

**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE SERGIPE  
CURSO DE BACHAREL EM DIREITO**

**ELISÂNGELA DOS SANTOS SILVA**

**A SAÚDE SUPLEMENTAR E A INTERVENÇÃO JUDICIÁRIA**

**ARACAJU  
2018**

**ELISÂNGELA DOS SANTOS SILVA**

**A SAÚDE SUPLEMENTAR E A INTERVENÇÃO JUDICIÁRIA**

Monografia apresentada à Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe como um dos pré-requisitos para a obtenção do grau de bacharel em Direito.

**Orientadora:** Raissa Nacer Oliveira de Andrade

**ARACAJU**

**2018**

S586s SILVA, Elisângela dos Santos.

A Saúde Suplementar E A Intervenção Judiciária /  
Elisângela dos Santos Silva; Aracaju, 2018. 51 f.

Monografia (Graduação) – Faculdade de Administração  
e Negócios de Sergipe. Coordenação de Direito.

Orientadora: Profa. Esp. Raissa Nacer O. de Andrade

1. Saúde 2. Usuários 3. ANS 4. SUS 5. Judiciário I.  
Título.

CDU 343.347(13.7)

Elaborada pela Bibliotecária Lícia de Oliveira CRB-5/1255

ELISÂNGELA DOS SANTOS SILVA

A SAÚDE SUPLEMENTAR E A INTERVENÇÃO JUDICIÁRIA

Monografia apresentada à banca examinadora da Faculdade de Administração e Negócio de Sergipe – FANESE, como regulamento parcial e elemento obrigatório para a obtenção do grau de bacharel em Direito, no período de 2018.2.

Aprovada em, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA



Prof<sup>a</sup>. Esp. Raissa Nacer de Oliveira Andrade

Faculdade De Administração E Negócios De Sergipe - FANESE



Prof<sup>a</sup>. Mestra Cristiana Maria S. Nascimento

Faculdade De Administração E Negócios De Sergipe - FANESE



Prof<sup>a</sup>. Me. Patricia Andréa Cáceres da Silva

Faculdade De Administração E Negócios De Sergipe - FANESE

Dedico este trabalho aos meus pais,  
meu filho, meus irmãos e meu esposo.

## **AGRADECIMENTO**

Agradeço a Jeová Deus, por permitir que mais esse sonho se concretizasse em minha vida; à minha família, que me deu apoio durante esta fase, ao meu amado filho por, entender as minhas várias ausências; ao meu esposo, pelo apoio dispensado ao longo dessa jornada; aos amigos pelas palavras de coragem e incentivo; à minha orientadora, Raissa Nacer, que exerceu com tanta maestria e dedicação o seu papel; ao professor de TCC II, Anderson Leite, pelas orientações, aos funcionários da FANESE, que sempre me atenderam com muita presteza; aos meus queridos mestres, que com dedicação compartilharam comigo seus conhecimentos; aos meus colegas e aos coordenadores do curso de Direito.

“A gratidão é o único tesouro dos humildes”.

William Shakespeare

## RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso teve como tema: A saúde suplementar e a intervenção do poder judiciário. Fala sobre os direitos fundamentais enfatizando o artigo 6º da Constituição Federal do Brasil de 1988, que preconiza que a saúde é um direito fundamental, e, portanto, todas as pessoas têm direito à saúde, a um tratamento digno, a medicação, e o Estado é que tem o dever de proporcionar atendimento e tratamento. Trata sobre a evolução do direito fundamental a saúde onde, para Siqueira (1988 on-line), os direitos fundamentais são fruto de grande evolução histórica e social, que levou a sua consagração ao que se apresenta hoje, logo, pensarmos direitos fundamentais, como “simples direitos”, não reflete a realidade, sendo que até os dias atuais, inúmeras foram às mobilizações sociais, e mutações sofridas, a sociedade sofreu mutações assim como suas necessidades, e por certo os direitos fundamentais a acompanharam. Aborda também sobre o direito a saúde como dever do Estado, com base no artigo 196 da CF/88. Também foi pesquisado sobre a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sua criação, a relação contratual dos usuários, os limites de coberturas, o rol de procedimentos que é instituído pelo ANS e também sobre o mutualismo nos planos de saúde. Outro ponto trazido nesse trabalho foi a sobre a judicialização da saúde suplementar.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde. Usuários. ANS. Sus. Judiciário.

## ABSTRACT

This work on completion of the course had as its theme the supplementary health and intervention of the judiciary. We talked about fundamental rights, emphasizing article 6 of the Federal Constitution of Brazil of 1988 that advocates that health is a fundamental right, and therefore all people have the right to health, dignified treatment, medication, and the State has a duty to provide care and treatment. The evolution of the fundamental right to health was considered by Siqueira (1988 online), fundamental rights are the fruit of a great historical and social evolution, which led to its consecration to what is presented today. , we think of fundamental rights as "simple rights" does not reflect the reality, and until today, many have been social mobilizations, and mutations suffered, society has undergone mutations as well as their needs, and certainly the fundamental rights. It also addressed the right to health as a duty of the State, based on article 196 of CF / 88. It was also asked about the National Agency of Supplementary Health - ANS, its creation, the contractual relationship of the users, the coverage limits, the roll of procedures that is instituted by the ANS, also about mutualism in health plans. Another point brought in this work was the on the judicialization of supplementary health.

**KEY WORDS:** Health. Users. ANS. His. Judiciary.

## SUMÁRIO

<b>1 – INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 - DIREITOS FUNDAMENTAIS .....</b>	<b>13</b>
2.1 – Eficácia jurídica e eficácia social ou efetividade dos direitos sociais .....	14
<b>3 - A EVOLUÇÃO DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE .....</b>	<b>17</b>
3.1 – A trajetória do direito fundamental à saúde .....	17
3.2 – A construção histórica do conceito de saúde .....	18
3.3 – Direito fundamental à saúde .....	19
3.4 – Direito à saúde como dever do Estado .....	22
3.5 – A saúde no setor público e privado .....	25
<b>4 - A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR E A REGULAMENTAÇÃO DOS PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE .....</b>	<b>32</b>
4.1 – Relação contratual - beneficiários versus saúde suplementar .....	32
4.2 – A criação da ANS .....	35
4.3 – Limites de coberturas – Rol de Procedimentos da ANS .....	36
4.4 – Mutualismo nos planos de saúde .....	39
<b>5 - A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR .....</b>	<b>41</b>
5.1 – Divergências do Estado-Juiz e do Estado – Regulador .....	41
5.2 – Reflexos das decisões contrárias a regulamentação da ANS .....	42
5.3 – O plano privado de assistência à saúde .....	43
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>45</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>48</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A problemática com a saúde pública no Brasil é muito grande e bastante antiga, cada dia que passa só aumenta a quantidade de pessoas que são desassistidas, contribuindo para o crescimento pela procura de planos de saúde privados. Neste contexto, observa-se uma inversão de valores onde o Estado acaba tentando se eximir de sua responsabilidade constitucional transferindo-a para as Operadoras de Planos de Saúde que deveria atuar apenas como assistência complementar.

Diante disto, a escolha do presente tema teve como objetivo geral fazer uma análise acerca da atuação dos órgãos que estão envolvidos com a prestação de serviços de assistência médica e traçar mecanismos que possam melhorar o entendimento entre as partes envolvidas. Como objetivos específicos, pontuar que a Agência Nacional de Saúde Suplementar, tem autonomia para determinar quais são as obrigações das operadoras perante seus usuários; demonstrar a contribuição da Saúde Suplementar para os Estados de maneira a desafogar os entes federativos propiciando oportunidade para que possa prestar uma melhor atenção à saúde àqueles que não podem adquirir um plano particular; destacar a importância dos papéis desenvolvidos pelo Poder Judiciário, pela Agência Nacional de Saúde e pelas Operadoras de Planos e Saúde acerca desse tema.

Após uma pesquisa bibliográfica, foi possível entre outros assuntos, constatar que a Lei 9.961 de 2000 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar e com isso a sociedade teve um grande ganho pois, como o Sistema Único de Saúde – SUS não consegue atender a grande demanda, as pessoas precisam recorrer a um plano de saúde sendo necessário para isso, uma efetiva fiscalização por parte de um órgão regulador. (BRASIL, 2000).

Registramos a importância de se discutir esse tema, porquê estamos tratando de um assunto que envolve o bem maior, a saúde do indivíduo, conforme expressado na CF/88, em seu 6º, título II, "o direito a saúde é uma garantia fundamental" (BRASIL, 1988). Sendo assim, o Estado precisa criar mecanismos para que todos que necessitam possam ter assistência médica garantida porque a Saúde Suplementar foi implementada com o intuito de complementar, ajudar o Estado a prestar assistência a aqueles que necessitam de atendimento médico, e não assumir o papel do Estado. Reza o art.196, CF/88, "A saúde é direito de todos e dever do Estado" (BRASIL, 1988).

Uma vez que um usuário contrata um plano de assistência médica, a operadora a qual ele está vinculado, fica obrigada a suportar todos os custos relacionados aos atendimentos daqueles serviços e/ ou atendimentos que estão contemplados no contrato, bem como no Rol de Procedimentos da ANS junto as clínicas e hospitais.

Através de uma pesquisa bibliográfica e metodologia qualitativa, foi possível o desenvolvimento deste trabalho de conclusão de curso que se encontra disposto em 5 capítulos, conforme veremos a seguir.

Inicia-se o presente trabalho, abordando no capítulo I uma síntese acerca do tema apresentado. No capítulo II, fala sobre questões relacionadas aos direitos fundamentais sociais fazendo menção a eficácia jurídica e eficácia social ou efetividade dos direitos sociais. No capítulo III, aborda sobre a evolução do direito fundamental à saúde, trazendo apontamentos acerca da trajetória do direito fundamental à saúde; a construção histórica do conceito de saúde; direito fundamental à saúde; direito à saúde como dever do Estado; saúde no setor público e privado. No capítulo IV, trata sobre a Agência Nacional de Saúde Suplementar e a regulamentação dos planos privados de assistência à saúde; sobre a relação contratual entre beneficiários e saúde suplementar; sobre a criação da ANS; os limites de coberturas de acordo com o rol de procedimentos da ANS e sobre o mutualismo nos planos de saúde. E, por fim, o capítulo V, versa sobre a judicialização da saúde suplementar, onde se discute sobre as divergências do Estado Juiz e do Estado Regulador; os reflexos das decisões contrárias a regulamentação da ANS e sobre o plano privado de assistência à saúde.

A escolha do presente tema tem como objetivo geral fazer uma análise dos pontos positivos e negativos na forma de atuação desses órgãos e traçar mecanismos que possam melhorar o entendimento entre as partes envolvidas, e como objetivos específicos, pontuar que a Agência Nacional de Saúde Suplementar tem autonomia para determinar quais são as obrigações das operadoras perante seus usuários; demonstrar a contribuição da Saúde Suplementar para os Estados de maneira que desafoga os entes federativos e com isso dar oportunidade para que possa prestar uma melhor atenção à saúde àqueles que não podem adquirir um plano particular; destacar a importância dos papéis desenvolvidos pelo Poder Judiciário, pela Agência Nacional de Saúde e pelas Operadoras de Planos e Saúde.

## 2. DIREITOS FUNDAMENTAIS SOCIAIS

Os direitos fundamentais são também conhecidos como direitos humanos, direitos subjetivos públicos, direitos do homem, direitos individuais, liberdades fundamentais ou liberdades públicas. A própria Constituição da República de 1988 apresenta diversidade terminológica na abordagem dos direitos fundamentais, utilizando expressões como direitos humanos (artigo 4º, inciso II), direitos e garantias fundamentais (Título II e artigo 5º, parágrafo 1º), direitos e liberdades constitucionais (artigo 5º, inciso LXXI) e direitos e garantias individuais (artigo 60, parágrafo 4º, inciso IV). (IURCONVITE, 2007, on-line)

Para FILHO (2011), durante muito tempo, a saúde foi entendida simplesmente como o estado de ausência de doença. Considerada insatisfatória, esta definição de saúde foi substituída por outra, que engloba bem-estar físico, mental e social. Embora mais abrangente, o novo conceito não está livre de dificuldades, sobretudo quando se leva em conta a legitimidade dos movimentos que defendem a “saúde para todos”.

Conforme ANDRADE (2015) apud FERNANDES (2010), o direito à saúde não é apenas o acesso ao tratamento repressivo e aos medicamentos. O direito à saúde é um instituto muito mais amplo e precisa estar relacionada a uma boa alimentação, à assistência social, ao trabalho, à moradia digna. O direito fundamental à saúde é importante porque é uma questão de cidadania e pertence à coletividade. O direito à saúde constitui direito de todos e dever do Estado, a partir de um acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Portanto, é um direito público subjetivo capaz de ser exigido do Estado.

O atendimento à saúde no Brasil apresenta um desenho curioso, no qual os aportes do poder público são menores do que os da iniciativa privada, ainda que os primeiros se prestem a atender toda a população e os segundos se destinem a arcar com as despesas dos participantes dos planos privados, que atendem mais ou menos 50 milhões de pessoas. Quem presta o atendimento público é o SUS. Na teoria, o sistema é quase perfeito. Na prática, a realidade é outra. O atendimento à saúde oferecido pelo governo deixa muito a desejar. Nem poderia ser diferente, quando se tem menos de US\$ 100 bilhões anuais para custear toda a operação, responsável pelo atendimento de mais de 150 milhões de pessoas. Na outra ponta, o sistema privado atende algo próximo de 50 milhões de segurados e gasta uma vez e meia o dinheiro destinado ao SUS. A distorção é evidente. Assim como a falta de recursos para garantir atendimento

digno para dois terços da população. Só isso seria suficiente para o surgimento de conflitos. Mas há toda uma legislação ruim que amplia o quadro, levando à judicialização das questões de saúde, tanto no setor público, como no privado. Como exemplo, no setor público há o comprometimento de valores significativos para custear medicamentos e procedimentos fora dos habituais, por força de liminares dadas com toda uma boa intenção do mundo, mas que, protegendo um indivíduo, acabam prejudicando a coletividade. O custeio da saúde pública é feito através de dotações orçamentárias com valores bem menores do que seria o aconselhável. Estes valores devem ser usados para proporcionar o máximo de qualidade para o maior número de pessoas. Mas não é isso o que ocorre. Ao conceder liminar para um tratamento no qual se necessita a importação de medicamentos, normalmente caros, ou uma cirurgia no exterior, a Justiça, em verdade, está distorcendo a função social do atendimento à saúde, já que os valores para isso são sacados do orçamento, reduzindo o dinheiro para bancar outros tratamentos, aumentando as filas de espera e prejudicando milhares de pacientes que aceitam as regras como elas são. (MENDONÇA, 2015, on-line).

O direito à saúde é um princípio fundamental, conforme preconiza o artigo 6º da Constituição Federal de 1988, em seu capítulo II, aquele que trata sobre os direitos sociais. Sendo assim, o Estado tem a obrigação de criar mecanismos no sentido de desenvolver e manter condições para que todos aqueles que necessitem de atendimento médico possam ser assistidos isso contribuiria de forma significativa na quantidade de pessoas desassistidas. Ademais, não transferiria a responsabilidade para as operadoras de planos de saúde que atuam como saúde suplementar e, portanto, não pode assumir uma responsabilidade que, conforme a Carta Magna, é do Estado. (BRASIL, CF/88).

Os direitos sociais são conquistas dos movimentos sociais ao longo dos séculos, e, atualmente, são reconhecidos no âmbito internacional em documentos como a Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 1948 e o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de 1966, bem como pela Constituição da República de 1988, que os consagrou como direitos fundamentais em seu artigo 6º. Apesar de atenderem às necessidades individuais do ser humano, tais direitos têm nítido caráter social, pois, uma vez não atendidas as necessidades de cada um, seus efeitos recaem sobre toda a sociedade (RAMOS, 2012, on-line).

## 2.1 Eficácia jurídica e eficácia social ou efetividade dos direitos sociais

Os direitos sociais foram incluídos na constituição de 1988 como direitos fundamentais e esse fato representou um avanço na busca

pela igualdade social, que constitui um dos objetivos fundamentais da república federativa do Brasil. Entretanto, para que esses direitos sejam efetivados é necessário um esforço simultâneo de variados atores sociais no que diz respeito à interpretação das normas sociais, à definição de seu conteúdo, ao delineamento das necessidades sociais básicas, ao estabelecimento de políticas públicas prioritárias, ao planejamento orçamentário, dentre inúmeros outros aspectos. Essa atuação conjunta de entes políticos faz-se necessária em razão de os direitos sociais demandarem prestações do Estado, que deve fornecer bens e serviços para promoção da saúde, educação, assistência aos desamparados, moradia, dentre outros direitos. Dentre os obstáculos com frequências alegadas destacam-se o conteúdo indeterminado das normas veiculadoras desses direitos a chamada “reserva do possível”, quanto à disponibilidade de recursos orçamentários do Estado; e a falta de legitimidade democrática do Judiciário para concretização de políticas públicas. (MORAES, 2010, on-line).

A noção de eficácia envolve uma gama de aspectos nucleares voltados aos problemas da força normativa dos preceitos constitucionais. A controvérsia persiste, inclusive quanto a terminologia empregada e multiplicidades de sentidos. Os principais problemas versam sobre o desafio à ordem constitucional e aos direitos fundamentais no tocante à operatividade e eficácia. Nessa seara, não existe consenso. As noções de vigência e eficácia encontram distintos posicionamentos. Nas lições de Sarlet (2002), a vigência não se confunde com validade: a norma, ao entrar em vigor e integrar-se à ordem jurídica, opera no plano da validade e não da vigência, mesmo sendo posteriormente declarada inconstitucional, sob o critério formal ou material. A vigência e a eficácia mantem relação dialética de complementariedade, onde a eficácia opera no sentido de aplicabilidade das normas. Outra distinção diz respeito à eficácia jurídica e eficácia social, que está vinculada à noção de efetividade. SILVA (1982), define eficácia social, como aquela cuja obediência e aplicabilidade está centrada nos fatos, ao passo que a eficácia jurídica tem a qualidade de produzir, em maior ou menor grau, efeitos jurídicos. Eficácia é igual a aplicabilidade, exigibilidade ou executoriedade, portanto, possibilidade e não efetividade. (GOUVÊA, 2015, pags.57-58).

No entendimento de Grau (1997), a Carta de 1988 justifica a revisão e reformulação dos conceitos de eficácia e efetividade. A eficácia social não se situa no campo da aplicação da norma, mas se manifesta ou não após o momento da aplicação. Nesse sentido, a preposição advém das decisões tomadas pelo Judiciário com a incumbência de realizar o dever –ser da norma que, aplicada aos casos concretos, não sejam realizadas pelos destinatários, não havendo garantia que seja realizado

o seu fim. Não resta dúvida, de que existe vinculação entre eficácia social e efetividade, sendo a primeira, pressuposto da segunda. A decisão confirmada pelo direito leva a opção de efetivação, o que é diferente de se tornar efetivo (caso concreto), pois necessita de execução para atingir sua finalidade. (GOUVÊA, 2015, pag. 59).

Embora a divergência apontada entre os argumentos dos doutrinadores mencionados, para efeito de significado, partimos do pressuposto de uma distinção clássica entre eficácia jurídica e eficácia social ou efetividade pelo olhar de Gouvêa, 2015 apud Sarlet, 2002. A eficácia jurídica consiste na possibilidade de a norma vigente ser aplicada ao caso concreto e na medida de sua aplicabilidade gerar ou não gerar efeitos. A eficácia social inclui tanto a decisão pela efetiva aplicação da norma jurídica quanto o resultado concreto desta aplicação. Independente de uma decisão em favor da aplicação do direito, que apenas irá ocorrer em casos concretos e na medida em que forem surgindo, a norma jurídica será sempre aplicável e apta a gerar efeitos. (GOUVÊA, 2015, pag.60).

O problema da eficácia recai no âmbito da eficácia jurídica e da eficácia social, como ocorre com a eficácia e aplicabilidade. São aspectos do mesmo fenômeno, situados em campos diferentes e estão intimamente ligados, pois servem e são indispensáveis ao Direito. A eficácia dos direitos fundamentais, considerada sua função precípua de direitos de defesa e prestacional, está intimamente vinculada ao grau de eficácia e aplicabilidade dos direitos fundamentais. Os direitos fundamentais, em razão de sua multifuncionalidade, podem ser classificados em dois grupos: os direitos de defesa, que incluem os direitos de liberdade, igualdade, as garantias, bem como parte dos direitos sociais, no caso as liberdades sociais e políticos. De outro lado, encontram-se os direitos das prestações, como o direito à proteção e à participação na organização e procedimento, como também em sentido estrito, representados pelos direitos sociais de natureza prestacional, ou seja, fornecimento direto de serviços e bens materiais ao titular do direito fundamental. (GOUVÊA, 2015)

O direito à saúde é direito fundamental social que apresenta simultaneamente, dupla dimensão: defensiva e prestacional. Enquanto direito de defesa, determina o dever de respeito, num sentido eminentemente negativo, ou seja, de não afetar a saúde de alguém, mas de preservá-la. Na dimensão prestacional, imputa ao Estado o dever de executar medidas reais e concretas no sentido de fomento e efetivação da saúde da população, tornando o indivíduo ou a própria coletividade, credores de um direito subjetivo a determinada prestação normativa ou material. (GOUVÊA, 2015).

### 3. A EVOLUÇÃO DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE

Para ROSA (2014, online), a premissa fundamental para se adotar o direito à Saúde como direito subjetivo, é considerar a evolução da consagração dos direitos fundamentais frente aos modelos constitucionais, uma vez que a preocupação em os proteger acompanhou os homens através dos tempos.

#### 3.1 A trajetória do direito fundamental à saúde

A eclosão da teoria dos germes trouxe ao movimento contagionista uma qualidade distinta, entende-se as doenças como resultado das relações entre agente etiológico, causador de doença, alterações fisiopatológicas, que compreendem os mecanismos que levam ao adoecimento e um conjunto de sinais e sintomas, que favoreciam medidas de prevenção e tratamento. A explicação microbiológica propiciou os conhecimentos essenciais para interferir no curso das doenças transmissíveis, o principal problema da saúde pública. A partir de então, o doente e seu ambiente passaram ao plano secundário, priorizando-se a análise da relação de causa e efeito entre o germe e a doença. Nesse sentido, a principal preocupação do médico voltou-se à doença, em detrimento da atenção ao paciente. (GOUVÊA, 2015)

A constituição da Organização Mundial da Saúde - OMS tem como prioridade atingir o mais alto padrão de saúde, definida como direito fundamental do ser humano. É integrada por cento e noventa e dois Estados Membros e dois Membros Associados, que se reúnem a cada ano em Genebra, em sua sede, no intuito de estabelecer a política geral da organização, aprovar seu orçamento e, a cada cinco anos, nomear o diretor geral. A Organização estabelece quatro prioridades, dentre as necessidades urgentes de saúde: ajudar e garantir a segurança sanitária mundial, detectando as novas ameaças à saúde e administrando com rapidez; reduzir o consumo de tabaco e promover dietas saudáveis e atividades físicas, para acelerar o progresso na luta contra enfermidades crônicas, como câncer, acidente cerebral vascular, doenças do coração e diabetes; esforçar-se para conseguir cumprir os desafios do milênio, mediante programa de apoio aos países na luta contra Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (HIV), a tuberculose e malária e melhorar a saúde e a nutrição das crianças e mulheres e aumentar o acesso das pessoas a medicamentos especiais. (GOUVÊA, 2015, pag.67).

Analisando sobre a trajetória do direito à saúde, para SIQUEIRA (1988 online), os direitos fundamentais são fruto de grande evolução histórica e social, que

levou a sua consagração ao que se apresenta hoje, logo, pensar direitos fundamentais, como “simples direitos”, não reflete a realidade, sendo que até os dias atuais, inúmeras foram às mobilizações sociais, e mutações sofridas, a sociedade sofreu mutações assim como suas necessidades, e por certo os direitos fundamentais a acompanharam. Ao longo do tempo, a sociedade deparou-se com a necessidade de proteção de alguns direitos inerentes ao ser humano, compreendendo que sem a proteção destes direitos, jamais haveria uma sociedade, justa, que pudesse perdurar ao longo dos anos, logo, compreendeu-se acima de tudo que, dever-se-ia proteger um bem que deveria estar acima de todos os outros, e ainda mais, que tal bem jurídico protegido, deveria servir de norte a todos os demais direitos constantes do ordenamento jurídico, sendo este bem tão precioso, denominado bem da vida, e vida esta com dignidade, e com isso a dignidade da pessoa humana ganha relevo, por certa fundada nas transformações sociais, e nas exigências de uma sociedade que clamou tal proteção. Na evolução dos direitos fundamentais, tem-se que nos remeter aos *direitos humanos*, devendo ainda considerá-los desde seu surgimento, avaliando suas transformações, para que somente assim, pode-se chegar à evolução dos direitos fundamentais, analisando ainda suas transformações até os dias atuais.

### 3.2 A construção histórica do conceito de saúde

A história do conceito de Saúde, para SANTOS (2011), no Brasil, era colonial, a ação do Estado no setor saúde era insignificante. As ações de saúde eram desenvolvidas pelos chamados exercentes (cirurgiões-barbeiros, barbeiros, boticários, etc.) e pelas Santas Casas de Misericórdia, que também, inicialmente, atendiam aos enfermos com infusões de ervas, frutas cítricas, raízes e outros produtos trazidos pelos índios.

As chamadas Santas Casas de Misericórdias criadas em Portugal por volta de 1498, e chegando ao Brasil criaram um Hospital em Santos, e depois em Vitória no Espírito Santo, em seguida Olinda, Ilhéus e Rio de Janeiro. A vinda da família real ao Brasil repercutiu na criação de uma estrutura sanitária básica, capaz de dar apoio ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro. Observa-se que havia um interesse primordial e limitado ao estabelecimento de um controle sanitário mínimo da capital do império, estranha disposição que se alongou por quase um século. Por não haver uma política de assistência médica organizada, de acordo com Sales (1971), o que determinou o fato de que se proliferassem pelo país os chamados Boticários, uma espécie de farmacêuticos, na verdade manipuladores das

fórmulas prescritas pelos médicos, ou até mesmo eles próprios, os farmacêuticos, tomavam a iniciativa de indicá-los, fato corriqueiro nos dias atuais. Não obstante, Segundo SCLiar (2007), a história da organização de ações e serviços públicos de saúde no Brasil é muito recente. Até o final do século XIX, o Brasil não tinha uma preocupação formal de atuação sobre a saúde da população apenas, e de forma ocasional, atuava em situações de surtos de determinadas moléstias que ocorriam nos portos de Santos e Rio de Janeiro. A economia era essencialmente agrícola e as riquezas necessárias para o crescimento do país eram oriundas principalmente da exportação agrícola. Para Scliar (2007), o primeiro ato concreto da atuação do governo Federal na área da saúde deu-se somente em 1923 com a criação pelo Presidente Rodrigues Alves, do Departamento Nacional de Saúde Pública onde foram definidas as áreas de atuação do governo na saúde: o saneamento urbano e rural, a propaganda sanitária, a higiene infantil, industrial e profissional, as atividades de supervisão e fiscalização, a saúde dos portos e combate às endemias rurais, sob a direção de Oswaldo Cruz.(SCLiar,2007,on-line).

Para GOUVÊA (2015), a conceituação da saúde passou por diversas fases, e que a dificuldade de definir saúde é reconhecida desde a Grécia antiga, tendo como princípios epistemológicos a complexidade e incerteza do conhecimento. O ambiente social, do final do século XIX até a primeira metade do século XX, no apogeu da Revolução Industrial, proporcionou a discussão entre duas correntes que buscavam conceituar saúde. De um lado, situavam-se grupos críticos ao processo de produção, que conferiam ênfase à relação entre saúde e os fatores relacionados ao meio ambiente, trabalho, alimentação e moradia. À época, a incidência da tuberculose era mais elevada nos grupos sociais que auferiam menor renda. A outra corrente, que entendia saúde como ausência de doenças baseava-se na descoberta dos germes causadores das doenças, o que possibilitou o desenvolvimento de remédios específicos. Não se pode negar que as drogas propiciaram a cura de várias doenças, salvando muitas vidas. Foi após a segunda Grande Guerra, na segunda metade da década de 1940, que veio a lume a necessidade de intervenção política, que demandava um consenso, personificado da Declaração universal dos Direitos Humanos. A partir da criação da OMS, firmou-se o conceito de saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas de doenças.

### 3.3 Direito fundamental à saúde

Conforme SALZANO (2014), a problemática referente à efetivação dos direitos fundamentais sociais, de características prestacionais, previstos na Constituição

Federal, ganha novos contornos quando a estes direitos fundamentais deixa de ser atribuído uma eficácia programática e passa a ser considerado direito imediatamente aplicável, requerendo, assim, concretização. A eficácia social dos direitos fundamentais, em que pesem os avanços doutrinários e jurisprudenciais, segue sendo um grande desafio ao Estado e a sociedade.

Passadas mais de duas décadas da promulgação da Constituição Federal de 1988, a discussão acerca da efetivação dos direitos fundamentais chega a um ponto que transcende o meio acadêmico e está instalada diariamente nos tribunais e na sociedade – na busca da eficácia jurídica e da efetivação dos direitos fundamentais sociais. A positivação do direito à saúde, como direito fundamental, pode ser encontrada na Constituição Federal no artigo 6º, sendo tratado com mais profundidade pelo artigo 196 e seguintes da Carta Magna. A Constituição Federal o estabelece como sendo um direito fundamental social, tanto material, quanto formalmente, o texto legal traz textualmente que o direito a saúde visa à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Os direitos fundamentais estão vinculados essencialmente aos direitos à liberdade e a dignidade da pessoa humana. Seu surgimento remonta à Revolução Francesa e a Declaração dos Direitos do Homem de 1789, consistindo na internalização pelas Cartas Constitucionais dos Estados Soberanos, dos preceitos da Declaração que pregava a liberdade, a igualdade e a fraternidade. (SALZANO, 2014, on-line).

Os direitos fundamentais prestacionais tratarão de obrigações de fazer (carga positiva), cabível à atuação estatal. Configurar-se-ão como uma decorrência do princípio da igualdade material, tratando-se dos direitos sociais, culturais, econômicos e das coletividades, nascidos da formatação do Estado Social, ocorrida no século XX. Tem aplicabilidade imediata, o que afasta a tese que considerava os direitos fundamentais de segunda geração como normas constitucionais programáticas, que dependeriam de regulação da norma infraconstitucional para a sua efetivação. Os direitos fundamentais prestacionais são o resultado das lutas sociais que marcaram o século XIX, lutas motivadas pela percepção de que a liberdade e igualdade apresentadas pelo Estado liberal capitalista não se traduziam em uma igualdade material, tendo um caráter meramente formal. (SALZANO, 2014, on-line).

Para RABELO (2011), o direito à saúde não é só um dos direitos básicos tutelados pela Constituição da República Federativa do Brasil, mas também por vários documentos jurídicos internacionais atinentes a direitos humanos, posto que o ele-

mento saúde é essencial ao direito de viver com dignidade. Demonstrada tal premissa maior, reserva-se a sintetizar as ideias que se colheu, ao longo dos capítulos deste trabalho, sobre a postulação a esse bem maior junto aos entes governamentais e, na sua falta, às instâncias judiciárias, nos termos do art. 5º, XXXV, da Constituição brasileira, na busca emergencial de atendimento médico, tratamentos clínicos, medicamentos, entre outros. Deve o Poder Público, através das diversas esferas governamentais, proporcionar à população meios idôneos e eficazes para que tenha acesso a diagnóstico e prevenção de doenças, assistência clínica e hospitalar quando necessária, além de facilitar a obtenção de medicamentos e tratamentos adequados. Agindo assim, o Estado está cumprindo com as normas estabelecidas na Constituição Federal que estabelece ser dever do ente público promover o acesso à saúde a todos que necessite de atendimento médico-hospitalar.

O direito fundamental em uma dimensão subjetiva está relacionado a uma ideia de justicialidade. Assim, o indivíduo detentor de um direito subjetivo pode recorrer ao Poder Judiciário para garanti-lo, tendo um direito de ação para assegurar aquele direito. A questão que se desenha é quando um direito fundamental assume um caráter subjetivo. [...] No que concerne os direitos prestacionais sociais, a norma definidora do direito fundamental define, *prima facie*, um princípio de otimização, dentro das possibilidades fáticas e jurídicas, para que sejam cumpridas as ações positivas para alcance daquele direito social. Seria assim, uma série de possibilidades fáticas e jurídicas a serem possivelmente adotadas para alcançar o objetivo proposto pela norma. [...] A concretização do um direito social à saúde, também através do judiciário, se dará através da aplicação do preceito da proporcionalidade. Assim, necessário será delimitar o âmbito de proteção de tal direito fundamental. Neste sentido são elementos para a materialização do direito à saúde em seu conteúdo a disponibilidade, a acessibilidade, a aceitabilidade e a qualidade. Desta forma, a saúde deve estar em estabelecimentos, bens e serviços disponibilizados à população, que deve ter acesso a este de forma indiscriminada, quer pela facilitação gerada pela localização e acesso ao estabelecimento de saúde, quer pelo econômico. [...] O direito a saúde abarca tanto um direito de conservação da saúde, quanto um direito de acesso aos serviços de saúde – perspectivas que requerem diferentes medidas do estado, ora com caráter de medicina preventiva, ora com caráter de medicina curativa, o que vai possibilitar diferentes posições subjetivas. Isto irá levar a diferentes prestações por parte do Estado, sendo que, em caso de omissão, o ingresso em juízo do interessado em ver a prestação entregue é o caminho natural. (SALZANO, 2014, on-line).

### 3.4 Direito à saúde como dever do Estado

Conforme a Lei 9.961 de 2000, que criou e instituiu as atribuições da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, em seu art. 3º deixa claro o caráter suplementar dos planos de saúde. (BRASIL, 2000). Veja-se:

Art. 3o A ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País. (BRASIL,2000).

Conforme entendimento de Tenório (2008), a nossa Constituição Federal de 1988 revolucionou a questão da saúde, estendendo o direito a saúde, a todas as pessoas, impondo ao Estado a obrigação de prestar a assistência integral à saúde. O artigo 196 diz que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”. Partindo do princípio constitucional, todos têm direito a saúde e esta vem sendo prestada através da integração do SUS (Sistema único de Saúde), muito embora, de certa forma deficitária, pois deixa muito a desejar no pronto atendimento e no tratamento dispensado ao doente. Ainda, a prevenção para redução dos riscos da doença está longe de ser considerada como aceitável. Falta investimento na área da saúde para que a determinação legal tenha eficácia plena.

Nesse contexto, veja-se o que disse o ministro Celso de Mello acerca da matéria:

“O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica da República (art. 196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular – e implementar – políticas sociais e econômicas que visem a garantir, aos cidadãos, o acesso universal e igualitário à assistência médico-hospitalar. O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política – que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado Brasileiro – não pode converter-se em promessa institucional inconsequente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever por um gesto de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado” (STF, 2000).

As palavras do ministro reforçam a ideia de que é dever do Poder Público prestar atendimento a todos aqueles que necessitem de assistência médica de maneira plena para que as suas necessidades sejam atendidas.

Para TENÓRIO (2008), a Constituição protege tanto a cura quanto a prevenção de doenças através de medidas que assegura a integridade física e psíquica do ser humano como consequência direta do fundamento da dignidade da pessoa humana, cabendo ao Estado dar a efetiva proteção. Diga-se aqui, que ao se falar em Estado, está incluído, a União, o Estado e os Municípios, porque a competência quanto à responsabilidade do poder Público é comum à União, Estados, Distrito Federal e aos Municípios e que estes deverão “cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência”, conforme o artigo 23, inciso II da CF.

Todo atendimento prestado diretamente pelo Município ou SUS, deve atender satisfatoriamente as necessidades de cada pessoa, tanto na prestação dos serviços médicos de consultas quanto na realização de todos os tipos de exames que se fizerem necessários ao perfeito diagnóstico do médico. No caso de pessoas que não tenha condições financeiras de adquirir os remédios prescritos pelo médico, devem procurar o posto de saúde local ou serviço de assistência social do município e no caso de não concessão por estes, podem buscar o direito através de uma ação judicial. Os Tribunais têm decidido reiteradamente que é obrigação do Estado, fornecer medicamentos aos pacientes carentes, que não possuam recursos para a aquisição dos medicamentos que necessitam. O medicamento é essencial à vida das pessoas e não pode ser negado a quem deles necessita. A que tem o Poder Público de indenizar as pessoas que sofreram alguma seqüela em razão da falta de atendimento médico ou fornecimento de remédios no tempo oportuno para evitar um dano ao próprio corpo. (TENÓRIO, 2008).

Noticiou a Revista Consultor Jurídico, 27 de junho de 2005: “Rio de Janeiro é condenado por não fornecer medicamento. O Estado do Rio de Janeiro foi condenado a indenizar um paciente que perdeu o rim por falta de remédio que poderia evitar a rejeição do órgão depois do transplante. A decisão é da 1ª Turma do Superior Tribunal de Justiça. A Turma manteve o acórdão do Tribunal de Justiça fluminense que garantiu a indenização. A Justiça entendeu que, mesmo tendo o paciente sido atendido por um hospital universitário integrante do SUS e não diretamente vinculado ao estado, a responsabilidade recai sobre o próprio estado. O motorista Carlos Alberto Correia Alves vai receber 500 salários mínimos, equivalente a R\$ 150 mil, mais

pensão mensal vitalícia correspondente a 50% de seu salário. O paciente entrou na Justiça pedindo a condenação do estado em danos materiais e morais. Alegou que, por sofrer de insuficiência renal crônica, foi submetido a transplante renal e para evitar a rejeição do órgão, necessitava constantemente do medicamento ciclosporina. Uma decisão judicial determinou que o estado lhe fornecesse o remédio. O medicamento, porém, foi entregue somente uma vez, sob a alegação de problemas jurídicos. Por causa disso, o paciente perdeu o órgão transplantado e ficou obrigado a voltar para a hemodiálise regular. A informação é do STJ. A primeira instância acolheu em parte o pedido do motorista, reconhecendo que o estado foi responsável pelo dano causado. A indenização foi fixada em 400 salários mínimos por danos morais. Tanto o paciente, quando o Estado do Rio de Janeiro recorreu ao Tribunal de Justiça. A segunda instância rejeitou o recurso do Estado e acolheu o do paciente, para aumentar o valor da indenização para 500 salários mínimos e condenar o estado também por dano material. O governo do Estado recorreu ao STJ. Alegou não existir, no caso, qualquer dever de indenizar pela falta de vínculo direto com o ato de não-fornecimento do remédio. Afirmou que suspensão da entrega do medicamento foi de responsabilidade do Hospital Pedro Ernesto, portanto não foi praticado por agente do Estado do Rio de Janeiro, mas sim por outra pessoa jurídica, integrante do SUS — Sistema Único de Saúde. O Estado fluminense frisou em seus argumentos que o Hospital Pedro Ernesto é integrante da UERJ e tem personalidade jurídica própria. Considerou ser um absurdo ser responsabilizada pelo ato praticado por qualquer integrante do SUS, seja público ou privado. O relator do processo, ministro Luiz Fux, rejeitou o recurso. Entendeu que não é possível ao STJ reexaminar todas as provas produzidas para verificar se o Tribunal de Justiça local agiu certo ao considerar o Estado responsável pelo sofrimento causado ao motorista. Para o ministro, a omissão no fornecimento do remédio certamente configura responsabilidade que justifica o dever de indenizar, ainda mais quando há decisão judicial obrigando a fornecer o medicamento. (TENÓRIO, 2008).

O direito a saúde é indiscutível, está assegurado por nossa Carta Maior. Assim cabe ao Estado manter um atendimento de boa qualidade a todos, indistintamente conforme nos é assegurado pela Constituição Federal. A Saúde é um Dever do Estado porque é financiada por impostos que são pagos pelos contribuintes e os Municípios, Estados e União têm que criar condições para que toda e qualquer pessoa tenha acesso aos Serviços de saúde, Hospitais, tratamentos, programas de prevenção e medicamentos. Sempre que alguém precisar, não deixe de exercer o sagrado direito a saúde. O poder público não presta um favor no caso da saúde, ele tem obrigação legal de cuidar de todos indistintamente. (TENÓRIO, 2008).

### 3.5 A saúde no setor público e privado

A Saúde Suplementar é a atividade que envolve a operação de planos ou seguros de saúde. Essa operação é regulada pelo poder público, representado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e as operadoras compreendem seguradoras especializadas em saúde, medicinas de grupo, cooperativas, instituições filantrópicas e autogestões. No Brasil, a Saúde Suplementar surgiu na década de 1960, influenciado pelo crescimento econômico do Brasil e pelo avanço do trabalho formal, momento em que as empresas começaram a oferecer planos de assistência médica aos colaboradores. Mas tal atividade só foi regulamentada no final da década de 1990, com a entrada em vigor da lei 9.656/98, que dispõe sobre os planos de saúde. No ano seguinte, por meio da lei 9.961/2000 criou-se a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para regulamentar, criar e implementar normas, controlar e fiscalizar as atividades do segmento. Antes disso, as seguradoras de saúde eram reguladas pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP). (CARVALHO, 2015, on-line).

Para Vieira (2015), desde a sua criação baseada na Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS) tem contado com uma gestão pública de três níveis, exercida pelos governos federal, estaduais e municipais. Mas, para a sua operação, o SUS depende de uma grande variedade de instituições públicas e privadas. Elas se dedicam à pesquisa, ao desenvolvimento dos recursos humanos e da infra - estrutura assistencial da saúde, à produção e distribuição de equipamentos, medicamentos e outros insumos, assim como à prestação de serviços e à gestão das redes e unidades. Alerta que o SUS tem como sua principal responsabilidade atender as necessidades de saúde de toda a população brasileira. Entretanto, cerca de 25% desta população são também cobertos pelo Sistema de Saúde Suplementar (SSS).

Um terceiro grupo, cuja dimensão total ainda não se conhece, é constituído por servidores públicos ativos e inativos, tanto civis como militares, dos poderes executivo, legislativo e judiciário nos três níveis de governo, bem como seus respectivos dependentes. A cobertura deste grupo é realizada por prestadores públicos ou privados de serviços de saúde, através dos sistemas de atenção patrocinados pelas entidades em que estes cidadãos trabalham ou trabalharam, os quais não fazem parte seja do SUS ou do SSS. A complexa

estrutura do sistema de saúde brasileiro (SUS, SSS e os outros sistemas) funciona com uma grande variedade de relações público-privadas, que deve ser levada em conta na sua gestão, tanto pública como privada. Os elementos essenciais dos sistemas de saúde para qualquer sistema nacional de saúde conta com os seguintes elementos essenciais para sua constituição e operação: a) o macro-contexto, dado pelas características sócio-políticas e econômicas do país a que pertence este sistema de saúde; b) a sociedade, composta por diferentes extratos socioeconômicos, dos quais são obtidos recursos para financiar o sistema de saúde e entre os quais se distribuem os serviços e produtos proporcionados pelo mesmo; c) os financiadores públicos e privados que recebem os recursos proporcionados pela sociedade e remuneram, em diferentes formas, a produção de serviços e de insumos para a saúde; d) os produtores públicos e privados de serviços e insumos – recursos humanos, medicamentos, equipamentos, conhecimentos e outros – para o sistema de saúde e, finalmente; e) o estado - através dos seus poderes executivo, legislativo e judiciário – que define políticas, legisla, regula e judicializa a respeito dos demais elementos e do funcionamento do sistema de saúde.(VIEIRA, 2015,on-line).

Devido a esta estrutura complexa, a organização e a operação dos sistemas de saúde, necessitam da participação e cooperação de diferentes atores públicos e privados. Este fenômeno se observa com diferentes matizes em praticamente todos os sistemas nacionais de saúde pelo mundo. Considerando apenas a natureza pública ou privada de dois desses elementos – o financiamento e a produção de serviços – pode-se ter uma visão bem clara da tipologia dos sistemas de saúde de alguns países. (VIEIRA, 2015).

Conforme demonstra a Tabela 1 abaixo, em alguns países, tanto a prestação como o financiamento dos serviços são predominantemente públicos. Já no segundo grupo, a prestação e o financiamento dos serviços são predominantemente privados. No terceiro grupo o financiamento é predominantemente privado, mas a prestação é predominantemente pública. Finalmente, no quarto grupo o financiamento é predominante público enquanto a prestação é predominantemente privada. (VIEIRA, 2015).

Tabela 1 - Sistemas nacionais de saúde segundo o tipo predominante de financiamento e prestação de serviços.

Financiamento	Prestação de Serviços	
	Pública	Privada
Público	Cuba Inglaterra Portugal Rússia	Argentina Canadá França Uruguai

Privado	Albânia Índia México Nicarágua	Brasil China Estados Unidos Venezuela
---------	---	--

Fonte: VIEIRA, 2015

No caso brasileiro, a maior parte dos serviços de saúde é prestada por profissionais e estabelecimentos privados, mesmo no caso do SUS. E recursos privados contribuem mais que os recursos públicos para o financiamento do sistema de saúde brasileiro.<sup>3</sup> Na seção final deste capítulo se apresentam informações adicionais a respeito deste financiamento. A distribuição regional dos recursos de saúde no Brasil é muito desbalanceada e inequitativa. Por exemplo, o país dispõe de uma média nacional de 1,95 médicos por mil habitantes. Entretanto, a Região Norte – que tem menos recursos - conta com apenas 0,98 médicos por mil habitantes, enquanto a Região Sudeste – que é a mais rica do país – desfruta de 2,61 médicos por mil habitantes. O Sistema Público de Saúde antes e depois do SUS antes da criação do SUS, o Sistema Público de Saúde no Brasil era constituído por uma grande variedade de instituições e estabelecimentos, distribuídas entre os três níveis de governo. A nível federal pelo menos quatro ministérios – Saúde, Previdência Social, Educação e Defesa – dispunham de organismos e estabelecimentos dedicados à prestação de serviços a diferentes grupos de população. O Ministério da Saúde contava ainda com a Fundação SESP e o DNERu. Já o Ministério da Previdência Social dispunha de vários IAPs e do FUNRURAL, que depois foram incorporados ao INAMPS. Grande parte dos serviços da Previdência era prestada por estabelecimentos e profissionais privados. O Ministério da Educação conjugava as universidades federais com suas faculdades da área da saúde e respectivos hospitais universitários. Além disso, regulava e supervisionava as universidades e faculdades privadas e estaduais, muitas das quais também contavam com seus hospitais universitários. Enquanto isto, no âmbito do Ministério da Defesa tinham hospitais e serviços de saúde, dedicados à atenção de militares do Exército, da Marinha e da Aeronáutica. A nível estadual se encontravam as Secretarias de Saúde, os Institutos de Previdência Estaduais e algumas universidades, com os respectivos hospitais, ambulatórios, centros de saúde e outras unidades. Finalmente, nos municípios principalmente de grande porte, havia secretarias de saúde e hospitais municipais, assim como centros e unidades de saúde. Nos últimos 25 anos, nosso país tem desfrutado de um rico processo legislativo em relação com a saúde, tanto a nível nacional como igualmente nos estados e municípios. Conforme se pode ver na Tabela 2 abaixo, este processo se inicia em 1988 com a nova Constituição Federal, que deu uma definição básica inovadora da saúde como direito de todos e dever do estado. Dois anos depois foi aprovada outra lei tratando da estrutura, operação e administração do SUS. Em 1993 o INAMPS foi extinto por outra lei, que além disso transferiu ao SUS os serviços de saúde até então prestados pela Previdência Social. Somente uma década após a aprovação da Constituição Federal é que se aprovou a lei criado o Sistema de Saúde Suplementar, constituído por entidades que de fato já operavam no país, algumas delas por várias décadas. (VIEIRA, 2015,on-line).

Tabela 2 - Legislação Relevante para a Evolução do SUS

Ano	Ato	Conteúdo Principal
1988	Constituição Federal	Saúde como direito de todos e dever do Estado
1990	Lei 8.080	Organização, funcionamento e gestão do SUS
1993	Lei 8689	Extinção do INAMPS
1998	Lei 9656	Criação do Sistema de Saúde Suplementar
1999	Lei 9782	Criação da Anvisa
2000	Lei 9961	Criação da ANS
2001	Portaria MS-373	NOAS sobre regionalização e descentralização
2003	Decreto 4726	Nova estrutura do MS e respectivas secretarias
2004	Lei 8142	Criação da Hemobrás
2011	Lei 12.550	Criação da EBSEH
2011	Decreto 7508	Regulamentação da Lei 8080/90

Fonte: VIEIRA, 2015

Foram criadas duas agências regulatórias de uma importância estratégica para o sistema de saúde: a ANVISA em 1999 e a ANS em 2000. Depois foram aprovados novos instrumentos tratando dos processos de regionalização e descentralização, assim como da reestruturação do Ministério da Saúde. Alguns anos depois foi criada a Hemobrás, uma empresa estatal vinculada ao Ministério da Saúde e dedicada à produção de insumos transfusionais, medicamentos e outros itens para a atenção a pacientes de doenças do sangue. Posteriormente, foi criada a EBSEH, uma empresa estatal vinculada ao Ministério da Educação, destinada à gestão dos hospitais das clínicas das universidades federais que optarem por contar com o serviço desta empresa. Através de um contrato celebrado com estas universidades, a empresa atuará para modernizar a gestão dos hospitais participantes, preservando e reforçando seu papel estratégico como centros de formação de profissionais da saúde e de atenção à saúde da população, integralmente no âmbito do SUS. E os hospitais universitários aderentes à EBSEH tornam-se partes integrantes desta empresa estatal. Finalmente se menciona o decreto 7508 regulamentando a lei 8080 sobre a organização, funcionamento e gestão do SUS. Um dos conteúdos inovadores deste decreto responsabiliza os gestores dos diferentes níveis de governo para mapear os serviços e recursos dos sistemas público e privado que estão disponíveis para a atenção das respectivas populações. Outro exemplo bem expressivo da inovação na gestão dos estabelecimentos de saúde pode ser visto na constituição de Parcerias Público-Privadas, através das quais entidades privadas, sobretudo filantrópicas, assumem a gestão de hospitais públicos. Estas entidades, denominadas OSS 20 ou OSCIP, parecem apresentar resultados operacionais melhores que os hospitais pertencentes às entidades públicas e privadas signatárias destes acordos. O Sistema de Saúde Suplementar, criado pela Lei 9656/98, o SSS engloba diferentes tipos de operadoras de planos e seguros de saúde, grande parte das quais já vinham funcionando no Brasil há vários anos. De fato, algumas delas são até

mesmo originadas em entidades que já funcionavam desde os tempos do Brasil colonial. (VIEIRA, 2015).

Conforme se verifica na Tabela 3, as Santas Casas, que operam no Brasil desde a época do seu descobrimento, deram origem às operadoras filantrópicas de planos de saúde. Por outro lado, as mutualidades - que foram trazidas ao nosso país desde o século XIX por migrantes europeus e do oriente – deram origem às atuais seguradoras, operadoras de medicina de grupo e auto gestoras. Finalmente, as cooperativas de trabalho, sobretudo agrícolas, originaram o Sistema UNIMED, nascido em 1967 na UNIMED-Santos. (VIEIRA, 2015).

Tabela 3 - Origens das operadoras do SSS

Origens	Início	Operadoras
Santas Casas	1500	Filantrópicas
Mutualidades	1800	Seguradoras Medicina de Grupo Auto gestoras
Cooperativas	1967	Sistema UNIMED

Fonte: VIEIRA, 2015

Graças ao seu crescimento considerável nos últimos anos, o SSS hoje cobre cerca de 25% da população nacional. Conforme pode ser visto na Tabela 4, dentre os tipos de operadoras as cooperativas são as que possuem o maior número de beneficiários e realizam as maiores despesas com serviços de saúde. O número das cooperativas é um pouco menor que o das operadoras de medicina de grupo, que são o segundo grupo em termos de beneficiários e despesas com serviços de saúde. (VIEIRA, 2015).

Tabela 4 - Características do Sistema de Saúde Suplementar, 2013

Operadoras	Número	Beneficiários*	Despesas**
Cooperativas	322	18,2	32,8
Medicina de Grupo	358	17,3	26,7
Seguradoras	12	6,8	18,1
Auto gestoras	207	5,3	11,4
Filantrópicas	84	1,4	3,5
Odontológicas	403	19,5	1,8
Total	1386	68,5	94,3

Fonte: VIEIRA, 2015

A quantidade de seguradoras é bem menor que os demais tipos de operadoras. Em compensação, o número de seus beneficiários e suas despesas por seguradora são bem maiores que aqueles das demais operadoras. As auto gestoras e filantrópicas possuem números consideráveis de operadoras, mas seus beneficiários e suas despesas são menores que aqueles apresentados pelas cooperativas, medicinas de grupo e seguradoras. Finalmente, as operadoras odontológicas são as mais numerosas no SSS, assim como seus beneficiários, que devem também ser cobertos pelas demais operadoras de planos médico-hospitalares. (VIEIRA, 2015).

A Regulação do Sistema de Saúde. Nos anos recentes o Brasil tem avançado consideravelmente na regulação da organização e do funcionamento de seu sistema de saúde. Uma expressão muito relevante destes avanços foi a criação da ANVISA em 1999 e da ANS um ano depois. Conforme se pode verificar no seu portal, a ANVISA desempenha um vasto elenco de atividades de proteção à saúde, focada em alimentos, medicamentos, produtos para a saúde, sangue, hemoderivados, serviços de saúde e outros itens, através de diferentes ações de vigilância, fiscalização e regulação do comércio. Enquanto isto, a ANS exerce um importante papel em relação ao SSS, utilizando vários instrumentos normativos, regulatórios e avaliativos, tanto das operadoras como dos seus planos e seguros de saúde.<sup>29</sup> Apesar de ter sido criada dez anos depois do SUS, o modelo regulatório da ANS parece ser muito mais completo que aquele do sistema público. Apesar destes avanços positivos, a regulação dos assuntos da saúde no Brasil ainda é bastante complexa. Conforme a Tabela 6 acima, os serviços de saúde no âmbito do SUS e o seu financiamento são regulados pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Enquanto isto, tanto os serviços no âmbito do SSS como seu financiamento são regulados pela ANS. O diálogo e a cooperação entre estes dois sistemas regulatórios parecem ainda necessitar de um grande esforço, para aumentar a harmonização e a coordenação entre ambos. Enquanto isto não ocorre, profissionais e estabelecimentos atuando no SUS e no SSS são submetidos a dois modelos regulatórios insuficientemente articulados entre si para a prestação dos mesmos serviços de saúde. Além disso, todos os profissionais de saúde no país são regulados pelos respectivos Conselhos Federais e Regionais (estaduais). Esta regulação está focada em cada uma das profissões, não existindo ainda um diálogo entre os conselhos das distintas profissões para construir uma visão harmônica do trabalho multi-profissional em saúde. A regulação dos insumos e unidades prestadoras de serviços de saúde – tanto no sistema público como no privado - é exercida pela ANVISA, pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Aqui parece haver mais diálogo e colaboração entre estes reguladores quanto aos insumos e unidades de saúde. Entretanto o diálogo dos reguladores de insumos e unidades de saúde ainda precisa aumentar bastante em direção aos reguladores dos profissionais, serviços e financiamento de saúde. Um outro

aspecto bem importante tem a ver com o relacionamento entre as coberturas populacionais dos sistemas público e privado de serviços de saúde. (VIEIRA, 2015).

O Financiamento do Sistema de Saúde Atualmente, o Brasil destina cerca de 8,5% do PIB para o financiamento do seu sistema de saúde, sendo 56,3% provenientes de fontes privadas e 43,7% de fontes públicas. Uma parte do financiamento privado da saúde no Brasil corresponde a despesas das famílias com serviços e insumos, correspondendo a cerca de 7,2% do gasto familiar total. Entre os 40% de mais baixa renda da população, 74,2% deste gasto se destina à compra de medicamentos não cobertos pelo SUS. Já entre os 10% de mais alta renda 42,3% deste gasto tem a ver com despesas relativas a planos de saúde. Existe ainda uma considerável superposição do financiamento dos serviços de saúde no país. (VIEIRA, 2015).

Por estes motivos as relações público-privadas relativas ao financiamento do sistema de saúde brasileiro também merecem uma atenção especial para o desenvolvimento e a sustentabilidade deste sistema. Outra questão de crucial importância para a utilização do financiamento setorial diz respeito às diferentes formas de incentivo e remuneração aos prestadores de serviços no país. A Tabela 9 sumariza as principais formas utilizadas na remuneração de apenas dois tipos de prestadores, ou seja, profissionais e hospitais. Os profissionais são remunerados através de várias modalidades, como salário, unidade ou pacote de serviços, procedimento, contrato formal ou informal e, mais recentemente, qualidade do desempenho ou resultado da atenção. Estas modalidades incentivam diferentes condutas do mesmo profissional na atenção a pacientes sofrendo o mesmo problema de saúde. A maioria dos profissionais de saúde brasileiros é remunerada por alguma combinação destas formas de pagamento, que incentiva diferentes condutas de atenção a problemas semelhantes. É possível, assim, imaginar a dificuldade para que estes profissionais mantenham um mínimo de coerência nas condutas de atendimento aos seus pacientes com os mesmos diagnósticos. (VIEIRA, 2015).

Tem-se, portanto, um desafio crucial pela frente, cuja superação exigirá a parceria dos diferentes atores setoriais, das instâncias do estado e da sociedade. E se deve também buscar o apoio de organizações internacionais, assim como de outros países cujos sistemas de saúde já tenham alcançado objetivos semelhantes aos que

se busca. Adiante e com sucesso, portanto, com este processo de construção do nosso novo sistema de saúde. (VIEIRA, 2015).

#### **4. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR E A REGULAMENTAÇÃO DOS PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a agência reguladora do Governo Federal, vinculada ao Ministério da Saúde, que atua em todo o território nacional na regulação, normatização, controle e fiscalização do setor de planos de saúde no Brasil. O termo suplementar neste contexto significa que, além do sistema público de saúde, que é direito de todos, o cidadão pode contratar serviços privados do mercado de planos de saúde como opção de atendimento médico e odontológico. (BRASIL, 2017).

Missão - A ANS tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais - inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país. (BRASIL, 2017).

Os marcos regulatórios da ANS foram Lei nº 9.656, de 03/06/1998 que dispõe sobre a regulamentação dos planos e seguros privados de assistência à saúde. Estabelece a cobertura obrigatória de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e a Lei nº 9.961, de 28/01/2000 Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar. (BRASIL, 2017).

O setor de saúde suplementar é composto por operadoras de planos privados de assistência à saúde, por uma rede de prestadores de serviço (hospitais, clínicas, laboratórios e consultórios) e pelos beneficiários de planos de saúde. Este setor envolve aproximadamente 1.200 operadoras de planos de saúde que atendem cerca de 47 milhões de beneficiários em planos de assistência médica e mais de 22 milhões em planos exclusivamente odontológicos. (BRASIL, 2017).

##### **4.1 Relação Contratual - beneficiário versus saúde suplementar**

A Lei 9.656/1998, acima citada, em seu artigo 1º, inciso I, define Plano de Assistência à Saúde como “prestação continuada de serviços ou cobertura de custos

assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando à assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente a expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor”. (BRASIL, 2017).

Dispõe, ainda, no inciso II do mesmo artigo, o conceito de operadora de plano de saúde como sendo “pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo”. (ANA, P.F, 2016)

A relação jurídica contratual existente através dos contratos de planos de saúde pode ser considerada como relação de consumo, pois se verifica a existência da figura dos consumidores, pessoas físicas ou jurídicas, destinatárias finais do serviço de plano de saúde, e do fornecedor, pessoa jurídica de direito privado, prestador de serviços na área de saúde suplementar, conforme disposto nos artigos 2º e 3º do Código de Defesa do Consumidor, motivo pelo qual se torna indiscutível a aplicabilidade do Estatuto Consumerista. O Superior Tribunal de Justiça, através da súmula nº 469/10 firmou o entendimento de que nas relações jurídicas firmadas através dos contratos de planos de saúde, regulamentados pela Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, aplica-se o Código de Defesa do Consumidor (CDC). Além de respeitar as regras do CDC, deverá respeitar também os dispositivos do Código Civil e da Lei dos Planos de Saúde, previsto na Lei 9.656/98 supracitada. O contrato estabelecido entre o consumidor e a operadora do plano de saúde é o contrato de adesão, no qual o cliente apenas adere ao contrato imposto, anuindo com as cláusulas propostas pela outra parte. Nota-se que há uma redução do Princípio da Autonomia da Vontade, pois o aderente não pode ponderar as cláusulas do contrato, apenas aceitando a proposta do ofertante. Esses contratos possuem também a característica de vigorarem por tempo indeterminado e de forma contínua. Deve-se observar também a regra imposta pelo artigo 54, § 3º do CDC, o qual dispõe que “os contratos de adesão serão redigidos em termos claros e com caracteres ostensivos e legíveis, cujo tamanho da fonte não será inferior ao corpo doze, de modo a facilitar sua compreensão pelo consumidor”. O Contrato de adesão, assim como as demais espécies contratuais previstas no Código Civil Brasileiro, deverá obedecer aos Princípios da Boa-Fé Contratual, Probidade e Função Social do Contrato, além de proteger o aderente, conforme disposto nos artigos 424 e 423 do Código Civil. Portanto, por versar sobre relação contratual complexa, onde se tem estabelecido um contrato de adesão, por tempo indeterminado e com obrigações recíprocas é que

deve este se submeter ao Código de Defesa do Consumidor e, também, a uma legislação específica que o discipline. (DJBA, 2018).

Para Sumida (2015), os contratos firmados antes da Lei dos Planos de Saúde devem observar as regras em vigor na época de sua celebração, que, a rigor, são o Código de Defesa do Consumidor e a legislação anterior específica aos seguros. Antes desta Lei, os contratos não eram claros, pois não traziam informações suficientes para o consumidor, por exemplo, não continham informações como reajuste de mensalidades, exclusões do plano, abrangência da cobertura, entre outras. Desta forma, o contratante não tinha outra possibilidade a não ser aceitar as imposições e buscar na esfera judicial apoio para as suas reclamações. A Lei dos Planos de Saúde trouxe ao beneficiário do plano a faculdade de migrar para os novos planos, porém tal adaptação contratual não é obrigatória, de forma que a operadora deve manter o contrato antigo, mas adaptando-o sempre que solicitado pelo consumidor. Tal adaptação para as novas regras dos contratos antigos pode causar um acréscimo na mensalidade paga pelo beneficiário, pela melhoria e maior cobertura dos novos contratos. Assim, o beneficiário que decidirá se deseja manter o seu contrato antigo ou alterar para o novo, bastando a sua manifestação, para que tal alteração seja feita a qualquer tempo.

Por outro lado, explica Sumida (2015), que a doutrina determina os contratos firmados após a Lei 9.656/1998 como contratos novos. Os contratos de planos de assistência à saúde são oferecidos na forma de contrato ou plano familiar, individual e coletivo aos consumidores. O contrato individual é aquele em que o indivíduo adere uma determinada modalidade de plano em seu benefício, sem incluir os demais beneficiários. Em contrapartida, o contrato familiar é aquele firmado por um indivíduo em seu benefício e de outros familiares que podem se beneficiar deste plano. O contrato coletivo é o firmado por pessoa jurídica (empresa empregadora, sindicato ou associação), em benefício de seus funcionários, sindicalizados ou associados. A lei dividiu, ainda, os contratos em dois tipos de grupos: o por adesão e o empresarial. A contratação coletiva empresarial não dá ao beneficiário a opção de escolha, o benefício é vinculado, uma vez inserido, ou estabelecido o vínculo empregatício, associativo ou sindical, de forma que automaticamente ele se adere ao plano de assistência à saúde, ficando a cargo da pessoa jurídica a inclusão ou não de demais beneficiários. Os contratos coletivos por adesão dependem da autonomia da vontade do beneficiário querer ou não participar do plano assistencial da saúde.

Relativo a responsabilidade civil nos planos de saúde, para SUMIDA (2015), há inúmeros casos em que os seguros de saúde negam a prestação de serviços, com base na pré-existência de doenças ou lesões, além de não cumprir as carências determinadas. Entretanto, a operadora apenas poderá deixar de prestar assistência, se os devidos requisitos que justifiquem os mesmos sejam cumpridos. Por doenças e lesões pré-existentes, pode-se entender que são aquelas que o beneficiário possuía na época da celebração do contrato, e caso já tivesse conhecimento, deveria informar ao seguro sobre tal doença. Porém, muitas vezes, o consumidor, ao firmar o contrato, não sabe da moléstia que está portando ou desconhece sua gravidade, contudo, seria também dever da operadora exigir perícia médica para comprovação do estado de saúde do futuro beneficiário.

#### 4.2 A criação da ANS

Criada a partir de setor específico do Ministério da Saúde, coube à ANS cumprir a Lei nº 9.656, editada em junho de 1998. A Agência nasceu pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, como instância reguladora de um setor da economia sem padrão de funcionamento. A exceção ficava por conta do seguro de assistência à saúde e das seguradoras, sob o controle econômico-financeiro da Superintendência de Seguros Privados (Susep). A saúde suplementar passou a conviver com o sistema público, consolidado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), nascido a partir da Constituição Federal de 1988. Com o SUS, a saúde foi legitimada como um direito da cidadania, assumindo status de bem público. O ano de 1923 é tido como o marco do início da Previdência Social no Brasil. A Lei Eloy Chaves, promulgada naquele ano, criava: "(...) em cada uma das estradas de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadorias e Pensões para os respectivos empregados. "Estas caixas funcionavam como fundos geridos e financiados por patrões e empregados que, além de garantirem aposentadorias e pensões – como destacado em suas denominações – também financiavam serviços médico-hospitalares aos trabalhadores e seus dependentes. Embora este marco histórico não seja comumente apontado como a origem dos planos de saúde no Brasil, é difícil não notar a similaridade das antigas caixas com as atuais operadoras da modalidade autogestão. De fato, em 1944, o Banco do Brasil constituiu sua caixa de aposentadoria e pensão - Cassi, que é o mais antigo plano de saúde no Brasil ainda em operação. O sistema de saúde brasileiro seguiu

a trajetória de outros países latino-americanos (México, Chile, Argentina e Uruguai), desenvolvendo-se a partir da previdência social. Planos de saúde comerciais, com clientela abertas, também surgem como planos coletivos empresariais através da modalidade medicina de grupo no ABC paulista nos anos 1950. Hoje, o setor brasileiro de planos e seguros de saúde é um dos maiores sistemas privados de saúde do mundo. (BRASIL, 2015).

#### 4.3 Limites de cobertura – Rol de procedimentos da ANS

A operadora do plano de saúde deve garantir o acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos definidos como cobertura mínima obrigatória no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, no município onde o beneficiário os demandar, desde que esse local seja integrante da área de abrangência geográfica. As diferentes situações que poderão ocorrer quando o beneficiário precisar de atendimento encontram-se descritas a seguir (BRASIL, 2015).

Vejamos a seguir como são solucionadas aquelas situações de atendimento em casos eletivos, ou seja, aqueles que não são urgência ou emergência.

SITUAÇÃO	SOLUÇÃO
Há prestador de serviços de saúde da rede conveniada no município onde o beneficiário está.	Esta é a situação ideal para o atendimento: você procura por um atendimento (consulta, exame, internação em hospital etc) e seu plano de saúde oferece este serviço no município onde você está. Tudo o que você precisa fazer é agendar o atendimento.
Existe prestador de serviços de saúde no município onde o beneficiário está, mas ele está indisponível.	Quando não houver prestador credenciado disponível no município onde você está, você deve entrar em contato com a operadora de seu plano de saúde, que deverá oferecer uma das soluções abaixo: Garantir o atendimento em prestador de serviços de saúde particular no município onde o beneficiário está: Havendo um prestador particular que possa atender, você deve entrar em contato com a operadora de seu plano de saúde e pedir autorização para ser atendido por este profissional ou estabelecimento de saúde. Após a autorização para o atendimento pela operadora, você deve ir por conta própria até este profissional ou estabelecimento. O pagamento ao profissional ou estabelecimento de saúde deverá ser feito diretamente a ele pela operadora. Garantir o atendimento em prestador credenciado, nos municípios limítrofes: Havendo um prestador de serviços de saúde credenciado, tudo o que você precisa fazer é agendar o atendimento e ir por conta própria ao prestador. Garantir o atendimento em prestador particular nos municípios limítrofes: Havendo um prestador particular que

	<p>possa atender, você deve entrar em contato com a operadora de seu plano de saúde e pedir autorização para ser atendido por este profissional ou estabelecimento de saúde. Após a autorização para o atendimento pela operadora, você deve ir por conta própria até este profissional ou estabelecimento. O pagamento ao profissional ou estabelecimento de saúde deverá ser feito diretamente a ele pela operadora.</p>
<p>Inexistência de prestador no município onde o beneficiário está.</p>	<p>Quando não houver nenhum prestador, particular ou credenciado, no município em que você está, você deve entrar em contato com a operadora de seu plano de saúde, que deverá oferecer uma das soluções abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantir o atendimento em prestador particular, nos municípios limítrofes: Havendo um prestador particular que possa atender, você deve entrar em contato com a operadora de seu plano de saúde e pedir autorização para ser atendido por este profissional ou estabelecimento de saúde. Após a autorização para o atendimento pela operadora, você deve ir por conta própria até este profissional ou estabelecimento. O pagamento ao profissional ou estabelecimento de saúde deverá ser feito diretamente a ele pela operadora.</li> <li>• Garantir o atendimento em prestador credenciado, nos municípios limítrofes: Havendo um prestador de serviços de saúde da rede conveniada, tudo o que você precisa fazer é agendar o atendimento e ir por conta própria até este profissional ou estabelecimento.</li> <li>• Garantir o atendimento em prestador credenciado, na Região de Saúde: Havendo um prestador de serviços de saúde da rede conveniada, tudo o que você precisa fazer é agendar o atendimento e ir por conta própria até este profissional ou estabelecimento.</li> <li>• Havendo um prestador particular que possa atender, você deve entrar em contato com a sua operadora e pedir autorização para ser atendido por este profissional ou estabelecimento de saúde. Após a autorização para o atendimento pela operadora, você deve ir por conta própria a este prestador. O pagamento ao profissional ou estabelecimento de saúde deverá ser feito diretamente a ele pela operadora.</li> </ul>

Fonte: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/prazos-maximos-de-atendimento/situacoes-de-garantia-de-acesso-a-cobertura-assistencial> - Espaço do consumidor.

Nos atendimentos de urgência ou emergência, diferentemente dos eletivos, a operadora não orienta para qual prestador deve-se ir, o usuário faz o atendimento e busca depois o reembolso das despesas posteriormente.

SITUAÇÃO	SOLUÇÃO
----------	---------

<p>Existe prestador credenciado disponível para atender o beneficiário no município onde ele está.</p>	<p>Esta é a situação ideal para o atendimento: você procura pelo atendimento em caso de urgência ou emergência e o plano de saúde oferece este serviço no município onde você está. Tudo o que você precisa fazer é procurar o atendimento, diretamente com o prestador.</p>
<p>Existe prestador para o atendimento de casos de urgência ou emergência no município onde o beneficiário está, mas ele está indisponível para o seu plano de saúde.</p>	<p>Quando não houver prestador credenciado para o atendimento de urgência e emergência disponível no município onde você está, você terá as seguintes opções:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procurar o atendimento em prestador particular no município onde o beneficiário está: Havendo um prestador particular que possa atender, você poderá ir por conta própria a este prestador, sem necessidade de autorização prévia da operadora do plano de saúde, que deverá efetuar o pagamento diretamente ao prestador.</li> <li>• Procurar o atendimento em prestador credenciado nos municípios limítrofes: Havendo um profissional ou estabelecimento de saúde credenciado que possa atender, você poderá ir por conta própria a este prestador, sem necessidade de autorização prévia da operadora do plano de saúde, que deverá efetuar o pagamento diretamente ao prestador.</li> <li>• Procurar o atendimento em prestador particular nos municípios limítrofes: Havendo um profissional ou estabelecimento de saúde particular que possa atender, você poderá ir por conta própria, sem necessidade de autorização prévia da operadora do plano de saúde, que deverá efetuar o pagamento diretamente ao prestador.</li> </ul>
<p>Inexistência de prestador de serviços de urgência e emergência no município onde o beneficiário está.</p>	<p>Quando não houver nenhum prestador para o atendimento em caso de urgência ou emergência, particular ou credenciado, no município em que você está, você terá as seguintes opções:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procurar o atendimento em prestador credenciado nos municípios limítrofes ou na Região de Saúde: Caso os municípios limítrofes façam parte da área de atuação (cobertura) do plano de saúde, você poderá ir por conta própria ao estabelecimento ou profissional de saúde, sem a necessidade de autorização prévia da operadora.</li> <li>• Procurar o atendimento em prestador particular nos municípios limítrofes ou na Região de Saúde: Caso os municípios limítrofes façam parte da área de atuação (cobertura) do plano de saúde, você poderá ir por conta própria ao estabelecimento ou profissional de saúde, sem a necessidade de autorização prévia da operadora, que deverá efetuar o pagamento diretamente ao prestador.</li> </ul> <p>Obs: Caso o serviço de urgência e emergência esteja localizado em município fora da área de atuação do plano de saúde do beneficiário, confira a seção Quando a Operadora deve Garantir o Transporte</p>

Fonte: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/prazos-maximos-de-atendimento/situacoes-de-garantia-de-acesso-a-cobertura-assistencial> - Espaço do consumidor

Como acabamos de observar nas situações acima expostas a operadora, sob nenhuma hipótese, poderá deixar de assistir ao usuário, possuindo ou não prestador credenciado o atendimento deverá ser disponibilizado.

#### 4.4 O mutualismo nos planos de saúde

Para ABBATEPAOLO (2014), um serviço essencial compartilhado e financiado por todos. É dessa maneira que os planos de saúde funcionam: em uma base coletiva, ou seja, no mutualismo. O financiamento do sistema de saúde suplementar se dá com a contribuição dos beneficiários de uma determinada faixa etária que, por meio das mensalidades pagas, permitem que alguns usuários da mesma faixa etária possam utilizar mais os serviços assistenciais e outros, menos. Assim, é possível diluir o risco e cobrar uma mensalidade mais acessível a todos. Porém, o que tem se observado com mais frequência no Brasil é uma tendência de não considerar o que foi estabelecido nos contratos dos planos de saúde. No entender do beneficiário, ainda que um determinado procedimento não conste em seu contrato ou no rol de procedimentos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), ele tem o direito a receber esse atendimento, recorrendo à Justiça para pleiteá-lo.

Está em curso no País um fenômeno cada vez mais frequente: a judicialização. Não é errado buscar um direito. Entretanto, quando a via judicial é acionada para casos em que esse direito inexistente contratualmente, cria-se um cenário de insegurança jurídica. É preciso considerar que os custos assistenciais, antes determinados pelos cálculos atuariais feitos pelas operadoras de planos de saúde para estabelecer o conteúdo e os valores dos contratos, já não podem mais ser previstos somente com base nos riscos contratados. Dessa forma, os outros beneficiários do plano são obrigados a arcar com mensalidades cada vez maiores, reduzindo inclusive a oportunidade de outras pessoas contratarem um plano de saúde. A escalada crescente de ações levadas à justiça tem consumido mais e mais recursos das operadoras de planos de saúde, ou seja, cerca de 1% do faturamento anual das mesmas. Parece pouco, mas o percentual já se reflete em balanços com prejuízos de algumas no ano passado. Sem falar do risco à saúde, já que os medicamentos importados sem registro na Anvisa estão no topo da lista de motivos que levam os beneficiários a recorrerem aos tribunais. Muitos deles ainda estão em fase experimental, e não sabemos os reais efeitos desses tratamentos. Os tribunais têm muitas vezes julgado as ações movidas pelos beneficiários com base no Código de Defesa do Consumidor, sem que haja um conhecimento mais aprofundado da repercussão das decisões para os demais usuários dos planos de saúde. Da parte do

beneficiário, também é preciso haver um entendimento de que as operadoras estão dispostas - e são obrigadas - a cumprir tudo aquilo que estiver estabelecido no contrato. Portanto, em muitos casos que vão parar na Justiça, não há negativa de atendimento. As decisões favoráveis aos beneficiários para os pleitos não contemplados em contrato ou no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS representam uma ameaça à sustentabilidade das operadoras. Isso porque os fundos de recursos que as operadoras têm de formar com as mensalidades pagas pelos beneficiários serão insuficientes para arcar com procedimentos e outros serviços que não eram obrigatórios por contrato. Uma boa nova para o setor e para o País, é que já existem iniciativas para se discutir o direito na saúde, tanto que o Conselho Nacional de Justiça aprovou enunciados que esclarecem aos juízes as principais questões envolvendo o setor. Além disso, há discussões no âmbito da ANS para manter a sustentabilidade do setor no longo prazo, como o desenvolvimento de novos produtos e uma estratégia para incentivar a venda de planos individuais. Quanto aos contratos, torna-se mais urgente a necessidade de serem seguidos à risca, do contrário, a pena sobrecarregará financeiramente as operadoras de planos de saúde e os próprios beneficiários da saúde suplementar. (ABATTEPAOLO, 2014).

Diante disso, verifica-se que o número de processos judiciais está cada vez mais maior, e quando se procura o judiciário para pleitear a autorização de um procedimento que não está contemplado no contrato e este pedido é deferido, gera sensação uma insegurança jurídica muito grande. Os custos assistenciais são muito elevados principalmente os materiais de órteses e próteses e os medicamentos importados e isso contribui de forma significativa para o desequilíbrio financeiro para a operadora. Razão pela qual, da importância do envolvimento dos magistrados nesse assunto.

## 5. A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Segundo VIEGAS (2014), o crescimento do número de ações judiciais tem levado ao diálogo os diversos setores da Justiça e da Saúde, porém se restringindo a contemplar os direitos individualmente pretendidos, sem contribuir para melhorias sistêmicas.

### 5.1 Divergência do Estado-Juiz e do Estado regulador

Dentre as formas de atuação do Estado em relação ao processo econômico, nos fixaremos, no presente trabalho, na sua faceta de fomento. Cabe-nos, portanto, e preliminarmente, definir a exata abrangência e significado desse termo. De se pontuar que o fomento é fenômeno de incidência exclusiva na seara da intervenção, da atuação estatal em campo originariamente estranho às suas atribuições constitucionais. Com efeito, o desenvolvimento pelo Estado das atividades que lhe são afetas corresponde à simples prestação, ou regulação de serviço público ou, ainda, ao exercício do poder de polícia. Nas palavras de Maria Sylvania Zanella di Pietro, com relação ao fomento: Caracteriza-se este por ser uma forma de incentivar a iniciativa privada de interesse público. Difere do serviço público, porque neste, o Estado assume como sua uma atividade de atendimento a necessidades coletivas, para exercê-la sob regras total ou parcialmente públicas; no fomento, o Estado deixa a atividade na iniciativa privada e apenas incentiva o particular que queira desempenhá-la, por se tratar de atividade que traz algum benefício para a coletividade. Essas atividades, portanto, são praticadas em campo originariamente correspondente ao domínio privado ou econômico. Consideremos tão somente, assim, a intervenção do Estado no domínio econômico, o qual pode se efetivar de diversas formas, correspondentes, segundo classificação adotada por Eros Grau, a três modalidades básicas: por absorção ou participação, por direção ou por indução. A primeira delas se dá em situações nas quais a estrutura estatal presta diretamente — na forma de monopólio (absorção) ou em regime de concorrência (participação) — atividades originariamente atribuídas ao setor privado, assumindo a condição de agente econômico. A intervenção por direção, por sua vez, corresponde à atuação reguladora do Estado, por meio da qual exerce mecanismos de pressão sobre o mercado, ao qual são atribuídas posturas e comportamentos compulsórios. É o que se dá, por exemplo, nas hipóteses de tabelamento e congelamento de preços. A derradeira modalidade de intervenção do Estado o domínio econômico, por indução, é a que ora nos interessa. Relaciona-se às atividades de incentivo, por meio das quais o Estado traça regras diretivas, orientadoras, porém não cogentes. Dá-se, assim, a priorização de determinados cenários, os quais são beneficiados a partir de incentivos ou mesmo “prejudicados” em razão de desestímulos. (BARROS, 2010).

O Estado Regulador por meio da Agência Nacional de Saúde, por ser uma autarquia governamental independente tem total autonomia para decidir de que forma deve atuar junto às operadoras de planos de saúde. Aplica suas normas e resoluções fins de manter um equilíbrio, todavia, o Estado juiz entende e decide que apesar disso suas resoluções se tornam ineficazes quando o assunto é deferir um pedido para alguém que tem plano de assistência à saúde e este não tem cobertura para determinado procedimento. Denota-se uma divergência já que quem tem o dever de arcar com esse tipo de atendimento é o Estado por meio do Sistema Único de Saúde – SUS.

## 5.2 Reflexos das decisões contrárias à regulamentação da ANS

Segundo Almeida (2018), os conflitos entre consumidores e operadoras de planos de saúde cada vez mais vão parar nos tribunais. O principal motivo é a exclusão de coberturas de atendimento, seguidos por problemas de manutenção de aposentados, contratos coletivos e reajustes abusivos. O Código de Defesa do Consumidor e o Estatuto do Idoso são invocados em meio a um complexo arcabouço normativo específico para o setor. Investigação por método de análise de julgados recentes permite observar que as operadoras de saúde são promotoras do excesso de judicialização, de certo modo pela intransigência em cumprir com suas obrigações e também por litigar de maneira ostensiva, inflexíveis a conciliação. Importante que o Judiciário esteja sensível às demandas, bem como os operadores de direito na tentativa de apaziguar conflitos e evitar ações inócuas. A manutenção e a sustentabilidade das empresas que atuam no mercado da saúde suplementar são de interesse de todos, do Estado e da população. Somadas as premissas acima trabalhadas, pode-se concluir, com segurança, que a harmonização dos interesses das partes envolvidas nestas relações, além de constituir princípio legal, é algo a ser buscado com vista a garantir a própria solvência e a continuidade de tais operações e, mediatamente, garantir o acesso à saúde para uma grande e crescente parcela da população.

### 5.3 O plano privado de assistência à saúde

Para Nobre (2014) e Silva (2014), poucos temas têm merecido da sociedade brasileira a atenção dispensada aos conflitos de interesses envolvendo consumidores e operadoras de planos de saúde. Certamente influenciam no grau de interesse social os valores humanos envolvidos – vida e saúde – e também o fato de parte significativa da população brasileira estar vinculada a tais planos e ansiosa por uma boa execução dos contratos desse gênero, se e quando vier a precisar. Parte desses conflitos que parece causar mais dificuldade para o julgador talvez seja a que resulta da pretensão do consumidor em obter um determinado tratamento e que encontra resistência da operadora em autorizá-lo. Muitas decisões nesse tema são construídas sobre argumentos de relevante valor moral e humanístico, mas não respeitam o regramento instituído pela legislação de regência.

Alguns entendimentos que estão sendo consagrados pela jurisprudência chegam a contrariar a letra da lei, embora sem a ela se referir nem mesmo para afastá-la, o que indica que as tais decisões se apoiam em outros fundamentos, que não consagrado pelo direito posto, o que causa estranheza para as pessoas que se aprofundam no estudo da regulamentação dos planos de saúde posta pelo legislador nacional. Este trabalho passa em revista a uma parcela do conjunto de normas que regulamentam a atuação das operadoras de planos de saúde, os direitos consagrados aos consumidores, as limitações autorizadas pela lei, enfim, o regramento das relações entre consumidores e operadoras de planos de saúde, decorrentes da vinculação a contratos de planos de saúde. Para melhor compreender os planos de saúde, é necessário fazer uma prévia distinção dos sistemas de saúde existentes hoje no Brasil. A CF/88 dispõe no art. 6º, do capítulo II dos Direitos Sociais, que a saúde é um direito social. Logo em seguida, no art. 7º, IV, de certa forma redundantemente, diz que a saúde é um direito do trabalhador. No art. 23, II, do texto constitucional que é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e da assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência. No art. 24, XII, dispõe que compete à União, aos Estados e ao Distrito federal legislar concorrentemente sobre defesa da saúde. O art. 30, VII, diz que compete aos municípios prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviço de atendimento à saúde da população. Ao dizer que a saúde é um direito social do trabalhador e que a falta de aplicação do mínimo exigido da receita nas ações de serviços públicos de saúde é causa de intervenção da União nos Estados e destes nos Municípios, a Constituição deu mostras de que atribui grande importância ao direito à saúde. No título VII, Da Ordem Social, a Carta Magna vai além, dispondo no art. 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado. (NOBRE, 2014 E SILVA 2014).

Como se verifica, as divergências são inúmeras haja vista que apesar de expressamente registrado na Constituição Federal da República de 1988, ao longo dos seus artigos que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, as dificuldades encontradas pelos cidadãos são muitas. Primeiro, porque o Estado muitas das vezes se exime de assumir sua responsabilidade deixando de prestar assistência médica as pessoas que necessitam de atendimento. Segundo, porque os usuários de planos de saúde exigem do mesmo uma assistência infinita, ou seja, apesar de ter assinado um contrato onde consta claramente as condições de coberturas, ignoram e exigem da operadora que o procedimento seja coberto a qualquer custo e se assim não for, recorrem as vias judiciais.

Ademais, o poder judiciário apesar de não encontrar nenhuma irregularidade por parte da operadora de plano de saúde, emite decisões condenando a operadora a cobrir o procedimento, fato que gera custos elevados comprometendo o equilíbrio financeiro da operadora.

## CONCLUSÃO

Observa-se, a partir do exposto que a problemática com a saúde pública no Brasil é muito grande e bastante antiga, e a cada dia que passa só aumenta a quantidade de pessoas que são desassistidas e se sentem desamparadas pelo SUS, contribuindo pela procura e conseqüente crescimento de planos de saúde privados. Neste contexto, observa-se uma inversão de valores na qual o Estado acaba tentando se eximir de sua responsabilidade constitucional transferindo-a para as Operadoras de Planos de Saúde que deveriam atuar apenas como assistência complementar.

O direito à saúde é um princípio fundamental, conforme preconiza o artigo 6º da Constituição Federal de 1988, em seu capítulo II, aquele que trata sobre os direitos sociais. Sendo assim, o Estado tem a obrigação de criar mecanismos no sentido de desenvolver e manter condições para que todos aqueles que necessitem de atendimento médico possam ser assistidos. Isso contribuiria de forma significativa para diminuir a quantidade de pessoas desassistidas. Ademais, não transferiria a responsabilidade para as operadoras de planos de saúde que atuam como saúde suplementar e, portanto, não podem assumir uma responsabilidade que, conforme a Carta Magna, é precipuamente do Estado. (BRASIL, CF/88).

Ao analisar sobre a trajetória do direito à saúde, para SIQUEIRA (1988 online), os direitos fundamentais são fruto de grande evolução histórica e social, o que levou a sua consagração ao que se apresenta hoje, logo, pensar direitos fundamentais, como “simples direitos”, não reflete a realidade, sendo que até os dias atuais, inúmeras foram às mobilizações sociais e mutações sofridas, de forma que a sociedade sofreu mutações assim como suas necessidades, e, por certo, os direitos fundamentais a acompanharam.

Defendeu-se que, conforme SALZANO (2014), a problemática referente à efetivação dos direitos fundamentais sociais, de características prestacionais, previstos na Constituição Federal, ganhou novos contornos quando a estes direitos fundamentais deixou-se de ser atribuído uma eficácia programática e passou-se a ser considerado direito imediatamente aplicável, requerendo, assim, concretização. A eficácia social dos direitos fundamentais, em que pesem os avanços doutrinários e jurisprudenciais, segue sendo um grande desafio ao Estado e a sociedade.

A Saúde Suplementar é a atividade que envolve a operação de planos ou seguros de saúde. Essa operação é regulada pelo poder público, representado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e as operadoras compreendem seguradoras especializadas em saúde, medicinas de grupo, cooperativas, instituições filantrópicas e autogestões. No Brasil, a Saúde Suplementar surgiu na década de 1960, influenciado pelo crescimento econômico do Brasil e pelo avanço do trabalho formal, momento em que as empresas começaram a oferecer planos de assistência médica aos colaboradores. (CARVALHO, 2015).

Conforme entendimento de Tenório (2008), a Constituição Federal de 1988 revolucionou a questão da saúde, estendendo o direito a saúde a todas as pessoas, impondo ao Estado a obrigação de prestar a assistência integral à saúde. O artigo 196 define que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”. Partindo do princípio constitucional, todos têm direito a saúde e esta vem sendo prestada através da integração do SUS (Sistema Único de Saúde), muito embora, de certa forma deficitária, pois deixa muito a desejar no pronto atendimento e no tratamento dispensado ao doente.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a agência reguladora do Governo Federal, vinculada ao Ministério da Saúde, que atua em todo o território nacional na regulação, normatização, controle e fiscalização do setor de planos de saúde no Brasil. O termo suplementar neste contexto significa que, além do sistema público de saúde, que é direito de todos, o cidadão pode contratar serviços privados do mercado de planos de saúde como opção de atendimento médico e odontológico.

Criada a partir de setor específico do Ministério da Saúde, coube à ANS cumprir a Lei nº 9.656, editada em junho de 1998. A Agência nasceu pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, como instância reguladora de um setor da economia sem padrão de funcionamento. A exceção ficava por conta do seguro de assistência à saúde e das seguradoras, sob o controle econômico-financeiro da Superintendência de Seguros Privados (Susep). A saúde suplementar passou a conviver com o sistema público, consolidado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), nascido a partir da Constituição Federal de 1988.

Em relação aos limites de cobertura, conforme se viu, a operadora do plano de saúde deve garantir o acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos definidos como cobertura mínima obrigatória no rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS, no município onde o beneficiário os demandar, desde que esse local seja integrante da área de abrangência geográfica. (BRASIL, 2015).

Em relação a judicialização, segundo VIEGAS (2014), o crescimento do número de ações judiciais tem levado ao diálogo os diversos setores da Justiça e da Saúde, porém se restringindo a contemplar os direitos individualmente pretendidos, sem contribuir para melhorias sistêmicas.

Que para ALMEIDA (2018), é importante que o Judiciário esteja sensível às demandas, bem como os operadores de direito na tentativa de apaziguar conflitos e evitar ações inócuas. A manutenção e a sustentabilidade das empresas que atuam no mercado da saúde suplementar são de interesse de todos, do Estado e da população, quando se trata dos reflexos das decisões contrárias a regulamentação.

## REFERÊNCIAS

**TACHIZAWA**, Takeshi e **MENDES**, Gildásio. Como fazer monografia na prática. 6ª. ed. rev.ampl – Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001.

**MEDEIROS**, João Bosco. A prática de fichamentos, resumos, resenhas. 11ª edição. São Paulo: Editora Atlas S.A, 2010.

**GOUVEIA**, Carina Barbosa. O direito fundamental a saúde, um olhar para além do reconhecimento – Construindo a efetivação que opera em favor da democracia e do desenho institucional. Brasília – DF: GOMES & OLIVEIRA EDITORA.2015.

**GOUVEIA**, Carina Barbosa. A Evolução do Direito Fundamental à Saúde. Brasília – DF: GOMES & OLIVEIRA EDITORA.2015.

**SILVA**, André Santos; 2012. Poder Judiciário e Agência Nacional de Saúde Suplementar X Operadoras de Planos de Saúde. Disponível em: <http://www.migalhas.com.br/Leitores/156073>. Acessado em 24/03/2018.

**JÚNIOR**, Márcio Roberto Montenegro Batista; 2013. Agência Nacional de Saúde Suplementar e o seu poder regulador. Disponível em: [http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=13700](http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13700). Acessado em 24/03/2018.

**CORRÊA**, Eliane Nunes da Silva; 2013. Planos de saúde: as mudanças de paradigmas com a lei 9656/98. MONOGRAFIA.ACERVO DA BIBLIOTECA VIRTUAL DA FANESE. <<http://biblioteca.fanese.edu.br/>. Acessado em 25/08/2018.

**NOBRE**, Milton Augusto de Brito e **SILVA**, Ricardo Augusto Dias da. O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde.1 ed. 1. reimp. Belo Horizonte: FÓRUM. 2011.

**BRASIL**, CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988.

**BRASIL**. LEI 9.656, de 3 de junho de 1988 – Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

**BRASIL**. LEI 9.961, de 28 de janeiro de 2000 – Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

**BRASIL**. LEI 10.850, de 25 de março de 2004 – Atribui competência à ANS e fixa as diretrizes a serem observadas na definição de normas para implantação de programas especiais de incentivo à adaptação de contratos anteriores à lei 9.656/98.

**CARVALHO**, Livia Maria; 2015. A saúde suplementar no Brasil: entenda um pouco. Disponível em: <https://limc.jusbrasil.com.br/artigos/208442559/a-saude-suplementar-no-brasil-entenda-um-pouco> . Acessado em 02/10/2018.

**SALZANO**, João Gabriel Figueiró; 2014. O direito fundamental à saúde mínimo existencial e o conceito de reserva do possível. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/31496/o-direito-fundamental-a-saude> . Acessado em 02/10/2018.

**TENÓRIO**, Anésio Antônio; 2008. Direito à Saúde - Dever do Estado. Disponível em: <http://www.oabsp.org.br/subs/auriflama/institucional/jornal-oab-local/direito-a-saude-dever-do-estado>. Acessado em 05/10/2018.

**VIEIRA**, Cesar; 2015. Gestão pública e relação público-privada na saúde. Disponível em: <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/2571/1535>. Acessado em 05/10/2018.

**ANS**. Folder Institucional; 2017. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/folder\\_institucional\\_2017.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/folder_institucional_2017.pdf). Acessado em 05/10/2018.

**ANS**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>. Acessado em 05/10/2018.

**BRASIL**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L9961.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9961.htm). Acessado em 02/10/2018.

**SUMIDA**, Lais; 2015. Responsabilidade civil dos planos de saúde. Disponível em: <https://laissumida.jusbrasil.com.br/artigos/314570865/responsabilidade-civil-dos-planos-de-saude>. Acessado em 03/10/2018.

**ANS**. Situações de Garantia de Acesso à Cobertura Assistencial. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/prazos-maximos-de-atendimento/situacoes-de-garantia-de-acesso-a-cobertura-assistencial>. Acessado em 03/10/2018.

**FERREIRA**, Aurélio Buarque de Holanda. Dicionário Escolar da Língua Portuguesa. 2ª edição, Curitiba, 2011, Impressão -2012.

**SARLET**, Ingo Wolfgang, 2015. Caso de remédios em fase experimental mostra limites na tutela da saúde. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2015-out-30/direitos-fundamentais-remedios-fase-experimental-mostram-limites-tutela-saude>. Acessado em 25/08/2018.

**MORAES**, Daniela Pinto Holtz; 2010. Efetividade dos direitos sociais: Reserva do possível, mínimo existencial e ativismo judicial. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=7701](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7701)>. Acesso 23/10/2018.

**RAMOS**, Elisa Maria Rudge; 2012. Os direitos sociais: direitos humanos e fundamentais. Disponível em: <https://direitosociais.org.br/article/os-direitos-sociais-direitos-humanos-e-fundamentais/>. Acessado em 02/10/2018.

**ROSA**, Nayana Machado Freitas, 2014. Evolução histórica do direito à saúde face à atuação estatal e sua positivação no ordenamento jurídico brasileiro. Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,evolucao-historica-do-direito-a-saude-face-a-atuacao-estatal-e-sua-positivacao-no-ordenamento-juridico-brsile,50997.html>. Acessado em 25/08/2018.

**SIQUEIRA**, Dirceu Pereira; 2008. O direito fundamental à saúde: dos Direitos Humanos à Constituição de 1988. Disponível em: [http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=2970&revista\\_caderno=9](http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=2970&revista_caderno=9). Acesso 20/10/2018.

**SANTOS**, Adairson Alves dos; 2011. Conceito de Saúde: perspectiva histórica. Disponível em: [http://ambitojuridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=10598&revista\\_caderno=9](http://ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=10598&revista_caderno=9). Acesso 20/10/2018.

**RABELO**, Camila Carvalho; 2011. Direito fundamental à saúde Disponível em: [https://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id\\_dh=6567](https://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id_dh=6567). Acessado em 20/10/2018.

**ABBATEPAOLO**, Antônio Carlos; 2014. As ameaças ao mutualismo e à sustentabilidade dos planos de saúde. Disponível em: <http://www.sindsegs.org.br/site/noticia-texto.aspx?id=16492>. Acessado em 12/09/2018.

**FORNITANO**, Ana Luiza Pinto; 2016. Responsabilidade Civil dos Planos de Saúde e Seguros de Saúde. Disponível em: <https://anaforntano.jusbrasil.com.br/artigos/440414383/responsabilidade-civil-dos-planos-de-saude-e-seguros-de-saude.2016>. Acessado em 10/09/2018.

**ALMEIDA**, Tércio Neves; 2018. O excesso de judicialização da saúde suplementar no País. Disponível em: <https://drtercioalmeida.jusbrasil.com.br/artigos/575798017/o-excesso-de-judicializacao-da-saude-suplementar-no-pais>. Acessado em 05/09/2018.

**BARROS**, Laura Mendes Amando de; Intervenção do Estado deve ter limites. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2010-fev-07/intervencao-estado-fomento-cultural-limites>. Acessado em 09/10/2018.

**IURCONVITE**, Adriano dos Santos; 2007. Os direitos fundamentais: suas dimensões e sua incidência na Constituição. Disponível em: [http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=artigos\\_leitura\\_pdf&%20artigo\\_id=4528](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=artigos_leitura_pdf&%20artigo_id=4528). Acessado em 02/11/2018.

**FILHO**, Naomar de Almeida; 2011. O que é Saúde. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/o-que-e-saude.2011>. Acessado em 09/10/2018.

**FERNANDES**, Bernardes Gonçalves. Curso de Direito Constitucional. RJ: Lúmen Júris, 2010. P. 1046

**CARVALHO**, Livia Maria de; 2015. A saúde suplementar no Brasil: entenda um pouco. Disponível em: <https://limc.jusbrasil.com.br/artigos/208442559/a-saude-suplementar-no-brasil-entenda-um-pouco>. Acessado em 02/11/2018.

**MENDONÇA**, Antônio Penteado; 2015. Saúde pública e saúde privada. Disponível em: <https://economia.estadao.com.br/noticias/geral,saude-publica-e-saude-privada,1618631>. Acessado em 02/11/2018