59.

²¹ *Ibidem* p. 59.

²² *Ibidem*, p. 60.

²³ *Ibidem*, p. 60

citado acima, entende a necessidade da atuação da sociedade para se firmar o conceito de direito à saúde.

Além disso, a autora se filia à perspectiva de que o direito à saúde deve ser determinado em nível local, uma vez que são as próprias comunidades – as quais sabidamente compreendem as dificuldades que enfrentam – quem são legítimas a determinar o que mais influenciará seu completo bem-estar físico, mental e social²⁴.

A perspectiva trazida por Pivetta²⁵ demonstra que os direitos fundamentais sociais, dentre os quais está contemplado o direito à saúde, têm como característica a multifuncionalidade e a complexidade. O autor esclarece, nesse sentido, que os direitos sociais não florescem apenas como deveres impositivos de prestações fáticas pela via estatal, mas também revelam uma faceta em que o Estado deve tão somente respeitá-los e protegê-los. Tais perspectivas deverão ser compreendidas em cada caso concreto. Assim, de acordo com o autor, o qual se baseia nas ideias de Robert Alexy e Georg Jellinek, “cada direito fundamental encarta variadas possibilidades de eficácia jurídica, vale dizer, são feixes de posições jusfundamentais”²⁶.

Portanto, elucida Pivetta²⁷ que não há como haver uma separação estanque entre os regimes jurídicos relativos a direitos sociais e a direitos de liberdade, uma vez que, a depender da situação em concreto, haverá evidente interconexão entre eles²⁸.

Apesar disso, identifica-se no direito fundamental à saúde uma função prevaiente em sua dimensão prestacional, em especial em países com baixos índices de desenvolvimento. Neste sentido, deve o poder público adotar medidas positivas tais como condutas relacionadas a proteção individual e coletiva dos cidadãos em situações que possam gerar danos à saúde, deve também produzir normas visando coibir ações que do mesmo modo gerem danos aos cidadãos²⁹. Também nessa dimensão está a necessidade de o poder público estruturar

²⁴ DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 22, n. 1, 1988. p. 60.

²⁵ PIVETTA, Saulo Lindorfer. *Direito Fundamental à Saúde: Regime jurídico-constitucional, políticas públicas e controle judicial*. 2013. 270 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2013. p. 33.

²⁶ *Ibidem*. p. 28.

²⁷ *Ibidem*, p. 28.

²⁸ *Ibidem*. p. 33.

²⁹ *Ibidem*, p. 35.

instituições que efetivamente promovam o direito à saúde em perspectiva estrita³⁰. Por fim, entende o autor que nesse espectro do direito à saúde ainda deve haver lugar para instituições e procedimentos que deem espaço de participação dos cidadãos, bem como de suas reclamações.

Vê-se, portanto, que as dimensões intrínsecas ao direito à saúde podem ser compreendidas por diversos ângulos, de maneira que não se deve restringir sua análise a um ou outro espectro, sendo necessária essa compreensão ampla acerca do tema.

1.3 Construção histórica da atenção à saúde no Brasil

O sistema de atenção à saúde brasileira somente passou a ser pensado com um olhar democrático e amplo após a Constituição Brasileira de 1988. Conforme descrição de Vilaça³¹, a organização da saúde no século XX foi bastante heterogênea no contexto brasileiro. Assim, a concepção de saúde pública naquele momento se limitava a uma perspectiva de evitar a disseminação de doenças, sendo que as ações de efetiva promoção de saúde eram restritas a entidades particulares e hospitais de caridade³².

Após 1930 iniciam-se atuações dando corpo a um sistema público de saúde por meio da criação de institutos de previdência que ofereciam serviços médicos, mas de forma restrita àqueles trabalhadores contribuintes ligados aos institutos³³.

No período militar, apesar de ter havido uma reunião desses institutos em um único Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), o acesso ainda era restrito

³⁰ PIVETTA, Saulo Lindorfer. *Direito Fundamental à Saúde: Regime jurídico-constitucional, políticas públicas e controle judicial*. 2013. 270 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2013. p. 36.

³¹ VILAÇA, 2013 apud CARVALHO et al. O Sistema Único de Saúde, uma retrospectiva e principais desafios. In: ALVES, Sandra Mara Campos et al (Org). *Direito Sanitário em Perspectiva*. Brasília: ESMPU, FIOCRUZ, 2013. V. 2. p. 75.

³² Ibidem, p. 75.

³³ BARROSO, Luis Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. *Revista de Direito Social*, v. 34, n. 11, abr/jun. 2009. p. 40.

aos trabalhadores com carteira assinada, o que demonstra que relevante parcela da população não tinha acesso a qualquer tipo de saúde pública³⁴.

Esse quadro permaneceu na década de 1970 caracterizando o que Pivetta³⁵ descreve como um modelo privatista e curativista. Privatista porque o acesso à saúde era, em sua maior parte, prestado por instituições privadas, salvo em relação aos trabalhadores com carteira assinada, e curativista porque não havia foco em prevenção.

Veja-se que, nesse período pré-1988, desenvolvia-se uma lógica de mercado em que a saúde firmava-se com um caráter individualista o qual privilegiava a criação de instituições privadas³⁶. Registre-se ter sido constatado até mesmo uma atuação de o governo militar compactuar com a criação de institutos e sistemas de saúde públicos em que se davam maiores oportunidades a interesses empresariais e mercantilistas, muitas vezes com o desvio de verbas públicas para setores particulares, verificando-se a adoção de medidas e procedimentos desnecessários para que os ganhos desse setor fossem aumentados³⁷.

Assim, antes de 1988, vivia-se em um contexto de atenção à saúde em que se seguiam dois objetivos primordiais, conter emergências e manter a integridade física do trabalhador para que a mão de obra não se sucumbisse³⁸.

Não havia no país uma política de prevenção e foi a partir dos péssimos índices de saúde do país que os Departamentos de Medicina Preventiva foram trazendo discussões e atuações questionando a situação existente. Tal contexto deu origem ao Movimento pela Reforma Sanitária o qual, fundado em bases democráticas, conseguiu trazer ao debate municípios, universidades e profissionais os quais, por meio da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, delinearam os

³⁴ PIVETTA, Saulo Lindorfer. *Direito Fundamental à Saúde: Regime jurídico-constitucional, políticas públicas e controle judicial*. 2013. 270 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2013. p. 114.

³⁵ *Ibidem*, p. 115.

³⁶ FALAVINHA, Diego Hermínio Stefanutto. *Judicialização Da Saúde E O Controle Judicial De Políticas Públicas: uma análise de como o Poder Judiciário pode contribuir para a efetivação do direito à saúde na sociedade brasileira*. 2013. 196 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista “Júlio De Mesquita Filho”, Franca. 2013. p. 39.

³⁷ ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. p. 58.

³⁸ PIVETTA, Saulo Lindorfer. *op. cit.* p. 111.

princípios norteadores do Sistema Único de Saúde inserto na Constituição de 1988³⁹.

Tal movimento conseguiu por meio de sua atuação conjunta com os demais setores da sociedade inserir princípios revolucionários na seção destinada à Saúde na nova Constituição.

É importante notar que juntamente com a Carta Magna de 1988 é que se consolidou em nosso sistema jurídico o que também se denominou como Direito Sanitário. De acordo com Aith⁴⁰, tal ramo pode ser entendido como “o ramo do Direito que disciplina as ações e serviços de interesses à saúde” o qual tem na Constituição Federal suas bases jurídicas.

Neste sentido, para além da organização de um Sistema Único de Saúde relevante, a Constituição Cidadã inseriu em seu artigo 6º a saúde como um direito humano fundamental, trazendo avanço sem precedentes para a história do país. A partir de então, conforme esclarecimento de Aith⁴¹, a legislação sanitária cresceu permitindo que a perspectiva jurídica pudesse atuar em especial diante da compreensão de que o ordenamento jurídico deve ser instituído e organizado de forma harmônica.

Para Aith⁴², o sentido social é o que dá existência ao Direito Sanitário e, neste sentido, pode ser entendido como a necessidade de contribuir:

[...] com a sociedade para uma correta organização das ações e serviços de saúde nela existentes, visando sempre ao desenvolvimento da sociedade e a defesa dos valores juridicamente protegidos por essa mesma sociedade⁴³.

Neste contexto, nota-se que o Direito Sanitário, cuja base é o direito à saúde⁴⁴, precisa ser pensado tendo como sustentáculo as disposições inscritas na Constituição Federal. Assim, a busca no próximo tópico será por compreender as disposições constitucionais acerca da saúde.

³⁹ PIVETTA, Saulo Lindorfer. *Direito Fundamental à Saúde: Regime jurídico-constitucional, políticas públicas e controle judicial*. 2013. 270 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2013.p. 117.

⁴⁰ AITH, Fernando Mussa Abujamra. *Consolidação do Direito Sanitário no Brasil*. In: COSTA, BERNADINO et al (org). *O Direito achado na rua: Introdução crítica ao direito à saúde*. Brasília: CEAD/UnB, 2009. p. 74.

⁴¹ *Ibidem*, p. 75.

⁴² *Ibidem*, p. 75.

⁴³ *Ibidem*, p. 75.

⁴⁴ *Ibidem*, p. 75.

1.4 Bases constitucionais acerca do Direito ao SUS

Conforme descrito no artigo 196 da Constituição Federal, “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, consagrando o princípio da universalidade o qual firmou o anseio do Movimento Sanitarista para que a promoção da saúde não fosse restrita a pequenos grupos da sociedade.

Além disso, o *caput* do artigo 198⁴⁵, CFRB, dispõe que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único (...)” o que organiza a efetivação do direito à saúde como um sistema consubstanciado no Sistema Único de Saúde.

Assim, verifica-se que, conforme disposições da Constituição Federal, o Sistema Único de Saúde é o protagonista da prestação de saúde pública em todos os níveis federativos e também coordena todos os envolvidos com as políticas de promoção da saúde, tal como descrito no artigo 200.

Especificamente como princípios organizativos do Sistema Único de Saúde dispostos no artigo 198, CRFB, tem-se a regionalização, a hierarquização, a descentralização, o atendimento integral, além da participação da comunidade.

O princípio da regionalização diz respeito à necessidade de que as ações e promoções de saúde sejam feitas com observância das especificidades dos problemas de cada região brasileira⁴⁶. Já a hierarquização está diretamente relacionada com a necessidade de que os atendimentos sejam feitos conforme nível de complexidade exigido para o caso⁴⁷.

⁴⁵ 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.

⁴⁶ PIVETTA, Saulo Lindorfer. Direito Fundamental à Saúde: Regime jurídico-constitucional, políticas públicas e controle judicial. 2013. 270 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2013. p. 120.

⁴⁷ DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010, *apud* FALAVINHA, Diego Hermínio Stefanutto. Judicialização Da Saúde E O Controle Judicial De Políticas Públicas: uma análise de como o Poder Judiciário pode contribuir para a efetivação do direito à saúde na sociedade brasileira. 2013. 196 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista “Júlio De Mesquita Filho”, Franca. 2013. p. 63.

Já a descentralização reflete a responsabilidade que cada ente federativo deve ter em relação ao Sistema Único de Saúde. Neste sentido, Falavinha⁴⁸ descreve que esse princípio também está baseado na disposição organizativa do inciso II, do artigo 23, da CRFB, que determina que todos os entes são comumente responsáveis pela promoção da saúde. Tendo em vista que o objetivo da descentralização é permitir uma atuação mais efetiva e célere, optou-se, conforme legislação infraconstitucional, por atribuir aos entes municipais a maior parte da atuação de gerência de responsabilidade e recursos na área de saúde, em especial por serem os entes mais próximos da realidade da população⁴⁹.

A compreensão acerca do atendimento integral retrata “todas as dimensões de eficácia típicos dos direitos fundamentais, impondo ao Estado deveres de respeito, de proteção e de promoção”⁵⁰.

Em relação ao princípio da integralidade, é importante frisar que o artigo 200, CRFB, dispõe acerca de atribuições que competem ao Sistema Único de Saúde. Tal disposição registra que esse sistema também deve atuar na gestão farmacêutica, em questões de vigilância sanitária e epidemiológica, em formulação e execução de políticas de saneamento básico, desenvolvimento científico, fiscalização nutricional, dentre outros.

No mesmo sentido a legislação infraconstitucional, tal como a Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8080/1990), no título em que dispõe acerca dos princípios e diretrizes do SUS, especifica em seu artigo 7º, II que a integralidade na promoção da saúde é observada por meio de um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.

Assim, observa-se que a legislação regulamentadora, qual seja a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/1990), em consonância com as disposições constitucionais, descreve os vários âmbitos de atuação do SUS que não se

⁴⁸ FALAVINHA, Diego Hermínio Stefanutto. *Judicialização Da Saúde E O Controle Judicial De Políticas Públicas: uma análise de como o Poder Judiciário pode contribuir para a efetivação do direito à saúde na sociedade brasileira*. 2013. 196 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista “Júlio De Mesquita Filho”, Franca. 2013. p. 64.

⁴⁹ FALAVINHA. *op.cit.* p. 65.

⁵⁰ PIVETTA, Saulo Lindorfer. *Direito Fundamental à Saúde: Regime jurídico-constitucional, políticas públicas e controle judicial*. 2013. 270 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2013. p. 121.

restringem ao oferecimento de serviços médicos reativos, mas também em relação à moradia, saneamento básico, meio ambiente, educação, transporte, lazer, dentre outros, tudo com foco na promoção da saúde preventiva⁵¹.

É certo que tal compreensão se adequa ao conceito de saúde disposto no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde, tendo em vista que deve dizer respeito a um estado de completo bem-estar físico, mental e social⁵².

Por fim, registra-se como diretriz do Sistema Único de Saúde a participação da comunidade, o que é mais um retrato das lutas históricas do Movimento Sanitarista que culminaram com a inserção dos direitos descritos quanto à proteção da saúde na Constituição Federal. A participação da comunidade é uma perspectiva do contexto democrático em que foi confeccionada a Carta Magna de 1988, especificamente na concepção de democracia participativa⁵³.

De acordo com Pivetta⁵⁴:

A regulamentação deste dispositivo é realizada pela Lei nº 8.142/1990, que institui dois órgãos de participação popular: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. É através deles que se viabiliza a inserção dos cidadãos nos processos decisórios das políticas sanitárias.

Nota-se, por conseguinte, que todos esses princípios-diretrizes são peças vitais que compõem o Sistema Único de Saúde e que, estando um ou outro deficitário, por certo que o sistema não irá funcionar de maneira adequada.

Como exemplo, observa-se que sem a participação popular atuando pelos Conselhos de Saúde, torna-se difícil colocar em prática o princípio da descentralização que é baseada na capacidade do ente municipal gerir com responsabilidade os recursos que a ele se destinam. Sem a participação da população que nota de forma prática e cotidiana os gargalos da saúde pública, não haverá responsabilidade material do município quanto à gestão e implementação dos recursos destinados à saúde.

⁵¹FALAVINHA, Diego Hermínio Stefanutto. *Judicialização Da Saúde E O Controle Judicial De Políticas Públicas: uma análise de como o Poder Judiciário pode contribuir para a efetivação do direito à saúde na sociedade brasileira*. 2013. 196 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista “Júlio De Mesquita Filho”, Franca. 2013. p. 41.

⁵²Ibidem, p. 43.

⁵³PIVETTA, Saulo Lindorfer. *Direito Fundamental à Saúde: Regime jurídico-constitucional, políticas públicas e controle judicial*. 2013. 270 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2013. p. 133.

⁵⁴Ibidem, p. 138.

Portanto, o que se nota é a existência de uma rede complexa de atuação em que é atribuição do Sistema Único de Saúde coordenar a operação dos diversos atores envolvidos de modo a estabelecer uma “racionalização da gestão do sistema nacional de saúde”⁵⁵.

Assim, para Mariana Figueiredo e Ingo Sarlet⁵⁶, essas disposições legais acerca da abrangência de atuação do Sistema Único de Saúde coadunam-se com o princípio fundamental disposto no artigo 1º, III, da Carta da República, qual seja a dignidade da pessoa humana.

Veja-se, neste contexto, que o Sistema Único de Saúde é um meio concretizador do princípio da dignidade da pessoa humana elevado à categoria de fundamental pelo legislador constituinte. É diante desta perspectiva que este estudo vai delineando a compreensão acerca da relevância de tal sistema tal como determinado pelo legislador constituinte.

A opção do legislador acerca do que se consideraria como direitos fundamentais é, na expressão inscrita por Pivetta⁵⁷, de um “conceito materialmente aberto de direitos fundamentais”, isso porque o § 2º, do art. 5º, da Constituição Federal dispõe que outros direitos e garantias não dispostos naquele rol podem ser considerados como fundamentais.

Também é interessante observar que os direitos fundamentais podem ser analisados sob a perspectiva jurídico-objetiva e jurídico-subjetiva. Tais análises permitem compreender que, para além de os direitos fundamentais garantirem direitos subjetivos aos seus titulares, eles também são “vetores de atuação para todas as instâncias do Estado” e, portanto, representam “um conjunto de valores institucionalizados cuja observância é obrigatória para os poderes públicos”⁵⁸.

Assim, quando o legislador insculpiu normas constitucionais que impõem ações positivas aos órgãos estatais, uma variada gama de condutas podem ser realizadas para realizar o direito ali positivado. Quando se determinou que a saúde seria um direito social, por meio do artigo 6º, CRFB, ou que a saúde é um direito de

⁵⁵ PIVETTA, Saulo Lindorfer. *Direito Fundamental à Saúde: Regime jurídico-constitucional, políticas públicas e controle judicial*. 2013. 270 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2013. p. 119.

⁵⁶ SARLET, 2012, p. 35 *apud* PIVETTA, op. cit., p. 123.

⁵⁷ PIVETTA, op. cit., p. 39.

⁵⁸ PÉREZ LUÑO, 1995 *apud* PIVETTA, op. cit., p. 40.

todos e dever do Estado, por meio do artigo 196, CRFB, apesar de haver diversas possibilidades e maneiras de implementar tais disposições, o próprio legislador constituinte trouxe no contexto da Constituição Federal escolhas feitas de forma clara e determinante que auxiliam na compreensão acerca da maneira como tais direitos deverão ser implementados⁵⁹.

Nesta perspectiva, é possível observar que, após compreender toda a sistemática acerca do direito à saúde e do direito à promoção de saúde pública pelo Estado, o Sistema Único de Saúde pode ser entendido como um direito fundamental na medida em que concretiza o direito à saúde, insculpido no artigo 6º e descrito no artigo 196 como um direito de todos e dever do Estado.

1.5 Perspectivas acerca do financiamento da saúde

Conforme dispõe o art. 198, § 1º da Constituição Federal, as ações do Sistema Único de Saúde devem ser financiadas por meio de recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

De acordo com o descrito por Piola⁶⁰, o artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) previu uma vinculação de 30% dos recursos da Seguridade Social para a saúde até que uma Lei de Diretrizes Orçamentárias fosse aprovada. Ocorre que esses percentuais não foram observados nos anos de 1990 e 1991 sendo que em 1993 nada foi repassado em razão de alegarem a insuficiência de recursos no caixa da Previdência⁶¹. Foi nesse contexto de perda de recursos que se estruturaram as buscas por aprovação de um tributo vinculado à saúde, qual seja a CPMF – Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira.

⁵⁹ PIVETTA, Saulo Lindorfer. *Direito Fundamental à Saúde: Regime jurídico-constitucional, políticas públicas e controle judicial*. 2013. 270 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2013.p. 45

⁶⁰ PIOLA, Sergio Francisco. Financiamento público da saúde: algumas questões. In: ALVES, Sandra Mara Campos et al (Org). *Direito Sanitário em Perspectiva*. Brasília: ESMPU, FIOCRUZ, 2013. V. 2. p. 94.

⁶¹ *Ibidem*, p. 95.

Verifica-se que entre 1997 e 2007 a CPMF foi a responsável por 1/3 dos recursos do Ministério da Saúde, consoante os estudos de Servo⁶².

Assim, em que pese o notório projeto avançado relativo à promoção de saúde no país descrito na Nova Constituição, verifica-se que não foi firmado à época um percentual mínimo para todos os entes federativos e de forma substancial a ser dedicado para os recursos à saúde⁶³ de modo que o orçamento conseguido nesse período se deu a árduos esforços.

Somente no ano de 2000 é que foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29 a qual estabeleceu a obrigatoriedade de destinação de recursos mínimos à área de saúde e apenas em 2012 a referida emenda foi regulamentada por meio da Lei Complementar n. 141⁶⁴.

Vê-se, portanto, que o longo tempo transcorrido desde a aprovação da Constituição de 1988 para que o sistema de saúde público pudesse contar com destinações financeiras mínimas e determinadas certamente trouxe atrasos na consolidação de uma saúde pública ampla e consistente como descrita na Carta Magna.

A Emenda Constitucional 29 determinou percentuais mínimos que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deveriam aplicar em ações e serviços públicos de saúde. Assim, nota-se que os efeitos da EC 29 foram substancialmente positivos em especial diante do aumento da participação dos estados e municípios no financiamento da saúde. Não obstante, conforme estudos apresentados, entre o período da aprovação da emenda, ano 2000, e o ano de sua regulamentação, 2012, os referidos entes federativos esforçaram-se para não cumprir os limites mínimos, utilizando-se de argumentos legais para questionar a forma de saída e de aplicação de tais recursos, conforme demonstra Piola⁶⁵.

⁶² SERVO, et al, 2011 *apud* PIOLA, Sergio Francisco. Financiamento público da saúde: algumas questões In: ALVES, Sandra Mara Campos et al (Org). *Direito Sanitário em Perspectiva*. Brasília: ESMPU, FIOCRUZ, 2013. V. 2. p. 95.

⁶³ FALAVINHA, Diego Hermínio Stefanutto. *Judicialização Da Saúde E O Controle Judicial De Políticas Públicas: uma análise de como o Poder Judiciário pode contribuir para a efetivação do direito à saúde na sociedade brasileira*. 2013. 196 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista “Júlio De Mesquita Filho”, Franca. 2013. p. 62

⁶⁴ *Ibidem*, p. 63

⁶⁵ PIOLA. *op. cit.*. p. 97.

Ainda hoje, o que se tem são percentuais mínimos de aplicação de recursos em ações de promoção de saúde. Nota-se que tais percentuais são de fato mínimos e os governos pautam-se por esses limites, não dedicando maior orçamento para a saúde pública. Para Piola⁶⁶, isso demonstra que os governos não tratam a saúde pública como prioridade.

Note-se ainda que, também na seção destinada à saúde, em seu artigo 199⁶⁷, CRFB, foi disposto que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, podendo ela atuar de forma complementar – juntamente com os serviços públicos oferecidos – ou de forma suplementar – oferecendo de forma autônoma e privada tais serviços.

Vê-se, portanto, que há um complexo sistema de interconexão entre o orçamento público e privado relativo às ações e promoção do direito fundamental à saúde.

É diante desta perspectiva que serão feitas as análises do próximo capítulo acerca das disposições constitucionais e legais relativas à interligação do orçamento público destinado as ações públicas e privadas de saúde bem como suas implicações no que diz respeito aos planos de saúde populares.

⁶⁶ PIOLA, Sergio Francisco. Financiamento público da saúde: algumas questões. In: ALVES, Sandra Mara Campos et al (Org). *Direito Sanitário em Perspectiva*. Brasília: ESMPU, FIOCRUZ, 2013. V. 2. p. 98.

⁶⁷ Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

2 FINANCIAMENTO PÚBLICO E PRIVADO DA SAÚDE E PLANOS DE SAÚDE POPULARES

2.1 Compreensões acerca da interconexão entre financiamento público e privado em relação à promoção da saúde.

A Constituição Federal ponderou na seção destinada à saúde que o Poder Público poderia executar as ações e serviços de saúde diretamente ou por meio de pessoas físicas ou jurídicas de direito privado, tal como disposto no caput do artigo 197, como se observa *in verbis*:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público 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 ⁶⁸.

Além disso, registrou o artigo 199 da Constituição Federal que a assistência à saúde seria livre à iniciativa privada. Dispôs também que instituições privadas poderiam participar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde sendo que, nestes casos, a preferência seria para entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, como se observa pela leitura do *caput* e dos dois primeiros parágrafos:

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. § 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos. ⁶⁹.

Assim, temos o seguinte quadro relativo às formas como a Constituição Federal permite a promoção da saúde no país:

⁶⁸ BRASIL. [Constituição (1988)] Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.Htm. Acesso em: 11 fev. de 2019.

⁶⁹ Ibidem.

Quadro 1 – Promoção da Saúde na Constituição Federal de 1988.

PROMOÇÃO DA SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988		
Arranjo Institucional	Referência na Constituição Federal	Característica do Arranjo
Rede Própria do SUS	Artigos 196, 197, 198 e 200.	Saúde Pública - Poder Público atuando exclusivamente nas ações de saúde por meio do SUS.
Instituição Privada Não Lucrativa De Caráter Filantrópico	Artigo 199, § 1º.	Saúde Complementar – Poder Público adquire serviços da iniciativa privada preferencial, qual seja das Instituições filantrópicas.
Instituição Privada Com Fins Lucrativos Contratada (Privado SUS)	Artigo 199, § 1º.	Saúde Complementar – Poder Público adquire serviços da iniciativa privada não preferencial qual seja das instituições privadas.
Instituição Privada Com Fim Lucrativo Autônoma	– Artigo 199, <i>caput</i> .	Saúde Suplementar - Atuação Privada Exclusiva – Instituições Privadas oferecem serviços de forma autônoma.

Fonte: Quadro feito com base em SANT'ANA⁷⁰.

Com fundamento nessa visão ampla é possível delinear com mais clareza a maneira como se dá a inter-relação entre o público e o privado na promoção de saúde determinada pelo legislador constituinte.

⁷⁰ SANT'ANA, Ramiro Nóbrega. *A judicialização como instrumento de acesso à saúde: Propostas de enfrentamento da injustiça na saúde pública*. 2017. 455 f. Tese (Doutorado) – Centro Universitário de Brasília - UniCEUB, Brasília. 2017. p. 63.

Em relação à saúde complementar, é importante notar que a disposição do artigo § 1º, do artigo 199, da Constituição Federal, dispõe que as instituições privadas atuarão *segundo* as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Por tal motivo, Sant'Ana argumenta que, neste ponto:

[...] é razoável considerar que a Constituição orienta o Poder Público a não atribuir a entidades privadas, mesmo que filantrópicas, a absorção do conjunto das atividades prestacionais⁷¹.

Assim, conforme será melhor esclarecido neste capítulo e no próximo, é bastante notável o sentido das disposições constitucionais apontando para que haja uma preponderância do poder público na promoção da saúde. Apesar disso, verifica-se que a presença de instituições privadas nesse campo é bastante relevante. Exemplo claro diz respeito a grande parte dos serviços oferecidos pelos SUS que são adquiridos das instituições privadas lucrativas atuando no que se denomina saúde complementar⁷².

De acordo com Santos⁷³, a atividade privada é mais perceptível nos serviços de média e alta complexidade. Um exemplo clássico citado pelo autor diz respeito ao número de leitos disponíveis para o SUS dos quais mais da metade são oferecidos por estabelecimentos privados de saúde.

Os estudos de Santos também demonstram que, em razão dos novos modelos de parceria entre instituições privadas e o SUS, tem ocorrido um incremento de associação público-privada fazendo com que haja incentivo para atuação privada no âmbito da saúde complementar. E, em consequência, o SUS acaba se reduzindo a um “papel de financiador” o que é claramente contrário às disposições constitucionais acerca do tema⁷⁴.

Quanto à saúde suplementar, perspectiva de análise mais importante para a presente pesquisa, uma vez que é o *locus* em que se desenvolvem os planos de saúde, observa-se uma verdadeira tensão entre os dispositivos constitucionais. Por um lado registra-se como dever do Estado promover e prestar atendimento de saúde com acesso universal, bem como cabendo ao Poder Público sua regulamentação,

⁷¹ SANT'ANA, Ramiro Nóbrega. *A judicialização como instrumento de acesso à saúde: Propostas de enfrentamento da injustiça na saúde pública*. 2017. 455 f. Tese (Doutorado) – Centro Universitário de Brasília - UniCEUB, Brasília. 2017. p. 64

⁷² *Ibidem*, p. 64.

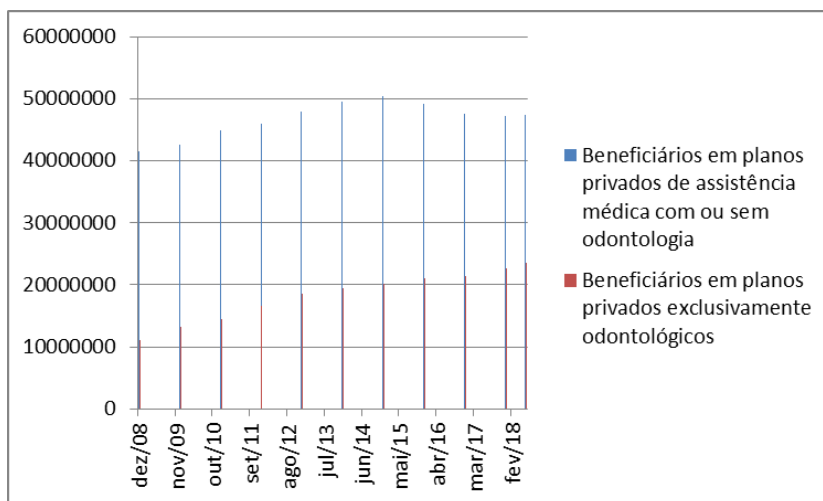
⁷³ SANTOS, 2013, p. 81 apud SANT'ANA, op. cit., p. 66.

⁷⁴ SANT'ANA, op. cit., p. 66.

fiscalização e controle e, por outro lado, a livre permissão de sua prestação pela iniciativa privada⁷⁵.

Neste contexto, em relação à saúde suplementar, é possível notar uma considerável expansão dos planos de saúde nas duas últimas décadas, em que pese uma retração perceptível nos anos de 2015 a 2018.

Gráfico 1 – Expansão dos Planos de Saúde



Fonte: ANS - <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>.

Ademais, o acesso aos serviços de saúde também pode se dar pelo segmento denominado “provedores privados autônomos, que oferta acesso aos serviços de saúde mediante pagamento dos serviços de saúde no ato”⁷⁶. Esses provedores consubstanciam a atuação privada de profissionais da saúde que oferecem serviços mais comumente denominados como “particulares” em que recebem o pagamento direto pelos serviços. Por fim, também é possível verificar a oferta de acesso à saúde no segmento relativo aos servidores públicos que dispõe de serviços exclusivos para “seus beneficiários em unidades próprias ou, geralmente, em unidades privadas de saúde, a partir de uma composição entre financiamento público e dos beneficiários”⁷⁷.

Esclarecida as formas como a Constituição Federal dispôs acerca do arranjo institucional para a promoção da saúde, é preciso verificar algumas questões que

⁷⁵ SANT’ANA, Ramiro Nóbrega. *A judicialização como instrumento de acesso à saúde: Propostas de enfrentamento da injustiça na saúde pública*. 2017. 455 f. Tese (Doutorado) – Centro Universitário de Brasília - UniCEUB, Brasília. 2017p. 67.

⁷⁶ Ibidem, p. 71.

⁷⁷ Ibidem, p. 72.

dizem respeito à maneira como o constituinte permitiu que o orçamento público devesse ser empregado para a concretização do direito à saúde.

Todas essas elucidações são importantes uma vez que subsidiam a compreensão dos impactos que os planos de saúde populares terão em relação a todas as disposições constitucionais acerca do direito fundamental à saúde, bem como da garantia a um Sistema Único de Saúde.

2.2 Repasse dos recursos públicos para planos de saúde e outras formas privadas de acesso à saúde.

O primeiro ponto a ser registrado é que nas quatro formas básicas de acesso à saúde – SUS exclusivo e com atuação complementar, saúde suplementar, assistência a servidores públicos e serviços privados autônomos – há financiamento público de forma direta ou indireta⁷⁸.

A principal forma de financiamento público que atinge os setores de promoção privada de saúde diz respeito às renúncias fiscais de arrecadação relativas aos gastos tributários. Neste contexto, Sant'Ana esclarece que tais renúncias

[...] incluem as deduções do imposto de renda concedidas às pessoas físicas e jurídicas devido a um amplo rol de gastos com serviços de saúde, as isenções concedidas às instituições sem fins lucrativos e a desoneração tributária de determinados fármacos⁷⁹.

Neste contexto, pesquisa do IPEA demonstrou que, entre 2003 e 2013, o subsídio do poder público em relação à promoção da saúde pelo setor privado chegou a R\$ 230 bilhões relativos à renúncia da arrecadação de tributos⁸⁰ sendo que a maior parte beneficia diretamente as famílias que gastam com saúde privada.

⁷⁸ SANT'ANA, Ramiro Nóbrega. *A judicialização como instrumento de acesso à saúde: Propostas de enfrentamento da injustiça na saúde pública*. 2017. 455 f. Tese (Doutorado) – Centro Universitário de Brasília - UniCEUB, Brasília. 2017. p. 87.

⁷⁹ *Ibidem*, p. 88.

⁸⁰ *Ibidem*, p. 87.

Assim, o que se nota é um verdadeiro incentivo à adesão de serviços privados de saúde, o que compromete sem dúvidas a estrutura do SUS aumentando as desigualdades no acesso à saúde. Isso porque as renúncias fiscais beneficiam em maior proporção as famílias de maior renda que, por desfrutarem de ganhos maiores, dispendem um valor proporcionalmente menor com a promoção de sua saúde do que as famílias de menor renda, que precisam desembolsar grande quantia para ter acesso a saúde privada nos casos de impossibilidade de atendimento eficaz pela rede pública. Portanto, as famílias com maior poder aquisitivo, além de proporcionalmente gastarem menos para terem acesso à saúde, ainda obtêm do Poder Público renúncias fiscais que diminuem seus gastos relativos à saúde.

Em outra perspectiva, famílias com baixa renda, quando não tem o acesso eficiente na busca pela saúde pública, acabam por gastar proporcionalmente valores muito maiores de sua renda com tal segmento e, como não possuem renda suficiente para se afiliarem aos serviços formais que geram renúncias fiscais, não conseguem ter acesso à coparticipação governamental. Verifica-se, assim, a estrutura regressiva do sistema tributário brasileiro.

Surrey⁸¹ argumenta que as renúncias fiscais em saúde determinadas pelo Estado, em razão de encorajarem determinado comportamento específico em relação a certos grupos sociais, é realizada para estimular a expansão dos investimentos dos agentes econômicos. Assim, o fundamento para que o Estado exonere tributos de apenas uma parcela da população em detrimento de outra demonstra que o objetivo é fazer com que haja incremento do investimento privado na área da saúde. Assim, nota-se que as desonerações tributárias são um tipo de política pública que, ao fim, acaba por diminuir o volume de recursos que o Estado poderia investir no Sistema Único de Saúde⁸².

É possível notar ainda, nos termos em que realizada a pesquisa de Machado FG, Mendes AN, Carnut L⁸³ em relação ao Projeto de Lei Orçamentária Anual (Ploa) para 2018, que o setor da saúde é o terceiro maior proporcionador de renúncias

⁸¹ SURREY, 1973 *apud* MACHADO, F.G; MENDES, A.N.; CARNUT, L. As formas político-jurídicas do Estado no capitalismo contemporâneo e as renúncias fiscais em saúde. *Saúde Debate*, Rio De Janeiro, v. 42, n. 117, p. 354-363, abr/jun 2018, p. 359.

⁸² MACHADO, F.G; MENDES, A.N.; CARNUT, L. *op.cit.* p. 359

⁸³ *Ibidem*, p. 360.

fiscais ao Estado com o correspondente a R\$ 39 bilhões de renúncias fiscais em saúde.

Outra forma de financiamento público de serviços privados é a promoção de saúde relativa a serviços exclusivos para servidores civis e militares, empregados públicos e seus respectivos dependentes. É claramente um incentivo ao setor privado, uma vez que o acesso a tais serviços é exclusivo a essa parcela da população. Além disso, Sant'Ana traz à baila o fato de que o volume de recursos destinados a tais benefícios é pouquíssimo conhecido, o que dificulta até mesmo um maior conhecimento acerca do que acontece em tais esferas⁸⁴.

Em relação às formas de financiamento público da saúde é preciso ter atenção e esclarecimentos, uma vez que, conforme preceitua o parágrafo segundo do artigo 199 da Constituição Federal, é vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

Portanto, é preciso compreensão acerca das formas como os recursos públicos estão sendo empregados na promoção da saúde para que as normas constitucionais sejam atendidas. Assim, os dois próximos tópicos trarão discussões acerca de como o orçamento público da saúde é conformado.

Tais discussões são necessárias no que diz respeito aos planos de saúde populares, uma vez que a compreensão acerca de como os recursos públicos são repassados à saúde auxilia na construção do cenário envolvido para se analisar os impactos que a regulamentação de tais planos pode gerar.

2.3 Regulamentação do orçamento público relativo à saúde.

Como já exposto no capítulo um, a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 foi de extrema importância para a questão orçamentária destinada ao financiamento da Saúde Pública no Brasil.

⁸⁴ SANT'ANA, Ramiro Nóbrega. *A judicialização como instrumento de acesso à saúde: Propostas de enfrentamento da injustiça na saúde pública*. 2017. 455 f. Tese (Doutorado) – Centro Universitário de Brasília - UniCEUB, Brasília. 2017. p. 89.

De acordo com Piola et al⁸⁵, o principal impacto deu-se em relação ao aumento da participação dos estados e municípios nos gastos públicos com saúde, uma vez que, antes da Emenda, a maior parte dos dispêndios era de origem da União. Ainda que os percentuais mínimos sejam alvo de constante questionamento pelos entes federativos, e ainda que a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 tenha sido aprovada apenas no ano de 2012, os estudos de Piola et al⁸⁶ indicam que a partir da referida emenda os gastos públicos com saúde foram aumentados, o que demonstra seu impacto positivo.

A Emenda Constitucional n. 29 e a Lei Complementar 141/12 que a regulou dispuseram regras para o cálculo dos percentuais mínimos que deveriam ser destinados ao orçamento da saúde, que foi adequadamente sintetizada por Scaff⁸⁷ nos seguintes termos:

[...] para a União: o montante empenhado com gastos para a saúde no ano de 1999, acrescido de 5%, para o cálculo referente ao ano 2000, e, a partir daí, pela variação do PIB, com uma trava financeira em caso de PIB negativo (artigo 77, I e parágrafo 3º, ADCT); para os estados: 12% de sua receita tributária líquida (artigo 77, II, ADCT); para os municípios: 15% de sua receita tributária líquida (artigo 77, III, ADCT).

Entretanto, no ano de 2015, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 86 que alterou o montante mínimo a ser dispendido pela União, limitando a 15% da receita corrente líquida, mas de forma progressiva, sendo que o limite máximo somente seria atingido no ano de 2021. Além disso, foi disposto que o valor dos *royalties* do petróleo seria utilizado para se chegar a esses percentuais mínimos⁸⁸.

A Emenda Constitucional n. 86 foi alvo de questionamento perante o Supremo Tribunal Federal, (ADI 5.595/DF, com pedido de cautelar), e, por meio de decisão liminar, foram declarados inconstitucionais os artigos 2º e 3º da Emenda, pois implicam em redução drástica das garantias constitucionais do direito à saúde e à vida⁸⁹. Dentre a argumentação trazida no referido julgamento, está a concepção de

⁸⁵ PIOLA et al. 2012. Financiamento do Sistema Único de Saúde: Trajetória Recente e Cenários para o Futuro. *Análise Econômica*, Porto Alegre, ano 30, n. especial, p. 9-33, set. 2012. p. 14.

⁸⁶ *Ibidem*, p. 15.

⁸⁷ SCAFF, Fernando Facury. *Direito à saúde pública vem sendo atacado pelo Direito Financeiro*. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2017-abr-18/contas-vista-direito-saude-publica-vem-sendo-atacado-direito-financeiro>. Acesso em: 20 out. 2018.

⁸⁸ *Ibidem*.

⁸⁹ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Medida Cautelar Na Ação Direta De Inconstitucionalidade. **MCADI 5.595**. [...] 1. Assim posta a matéria de fato, defiro a cautela, ad referendum, do Plenário para suspender a eficácia dos arts. 2º e 3º da Emenda Constitucional 86/2015. [...]. Relator Min. Ricardo Lewandowski. DJU, nº 198. Brasília,

que a Constituição de 1988 estruturou garantias instrumentais de organização e procedimentos para proteger o direito fundamental à saúde que é realizado por meio de políticas sociais e econômicas estruturadas por meio do Sistema Único de Saúde. Ademais, assentou-se que:

A dimensão objetiva do financiamento adequado do direito fundamental à saúde, segundo Heleno Taveira Torres, encontra-se fundada nas garantias financeiras, assentadas constitucionalmente, de gasto mínimo e fontes próprias de receitas no bojo do orçamento da seguridade social. Torres trata da verdadeira função de efetividade dos orçamentos públicos em prol dos direitos e liberdades fundamentais [...]⁹⁰.

Neste sentido, entendeu-se que “O financiamento público, como dito, é um dos pilares do sistema e pressupõe progressividade, ao menos até que se cumpra a meta do art. 196 (acesso universal e igualitário).”⁹¹.

Portanto, ao se verificar que o texto da Emenda Constitucional n. 86 revelaria, em verdade, perdas nominais no orçamento destinado à saúde nos primeiros exercícios subsequentes à promulgação da emenda, constatou-se a inconstitucionalidade dos artigos 2º e 3º da Emenda Constitucional n. 86.

Entretanto, quando do julgamento acima referido, ocorrido em 31/08/2017, já estava em vigor nova Emenda Constitucional, a de número 95, aprovada no fim do ano de 2016 que também ficou conhecida como “PEC do congelamento dos gastos” ou também denominada “Novo Regime Fiscal”.

A Emenda Constitucional nº 95, no que diz respeito ao orçamento destinado à saúde, dispôs acerca de novas limitações, o que foi sabiamente resumido por Scaff⁹² nos seguintes termos:

O artigo 110 do ADCT, inserido pela referida EC 95/16, estabeleceu que em 2017 os gastos mínimos com saúde se transformaram em teto, e, a partir daí, serão corrigidos apenas pela inflação, medida pelo IPCA. Ou seja, o que antes era um piso que só chegaria a se concretizar em 2021 se transformou em um teto imediato pelos próximos 20 anos. E mais: corrigido pela inflação, e não pelo crescimento econômico (PIB). Não se deve esquecer que em 2016 foi aplicado apenas 13,2%, e não os pretendidos 15%. Logo, os gastos com saúde pública ficarão congelados em 13,2% da receita corrente líquida pelos próximos 20 anos.

04 de set de 2017. Disponível em <http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=312629019&ext=.pdf>. Acesso em 17 de fevereiro de 2019.

⁹⁰ Ibidem, p. 10.

⁹¹ Ibidem, p. 12.

⁹² SCAFF, Fernando Facury. *Direito à saúde pública vem sendo atacado pelo Direito Financeiro*. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2017-abr-18/contas-vista-direito-saude-publica-vem-sendo-atacado-direito-financeiro>. Acesso em: 20 out. 2018.

Vê-se, portanto, que novamente o orçamento público destinado à saúde pública foi seriamente afetado e, desta feita, com congelamento de gastos para os próximos vinte anos. Os dispositivos da Emenda Constitucional n. 95 também são alvo de questionamentos perante o Supremo Tribunal Federal por meio da ADI 5.658, cuja relatora é a ministra Rosa Weber em que ainda não houve julgamento.

Em relação aos efeitos da EC 95 no que diz respeito aos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde (ASPS), a nota técnica nº 28 do IPEA⁹³ estimou os impactos que poderiam ser vistos caso as regras das EC 95 estivessem em vigor desde no ano de 2003. O resultado da estimativa é que, no período de 13 anos, a perda orçamentária seria de 42,1%, totalizando cerca de R\$ 257 bilhões.

Outro relevante impacto a ser observado com a EC 95 é o fato de que as projeções estatísticas demonstram de forma inequívoca o crescimento da população brasileira, cujo ápice será atingido em 2042. Sendo assim, até o fim do período de 20 anos balizado pela referida emenda, a população brasileira ainda estará em crescimento. Portanto, o que se verifica é uma relevante diminuição do gasto público *per capita* com saúde. De acordo com o estudo do IPEA, caso o gasto com saúde se mantivesse nos níveis propostos pela anterior emenda constitucional n. 86, o total per capita poderia chegar, em 2036, a R\$ 822. Entretanto, a estimava com a aplicação das regras da emenda 95 prevê que o gasto por capita em 2036 será no total de R\$ 411⁹⁴.

O estudo do IPEA demonstra diversos outros impactos negativos com a entrada em vigor da EC 95, sendo notável que a efetivação do direito à saúde no Brasil encontrará diversas dificuldades em caso de permanência das regras da nova emenda constitucional. Isso porque, mesmo antes da aprovação das emendas constitucionais acima questionadas, já se revelava como consenso que o financiamento do Sistema Único de Saúde era insuficiente para a efetivação, em especial, dos princípios constitucionais da universalidade e integralidade⁹⁵.

⁹³ VIEIRA, Fabíola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci Sá. *Os Impactos Do Novo Regime Fiscal Para O Financiamento Do Sistema Único De Saúde E Para A Efetivação Do Direito À Saúde No Brasil*. Nota Técnica nº 28. IPEA, Brasília. Setembro de 2016. p. 9. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=28589. Acesso em: 20 out. 2018.

⁹⁴ *Ibidem*, p. 14.

⁹⁵ *Ibidem*, p. 4.

Certamente, o que se vislumbra agora é um cenário progressivamente pior diante da diminuição dos gastos públicos destinados às ações e serviços públicos de saúde.

Apesar de ser compreensível que melhores serviços de saúde são oferecidos por melhor gestão de recursos e não apenas com o incremento desses, os autores do estudo avaliam que as ações de melhoria em gestão também precisam vir acompanhadas do financiamento necessário⁹⁶. Assim, tendo em vista os efeitos e impactos negativos da Emenda Constitucional atualmente em vigor, observa-se um cenário bastante negativo para a saúde pública no país.

2.4 Ressarcimento planos de saúde ao SUS

É preciso ainda observar o que diz respeito acerca do previsto no artigo 32 da Lei nº 9.656 de 1998, o qual assim dispõe:

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 – SUS⁹⁷.

A regra inserta no artigo 32 da Lei nº 9.656 de 1998 é comumente denominada de “ressarcimento ao SUS” e diz respeito à determinação feita pelo legislador para os casos em que segurados de planos de saúde privados são atendidos pelo Sistema Único de Saúde. Nessa situação, estando os serviços oferecidos pelo SUS dentro do rol de procedimentos que o plano de saúde deveria disponibilizar ao paciente, deve o seguro de saúde ressarcir o SUS tendo em vista que deixou de arcar com os custos a que estava obrigado a fazer.

⁹⁶ VIEIRA, Fabíola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci Sá. *Os Impactos Do Novo Regime Fiscal Para O Financiamento Do Sistema Único De Saúde E Para A Efetivação Do Direito À Saúde No Brasil*. Nota Técnica nº 28. IPEA, Brasília. Setembro de 2016. p. 22. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=28589. Acesso em: 20 out. 2018.

⁹⁷ BRASIL. *LEI Nº 9.656, de 3 de junho de 1998*. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm. Acesso em 17 de fev 2018.

De acordo com Sixto⁹⁸, o motivo para tal disposição legal foi a constatação de situação perversa que era prática constante à época, qual seja:

[...] as operadoras comercializavam planos privados de saúde, omitiam-se no atendimento previsto nos contratos e, ao contrário da regra das atividades econômicas, deixavam de despender valores que contratualmente lhes seriam acometidos, em razão da prestação pela rede pública de saúde (SUS) dos respectivos serviços médico-hospitalares⁹⁹.

Assim, visando superar essa situação, optou-se por inserir uma regra que permitisse ao Estado reaver valores dispendidos os quais, em primeiro plano, eram de obrigação dos amplos serviços de cobertura oferecidos pelos seguros de saúde. Foi então alçado à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a competência para cobrar e definir as normas específicas a serem aplicadas nesses casos.

A principal questão trazida em relação a este tema é o fato de que o custo do atendimento de segurados pelo poder público é suportado por toda a coletividade e, nos termos indicados por Sixto¹⁰⁰, o que se verifica, em verdade, é a ocorrência de um “subsídio indireto de uma atividade privada”¹⁰¹, caso não haja o ressarcimento devido.

Ademais, pode-se notar que a obrigação determinada no artigo 32 da lei dos planos de saúde contém um caráter público e privado¹⁰². A dimensão privada pode ser verificada em razão da norma civil que proíbe o enriquecimento sem causa, por outro lado, no âmbito público, verifica-se que a intenção é que a sociedade como um todo não tenha que arcar com consequências financeiras da omissão dos planos de saúde. Isso não significa dizer que os segurados estariam impedidos de utilizar os serviços públicos, o que certamente seria grave violação às disposições constitucionais, mas apenas determina que, em relação àquilo que está previsto na

⁹⁸ SIXTO, Luisa Webber Troian. *Ressarcimento ao SUS: constitucionalidade do art. 32 da Lei nº 9.656/98*. 2014. Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,ressarcimento-ao-sus-constitucionalidade-do-art-32-da-lei-no-965698,50610.html>. Acesso em: 20 out. 2018.

⁹⁹ Ibidem.

¹⁰⁰ Ibidem.

¹⁰¹ Ibidem.

¹⁰² Ibidem.

relação contratual como de obrigação a ser realizada pelos seguros, seja efetivamente por ele arcado ¹⁰³.

Por fim, o ressarcimento seria um meio de se concretizar a disposição prevista no parágrafo segundo do artigo 199 da Constituição Federal que veda a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

O tema foi alvo de questionamento perante o Supremo Tribunal Federal mediante o Recurso Extraordinário (RE) 597064¹⁰⁴ em que se alegou a inconstitucionalidade do artigo 32 da Lei 9.656/98 afirmando que o dever primário de assegurar o acesso à saúde é dever dos entes políticos, sendo que os seguros privados teriam caráter apenas suplementar. Aduziu-se ainda que tal determinação interferiria na livre iniciativa assegurada pelo artigo 199, da Constituição Federal e que, tal determinação, configurara-se como uma nova fonte de custeio para a seguridade social que somente poderia ocorrer por meio de lei complementar.

Veja-se que o tema foi reconhecido como de Repercussão Geral em 2010 e somente no ano de 2018 houve o julgamento. Assim, apesar de a lei ter entrado em vigor em 1998, os questionamentos perduram por muitos anos sem que os recursos efetivamente sejam ressarcidos de forma ampla e correta ao Sistema Único de Saúde.

¹⁰³ SIXTO, Luisa Webber Troian. Ressarcimento ao SUS: constitucionalidade do art. 32 da Lei nº 9.656/98. 2014. Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,ressarcimento-ao-sus-constitucionalidade-do-art-32-da-lei-no-965698,50610.html>. Acesso em: 20 out. 2018.

¹⁰⁴ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário. RE 597.064/RJ. 1. O Estado, sem se desincumbir de seu ônus constitucional, possibilitou que empresas privadas, sob sua regulamentação, fiscalização e controle (ANS), prestassem a assistência à saúde de forma paralela, no intuito de compartilhar os custos e os riscos a fim de otimizar o mandamento constitucional. 2. A cobrança disciplinada no art. 32 da Lei 9.656/98 ostenta natureza jurídica indenizatória ex lege (receita originária), sendo inaplicáveis as disposições constitucionais concernentes às limitações estatais ao poder de tributar, entre elas a necessidade de edição de lei complementar. 3. Observada a cobertura contratual entre os cidadãos-usuários e as operadoras de planos de saúde, além dos limites mínimo (praticado pelo SUS) e máximo (valores de mercado pagos pelas operadoras de planos de saúde), tal ressarcimento é compatível com a permissão constitucional contida no art. 199 da Carta Maior. 4. A possibilidade de as operadoras de planos de saúde ofertarem impugnação (e recurso, atualmente), em prazo razoável e antes da cobrança administrativa e da inscrição em dívida ativa, sendo-lhes permitido suscitar matérias administrativas ou técnicas de defesa, cumpre o mandamento constitucional do inciso LV do art. 5º da Constituição Federal. 5. O ressarcimento previsto na norma do art. 32 da Lei 9.656/98 é aplicável aos procedimentos médicos, hospitalares ou ambulatoriais custeados pelo SUS posteriores a 4.6.1998, desde que assegurado o exercício do contraditório e da ampla defesa, no âmbito administrativo, em todos os interstícios amparados por sucessivas reedições de medidas provisórias. A C Ó R D ã O. Vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os Ministros do Supremo Tribunal Federal, em Sessão Plenária, sob a presidência da Senhora Ministra Cármen Lúcia, na conformidade da ata de julgamento e das notas taquigráficas, por unanimidade de votos, negar provimento ao recurso extraordinário, nos termos do voto do Relator. Relator Min. Gilmar Mendes. Brasília, 7 de fevereiro de 2018. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=314346958&ext=.pdf>. Acesso em 13 Abril 2019.

Assim, no julgamento do Recurso Extraordinário (RE) 597064¹⁰⁵, ocorrido em 07/02/2018, negou-se provimento ao referido recurso, por unanimidade de votos. O entendimento fixado foi de que é constitucional o ressarcimento previsto no artigo 32 da Lei 9.656, o qual é aplicável aos procedimentos médico-hospitalares ou ambulatoriais custeados pelo SUS e posteriores a 4.6.1998, em especial diante do disposto no parágrafo segundo do artigo 199 da Constituição Federal que determina: “É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.”.

É interessante notar o registro feito no voto do relator no referido Recurso Extraordinário nos seguintes termos:

O Estado, sem se desincumbir de seu ônus constitucional, possibilitou que empresas privadas, sob sua regulamentação, fiscalização e controle, prestassem paralelamente a assistência à saúde, no intuito de compartilhar os ônus/riscos e otimizar o mandamento constitucional. Passou, portanto, a fomentar a atividade privada com o intuito de dividir a missão de realizar o programa de acesso aos serviços de saúde, possibilitando, ao revés, a obtenção de receita pelo particular, a qual visa qualquer empresa privada (independentemente de ser com ou sem fins lucrativos), apesar de continuar a exercer serviço de relevância pública.¹⁰⁶.

Isso demonstra a ideia constitucional de cooperação entre poder público e privado na promoção da saúde, fato que fundamenta, dentre outros, a noção de que tendo o setor privado firmado contrato com o particular para assegurar os serviços de saúde, deve então esse contrato ser responsabilizado caso o poder público tenha realizado os serviços que a ele caberia. Além disso, o artigo 32, parágrafo oitavo, dispõe que o valor do ressarcimento terá como limite mínimo o valor do procedimento cobrado pelo SUS e valor máximo o praticado pelas operadoras de planos de saúde, de modo que a quantia a ser ressarcida não é maior do que aquela já prevista pelos seguros.

Neste sentido, a expressão do voto relator é o seguinte:

[...] parece-me que se encaixa perfeitamente a aplicação da máxima de que é vedado o locupletamento ilícito do empreendedor privado que auferir receita para prestar o serviço assistencial e acaba

¹⁰⁵ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário. RE 597.064/RJ. 1. O Estado, sem se desincumbir de seu ônus constitucional, possibilitou que empresas privadas, sob sua regulamentação, fiscalização e controle (ANS), prestassem a assistência à saúde de forma paralela, no intuito de compartilhar os custos e os riscos a fim de otimizar o mandamento constitucional [...]. Relator Min. Gilmar Mendes. Brasília, 7 de fevereiro de 2018. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=314346958&ext=.pdf>. Acesso em 13 Abril 2019.

¹⁰⁶ Ibidem.

onerando o Estado por algo pelo qual recebeu a correspondente contraprestação, ainda que precipuamente seja sua obrigação.¹⁰⁷

Também se firmou o entendimento de que o ressarcimento enquadra-se como um crédito não tributário, compreendido como receita corrente originária com natureza jurídica indenizatória e fora do campo tributário.

Portanto, diante da superação do questionamento acerca da constitucionalidade do dispositivo legal que determina o reembolso dos procedimentos realizados pelo SUS em casos de beneficiários segurados, verifica-se uma maior possibilidade de incremento da receita do Sistema Único de Saúde diante dos diversos atendimentos realizados a segurados de planos privados.

É importante verificar que, em sendo aprovadas e implantadas as regulamentações acerca dos planos de saúde populares, também será de grande necessidade o acompanhamento para que os referidos reembolsos sejam feitos a contento.

Como já foi explorado, tendo em vista a forma como tais planos estão sendo regulamentados, é bastante provável que haja fuga de beneficiários para atendimento no Sistema Único de Saúde, em especial diante das restrições impostas para fruição dos referidos seguros de saúde.

2.5 Contexto e Análise da Proposta de Planos de Saúde Populares

As análises expostas no primeiro capítulo permitiram a compreensão acerca da importância que o legislador constituinte conferiu ao Poder Público na promoção da saúde, não obstante a permissão para que instituições privadas também atuassem nesse campo.

Nesta seção será analisada a proposta de criação do chamado “Plano de Saúde Popular” o qual, em suma, tem o potencial de inserir o setor privado em

¹⁰⁷ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário. RE 597.064/RJ. 1. O Estado, sem se desincumbir de seu ônus constitucional, possibilitou que empresas privadas, sob sua regulamentação, fiscalização e controle (ANS), prestassem a assistência à saúde de forma paralela, no intuito de compartilhar os custos e os riscos a fim de otimizar o mandamento constitucional [...].Relator Min. Gilmar Mendes. Brasília, 7 de fevereiro de 2018. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=314346958&ext=.pdf>. Acesso em 13 Abril 2019.p. 32.

imensa parcela das ações de promoção à saúde do país, sem, contudo ser possível verificar os efeitos positivos que disso se esperaria.

A discussão acerca dos planos de saúde populares foi gestada pelo então Ministro da Saúde, Ricardo Barros, que lançou a ideia em meados de 2016, argumentando que a opção por planos de saúde com acesso a um menor número itens de cobertura mínima obrigatória, mas também com menor custo para o consumidor, seria uma solução para o financiamento da saúde no país e teria o objetivo de “aliviar” os gastos do governo com o SUS, conforme noticiado à época¹⁰⁸.

Pouco tempo depois, foi aprovada a criação de um grupo de trabalho, por meio do Ministério da Saúde, para confecção do projeto chamado como “Plano de Saúde Acessível” instituído pela Portaria n. 1.482, de 4 de Agosto de 2016¹⁰⁹. Conforme artigo 3º da referida portaria, o grupo foi composto por representantes do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e da Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNSEG), sendo permitido convite a representantes de outros órgãos e entidades.

O resultado dos estudos foi consolidado no ofício nº 60-GS/SAS da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, o qual foi enviado à Agência Nacional de Saúde Suplementar¹¹⁰. O documento registra as diretrizes pelas quais os planos propostos deverão ser regidos, bem como apresenta três categorias de planos a serem criados sob a perspectiva de menores custos ao consumidor, quais sejam um Plano Simplificado, um Plano Ambulatorial + hospitalar e um Plano em Regime Misto de Pagamento. Tais planos e suas características serão logo mais analisados.

¹⁰⁸ MINISTRO da saúde defende plano de saúde mais popular para aliviar o sus. Folha de São Paulo. 2016.. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/07/1789101-ministro-da-saude-defende-plano-de-saude-mais-popular-para-aliviar-o-sus.shtml>. Acesso em: 27 set 2018.

¹⁰⁹ SÁ, Edvaldo Batista de. *O público e o privado no sistema de saúde: Uma apreciação do projeto de Plano de Saúde Acessível*. Nota Técnica nº 47. IPEA, Brasília. Janeiro de 2018. p. 2. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=32249:nota-tecnica-2018-janeiro-numero-47-disoc-o-publico-e-o-privado-no-sistema-de-saude-uma-apreciacao-do-projeto-de-plano-de-saude-acessivel&catid=192:disoc&directory=1. Acesso em: 20 dez 2018.

¹¹⁰ *Ibidem*, p. 3.

É importante notar que, apesar de ter sido registrado que o grupo de trabalho permitiria o acesso de representantes de diversos grupos e entidades, na verdade houve a participação de poucos atores e a proposta final contemplou, basicamente, demanda apenas dos atores setor privado da área de saúde¹¹¹.

Exemplo claro de tal afirmação é que o relatório final do grupo de trabalho registrou, de forma quase que idêntica, as propostas encaminhadas em documento assinado pela Associação Brasileira de Planos de Saúde, Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas e UNIMED Brasil¹¹² e pela Federação Nacional de Saúde Suplementar¹¹³ o que demonstra a ausência de diálogo com outros setores interessados na regulamentação que estava sendo pensada e deixa transparecer que somente foram contemplados interesses unilaterais na proposta final.

Diante das conclusões do grupo de trabalho instituído pelo Ministério da Saúde, os documentos foram encaminhados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a qual também instituiu grupo de trabalho para analisar a viabilidade das sugestões apresentadas, conforme ofício 75/2017/PRESI/ANS.

O grupo de trabalho da ANS concluiu, em Agosto de 2017, que diversas das propostas descritas no documento produzido pelo Ministério da Saúde já faziam parte de ações regulatórias do órgão e que muitas das diretrizes referenciadas já ocorrem no mercado. Também apresentou pequenas conclusões acerca de cada um dos pontos aduzidos, tendo relevância sua manifestação contrária em relação à proposta de recomposição de preços com bases em planilhas de custo caso ela signifique mero repasse de custos e riscos ao consumidor¹¹⁴.

Apesar de o documento da ANS não ser suficientemente claro em relação ao posicionamento da instituição como favorável ou não ao teor da proposta de planos populares, o Ministério da Saúde emitiu nota em Setembro de 2017

¹¹¹ SILVA, Adriana Ilha da. A aceleração das contrarreformas no SUS e a transferência de valor ao setor privado pelo governo Temer. *Argum.* Vitória, v. 10, n. 1, p. 33-50, jan./abr. 2018. p. 3.

¹¹² BRASIL. Ministério Da Saúde, *processo n. 33902.036554/2017-97*, p. 59-69. Disponível em: http://ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_gt_planos_acessiveis/proposta_planos_acessiveis_33902036554201797.pdf. Acesso em 27 de set. 2018

¹¹³ *Ibidem*, p. 71-79.

¹¹⁴ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Relatório Descritivo do GT de Planos Acessíveis*. 2017. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/VERS%C3%83O_FINAL_RELATORIO_DESCRITIVO_GT_ANS_PROJETO_PLANO_DE_SAUDE_ACESSIVEL_FINAL_.pdf. Acesso em 27 set 2018.

afirmando que, em razão do parecer da ANS, os planos de saúde já poderiam oferecer as modalidades acessíveis¹¹⁵.

Vê-se, contudo, que não houve regulamentação dos referidos planos de saúde populares e, até o momento, não se observa atuação governamental no sentido de sua implantação.

O próximo tópico analisará pontualmente as principais diretrizes da proposta de planos de saúde populares.

2.5.1 O que são os planos de saúde populares

De acordo com Sá¹¹⁶, um dos motivos que levaram às discussões acerca dos Planos de Saúde Populares foi a redução do número de pessoas que aderiram aos planos de saúde nos últimos anos em razão da crise econômica pela qual o país passou.

As modalidades propostas pelos grupos de trabalho trouxeram uma formatação que, basicamente, já está presente nos planos de saúde oferecidos.¹¹⁷ Contudo, foram firmadas regulamentações específicas para o uso desses seguros que são a principal diferença verificada nessas propostas. A argumentação defensiva de tais planos é que, com tais regulamentações, os valores cobrados serão mais baixos e os planos poderão ser aderidos por um maior número de pessoas. Além disso, justifica-se que a adesão aos planos reduzirá a demanda pelo setor público de saúde¹¹⁸.

Sendo assim, importante observar quais as três propostas elaboradas pelo grupo de trabalho do Ministério da Saúde.

¹¹⁵ MINISTÉRIO da Saúde diz que empresas podem oferecer planos acessíveis. *O globo*. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/noticia/ministerio-da-saude-diz-que-empresas-podem-oferecer-planos-acessiveis.ghtml>. Acesso em: 27 set 2018.

¹¹⁶ SÁ, Edvaldo Batista de. *O público e o privado no sistema de saúde: Uma apreciação do projeto de Plano de Saúde Acessível*. Nota Técnica nº 47. IPEA, Brasília. Janeiro de 2018. p. 2. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=32249:nota-tecnica-2018-janeiro-numero-47-disoc-o-publico-e-o-privado-no-sistema-de-saude-uma-apreciacao-do-projeto-de-plano-de-saude-acessivel&catid=192:disoc&directory=1. Acesso em: 20 dez 2018. p. 5.

¹¹⁷ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Relatório Descritivo do GT de Planos Acessíveis*. 2017. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/VERS%C3%83O_FINAL_RELATORIO_DESCRITIVO_GT_AN_S_PROJETO_PLANO_DE_SAUDE_ACESSIVEL_FINAL_.pdf. Acesso em 27 set 2018.

¹¹⁸ SÁ. op. cit. p. 7

O primeiro plano é o denominado “Plano Simplificado” que tem as seguintes características

Cobertura para atenção primária, conforme Rol da ANS, incluindo consultas nas especialidades previstas no Conselho Federal de Medicina – CFM e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias de baixa e média complexidade, resolvendo mais de 85% das necessidades de saúde. **Nessa proposta não há previsão para internação, terapias e exames de alta complexidade, atendimento de urgência e emergência e hospital dia.**¹¹⁹ (grifos do autor).

Portanto, neste plano simplificado, como é possível extrair da descrição acima apontada, o beneficiário, basicamente somente terá acesso a consultas e terapias de baixa e média complexidade. Caso venha a ser diagnosticado com doenças graves ou que demandam tratamento de alta complexidade, o seguro não acobertará tais situações. Além disso, situações de urgência e emergência, bem como internação não estão inclusos no rol de serviços oferecidos.

Nota-se, assim, que o segurado somente terá cobertura para procedimentos simples de modo que nas situações urgentes e complexas terá que dispendir valores para pagamento de despesas de forma direta, recorrer ao Sistema Único de Saúde ou então realizar um novo contrato de seguro que contemple serviços completos¹²⁰.

É preciso avaliar quais os preços máximos a serem praticados pelo mercado em relação ao oferecimento dessa modalidade de planos de saúde, uma vez que, considerando as diretrizes a que esses planos estão baseados, é possível uma atualização de valores desenfreada sem o correspondente ganho de benefício para os segurados.

Por sua vez, o “Plano Ambulatorial + Hospitalar” foi delineado do seguinte modo:

¹¹⁹ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Relatório Descritivo do GT de Planos Acessíveis*. 2017. Disponível em

http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/VERS%C3%83O_FINAL_RELATORIO_DESCRITIVO_GT_ANS_PROJETO_PLANO_DE_SAUDE_ACESSIVEL_FINAL_.pdf. Acesso em 27 set 2018.p.5.

¹²⁰ SÁ. Edvaldo Batista de. O público e o privado no sistema de saúde: Uma apreciação do projeto de Plano de Saúde Acessível. Nota Técnica nº 47. IPEA, Brasília. Janeiro de 2018. p. 2. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=32249:nota-tecnica-2018-janeiro-numero-47-disoc-o-publico-e-o-privado-no-sistema-de-saude-uma-apreciacao-do-projeto-de-plano-de-saude-acessivel&catid=192:disoc&directory=1. Acesso em: 20 dez 2018. p. 7.

Cobertura de toda atenção primária, atenção especializada, de média e alta complexidade. O paciente passaria **obrigatoriamente por uma prévia avaliação realizada por médico da família ou da atenção primária**, escolhido pelo beneficiário. **Caberá a esse médico encaminhar o paciente para a rede especializada, caso julgue necessário.** Havendo indicação para atendimento hospitalar, **o beneficiário poderá ser encaminhado para uma segunda avaliação médica que reafirme a necessidade para encaminhamento do procedimento.** Vale ressaltar que a cobertura do plano está adaptada à disponibilidade de infraestrutura no município e à capacidade operacional da rede particular.¹²¹ (grifos do autor).

Assim, pelo que se nota, essa modalidade oferece uma maior cobertura de serviços, contudo vem fortemente baseada na diretriz de firmar-se o conceito de segunda e terceira opinião médica para autorização do procedimento necessário. Também ressalta que a cobertura desse tipo de plano estará vinculada à disponibilidade de infraestrutura do município em que o beneficiário contratará o serviço, de modo que, não havendo disponibilidade de profissional no local, o atendimento não será autorizado pelo plano de saúde.¹²²

Por fim, o “Plano em Regime Misto de Pagamento” foi pensado nos seguintes termos:

Oferece serviço por intermédio de contraprestação mensal para cobertura de serviços hospitalares, terapias de alta complexidade e medicina preventiva, bem como, quando necessário, atendimento ambulatorial. **Fica sob a responsabilidade do beneficiário o pagamento do procedimento, de acordo com valores previstos em contrato.** Os modelos de pré e pós-pagamento serão acordados, assegurando o Rol de Procedimentos da ANS.¹²³ (grifos do autor).

Já nesta última modalidade de plano, aquele com maior cobertura de serviços, a regulamentação se sedimenta na ideia de relevante coparticipação do

¹²¹ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Relatório Descritivo do GT de Planos Acessíveis*. 2017. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/VERS%C3%83O_FINAL_RELATORIO_DESCRITIVO_GT_ANS_PROJETO_PLANO_DE_SAUDE_ACESSIVEL_FINAL_.pdf. Acesso em 27 set 2018.. p.5.

¹²² SÁ, Edvaldo Batista de. *O público e o privado no sistema de saúde: Uma apreciação do projeto de Plano de Saúde Acessível*. Nota Técnica nº 47. IPEA, Brasília. Janeiro de 2018. p. 2. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=32249:nota-tecnica-2018-janeiro-numero-47-disoc-o-publico-e-o-privado-no-sistema-de-saude-uma-apreciacao-do-projeto-de-plano-de-saude-acessivel&catid=192:disoc&directory=1. Acesso em: 20 dez 2018.p. 7.

¹²³ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, op. cit. p. 6.

usuário para o efetivo acesso aos serviços de maior complexidade¹²⁴. Portanto, não obstante o maior valor que será cobrado por uma cobertura mais ampla, o plano em referência terá um custo dobrado ao beneficiário que precisará arcar com o pagamento de procedimentos de acordo com os valores previstos em contrato.

Apesar da regulamentação específica de cada modalidade, todos esses planos teriam como bases oito diretrizes norteadoras, que serão dispostas a seguir, conforme propostas formuladas pelo Grupo de Trabalho instituído pela Portaria nº 1.482/GM/MS de 04 de Agosto de 2016 que pretende viabilizar a criação de um plano de saúde mais acessível à população brasileira.

Também será colocado ao final de cada uma das diretrizes o posicionamento da Agência Nacional de Saúde quanto a cada um desses critérios, conforme o “Relatório Descritivo do Grupo de Trabalho de Planos Acessíveis” feito pela ANS.

2.5.2 Análise das diretrizes da proposta dos Planos de Saúde Populares

A primeira diretriz registra que, tais planos de saúde, contarão com uma “*Rede hierarquizada (com direcionamento)*”¹²⁵, significando que o acesso inicial ao sistema será obrigatoriamente por um médico de atenção primária que será o responsável por todos os encaminhamentos necessários do beneficiário à rede de saúde. O objetivo é a inibir o uso desnecessário da rede de atendimento disponível. Entretanto, de acordo com Sá¹²⁶, uma das consequências indesejadas é o aumento da demanda por atenção básica na rede pública de saúde, uma vez que o acesso é limitado em tais planos. Além disso, dificultará o acesso a procedimentos mais caros

¹²⁴ SÁ, Edvaldo Batista de. *O público e o privado no sistema de saúde: Uma apreciação do projeto de Plano de Saúde Acessível*. Nota Técnica nº 47. IPEA, Brasília. Janeiro de 2018. p. 2. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=32249:nota-tecnica-2018-janeiro-numero-47-disoc-o-publico-e-o-privado-no-sistema-de-saude-uma-apreciacao-do-projeto-de-plano-de-saude-acessivel&catid=192:disoc&directory=1. Acesso em: 20 dez 2018. p. 6.

¹²⁵ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Relatório Descritivo do GT de Planos Acessíveis*. 2017. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/VERS%C3%83O_FINAL_RELATORIO_DESCRITIVO_GT_ANS_PROJETO_PLANO_DE_SAUDE_ACESSIVEL_FINAL_.pdf. Acesso em 27 set 2018. p.5.

¹²⁵ Ibidem, p. 6.

¹²⁶ SÁ. op.cit. p. 6.

e complexos aumentando a demanda pelo SUS ou mesmo o desembolso direto dos beneficiários.

A posição da ANS em relação a essa diretriz informa que esse tipo de procedimento, em que se vincula o atendimento inicial a um médico da família ou da atenção primária, é desejável e não precisaria de alteração em qualquer tipo de regulamentação, bastando que tais critérios estejam previstos nos contratos a serem firmados com os segurados¹²⁷.

A segunda diretriz determina que, em tais planos, haja um “*Fator moderador (coparticipação)*”. De acordo com tal diretriz:

[...] aumento da coparticipação, fazendo com que o beneficiário participe mais ativamente das decisões que envolvem a sua saúde. Para tanto, é preciso simplificar as regras atuais e rever normativos desta Agência Reguladora, no intuito de que a coparticipação possa atingir ao menos 50% do valor do procedimento¹²⁸.

Essa diretriz também traz a concepção de atribuir ao segurado uma maior responsabilidade quanto ao uso do plano, requerendo uma coparticipação de, pelo menos, 50% do valor dos procedimentos. Tal critério certamente limita o acesso a tratamentos mais caros, sendo especialmente danoso para pacientes crônicos que necessitam de tratamentos permanentes. Além disso, também pode forçar os usuários a recorrer ao SUS para ter acesso a suas demandas básicas¹²⁹.

Em relação à coparticipação, a ANS registrou que não são necessárias alterações para que esse mecanismo seja utilizado, aduzindo que a única vedação para a implantação deste regramento ocorre se o fator moderador ocorrer em proporção que “o caracterize em como um fator restritivo severo ao acesso dos

¹²⁷ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Relatório Descritivo do GT de Planos Acessíveis*. 2017. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/VERS%C3%83O_FINAL_RELATORIO_DESCRITIVO_GT_ANS_PROJETO_PLANO_DE_SAUDE_ACESSIVEL_FINAL_.pdf. Acesso em 27 set 2018.p. 45.

¹²⁸ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR op. cit. p.5.

¹²⁸ Ibidem, p. 7.

¹²⁹ SÁ, Edvaldo Batista de. *O público e o privado no sistema de saúde: Uma apreciação do projeto de Plano de Saúde Acessível*. Nota Técnica nº 47. IPEA, Brasília. Janeiro de 2018. p. 2. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=32249:nota-tecnica-2018-janeiro-numero-47-disoc-o-publico-e-o-privado-no-sistema-de-saude-uma-apreciacao-do-projeto-de-plano-de-saude-acessivel&catid=192:disoc&directory=1. Acesso em: 20 dez 2018. p. 6.

beneficiários aos procedimentos disponibilizados”¹³⁰. Entretanto, o órgão regulador não se posicionou se considerada o percentual de 50% como um fator restritivo.

Outra orientação é o estabelecimento de “*Protocolos Clínicos Definidos*”. A regra é que sejam adotados protocolos clínicos objetivos, de observação obrigatória pelos profissionais, com a finalidade de uniformizar as condutas. A consequência negativa verificada por Sá¹³¹ é que tal orientação restringe a liberdade médica quanto à decisão em relação aos procedimentos e cuidados a serem disponibilizados.

A Agência Nacional da Saúde descreveu que, apesar de já haver uma diretriz de utilização com um conjunto de critérios estabelecendo as melhores indicações para a execução de procedimentos, a legislação existente não permite a determinação obrigatória de metodologias para os profissionais de saúde. Não obstante, afirma a agência que nada impede que empresas e profissionais de saúde negociem tal obrigatoriedade¹³².

Também foi estabelecida a seguinte orientação “*Recomposição de preços com base em planilhas de custo*”. De acordo com o relatório da ANS, isso significa que, nos planos populares, deverá haver uma tabela de reajuste de preços diferenciada da adotada atualmente. Nota-se a intenção de que seja assegurada sustentabilidade financeira aos planos de saúde. Entretanto, Sá¹³³ verifica que, em verdade, tal medida trata-se de repasse dos custos e riscos da atividade econômica para o segurado, inclusive permitindo abuso no reajuste de preços.

Em relação a este ponto, verifica-se o único posicionamento claro da Agência Reguladora de forma desfavorável às diretrizes da proposta analisada. Assim, em relação à recomposição de preços com base em planilha de custo, a ANS assim manifestou seu parecer:

¹³⁰ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Relatório Descritivo do GT de Planos Acessíveis*. 2017. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/VERS%C3%83O_FINAL_RELATORIO_DESCRITIVO_GT_ANS_PROJETO_PLANO_DE_SAUDE_ACESSIVEL_FINAL_.pdf. Acesso em 27 set 2018.p. 46.

¹³¹ SÁ, Edvaldo Batista de. *O público e o privado no sistema de saúde: Uma apreciação do projeto de Plano de Saúde Acessível*. Nota Técnica nº 47. IPEA, Brasília. Janeiro de 2018. p. 2. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=32249:nota-tecnica-2018-janeiro-numero-47-disoc-o-publico-e-o-privado-no-sistema-de-saude-uma-apreciacao-do-projeto-de-plano-de-saude-acessivel&catid=192:disoc&directory=1. Acesso em: 20 dez 2018.p. 7.

¹³² AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, op. cit.. p. 46.

¹³³ SÁ. op.cit. p. 6.

Se a recomposição de preços se configurar um mero repasse dos custos e do risco do negócio para o consumidor, sem estimular as melhorias de processos e os ganhos de produtividade a ANS possui posicionamento contrário¹³⁴.

Estabeleceu-se ainda a diretriz denominada “*Obrigatoriedade da segunda opinião médica (alta complexidade)*”. Portanto, em casos complexos, será obrigatória uma segunda opinião médica com objetivo de garantir que se observem as melhores práticas, evitando o uso desnecessário de recursos. Sá¹³⁵, entende que tal prática poderá impedir o acesso aos cuidados essenciais, em especial nos casos de urgência, podendo, mais uma vez, forçar o beneficiário a se utilizar do Sistema Único de Saúde ou dispendar gastos diretos para solucionar sua situação.

O parecer da ANS neste ponto apenas registrou que já há uma resolução normativa para os casos de haver divergência quanto ao procedimento solicitado pelo médico assistente e o profissional do plano de saúde, entretanto, verifica-se que tal normativo não diz respeito diretamente à obrigatoriedade proposta para os planos de saúde populares¹³⁶.

A sexta diretriz foi registrada como “*Revisão dos prazos de atendimento*”. Aqui se tem uma normatização com a finalidade de adequar os prazos para atendimento dos segurados. O texto da proposta diz o seguinte:

[...] prazo de 7 (sete) dias para consulta básica (pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia). Para as demais especialidades, sugere-se alongar de 14 (quatorze) para 30 (trinta) dias. Para cirurgias eletivas e programadas, sugere-se a alteração de 21 (vinte e um) para 45 (quarenta e cinco) dias¹³⁷.

Vê-se, portanto, que o alargamento desses prazos pode trazer sérios prejuízos aos segurados que precisam de atendimento célere. Assim, conforme argumentação de Sá¹³⁸, tal determinação também poderá fazer com que os

¹³⁴ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Relatório Descritivo do GT de Planos Acessíveis*. 2017. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/VERS%C3%83O_FINAL_RELATORIO_DESCRITIVO_GT_ANS_PROJETO_PLANO_DE_SAUDE_ACESSIVEL_FINAL_.pdf. Acesso em 27 set 2018. p. 46.

¹³⁵ SÁ, Edvaldo Batista de. *O público e o privado no sistema de saúde: Uma apreciação do projeto de Plano de Saúde Acessível*. Nota Técnica nº 47. IPEA, Brasília. Janeiro de 2018. p. 2. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=32249:nota-tecnica-2018-janeiro-numero-47-disoc-o-publico-e-o-privado-no-sistema-de-saude-uma-apreciacao-do-projeto-de-plano-de-saude-acessivel&catid=192:disoc&directory=1. Acesso em: 20 dez 2018. p. 7.

¹³⁶ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, op. cit. p. 46.

¹³⁷ Ibidem, p. 7.

¹³⁸ SÁ. op.cit.p. 7.

beneficiários recorram ao Sistema Único de Saúde ou tenham que desembolsar gastos diretos para terem acesso aos serviços necessários.

Em relação a essa diretriz a ANS apenas registrou que a última regulamentação quanto aos prazos de atendimento se deu no ano de 2011 e que, se entenderem necessário, ajustes poderão ser feitos¹³⁹.

Outra orientação foi designada como “*Canal digital de comunicação*” descrevendo que “tanto a venda, quanto o pagamento, os extratos e os orientadores de rede assistencial estariam disponíveis para todos, preferencialmente via internet”¹⁴⁰. De forma bastante clara é possível notar que isso geraria uma relevante redução de custo para os planos de saúde e poderia prejudicar a população alvo dos planos populares, quais sejam as de baixa renda que não possuem fácil acesso à rede de internet¹⁴¹.

Quanto a essa orientação, a ANS se posicionou registrando que já há regulamentação para que atendimentos sejam feitos tanto de forma digital quanto presencial¹⁴².

Por fim, a última diretriz foi intitulada como “*Plano Regionalizado*”, consistindo no oferecimento de uma cobertura assistencial adaptada à disponibilidade de infraestrutura existente no município. Assim, haverá o credenciamento de serviços existentes na região para serem disponibilizados aos segurados de acordo com a capacidade operacional do município. De acordo com Sá¹⁴³, a intenção aqui é “Adaptar a cobertura à rede disponível para reduzir custos da assistência e cobrar menores mensalidades do segurado”. Entretanto, isso significa que haverá uma restrição do acesso aos cuidados necessários somente para aqueles existentes no município do segurado. Para Sá¹⁴⁴ tal diretriz irá fazer

¹³⁹ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Relatório Descritivo do GT de Planos Acessíveis*. 2017. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/VERS%C3%83O_FINAL_RELATORIO_DESCRITIVO_GT_ANS_PROJETO_PLANO_DE_SAUDE_ACESSIVEL_FINAL_.pdf. Acesso em 27 set 2018. p. 46.

¹⁴⁰ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, op. cit., p. 7.

¹⁴¹ SÁ, Edvaldo Batista de. *O público e o privado no sistema de saúde: Uma apreciação do projeto de Plano de Saúde Acessível*. Nota Técnica nº 47. IPEA, Brasília. Janeiro de 2018. p. 2. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=32249:nota-tecnica-2018-janeiro-numero-47-disoc-o-publico-e-o-privado-no-sistema-de-saude-uma-apreciacao-do-projeto-de-plano-de-saude-acessivel&catid=192:disoc&directory=1. Acesso em: 20 dez 2018. p. 7.

¹⁴² AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, op. cit., p. 46.

¹⁴³ SÁ, op.cit. p. 7.

¹⁴⁴ SÁ, op.cit. p. 7.

com que se aumentem as desigualdades no acesso à saúde, sem necessariamente haver uma compensação nas mensalidades cobradas dos beneficiários.

Ainda quanto à diretriz de planos regionalizados, Sá observa a seguinte possibilidade:

A proliferação de planos regionalizados exacerba os problemas de informação e cria oportunidades para que as operadoras adotem comportamentos abusivos, como, por exemplo, a exclusão de tratamentos para determinadas doenças mesmo quando disponíveis na localidade e a venda de cobertura para procedimentos não disponíveis na localidade¹⁴⁵.

Quanto à determinação de planos regionalizados, a ANS se posicionou afirmando que, para que tal critério fosse implantado, não seria necessária alteração legislativa, bastando que o sistema fosse adotado e passasse pela decisão do órgão regulador¹⁴⁶.

O que se pode verificar por meio de tal proposta é que, de maneira geral, ela transfere custos e ônus do serviço de plano de saúde para os beneficiários, deixando o administrador do seguro de saúde com pouco ou nenhum ônus em razão de sua atividade¹⁴⁷. Apesar de o mote das propostas ser o baixo custo para os beneficiários, nota-se, que, ao mesmo tempo, o baixo custo levará à pouquíssima cobertura de procedimentos, induzindo o consumidor-cidadão a erro e deixando-o sem cobertura em momentos de grande importância tais como em casos urgentes, crônicos ou de acompanhamento prolongado.

Neste contexto, nota-se que, em verdade, tais planos de saúde terão um alto custo que levará ao enriquecimento das empresas com poucos benefícios aos clientes. Assim, há grande possibilidade de constante fuga desses beneficiários para

¹⁴⁵ SÁ, Edvaldo Batista de. *O público e o privado no sistema de saúde: Uma apreciação do projeto de Plano de Saúde Acessível*. Nota Técnica nº 47. IPEA, Brasília. Janeiro de 2018. p. 2. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=32249:nota-tecnica-2018-janeiro-numero-47-disoc-o-publico-e-o-privado-no-sistema-de-saude-uma-apreciacao-do-projeto-de-plano-de-saude-acessivel&catid=192:disoc&directory=1. Acesso em: 20 dez 2018.p. 8.

¹⁴⁶ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Relatório Descritivo do GT de Planos Acessíveis*. 2017. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/VERS%C3%83O_FINAL_RELATORIO_DESCRITIVO_GT_AN_S_PROJETO_PLANO_DE_SAUDE_ACESSIVEL_FINAL_.pdf. Acesso em 27 set 2018. p. 46.

¹⁴⁷ SÁ. op.cit. p. 8.

o SUS e pouquíssimo retorno do dinheiro dispendido pela população de baixa renda¹⁴⁸.

Veja-se ainda que o posicionamento do órgão regulador foi superficial, sem se manifestar em seu parecer quanto aos prejuízos que tais diretrizes podem causar ao consumidor.

Com uma leitura atenta de tais propostas é possível verificar que elas vão de encontro com a regulamentação constitucional no que diz respeito à promoção da saúde, em especial porque tais planos de saúde acabam por restringir de forma bastante incisiva o acesso universal e igualitário à saúde.

Não se pode negar que é princípio básico da regulamentação de seguros que a cobertura deverá ser restrita ao rol descrito nos contratos, contudo, no presente caso não se trata de qualquer tipo de seguro, mas sim seguro com função social visando promover o direito fundamental à saúde garantido na Constituição Federal.

Portanto, não é possível crer que a regulamentação desses planos de saúde populares possa ser feita da forma como vem sendo pensada, sem compromisso com os princípios constitucionais e visando interesses apenas de um lado da relação contratual.

No terceiro capítulo desta pesquisa serão verificados os princípios e normas constitucionais que são atingidos com a regulamentação dos planos de saúde populares.

¹⁴⁸ SÁ, Edvaldo Batista de. *O público e o privado no sistema de saúde: Uma apreciação do projeto de Plano de Saúde Acessível*. Nota Técnica nº 47. IPEA, Brasília. Janeiro de 2018. p. 2. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=32249:nota-tecnica-2018-janeiro-numero-47-disoc-o-publico-e-o-privado-no-sistema-de-saude-uma-apreciacao-do-projeto-de-plano-de-saude-acessivel&catid=192:disoc&directory=1. Acesso em: 20 dez 2018. p. 13.

3 CONFORMIDADE DA INSTITUIÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE POPULARES COM OS ARTIGOS 196 A 199 DA CONSTITUIÇÃO DE 1988.

3.1 Sistemas de Acesso à Saúde

Para avaliar a conformidade entre a proposta de planos de saúde populares e os dispositivos constitucionais é necessária ainda uma breve síntese acerca da descrição de dois tipos de sistemas de acesso à saúde para que se possa ter de forma mais clara a compreensão acerca dos impactos que os planos de saúde populares podem vir a ter em relação às determinações constitucionais existentes.

De acordo com Giovanella L. et al¹⁴⁹, existem duas concepções de universalização em saúde as quais são descritas com as nomenclaturas de “sistema universal” (*universal health system* – UHS) e “cobertura universal em saúde” (*universal health coverage* – UHC).

Assim, o que se entende por sistema universal – UHS – em geral, está ligado à “cobertura pública de sistemas nacionais” e, em relação à cobertura universal em saúde – UHC –, o que se entende é a “cobertura por serviços básicos, ou por cobertura de seguros de saúde, públicos ou privados, indicando ênfase no subsídio à demanda”¹⁵⁰.

Os autores exemplificam que, em geral, o sistema universal (UHS) é adotado em países europeus e, no caso da América Latina, a regra é a adoção do sistema de cobertura universal (UHC), de modo que o Brasil é a exceção na região em adotar o modelo de sistema público universal com a Constituição de 1988¹⁵¹.

Para a melhor compreensão acerca dos dois sistemas e suas implicações diante da análise do objeto de estudo desta pesquisa, quais sejam os planos de saúde populares, será feito um breve relato acerca de cada um dos sistemas de saúde acima indicados.

3.1.1 Sistema de Cobertura Universal (UHC)

É importante notar que o sistema de cobertura universal (UHC) foi incentivado pelo Banco Mundial e pela Organização Mundial da Saúde – relatório

¹⁴⁹ GIOVANELLA, L. et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018. p. 1764

¹⁵⁰ Ibidem, p. 1764.

¹⁵¹ Ibidem, p. 1764.

publicado em 2010 sobre financiamento dos sistemas de saúde¹⁵² – tendo como fundamento a diminuição dos gastos diretos em saúde, bem como a diminuição dos altos dispêndios que surgem de situações inesperadas em relação à população sem qualquer tipo de cobertura securitária. Assim, a sugestão dos referidos órgãos é o incentivo aos planos de saúde privados com um rol mínimo de serviços a serem oferecidos à população. Neste contexto, não se fala em aumento do investimento no sistema público de saúde¹⁵³.

No sistema de cobertura universal – UHC – a cobertura a que se faz menção é limitada à possibilidade de se ter acesso a algum tipo de seguro, o qual em grande parte das vezes oferecerá somente um rol básico de serviços. Assim, a cobertura universal não diz respeito à garantia de acesso nem o uso dos sistemas de saúde quando necessário¹⁵⁴.

Os autores fazem um sintético apanhado dos pontos essenciais do sistema de cobertura universal – UHC –, como é possível observar:

A proposta de UHC tem três componentes centrais: foco no financiamento por combinação de fundos (*pooling*), afiliação por modalidade de asseguração, e definição de cesta limitada de serviços. **Visa à redução do papel do Estado, restringindo-o à regulação do sistema de saúde.** O Estado deve promover o asseguração ou contratar serviços privados para oferecer às pessoas que não possam comprá-los no mercado. A separação de funções entre financiamento e prestação implica na precificação dos serviços de saúde, o que os transforma em mercadoria. **Para os atores do setor privado, a saúde é um bem ou produto; quem não pode pagar pela mercadoria ou serviço não tem direito¹⁵⁵ (grifo do autor).**

Neste contexto, os preços dos seguros de saúde, bem como a cesta de serviços mínimos oferecidos, são calculados em razão dos riscos atribuídos a cada grupo alvo e diferenciados conforme o poder aquisitivo desses segmentos. Tal situação resulta em uma estratificação da sociedade em que os de menor renda terão acesso a menos serviços, e os mais abastados poderão usufruir de serviços

¹⁵² ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Financiamento dos sistemas de saúde. O caminho para a cobertura universal. Relatório Mundial da Saúde 2010. Disponível em: <https://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf>. Acesso em 17 fev. 2019.

¹⁵³ GIOVANELLA, L *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018. p. 1765.

¹⁵⁴ *Ibidem*, p. 1765.

¹⁵⁵ *Ibidem*, p. 1765.

de saúde mais completos. **Neste contexto, não há que se falar em integralidade da atenção à saúde.**

Outro conceito implícito neste sistema é o de que o poder público não tem capacidade de atender às demandas da sociedade e que o sistema privado é capaz de oferecer os serviços de forma mais eficiente. Entretanto, conforme percepção dos autos, esse tipo de afirmação carece de evidências comprovadas¹⁵⁶.

Outrossim, verifica-se que a prestação de serviços no sistema de cobertura universal – UHC – é feita, em geral, de forma fragmentada sem um desenho de integração e organização que poderia permitir a “continuidade do cuidado e a coordenação entre os serviços e dentro deles”¹⁵⁷, sendo que o que se observa é um foco na atenção médica individual.

Exemplo desse tipo de sistema é o existente nos Estados Unidos da América em que facilmente é possível perceber as consequências ao direito à saúde. Conforme pesquisa de Giovanella L et al¹⁵⁸, o sistema norte-americano é o pior entre os de onze países desenvolvidos avaliados. Isso porque é o que apresenta “maior gasto em saúde, reduzida eficiência administrativa, e pior resultados em equidade, acesso, qualidade, expectativa de vida e mortalidade infantil”¹⁵⁹.

3.1.2 Sistema Universal – UHS -

O sistema universal – UHS – tem como objetivo que toda a população possa acessar o sistema de saúde sem limitação, sendo assim “financiado por fundos públicos a partir da receita de impostos gerais e contribuições sociais, o que proporciona maior solidariedade, redistribuição e equidade”¹⁶⁰.

Assim, o modelo de financiamento do sistema universal – UHS – reparte custos com toda a população e permite que haja acesso à toda a população em igualdade de condições. Neste sistema não há que se falar em cesta limitada de

¹⁵⁶ GIOVANELLA, L et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018. p. 1765.

¹⁵⁷ Ibidem, p. 1766.

¹⁵⁸ Ibidem, p. 1767.

¹⁵⁹ Ibidem, p. 1766

¹⁶⁰ Ibidem, p. 1766.

serviços, eles são ofertados conforme necessidades dos beneficiários, culminando assim no denominado princípio da integralidade da atenção¹⁶¹.

Por outro lado, o foco da atenção dos sistemas universais é a **promoção de uma coordenação e integração entre serviços** objetivando uma solidificação da atenção primária à saúde (APS) com vistas a minorar os custos e trazer maior eficiência. Assim, nos dizeres dos autores:

Sistemas universais integram cuidados individuais e ações coletivas de prevenção e promoção. O enfoque populacional exige promover políticas transversais intersetoriais para enfrentar os determinantes sociais da saúde¹⁶².

Nos sistemas de acesso universal pode haver dois tipos de financiamento. O primeiro, denominado por Giovanella L. et al¹⁶³ de “modelo beveridgiano” em que o acesso universal é “fundado na cidadania e financiado com recursos fiscais com predomínio de prestadores públicos”, sendo o Serviço Nacional de Saúde Inglês o pioneiro na área com cuidado integral e foco na atenção primária à saúde.

Outro modelo de financiamento de acesso universal é fundado na concepção de seguro social, o qual se torna compulsório aos cidadãos e não depende do risco individual ou grupal dos destinatários dos serviços de saúde. O princípio base desse tipo de sistema é a solidariedade que permite contribuição proporcional à renda culminando com acesso irrestrito à população conforme suas necessidades¹⁶⁴.

Conforme estudos de Giovanella L. et al¹⁶⁵, os sistemas de acesso universal – sejam os serviços nacionais de saúde, sejam os fundados em seguros social – têm resultados mais positivos do que aqueles centrados em instituições privadas, tais como os de cobertura universal.

3.1.3 Conclusões acerca dos dois sistemas

Vê-se, portanto que o sistema de cobertura universal – UHC – é permeado de diversos pontos negativos os quais somente são percebidos ao se visualizar o

¹⁶¹ GIOVANELLA, L et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018. p. 1765.

¹⁶² Ibidem, p. 1766.

¹⁶³ Ibidem, p. 1767.

¹⁶⁴ Ibidem, p. 1767.

¹⁶⁵ Ibidem, p. 1767

direito à saúde e os sistemas de promoção à saúde por meio de uma visão mais abrangente e não microscópica. Isso porque, para os indivíduos, parece conveniente pagar por um plano de saúde que lhe permitirá ter acesso mais rápido e eficiente aos serviços. Entretanto, ao ajustar o foco, nota-se que isso não necessariamente permitirá ao cidadão ter acesso ao efetivo tratamento para o seu mal. Além disso, de forma mais ampla, vê-se que uma gama de cidadãos estará na mesma situação em que terão desembolsado valores para ter acesso a um sistema de saúde limitado, aumentando os custos individuais sem que isso resulte em um aumento do financiamento para o sistema público.

Por sua vez, o sistema universal – UHS – é fundado em princípios tais como serviços financiados e prestados essencialmente pelo Estado, acesso universal e saúde como bem a ser disponibilizado a todos. Não por acaso, observa-se que tais são os princípios insculpidos no artigo 196 da Constituição Federal de 1988.

Portanto, muito além dos princípios relativos à organização do Sistema Único de Saúde brasileiro, a concepção descrita na Constituição Federal de 1988 é alicerçada em um Sistema Universal, tal como descrito na descrição do sistema *universal health system* – UHS.

Neste sentido, verifica-se que o incentivo à criação de planos de saúde populares vai exatamente ao encontro de investimentos no crescimento da adoção de um sistema de cobertura universal, nos moldes como acima descrito o denominado sistema de cobertura universal em saúde - *universal health coverage* – UHC.

Portanto, a criação ou mesmo o estímulo à criação de planos de saúde de baixo custo acaba por desviar totalmente o sistema de saúde inscrito na Constituição Federal o qual tem como pedra angular a atenção universal e integral à saúde.

Tal como exposto, o fomento a esse tipo de planos de saúde acaba por focar no mercado privado e promover um aumento do subfinanciamento do Sistema Único de Saúde, direito fundamental inscrito na constituição, e invertendo a lógica constitucional da promoção da saúde.

Os autores Giovanella L. et al¹⁶⁶ comungam a ideia de que o sistema de saúde previsto na Constituição Federal de 1988 é fundado no Sistema Universal – UHS – e que a implantação ou o incentivo à cobertura universal romperia com esse direito. Reafirme-se que a descrição dos planos de saúde populares são totalmente afim do sistema de cobertura universal – UHC – em detrimento do sistema universal – UHS.

Não obstante o sistema de saúde constitucional preveja a participação do capital privado nas variadas formas associadas para a promoção da saúde tal qual já esclarecido nos capítulos anteriores, o que se nota é que, a aprovação e o fomento a planos de saúde populares incentivam o incremento do setor privado no sistema de saúde brasileiro de modo que se observa uma tendência ao desmonte dos princípios em que a saúde está descrita na Carta Magna.

Tudo isso somado ao subfinanciamento do Sistema Único de Saúde, o qual vem tendo maiores perdas com a instituição da Desvinculação da Receita da União, com a Emenda Constitucional 95/2016 que congelou as despesas para os próximos vinte anos, com a Lei n. 13.097/2015 que permite a participação direta ou indireta e controle do capital estrangeiro na saúde além da própria proposta de instituição de planos de saúde populares¹⁶⁷ contribui para que a concepção constitucional de acesso universal à saúde seja totalmente descaracterizada.

3.2 Constitucionalidade da Proposta de Planos de Saúde Populares.

Diante de todo o contexto já exposto nesta pesquisa, é possível notar que o direito à saúde pública está diretamente relacionado ao princípio fundamental da dignidade humana, uma vez que, à míngua desse direito, pouco ou nenhum outro poderá ser usufruído pelos cidadãos¹⁶⁸. Assim, compreende-se que, nos termos em que insculpido na Constituição de 1988, a saúde deve ser promovida de forma mais protuberante pelo Estado.

É importante se atentar que a conjuntura em que o direito à saúde foi inserido na Constituição Federal tem suas bases amparadas no que se denomina

¹⁶⁶ GIOVANELLA, L. et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018. p. 1772.

¹⁶⁷ Ibidem, p. 1774.

¹⁶⁸ ALVES, Cândice L. Entre a mão e a contra mão do direito à saúde pública no Brasil: a emenda constitucional 86 e a proibição do retrocesso social. *Argumenta Journal Law*. Jacarezinho – PR, n. 27, p. 271-308. 2017. p. 273.

como Estado Social¹⁶⁹. De forma sintética, após as transformações do século XX, em que prevaleceu o Estado Liberal, fez-se necessária transição para um momento em que se buscasse promover uma “articulação entre direitos, liberdades e garantias por meio dos direitos sociais”, sendo esta a segunda fase do Estado constitucional, em especial diante dos direitos sociais incorporados nas constituições¹⁷⁰.

Assim, é possível notar que a construção do Estado Social está fundamentada no princípio da solidariedade, princípio este insculpido tanto no preâmbulo quanto no artigo 3º, I, da Carta Magna. É certo que tal princípio, que é ponto de observação para a construção de promoção da saúde tendo o Estado como protagonista de sua efetividade, encontra tensão em sua aplicabilidade, uma vez que também deve ser entendido diante das limitações estatais em efetivá-lo. É neste contexto de tensão que os direitos sociais devem ser observados¹⁷¹.

Entretanto, a maneira como o legislador originário teceu a seção destinada à saúde no capítulo referente à seguridade social não deixa dúvidas de que a saúde é dever do estado, de acesso universal e igualitário, promovida por meio de políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos, além de instituir um Sistema Único de Saúde que é, sem hesitação, a maior concretização da seção, demonstrando sua relevância no contexto da promoção da saúde.

Veja-se que o princípio da solidariedade, em sua relação com o Estado Social, está ligado a princípios de igualdade, liberdade e fraternidade, cujo objetivo, nos termos trazidos por Alves¹⁷², é aprender a conviver e mutualmente ajudar-se. Assim, a solidariedade pode ser contemplada do seguinte modo:

(...) todos são virtualmente homens sacros e é essa indeterminação que justifica a importância das normas relacionadas aos direitos sociais, especialmente a saúde, uma vez que o fim de todos os homens é a morte e a maneira de chegar até ela quase sempre é a doença¹⁷³.

¹⁶⁹ ALVES, Cândice L. Entre a mão e a contra mão do direito à saúde pública no Brasil: a emenda constitucional 86 e a proibição do retrocesso social. *Argumenta Journal Law*. Jacarezinho – PR, n. 27, p. 271-308. 2017. p. 275.

¹⁷⁰ *Ibidem*, p. 277.

¹⁷¹ *Ibidem*, p. 280.

¹⁷² *Ibidem*, p. 280.

¹⁷³ *Ibidem*, p. 280.

Portanto, é certo que a promoção da saúde por meio do poder público, tal qual descrita na carta magna, está referendada pelo princípio da solidariedade, em que a sociedade, ao necessitar de tratamento, não tem sua capacidade contributiva avaliada neste momento. Assim, é preciso fortalecer esse sistema de atenção pública para que, por meio de maior financiamento público e contribuição progressiva por parte da sociedade, seja possível robustecer o Sistema Único de Saúde, o qual não pode ser relegado ao status de coadjuvante na promoção da saúde brasileira.

É preciso atentar-se ainda que o direito à saúde é permeado por interconexões com outros direitos fundamentais que, nos termos trazidos por Sarlet e Figueiredo, “apresenta zonas de convergência e mesmo de superposição (direitos e deveres), fato que reforça a tese da interdependência e mútua conformação de todos os direitos humanos e fundamentais”¹⁷⁴. Assim, bens constitucionais como, por exemplo, a dignidade da pessoa humana, o ambiente, a moradia, a seguridade social, proteção de crianças, adolescentes e idosos estão dentro dessa zona de convergência com o direito à saúde.

Assim, verifica-se que a promoção da saúde não diz respeito a somente essa área especificamente, mas sim resulta em proteção de diversos outros direitos constitucionais assegurados ao cidadão. Portanto, não é possível analisar o direito à saúde e as políticas públicas que lhe dizem respeito somente sob a ótica sanitária. É necessária “uma perspectiva intersetorial, que leve em consideração a transversalidade e a interdisciplinaridade que marcam esse direito fundamental”¹⁷⁵.

Sarlet e Figueiredo¹⁷⁶ expõem a compreensão de que a proteção constitucional da saúde efetiva-se como um dever fundamental, em especial diante da descrição do artigo 196, da Carta Magna, o qual determina que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Tal constatação permite compreender que uma das dimensões do direito-dever à saúde está em sua faceta prestacional de promoção à saúde, que envolve a concretização das normas e políticas de efetivação do SUS, o incentivo à adesão aos programas de saúde pública, a reserva de recursos orçamentários para a área da saúde, a intervenção direta nos planos de saúde

¹⁷⁴ SARLET, I. W, FIGUEIREDO, M.F. O Direito Fundamental À Proteção E Promoção Da Saúde Na Ordem Jurídico-Constitucional: Uma Visão Geral Sobre O Sistema (Público E Privado) De Saúde No Brasil. *Revista do Instituto do Direito Brasileiro*. Ano 2, nº 4. p. 3183-3255. 2013. p. 3188.

¹⁷⁵ *Ibidem*, p. 3190.

¹⁷⁶ *Ibidem*, p. 3192.

privados e regulação dos preços de medicamentos, assistência a doenças de grupos desfavorecidos, dentre diversas outras ações¹⁷⁷.

No mesmo sentido é a elucidação de Alves¹⁷⁸ quanto ao que menciona como “teoria dos deveres fundamentais e o reconhecimento de que ela incide sobre o direito à saúde”. Assim, quando se fala em direitos fundamentais, basta o seu reconhecimento. Por sua vez, em relação aos deveres fundamentais, eles devem ser instituídos e especificados, sendo certo que, em relação à saúde e ao Sistema Único de Saúde, os deveres já vieram estipulados pela Constituição Federal¹⁷⁹.

É importante ressaltar que, nos termos em que prevê a Constituição Federal, a promoção da saúde também envolve a iniciativa privada, entretanto é preciso notar que, não obstante as peculiaridades do setor, ele também deve observar os mesmos princípios e diretrizes constitucionais e legais¹⁸⁰.

Vê-se então que, para além dos específicos dispositivos constitucionais que indicam que a iniciativa privada também deve se submeter aos princípios gerais do direito à saúde, Sarlet e Figueiredo demonstram que:

a noção de deveres fundamentais conecta-se ao princípio da solidariedade, no sentido de que toda a sociedade é também responsável pela efetivação e proteção do direito à saúde de todos e de cada um, no âmbito daquilo que Canotilho denomina de uma responsabilidade compartilhada (*shared responsibility*), cujos efeitos se projetam no presente e sobre as futuras gerações¹⁸¹.

Neste contexto observa-se que é recorrente a interpretação de que o Sistema Único de saúde possui status de garantia constitucional fundamental¹⁸², sendo certo que, em razão de tal circunstância, se sujeita também à proteção para os demais preceitos jusfundamentais, inclusive no que diz respeito aos limites materiais à reforma constitucional bem como sua proteção contra medidas de retrocesso em geral¹⁸³. Assim:

(...) eventuais medidas tendentes a aboli-lo ou esvaziá-lo, formal e substancialmente, até mesmo quanto aos princípios sobre os quais

¹⁷⁷ SARLET, I. W, FIGUEIREDO, M.F. O Direito Fundamental À Proteção E Promoção Da Saúde Na Ordem Jurídico-Constitucional: Uma Visão Geral Sobre O Sistema (Público E Privado) De Saúde No Brasil. *Revista do Instituto do Direito Brasileiro*. Ano 2, nº 4. p. 3183-3255. 2013. p. 3192.

¹⁷⁸ ALVES, Cândice L. Entre a mão e a contra mão do direito à saúde pública no Brasil: a emenda constitucional 86 e a proibição do retrocesso social. *Argumenta Journal Law*. Jacarezinho – PR, n. 27, p. 271-308. 2017. p. 293.

¹⁷⁹ Ibidem, p. 294.

¹⁸⁰ SALAZAR; GROU; SERRANO JR; 2008 apud SARLET, I. W, FIGUEIREDO, M.F, op. cit. p. 3195.

¹⁸¹ SARLET, I. W, FIGUEIREDO, M.F, op. cit. p. 3195.

¹⁸² Ibidem, p. 3208.

¹⁸³ Ibidem, p. 3208.

se alicerça, deverão ser consideradas inconstitucionais, pois que não apenas o direito à saúde é protegido, mas o próprio SUS, na condição de instituição pública, é salvaguardado pela tutela constitucional protetiva¹⁸⁴.

Ademais, é preciso ressaltar que determinações constitucionais e legais constantes das disposições acerca do Sistema Único de Saúde também devem ser aplicadas ao que se refere aos planos de saúde, uma vez que a promoção da saúde não pode ser dissociada de seus princípios gerais quando da aplicação por meio de instituições privadas¹⁸⁵.

Assim, Pfeiffer¹⁸⁶ demonstra que o dever de integralidade (inciso II, artigo 198, CF88) também deve ser estendido à cobertura assegurada pelos planos de saúde.

É certo que não há como igualar a prestação de saúde por meio do poder público com a prestação privada pela denominada saúde suplementar. Em especial porque existem regras específicas a serem observadas em decorrência do contrato privado tais como a autonomia das partes, por exemplo¹⁸⁷. Entretanto, é preciso a compreensão de que proteções e princípios peculiares da área devem estar sempre à vista, uma vez que o objeto do contrato entre as partes tem natureza indisponível (proteção ao direito à vida e à saúde) e que inevitavelmente representa interesses sociais¹⁸⁸.

Corroborando tais constatações, o legislador constituinte descreveu no artigo 197, CF88, que “São de relevância pública as ações e serviços de saúde” e, portanto, a interpretação e aplicação dos termos contratuais de seguros privados de saúde devem submeter-se tanto às normas de proteção do consumidor quanto àquelas que descrevem e organizam constitucionalmente o direito à saúde¹⁸⁹.

Dessa maneira, Sarlet e Figueiredo¹⁹⁰ mencionam que a relevância pública das ações e serviços de saúde decorrem “do caráter indisponível do direito fundamental e dos valores que visa a proteger (vida, dignidade, integridade física e

¹⁸⁴ SARLET, I. W, FIGUEIREDO, M.F. O Direito Fundamental À Proteção E Promoção Da Saúde Na Ordem Jurídico-Constitucional: Uma Visão Geral Sobre O Sistema (Público E Privado) De Saúde No Brasil. *Revista do Instituto do Direito Brasileiro*. Ano 2, nº 4. p. 3183-3255. 2013. p. 3209.

¹⁸⁵ Ibidem, p. 3214.

¹⁸⁶ PFEIFFER, R. A. C. Planos de saúde e direito do consumidor. In: MARQUES, C. L. et al., 2008, *apud* SARLET, I. W, FIGUEIREDO, M.F op. cit. p. 3215.

¹⁸⁷ SARLET, I. W, FIGUEIREDO, M.F. op.cit. p. 3216.

¹⁸⁸ ARANGO, 2008, *apud* SARLET, I. W, FIGUEIREDO, M.F. op.cit. p. 3219.

¹⁸⁹ SARLET, I. W, FIGUEIREDO, M.F. op.cit. p. 3219.

¹⁹⁰ Ibidem, p. 3230.

psíquica,...)” sendo certo que esse deve ser o parâmetro a reger as relações privadas nas áreas de atuação privada de promoção de saúde, especialmente os planos de saúde.

Portanto, é certo que deve haver a imposição de obrigações típicas ao regime de direito público nas relações jurídicas privadas de prestação de serviços de saúde¹⁹¹.

Diante deste contexto, é possível notar que a proposta para que sejam implementados Planos de Saúde Populares é incompatível com os dispositivos constitucionais acerca do direito à saúde, bem como com as determinações acerca das ações e serviços de saúde promovidos por meio do Sistema Único de Saúde.

Isso porque, pelo que se pôde notar da análise das diretrizes da proposta (item 2.1.7), ao invés de os planos de baixo custo melhorar o acesso à saúde, eles tenderão a promover um maior gasto das famílias com ações de saúde que, ao fim, não serão suficientes para atender as atividades básicas que se esperaria com tais seguros. Somado a isso, haverá uma maior predisposição para que a população segurada tenha que efetivamente se dirigir ao Sistema Único de Saúde para o atendimento de que irá necessitar.

É possível, de forma resumida, verificar os seguintes principais pontos que se baseiam as diretrizes dos planos de saúde populares. Acesso ao sistema de saúde obrigatoriamente por um médico de atenção primária com objetivo de inibir o uso desnecessário da rede de atendimento. Assim, caso o plano de saúde limite o acesso a profissionais especializados, a tendência é que os beneficiários desloquem-se ao SUS para o suporte necessário.

Coparticipação de, pelo menos, 50% do valor do procedimento. Como resultado tem-se limitação de acesso dos segurados a procedimentos com maior custo, fazendo com que segurados precisem recorrer ao SUS para procedimentos mais complexos e dispendiosos.

Obrigatoriedade da segunda opinião médica. Em que pese ser importante, a obrigatoriedade exigida de forma inflexível pode levar a impedimento de acessos aos cuidados necessários em caso de urgências.

¹⁹¹ SARLET, I. W, FIGUEIREDO, M.F. O Direito Fundamental À Proteção E Promoção Da Saúde Na Ordem Jurídico-Constitucional: Uma Visão Geral Sobre O Sistema (Público E Privado) De Saúde No Brasil. *Revista do Instituto do Direito Brasileiro*. Ano 2, nº 4. p. 3183-3255. 2013. p. 3231.

Alargamento de prazos mínimos para se obter consultas e cirurgias. Com a extensão do prazo, os beneficiários poderão suportar prejuízos caso necessitem de atendimento célere, havendo a tendência de utilização do Sistema Único de Saúde.

Cobertura assistencial adaptada à disponibilidade de infraestrutura existente no município. Tal característica demonstra que haverá restrição de acesso aos cuidados necessários para somente aqueles existentes no município do segurado, sendo certo que, em caso de necessidade de cuidados mais complexos, não haverá a cobertura necessária, mais uma vez tendendo à utilização do Sistema Único de Saúde.

Assim, diante da análise de tais diretrizes, o que se observa é que, nos termos em que moldados os planos de saúde populares, a principal característica é a restrição no acesso à promoção da saúde. O que se verifica é um modelo em que haverá um incentivo para que grande parte da população, em especial a de baixa renda, afilie-se aos referidos seguros com um investimento relevante de seus orçamentos, sem, contudo haver a contrapartida de acesso à saúde de forma universal, igualitária¹⁹², que vise à redução do risco de doença e de outros agravos, nos termos em que dispõe o artigo 196, da Constituição Federal.

Pelo contrário, o que se percebe é que, da maneira como se pretende ver efetivada a implementação dos planos de saúde populares, o resultado será um acesso à saúde de forma totalmente desigual em que, a população com maior capacidade de renda poderá aderir a planos de saúde completos e os de baixa renda somente terão acesso a seguros com cobertura restrita.

Some-se a isso o fato de que o incentivo a tais planos vem conjugado com medidas fiscais e orçamentárias restritivas tais como a Desvinculação de Receitas da União¹⁹³ e a Emenda Constitucional 95/2016 que congelou as despesas para os próximos vinte anos e outras medidas que reduzem a passos largos o orçamento destinado ao Sistema Único de Saúde fazendo com que os problemas que hoje se verificam em tal sistema sejam a cada dia mais agravados pela redução de seu financiamento.

¹⁹² SÁ, Edvaldo Batista de. *O público e o privado no sistema de saúde: Uma apreciação do projeto de Plano de Saúde Acessível*. Nota Técnica nº 47. IPEA, Brasília. Janeiro de 2018. p. 2. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=32249:nota-tecnica-2018-janeiro-numero-47-disoc-o-publico-e-o-privado-no-sistema-de-saude-uma-apreciacao-do-projeto-de-plano-de-saude-acessivel&catid=192:disoc&directory=1. Acesso em: 20 dez 2018, p. 13.

¹⁹³ GIOVANELLA, L *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018, p. 1772.

Portanto, como já pontuado, observa-se que sistema de saúde previsto na Constituição Federal de 1988 é fundado no Sistema Universal – UHS –, uma vez que determina ser dever do Estado, de acesso universal e igualitária, visando a redução do risco a doenças e outros agravos, compondo um sistema que priorize o atendimento integral e com atividades preventivas¹⁹⁴.

Sendo assim, a proposta de planos de saúde populares, bem como sua íntima relação com outras medidas restritivas do acesso à saúde, demonstra ser inconstitucional, uma vez que traz uma concepção de promoção da saúde ligada ao que se descreve como Sistema de Cobertura Universal – UHC – o qual tem como cerne a limitação no acesso aos recursos de saúde, rompe diametralmente com as disposições da Carta Magna em relação ao direito à saúde.

Além disso, o fomento e a implementação dos planos de saúde populares levará a um maior investimento orçamentário em instituições privadas de promoção à saúde sem que se tenha o retorno esperado¹⁹⁵ e, por outro lado, haverá um menor direcionamento de recursos para o Sistema Único de Saúde, fazendo com que ele seja relegado a segundo plano, o que é incompatível com o disposto no artigo 198, da Constituição Federal, o qual estabelece a importância de tal sistema na promoção da saúde.

Soma-se a isso a perspectiva de que a instituição de planos de saúde popular nos moldes em que proposto é uma medida desproporcional aos fins que se visa alcançar.

Conforme explanação de Barroso, o princípio da proporcionalidade tem suas origens na análise da “verificação da compatibilidade entre o meio empregado pelo legislador e os fins visados”¹⁹⁶. Neste contexto, a lei aprovada deve conter uma relação racional entre meios e os fins propostos. Portanto, deve-se analisar uma norma com base em critérios como “razão, supondo equilíbrio, moderação e

¹⁹⁴ GIOVANELLA, L *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018. p. 1767

¹⁹⁵ SÁ, Edvaldo Batista de. *O público e o privado no sistema de saúde: Uma apreciação do projeto de Plano de Saúde Acessível*. Nota Técnica nº 47. IPEA, Brasília. Janeiro de 2018. p. 2. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=32249:nota-tecnica-2018-janeiro-numero-47-disoc-o-publico-e-o-privado-no-sistema-de-saude-uma-apreciacao-do-projeto-de-plano-de-saude-acessivel&catid=192:disoc&directory=1. Acesso em: 20 dez 2018.p. 13.

¹⁹⁶ BARROSO, Luís Roberto. *Curso de direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo*. 7. ed. – São Paulo: Saraiva Educação, 2018. p. 295

harmonia; o que não seja arbitrário ou caprichoso; o que corresponda ao senso comum, aos valores vigentes em dado momento ou lugar”¹⁹⁷.

Assim, deve-se avaliar a proposta de planos de saúde populares por meio dos subprincípios da adequação, necessidade e proporcionalidade em sentido estrito.

Como já restou demonstrado no segundo capítulo, os objetivos amplamente divulgados para a criação dos planos de saúde populares são a redução de custos de acesso à saúde para a população e a redução dos gastos governamentais com o Sistema Único de Saúde¹⁹⁸.

Portanto, é adequado instituir um tipo de plano de saúde de baixo custo que ao mesmo tempo restringirá o efetivo acesso à saúde para que se possa alcançar o objetivo de redução dos custos populacionais do acesso à saúde? Ou ainda, mostra-se adequada uma medida de restrição do acesso à saúde para que gastos governamentais com o Sistema Único à Saúde sejam diminuídos?

Quanto ao primeiro questionamento, é possível notar que tal medida não se mostra adequada em primeiro lugar porque como já restou assentado nas análises acerca das diretrizes da proposta dos planos de saúde populares (item 2.5.2), a mais provável consequência da instituição de tais planos será o aumento dos custos para efetivo acesso à saúde. Em relação ao segundo ponto, não se mostra adequado restringir o acesso a um direito fundamental para que se possa diminuir os gastos governamentais com uma política pública de Estado a qual foi inserida como um dever fundamental na Constituição da República, qual seja o Sistema Único de Saúde.

Dando continuidade, necessário verificar se inexistente meio menos gravoso para o alcance dos fins visados. Neste ponto certamente seria imprescindível estudo mais aprofundado para uma análise mais robusta. Entretanto, com base em conceitos disponíveis ao homem médio, é bastante natural a compreensão de que investimentos em gestão eficiente de recursos humanos e materiais possam ser uma via menos gravosa para a diminuição de custos na promoção da saúde.

¹⁹⁷ BARROSO, Luís Roberto. Curso de direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo. 7. ed. – São Paulo: Saraiva Educação, 2018. p. 297.

¹⁹⁸ MINISTRO da saúde defende plano de saúde mais popular para aliviar o sus. Folha de São Paulo. 2016.. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/07/1789101-ministro-da-saude-defende-plano-de-saude-mais-popular-para-aliviar-o-sus.shtml>. Acesso em: 27 set 2018.

Por fim, sob a perspectiva da proporcionalidade em sentido estrito, deve-se realizar uma “ponderação entre o ônus imposto e o benefício trazido”¹⁹⁹. Veja-se que sob esse prisma a proposta de planos de saúde populares é amplamente desproporcional, uma vez que, conforme explicitado na análise de suas diretrizes (item 2.5.2), os benefícios trazidos aos segurados e a população em geral tende a zero e, por outro lado, os ônus impostos são de grande monta.

Assim, por qualquer ângulo de análise, verifica-se que a proposta de planos de saúde populares é explicitamente incompatível como princípio da proporcionalidade, afrontando, dessa forma, o devido processo legal substantivo (artigo 5º, LV, CF1988).

Além disso, o que se observa é que o conjunto de ideias que permite vir à tona propostas como a dos planos de saúde populares diz respeito a uma compreensão implícita de desconfiança na capacidade de gerenciamento do Estado, argumentando que a real eficiência na prestação dos serviços estaria a cargo do setor privado²⁰⁰.

Intrinsicamente relacionado a esta concepção estão as propostas de redução do investimento público na saúde pública, tais como as já citadas Desvinculação das Receitas da União e da Emenda Constitucional 86/2015 que congelou²⁰¹ os gastos de diversos setores, dentre eles a saúde.

Apesar de essa argumentação ser recorrente no contexto em que se incentiva a maior atuação do setor privado na área da saúde, estudos têm demonstrado que o investimento público na promoção da saúde tem efeitos muito positivos, não apenas na área específica de melhor qualidade de vida da população, mas também em aspectos macroeconômicos.

¹⁹⁹ BARROSO, Luís Roberto. Curso de direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo. 7. ed. – São Paulo: Saraiva Educação, 2018. p. 298.

²⁰⁰ SANTOS, Isabela S; VIEIRA, Fabiola S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n, 7, p. 2303-2314, 2018. p. 2305.

²⁰¹ SCAFF, Fernando Facury. *Direito à saúde pública vem sendo atacado pelo Direito Financeiro*. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2017-abr-18/contas-vista-direito-saude-publica-vem-sendo-atacado-direito-financeiro>. Acesso em: 20 out. 2018.

É o que corrobora o estudo de Abraao, Mostafa e Herculano²⁰² que estimaram que para um aumento do gasto público com saúde em R\$ 1,00, o aumento esperado no PIB seria de R\$ 1,70.

Além disso, a experiência europeia pós-crise de 2008 também demonstra que, em países que receberam empréstimos internacionais com a consequente necessidade de redução do gasto governamental em áreas sociais, tais como a saúde pública, houve piora da saúde da população²⁰³ bem como houve:

O aumento das taxas de suicídio redução na auto avaliação do estado de saúde como bom, aumento de doenças crônicas não transmissíveis e de algumas doenças infectocontagiosas, aumento da dificuldade de ter acesso aos serviços de saúde e aumento do consumo de bebidas alcóolicas em grupos de alto risco (...) ²⁰⁴.

Neste contexto, verifica-se que o incentivo ao aumento do gasto privado com saúde nos termos em que propostos pelos planos de saúde populares tenderá ao resultado de não cumprir o fim a que se destina, qual seja melhorar e ampliar o acesso da população aos meios de promoção da saúde, uma vez que a carta de serviços é bastante restrita, além de fazer com que grande parte da população alvo precise utilizar o Sistema Único de Saúde sem que haja o correspondente financiamento necessário para tanto²⁰⁵.

Além disso, nos termos que conclui Santos ²⁰⁶, a proposta dos planos de saúde populares pode, em verdade, gerar maior segmentação e acentuar a desigualdade do sistema de saúde brasileiro.

Tudo isso levará a uma situação de grande dificuldade em garantir o acesso à promoção da saúde no Brasil nos termos em que disposto na Constituição Federal

²⁰² ABRAHÃO; MOSTAFA; HERCULANO. apud SANTOS, Isabela S; VIEIRA, Fabiola S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n, 7, p. 2303-2314, 2018. p. 2306.

²⁰³ LABONTÉ; STUCKLER, 2016. apud SANTOS, Isabela S. VIEIRA, Fabiola S. op.cit. p. 2307

²⁰⁴ KARANIKOLOS; HEINO; MCKEE; STUCKLER, 2016; apud SANTOS, Isabela S. VIEIRA, Fabiola S. op.cit. p. 2307.

²⁰⁵ SÁ. Edvaldo Batista de. *O público e o privado no sistema de saúde: Uma apreciação do projeto de Plano de Saúde Acessível*. Nota Técnica nº 47. IPEA, Brasília. Janeiro de 2018. p. 2. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=32249:nota-tecnica-2018-janeiro-numero-47-disoc-o-publico-e-o-privado-no-sistema-de-saude-uma-apreciacao-do-projeto-de-plano-de-saude-acessivel&catid=192:disoc&directory=1. Acesso em: 20 dez 2018. p. 13.

²⁰⁶ SANTOS, Isabela Soares. A solução para o SUS não é um Brazilcare. *Rev Eletrônica Comunic Inform & Inov em Saúde*. v. 10, n. 3. jul/set. 2016. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1191>. Acesso em 17 fev. 2019.

de forma universal e integral, culminando com a redução das possibilidades concretas de efetivação do direito à saúde no Brasil²⁰⁷.

Vê-se, portanto, que o incentivo à criação de planos de saúde nos moldes em que propostos os “acessíveis”, somada à míngua de recursos públicos e tributação específica para a saúde pública resulta em dificuldades para a operacionalização da saúde público universal, tal como delineada a ser concretizada pelo Sistema Único de Saúde²⁰⁸.

²⁰⁷ SANTOS, Isabela S; VIEIRA, Fabiola S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n, 7, p. 2303-2314, 2018. P. 2311.

²⁰⁸ MACHADO, F.G; MENDES, A.N.; CARNUT, L. As formas político-jurídicas do Estado no capitalismo contemporâneo e as renúncias fiscais em saúde. *Saúde Debate*, Rio De Janeiro, v. 42, n. 117, p. 354-363, abr/jun 2018, p.p. 358.

CONCLUSÃO

A análise da proposta acerca dos planos de saúde populares envolve assunto de grande relevância, uma vez que trata essencialmente do direito à saúde inscrito expressamente na Constituição Federal de 1988, bem como de suas peculiaridades envolvendo a dignidade humana.

No contexto brasileiro, a proteção à saúde começou a aparecer de forma incipiente nas Constituições de 1934 e 1937, mas somente com a Constituição de 1988 é que houve um avanço incomparável ao inserir o direito à saúde no rol dos direitos sociais fundamentais. Além disso, a Carta Magna também trouxe disposições específicas delineando a forma como tal direito fundamental deveria ser disponibilizado à população, firmando a grande responsabilidade estatal em sua prestação com a criação de um Sistema Único de Saúde de base pública.

Constata-se que o legislador constituinte consignou que o Estado seria protagonista na promoção da saúde ao determinar em seu artigo 196, CF, que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” e, ainda, ao delinear um Sistema Único de Saúde robusto e com princípios que visam promover o acesso à saúde universal. Assim, são princípios organizativos do Sistema Único de Saúde, conforme disposição do artigo 198, CF, a regionalização, a hierarquização, a descentralização, o atendimento integral, além da participação da comunidade.

É possível notar que o SUS, nos termos em que dispõe a Constituição Federal, configura-se como uma rede complexa de atuação que coordena a operação dos diversos atores envolvidos de modo a estabelecer uma “racionalização da gestão do sistema nacional de saúde”²⁰⁹. Assim, uma vez que se

²⁰⁹ PIVETTA, Saulo Lindorfer. *Direito Fundamental à Saúde: Regime jurídico-constitucional, políticas públicas e controle judicial*. 2013. 270 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2013.p. 119.

compreende que o Sistema Único de Saúde é um meio concretizador do princípio da dignidade da pessoa humana elevado à categoria de fundamental, percebe-se que o SUS também pode ser entendido como um direito fundamental, uma vez que é um meio de realizar o direito à saúde, insculpido no artigo 6º e descrito no artigo 196.

Não obstante a relevância dada à atuação pública na promoção da saúde, a Constituição Federal permitiu que a assistência à saúde fosse livre à iniciativa privada. É diante desse contexto de interconexão entre atuação pública e privada que se verificam grandes tensões acerca do sentido que o legislador constituinte atribuiu para a promoção da saúde no Brasil.

Assim, em meados de 2016, surge a proposta para implementação dos Planos de Saúde populares, idealizada pelo então Ministro da Saúde Ricardo Barros. De acordo com o então Ministro, o objetivo seria “aliviar” os gastos do governo com o SUS²¹⁰. A partir dessa fala de Ricardo Barros foram criados grupos de trabalho visando estudar as propostas existentes, tendo sido consolidado um estudo final o qual foi enviado para análise da Agência Nacional de Saúde Suplementar²¹¹.

De acordo com Sá²¹², argumentação defensiva de tais planos é que, com as regulamentações específicas, os valores cobrados serão mais baixos e os planos poderão ser adquiridos por um maior número de pessoas. Além disso, justifica-se que a adesão aos planos reduzirá a demanda pelo setor público de saúde. Não obstante, o presente estudo verificou que tal argumentação é falaciosa e, ainda, que as diretrizes em que se baseiam os planos de saúde populares não se coadunam com as disposições constitucionais.

Assim, ao se analisar cada uma das diretrizes em que se baseia a proposta de planos de saúde, verifica-se que ela transfere custos e ônus do serviço de plano de saúde para os beneficiários, deixando o administrador do seguro de saúde com pouco ou nenhum ônus em razão de sua atividade. Apesar de o mote das propostas

²¹⁰ MINISTRO da saúde defende plano de saúde mais popular para aliviar o sus. Folha de São Paulo. 2016.. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/07/1789101-ministro-da-saude-defende-plano-de-saude-mais-popular-para-aliviar-o-sus.shtml>. Acesso em: 27 set 2018.

²¹¹ SÁ, Edvaldo Batista de. *O público e o privado no sistema de saúde: Uma apreciação do projeto de Plano de Saúde Acessível*. Nota Técnica nº 47. IPEA, Brasília. Janeiro de 2018. p. 2. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=32249:nota-tecnica-2018-janeiro-numero-47-disoc-o-publico-e-o-privado-no-sistema-de-saude-uma-apreciacao-do-projeto-de-plano-de-saude-acessivel&catid=192:disoc&directory=1. Acesso em: 20 dez 2018.p. 2.

²¹² SÁ. op.cit. p. 5.

ser o baixo custo para os beneficiários, nota-se, que, ao mesmo tempo, o baixo custo levará à pouquíssima cobertura de procedimentos, induzindo o consumidor-cidadão a erro e deixando-o sem cobertura em momentos de grande importância tais como em casos urgentes, crônicos ou de acompanhamento prolongado.

Portanto, as diretrizes que formatam a proposta de planos de saúde populares são incompatíveis com a regulamentação constitucional no que diz respeito à promoção da saúde, em especial porque tais planos de saúde acabam por restringir de forma desproporcional o acesso universal e igualitário à saúde.

Além disso, nos termos em que descreve Giovanella L. et al²¹³, o sistema de saúde previsto no artigo 196 da Constituição Federal de 1988 é aquele descrito como “Sistema Universal – UHS” em que a função estatal na promoção da saúde deve ser muito mais proeminente do que a atuação privada. Por outro lado, o incentivo à criação de planos de saúde populares é incompatível com os pilares constitucionais do Sistema Universal e, assim, promove a ascensão de uma forma de atuação na área da saúde denominada “Sistema de Cobertura Universal dm Saúde – UHC” que promove um fomento da atuação da área privada na promoção da saúde e um subfinanciamento do Sistema Único de Saúde, direito fundamental inscrito na constituição, invertendo a lógica constitucional da promoção da saúde.

Assim, é preciso ressaltar que determinações constitucionais e legais constantes das disposições acerca do Sistema Único de Saúde também devem ser aplicadas ao que se refere aos planos de saúde, uma vez que a promoção da saúde não pode ser dissociada de seus princípios gerais quando da aplicação por meio de instituições privadas²¹⁴.

É com esta perspectiva que Pfeiffer²¹⁵ demonstra que o dever de integralidade (inciso II, artigo 198, CF88) também deve ser estendido à cobertura assegurada pelos planos de saúde.

Por óbvio que não há como igualar a prestação de saúde por meio do poder público com a prestação privada pela denominada saúde suplementar. Em especial porque existem regras específicas a serem observadas em decorrência do contrato

²¹³ GIOVANELLA, L. et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018. p. 1764

²¹⁴ Ibidem, p. 3214.

²¹⁵ PFEIFFER, R. A. C. Planos de saúde e direito do consumidor. In: MARQUES, C. L. et al., 2008, *apud* SARLET, I. W., FIGUEIREDO, M.F O Direito Fundamental À Proteção E Promoção Da Saúde Na Ordem Jurídico-Constitucional: Uma Visão Geral Sobre O Sistema (Público E Privado) De Saúde No Brasil. *Revista do Instituto do Direito Brasileiro*. Ano 2, nº 4. p. 3183-3255. 2013. p. 3215.

privado tais como a autonomia das partes, por exemplo. Entretanto, é preciso a compreensão de que proteções e princípios peculiares da área devem estar sempre à vista, uma vez que o objeto do contrato entre as partes tem natureza indisponível (proteção ao direito à vida e à saúde) e que inevitavelmente representa interesses sociais²¹⁶.

Sendo assim, a proposta de planos de saúde populares, bem como sua íntima relação com outras medidas restritivas do acesso à saúde, demonstra ser inconstitucional, uma vez que traz uma concepção de promoção da saúde ligada ao que se descreve como Sistema de Cobertura Universal – UHC – o qual tem como cerne a limitação no acesso aos recursos de saúde, o que rompe diametralmente com as disposições da Carta Magna em relação ao direito à saúde.

Além disso, em uma análise da proposta de planos de saúde populares diante do princípio da proporcionalidade e de seus subprincípios da adequação, necessidade e proporcionalidade em sentido estrito, verificou-se que, por qualquer ângulo de análise, a proposta de planos de saúde populares é explicitamente incompatível com tal princípio, afrontando, dessa forma, o devido processo legal substantivo (artigo 5º, LV, CF1988).

Isso porque, verificou-se que o incentivo ao aumento do gasto privado com saúde nos termos em que propostos pelos planos de saúde populares tenderá ao resultado de não cumprir o fim a que se destina, qual seja de melhorar e ampliar o acesso da população aos meios de promoção da saúde, uma vez que a carta de serviços é bastante restrita, além de fazer com que grande parte da população alvo precise utilizar o Sistema Único de Saúde sem que haja o correspondente financiamento necessário para tanto.

Além disso, nos termos que conclui Santos²¹⁷, a proposta dos planos de saúde populares pode, em verdade, gerar maior segmentação e acentuar a desigualdade do sistema de saúde brasileiro.

²¹⁶ ARANGO, 2008, *apud* SARLET, I. W, FIGUEIREDO, M.F. O Direito Fundamental À Proteção E Promoção Da Saúde Na Ordem Jurídico-Constitucional: Uma Visão Geral Sobre O Sistema (Público E Privado) De Saúde No Brasil. *Revista do Instituto do Direito Brasileiro*. Ano 2, nº 4. p. 3183-3255. 2013. *op.cit.* p. 3219.

²¹⁷ SANTOS, Isabela Soares. A solução para o SUS não é um Brazilcare. *Rev Eletrônica Comunic Inform & Inov em Saúde*. v. 10, n. 3. jul/set. 2016. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1191>. Acesso em 17 fev. 2019.

Tudo isso levará a uma situação de grande dificuldade em garantir o acesso à promoção da saúde no Brasil nos termos em que disposto na Constituição Federal de forma universal e integral, culminando com a redução das possibilidades concretas de efetivação do direito à saúde no Brasil .

Vê-se, portanto, que o incentivo à criação de planos de saúde nos moldes em que propostos os “acessíveis”, somada à míngua de recursos públicos e tributação específica para a saúde pública resulta em dificuldades para a operacionalização da saúde público universal, tal como delineada a ser concretizada pelo Sistema Único de Saúde²¹⁸.

²¹⁸ MACHADO, F.G; MENDES, A.N.; CARNUT, L. As formas político-jurídicas do Estado no capitalismo contemporâneo e as renúncias fiscais em saúde. *Saúde Debate*, Rio De Janeiro, v. 42, n. 117, p. 354-363, abr/jun 2018, p. 358.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Relatório Descritivo do GT de Planos Acessíveis. 2017. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/VERS%C3%83O_FINAL_RELATORIO_DESCRITIVO_GT_ANS_PROJETO_PLANO_DE_SAUDE_ACESSIVEL_FINAL_.pdf. Acesso em 27 set 2018.

AITH, Fernando Mussa Abujamra. Consolidação do Direito Sanitário no Brasil. In: COSTA, BERNADINO et al (org). *O Direito achado na rua: Introdução crítica ao direito à saúde*. Brasília: CEAD/UnB, 2009.

ALVES, Cândice L. Entre a mão e a contra mão do direito à saúde pública no Brasil: a emenda constitucional 86 e a proibição do retrocesso social. *Argumenta Journal Law*. Jacarezinho – PR, n. 27, p. 271-308. 2017.

BARROSO, Luis Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. *Revista de Direito Social*, v. 34, n. 11, abr/jun. 2009.

_____. *Curso de direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo*. 7. ed. – São Paulo: Saraiva Educação, 2018

BRASIL. [Constituição (1988)] *Constituição da República Federativa do Brasil*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.Htm. Acesso em: 11 fev. de 2019.

BRASIL. *LEI Nº 9.656*, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm. Acesso em 17 de fev 2018.

BRASIL. Ministério Da Saúde, *processo n. 33902.036554/2017-97*, p. 59-69. Disponível em: http://ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_gt_planos_acessiv eis/proposta_planos_acessiveis_33902036554201797.pdf. Acesso em 27 de set. 2018.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Medida Cautelar Na Ação Direta De Inconstitucionalidade. *MCADI 5.595*. [...] 1. Assim posta a matéria de fato, defiro a cautela, ad referendum, do Plenário para suspender a eficácia dos arts. 2º e 3º da Emenda Constitucional 86/2015. [...]. Relator Min. Ricardo Lewandowski. DJU, nº 198. Brasília, 04 de set de 2017. Disponível em <http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=312629019&ext=.pdf>. Acesso em 17 de fevereiro de 2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário. RE 597.064/RJ. 1. O Estado, sem se desincumbir de seu ônus constitucional, possibilitou que empresas privadas, sob sua regulamentação, fiscalização e controle (ANS), prestassem a assistência à saúde de forma paralela, no intuito de compartilhar os custos e os riscos a fim de otimizar o mandamento constitucional [...]. Relator Min. Gilmar Mendes. Brasília, 7 de fevereiro de 2018. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=314346958&ext=.pdf>. Acesso em 13 Abril 2019.

CARVALHO et al. O Sistema Único de Saúde, uma retrospectiva e principais desafios. In: ALVES, Sandra Mara Campos et al (Org). *Direito Sanitário em Perspectiva*. Brasília: ESMPU, FIOCRUZ, 2013. V. 2. p. 75.

DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 22, n. 1, 1988. p. 59.

ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. p. 58.

FALAVINHA, Diego Hermínio Stefanutto. *Judicialização Da Saúde E O Controle Judicial De Políticas Públicas: uma análise de como o Poder Judiciário pode contribuir para a efetivação do direito à saúde na sociedade brasileira*. 2013. 196 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista “Júlio De Mesquita Filho”, Franca. 2013.

GIOVANELLA, L et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018.

MACHADO, F.G; MENDES, A.N.; CARNUT, L. As formas político-jurídicas do Estado no capitalismo contemporâneo e as renúncias fiscais em saúde. *Saúde Debate*, Rio De Janeiro, v. 42, n. 117, p. 354-363, abr/jun 2018, p. 359

MARTINS, Flavia Bahia. *O Direito Fundamental à Saúde no Brasil sob a Perspectiva do Pensamento Constitucional Contemporâneo*. 2008. 128 f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

MEZZAROBA, Orides. *Manual de metodologia da pesquisa no direito*. 7. ed.. São Paulo: Saraiva, 2017.

MINISTÉRIO da Saúde diz que empresas podem oferecer planos acessíveis. O *globo*. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/noticia/ministerio-da-saude->

diz-que-empresas-podem-oferecer-planos-acessiveis.ghtml. Acesso em: 27 set 2018.

MINISTRO da saúde defende plano de saúde mais popular para aliviar o sus. Folha de São Paulo. 2016.. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/07/1789101-ministro-da-saude-defende-plano-de-saude-mais-popular-para-aliviar-o-sus.shtml>. Acesso em: 27 set 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Disponível em: <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>. Acesso em 12 out. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em 12 out. 2018.

PIOLA, Sergio Francisco. Financiamento público da saúde: algumas questões. In: ALVES, Sandra Mara Campos et al (Org). *Direito Sanitário em Perspectiva*. Brasília: ESMPU, FIOCRUZ, 2013. V. 2.

PIVETTA, Saulo Lindorfer. *Direito Fundamental à Saúde: Regime jurídico-constitucional, políticas públicas e controle judicial*. 2013. 270 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2013.

PRADO, Ana Paula B.S. Paiva. *Direito Fundamental à Saúde: direito social tratado como individual no Brasil*. 2012. 128 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Direito do Sul de Minas, Pouso Alegre, MG, 2012.

SÁ. Edvaldo Batista de. *O público e o privado no sistema de saúde: Uma apreciação do projeto de Plano de Saúde Acessível*. Nota Técnica nº 47. IPEA, Brasília. Janeiro de 2018. p. 2. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=32249:nota-tecnica-2018-janeiro-numero-47-disoc-o-publico-e-o-privado-no-sistema-de-saude-uma-apreciacao-do-projeto-de-plano-de-saude-acessivel&catid=192:disoc&directory=1. Acesso em: 20 dez 2018.

SANT'ANA, Ramiro Nóbrega. *A judicialização como instrumento de acesso à saúde: Propostas de enfrentamento da injustiça na saúde pública*. 2017. 455 f. Tese (Doutorado) – Centro Universitário de Brasília - UniCEUB, Brasília. 2017.

SANTOS, Isabela S; VIEIRA, Fabiola S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n, 7, p. 2303-2314, 2018. p. 2305.

SANTOS, Isabela Soares. A solução para o SUS não é um Brazilcare. *Rev Eletrônica Comunic Inform & Inov em Saúde*. v. 10, n. 3. jul/set. 2016. Disponível em: <https://www.reciis.iciict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1191>. Acesso em 17 fev. 2019.

SARLET, I. W, FIGUEIREDO, M.F. O Direito Fundamental À Proteção E Promoção Da Saúde Na Ordem Jurídico-Constitucional: Uma Visão Geral Sobre O Sistema (Público E Privado) De Saúde No Brasil. *Revista do Instituto do Direito Brasileiro*. Ano 2, nº 4. p. 3183-3255. 2013.

SCAFF, Fernando Facury. *Direito à saúde pública vem sendo atacado pelo Direito Financeiro*. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2017-abr-18/contas-vista-direito-saude-publica-vem-sendo-atacado-direito-financeiro>. Acesso em: 20 out. 2018.

SILVA, Adriana Ilha da. A aceleração das contrarreformas no SUS e a transferência de valor ao setor privado pelo governo Temer. *Argum*. Vitória, v. 10, n. 1, p. 33-50, jan./abr. 2018. p. 3.

SIXTO, Luisa Webber Troian. *Ressarcimento ao SUS: constitucionalidade do art. 32 da Lei nº 9.656/98*. 2014. Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,ressarcimento-ao-sus-constitucionalidade-do-art-32-da-lei-no-965698,50610.html>. Acesso em: 20 out. 2018.

VIEIRA, Fabíola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci Sá. *Os Impactos Do Novo Regime Fiscal Para O Financiamento Do Sistema Único De Saúde E Para A Efetivação Do Direito À Saúde No Brasil*. Nota Técnica nº 28. IPEA, Brasília. Setembro de 2016. p. 9. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=28589. Acesso em: 20 out. 2018.