

III ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITOS SOCIAIS, SEGURIDADE E PREVIDÊNCIA SOCIAL

HADASSAH LAÍS DE SOUSA SANTANA

JOSÉ RICARDO CAETANO COSTA

JOSÉ QUERINO TAVARES NETO

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria - CONPEDI

Presidente - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC - Santa Catarina

Diretora Executiva - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Napolini - UNIVEM/FMU - São Paulo

Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa - Pará

Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG - Goiás

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos - Rio Grande do Sul

Vice-presidente Sudeste - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio - Rio de Janeiro

Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR - Ceará

Representante Discente:

Prof. Dra. Sinara Lacerda Andrade - UNIMAR/FEPODI - São Paulo

Conselho Fiscal:

Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - ESDHC - Minas Gerais

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM - Rio de Janeiro

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho - Ceará

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS - Sergipe

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UNIMAR - São Paulo

Secretarias

Relações Institucionais:

Prof. Dra. Daniela Marques De Moraes - UNB - Distrito Federal

Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - UNIVEM - São Paulo

Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie - São Paulo

Comunicação:

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali - Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB - Paraíba

Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro - UNOESC - Santa Catarina

Relações Internacionais para o Continente Americano:

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA - Bahia

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA - Maranhão

Relações Internacionais para os demais Continentes:

Prof. Dr. José Barroso Filho - ENAJUM

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP - São Paulo

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba - Paraná

Eventos:

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec - Minas Gerais

Profa. Dra. Cinthia Obladen de Almendra Freitas - PUC - Paraná

Profa. Dra. Livia Gaigher Bosio Campello - UFMS - Mato Grosso do Sul

Membro Nato - Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UMICAP - Pernambuco

D597

Direitos sociais, seguridade e previdência social [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Hadassah Laís de Sousa Santana; José Querino Tavares Neto; José Ricardo Caetano Costa – Florianópolis: CONPEDI, 2021.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5648-313-9

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Saúde: segurança humana para a democracia

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Seguridade. 3. Previdência social. III Encontro Virtual do CONPEDI (1: 2021 : Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



III ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITOS SOCIAIS, SEGURIDADE E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Apresentação

DIREITOS SOCIAIS, SEGURIDADE E PREVIDÊNCIA SOCIAL I

O Grupo de Trabalho, coordenado pelos professores Hadassah Laís de Sousa Santana, José Ricardo Costa e José Querino Tavares Neto, discute temas relacionados aos Direitos Sociais, à Seguridade Social e à Previdência Social, contando com artigos de autores que contribuíram com a discussão de maneira profunda e plural.

Os artigos apresentados são amplos e abordam assuntos específicos dentro do tema, permitindo à sociedade um amplo debate quanto à seguridade e previdência social, uma vez que oferece uma visão dos impactos da matéria em diversos e singulares aspectos.

Os trabalhos permearam sobre os efeitos da pandemia do COVID-19 nas relações trabalhistas e previdenciárias, como é o caso da adoção do regime de home Office, o que gerou diversos questionamentos quanto à equiparação às normas de trabalho típico, em face das lacunas deixadas pelo legislador em relação a aspectos do teletrabalho; bem como os riscos de natureza sanitária em momentos de pandemia, que carecem de medidas prestacionais que assegurem as normas sociais fundamentais.

A Emenda Constitucional 103, de 12 de novembro de 2019 é tema de grande enfoque pelos autores, que apresentaram possíveis retrocessos legais a partir de sua publicação, assim como as alterações na aposentadoria especial e nos benefícios previdenciários, analisando, ainda, a constitucionalidade e validade da reforma previdenciária.

É possível citar, ainda, a crítica quanto ao papel do Estado, como responsável pela implementação de políticas públicas que proporcionem o cumprimento dos direitos sociais positivados, em especial quanto ao direito à saúde, considerando os impactos pós-covid, o que inclui a saúde física, mental e estrutural dos brasileiros; e ao direito à educação, em face das medidas adotadas pelo país em razão da pandemia.

Denota-se claro que a assistência e a previdência são fontes de proteção aos cidadãos, uma vez que esses dependem das políticas públicas relacionadas aos direitos sociais para que mantenham o mínimo de dignidade humana. Dessa forma, cabe ao Estado, em caráter de garantidor das normas, proporcionar o progresso assistencial, de modo que os direitos sociais

acompanhem todo e qualquer desenvolvimento social do país, para que sejam preservados e mantidos em amparo aos seus beneficiários.

**REGIME JURÍDICO DA SAÚDE NO BRASIL: GRATUIDADE E
UNIVERSALIDADE A PROVA NA PROPOSTA DE PRIVATIZAÇÃO**

**LEGAL REGIME OF HEALTH IN BRAZIL: GRATUITY AND UNIVERSALITY
PROOF IN THE PROPOSAL FOR PRIVATIZATION**

**Diogo Lopes Cavalcante
Fabiane Grandó**

Resumo

O direito a saúde está previsto na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, no formato gratuito e universal. Sua regulamentação infraconstitucional, todavia, permite a convivência entre um regime público de saúde e um regime particular. Do ponto de vista infralegal, ainda, o Brasil apresenta uma agência regulamentadora chamada de Agência Nacional de Saúde (ANS), cujo papel é de proteger o interesse público na área de saúde. Esse modelo, contudo, a luz da experiência de outros países, vem sendo questionado, com expansão de propostas de privatização, de crescente participação particular na área de saúde.

Palavras-chave: Direito à saúde, Gratuidade e universalidade, Sus, Planos de saúde, Privatização

Abstract/Resumen/Résumé

The right to health is provided for in the Federal Constitution of 1988, in its article 196, in a free and universal format. Its infraconstitutional regulation, however, allows coexistence between a public health regime and a private regime. From an infralegal point of view, Brazil also has a regulatory agency called the National Health Agency (ANS), whose role is to protect the public interest in the area of health. This model, however, in light of the experience of other countries, has been questioned, with the expansion of privatization proposals, of increasing private participation in the health area.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Right to health, Gratuity and universality, Sus, Health insurance, Privatization

INTRODUÇÃO

No Brasil a saúde é considerada como um dos serviços públicos mais importantes e presentes na vida das pessoas. As decisões e regulamentações estabelecidas pelo governo influenciam diretamente em como os cidadãos farão acesso a tal direito que previsto na Constituição Federal de 1988.

De acordo com Kohama (2010 p. 01) “consideram-se serviços públicos o conjunto de atividades e bens que são exercidos ou colocados à disposição da coletividade, visando abranger e proporcionar o maior grau possível de bem-estar social ou da prosperidade pública”.

Porém a qualidade do serviço de saúde é fundamental, pois como objetiva atender as necessidades do povo, erros na gestão pública podem resultar em prejuízos para um grande número de pessoas, exigindo atenção e cuidados na busca dos melhores resultados.

Após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) houve a ampliação do sistema público de saúde na tentativa de garantir o acesso a saúde pública para todos os brasileiros; porém, tal acesso de fato nunca foi possível. De tal forma, o governo vem buscado no setor privado a complementação para alcançar um maior número de pessoas.

O tema a respeito de qual a melhor maneira de garantir acesso à saúde para todos brasileiros vem ganhando destaque, a Constituição não estabelece se o governo o fará pelo sistema público ou privado, dizendo apenas se tratar de um direito essencial a todos brasileiros.

Atualmente o governo federal discute a desregulamentação dos planos de saúde, alterações necessárias para torná-los com maiores coberturas e menores preços. A ideia é fazer com que tais planos ajudem a absorver a demanda pelo SUS, aliviando, ao menos em partes, a procura pelo sistema público e sendo possível de ser contratado também pela parcela de classe baixa na população brasileira.

1. TRATAMENTO DA SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua saúde como sendo um estado de bem-estar físico, mental e social, onde idealiza-se uma condição onde o indivíduo se sinta, acima de tudo, livre de condições que possam trazer desconforto para com seu dia-a-dia, priorizando assim, sua dignidade como pessoa humana. Tal interpretação é produto de várias eras de aprimoramento científico, econômico, e social, levando a saúde ao patamar de direito social, este que deve ser resguardado sem distinção de raça, ideologia, religião, condição socioeconômica ou política, sendo assim, um bem de todos.

Em consonância com essa ideia, o poder legislativo brasileiro buscou normatizar tal conceito, visando a promoção da chamada saúde universal, expressando em diversos artigos este objetivo. A Constituição Federal de 1988 traz essa conceituação à tona, juntamente ao dogma de que a saúde se trata de um dever do Estado, como pode ser visto em seu Art. 196:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Além disso, em seus artigos subsequentes, mais precisamente até o Artigo 200, a legislação enfatiza o papel central do Poder Público como fornecedor principal de saúde, cabendo ao mesmo, segundo a lei, regulamentar, fiscalizar, e controlar sua execução:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Juntamente a tais normas, há ainda as noções expressas no artigo 6 e 7, onde a saúde é interpretada como sendo não só um direito social, mas também um trabalhista, assegurando assim as normas cabíveis de fornecimento de meios capazes de prover ao proletário um ambiente ao qual sua saúde, segurança e higiene sejam priorizadas e não comprometidas por possíveis abusos advindos de seus respectivos superiores.

Tais responsabilidades legislativas, e muitas outras relacionadas ao tema saúde, competem aos entes federativos, tais como à União, aos Estados e ao Distrito Federal. Já nas questões administrativas, como o provimento dos serviços destinados a população por meio dos sistemas de saúde pública, competem aos municípios, onde estes devem fornecer serviços baseados nos pilares da igualdade de acesso, integralidade no atendimento, e universalidade.

1.1 Saúde gratuita e universal

Um debate que recentemente vem ganhando força consiste naquele que tem como pauta a ideia de que bens se opõem a direitos. De acordo com o pensamento jusnaturalista, as pessoas têm direito à vida, à liberdade e à procura da felicidade. Um bem é tudo aquilo que tem utilidade, que satisfaz uma necessidade, sendo algo pelo qual você trabalha e, com os frutos desse esforço, o toma posse, pode ser, inclusive, uma necessidade fundamental, como comida. No entanto, recentemente, com o avanço da chamada ‘cultura da dependência’, cada vez mais esses "bens" estão sendo interpretados como "direitos", algo que vem a gerar consequências nocivas para a sociedade.

Inicialmente, pode parecer uma visão bastante inocente decidirmos arbitrariamente que as pessoas têm direito a coisas como educação, emprego, moradia e tratamento médico universal. Quando é feita uma análise mais minuciosa das consequências desse pensamento, veremos que o funcionamento da ética do trabalho e da frugalidade será bastante desbalanceado caso as pessoas aceitem essas ideias. Segundo o economista austríaco Murray Rothbard, não há nenhuma maneira de medir a qualidade e o sucesso de um produto pelo qual os consumidores são forçados a pagar. Ora, se for decidido que algumas pessoas possuem o direito a consultas médicas gratuitas, isso implica no fato de que outras pessoas terão de arcar com custos para que esse serviço seja ofertado a terceiros, fazendo com que essas pessoas sejam obrigadas a pagar por esse seu “direito”.

Então inicia-se uma contradição: essa outra pessoa não mais tem o mesmo direito que eu tenho. Meu direito é receber serviços gratuitos; o "direito" dela é me fornecer — ou financiar — estes serviços. Meu direito criou um dever para essa pessoa: ela agora é obrigada a efetuar uma ação que ela não necessariamente queria efetuar. Embora nós dois sejamos humanos, a liberdade de escolha dessa pessoa foi subordinada à minha liberdade de escolha. Aquele direito que concedi a mim (saúde gratuita) está sendo negado a esta outra pessoa, pois ela, ao ficar com o fardo de pagar pela minha saúde, perdeu seu "direito" à saúde gratuita.

É verdade que todos têm o direito a buscar algum tipo de assistência médica, sem que sejam impedidos por políticas governamentais. No entanto, isso não configura com clareza a atual realidade. O sistema de saúde vigente possui inúmeras interferências governamentais no processo.

A regulamentação federal, a inflação, as leis fiscais e normas federais ditando quais os serviços devem ser fornecidos obrigatoriamente pelos planos de saúde, a interferência estatal no mercado de planos, os licenciamentos para exercício da profissão, que nada mais são do que uma maneira de cartelizar a profissão de médico. Tudo isso gera efeitos negativos na prestação de serviços médicos, inibindo a competitividade e acomodando os profissionais em seus pedestais públicos e majoritariamente livres de sanções.

2. O MODELO DA SAÚDE NO BRASIL

2.1 Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde, reconhecido nacionalmente pela sigla “SUS”, é o sistema público de saúde brasileiro criado em 1988, inspirado no Sistema britânico intitulado National Health Service. O SUS é composto pelo Ministério da Saúde, por Estados e municípios, conforme determinado pela Constituição Federal, tendo cada uma suas responsabilidades.

Sua gestão é feita pelo Ministério da Saúde, onde este fiscaliza, normatiza, formula, monitora e avalia suas políticas e ações, juntamente ao Conselho Nacional de Saúde, tendo o Governo Federal como principal financiador da Rede Pública de Saúde. Já os Estados possuem a responsabilidade de administrar os recursos advindos da União (do contribuinte), sendo responsáveis pelo atendimento à saúde em seu território. Quanto aos municípios, estes são encarregados da execução dos serviços e ações de saúde nos limites de seu território, formulando suas próprias políticas e respeitando as normas federais. Também podem estabelecer parcerias com outros municípios para atender a demanda da população, ou para realizar operações mais complexas.

O Sistema Único de Saúde é positivado atualmente pela lei 8080/90, onde são expressos seus princípios, tais como a universalização, dizendo que a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e que cabe ao Estado fornecer esse direito, sem discriminação de etnia, religião, ocupação, ideologia ou outras características; também é dito sobre o princípio de equidade, cujo objetivo é o de diminuir as desigualdade; e por último, o princípio da integralidade, considerando as pessoas como um todo, ou seja, atendendo as suas necessidades, incluindo a promoção da saúde, o tratamento, a reabilitação e a prevenção de doenças.

2.2 Planos De Saúde

O plano de saúde é um serviço realizado por empresas privadas e operadoras com o objetivo de prestar assistência médica e hospitalar. A lei 9.656 de 1998 normatizou as atividades das operadoras de Plano à Saúde, pessoas jurídicas de direito privado criadas como sociedades civis ou comerciais, entidades de autogestão, ou cooperativas, que atuem no fornecimento de produtos ou serviços de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto em seu art. 1º, II.

II - Operadoras de seguros privados de assistência à saúde: as pessoas jurídicas constituídas e reguladas em conformidade com a legislação específica para a atividade de comercialização de seguros e que garantam a cobertura de riscos de assistência à saúde, mediante livre escolha pelo segurado do prestador do respectivo serviço e reembolso de despesas, exclusivamente.

Surge assim o chamado Plano Privado de Assistência à Saúde, caracterizado quando o indivíduo assina um contrato com uma operadora ou empresa privada e se torna inscrita em determinado plano daquela sociedade. Em seguida, passa, através do pagamento mensal, a ter a garantia da cobertura de seus gastos médicos, hospitalares e ambulatoriais prestados por sua Rede Assistencial (o conjunto de médicos, hospitais, exames ligados aquele plano).

É competência da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) fiscalizar e normatizar qualquer categoria de serviço, produto ou contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferenciem de atividade prioritariamente financeira e prevista na Constituição.

Para a obtenção de autorizações de funcionamento, as operadoras devem preencher requisitos fixados pela lei 9.656, previstas no art. 8º. Tendo que ter, por exemplo, registro nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia. Além disso operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem discriminar e evitar de que o consumidor participe dos planos em razão da idade ou de sua condição de pessoa deficiente, conforme previsto no art. 14:

Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos ou seguros privados de assistência à saúde.

O contrato também deve prever a variação das contraprestações pecuniárias em razão da idade do consumidor e os percentuais de reajuste incidentais em cada uma das faixas etárias, conforme normas da ANS conforme o art. 15 da lei 9.656/98, assim como outras variações previstas na Lei.

3. A REGULAMENTAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

3.1 Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil.

Foi criada pela Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000, como uma autarquia especial federal, com o intuito de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país. Dentre as suas competências estão a de Regular e Qualificar a Saúde Suplementar e realizar Articulações Institucionais.

Principais Resoluções Normativas/decisões da ANS ao longo de sua história	
2002	- Criadas regras para a Declaração de Saúde, que trata da prestação de informações de doenças/lesões pré-existentes, evitando prejuízos às operadoras por fraudes/omissões
2003	- RN 24: define normas para aplicação de sanções (elevação em até 20 vezes o valor da multa em caso de infrações que gerem prejuízos coletivos). - RN 42: normas para celebração de contratos entre operadoras e prestadores de serviços hospitalares.
2004	- Criação do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, com o

	intuito de mensurar a qualidade das operadoras.
2010	- Lançamento da Notificação de Investigação Preliminar – NIP, instrumento criado com o objetivo de solucionar conflitos entre consumidores e operadoras em caso de negativa de cobertura.
2011	- RN 259: define prazos máximos de atendimento aos beneficiários, impondo alterações na dinâmica estrutural das operadoras.
2012	- RN 309: definição de regras para reajuste de mensalidades em planos coletivos com menos de 30 beneficiários.
2013	- Obrigatoriedade de que as operadoras forneçam bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector. - RN 323: obrigatoriedade de criação de ouvidorias nas operadoras. - Obrigatoriedade de que as operadoras informem por escrito as razões da negativa de procedimentos.
2016	- Inserção de exames para detecção do vírus zika no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. - RN 398: impõe que as operadoras e hospitais tenham obstetrites e enfermeiros obstétricos à sua rede assistencial.

(MV, 2016).

A ANS causa diversos impactos diretos sobre as operadoras de seguro de saúde e indiretos para os consumidores que, não são necessariamente bons. Além das multas e da proibição da comercialização de planos em caso de descumprimento das normas, há ainda o crescimento exponencial da judicialização no setor. Conforme dados do CNJ, só em 2015, havia 400 mil processos relacionados à assistência à saúde (pública e privada) nos tribunais do país.

Devido as constantes imposições regulatórias o setor sofre diversas pressões, somente a RN 167 trouxe a inclusão de 100 novos procedimentos médicos obrigatórios pelas operadoras, ou seja, as obrigando a ofertar procedimentos que não existiam demanda natural suficiente, criando uma demanda artificial e inflando os preços dos produtos.

Algumas das sanções passíveis de serem aplicadas pela ANS: Advertência; Multas; Cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora; Suspensão de exercício do cargo (controladores); Inabilitação permanente dos gestores para exercício de cargos de direção ou em conselhos de qualquer operadora, bem como em entidades de previdência privada, seguradoras, corretoras e instituições financeiras.

Sendo assim, constata-se que a ANS é uma Agência Reguladora dos planos de saúde, dotada de boas intenções para evitar a exploração do mercado sobre os consumidores, porém em determinadas situações percebe-se que as suas regulamentações na prática, podem surtir um efeito diverso do esperado inicialmente, podendo até “prejudicar” a população.

3.2 Consequências da regulamentação da saúde

Toda regulamentação Estatal gera diversas consequências, as vezes boas para o consumidor e nem tanto para o produtor, por outras vezes ruins para o produtor e pior ainda para os consumidores. Quando se fala de regulação da saúde no Brasil, um setor extremamente essencial para a evolução do país, compreende-se que as regulamentações realizadas são bem intencionadas, objetivando trazer a melhor qualidade para o consumidor porém, em diversos casos observa-se que o efeito final destas regulamentações são totalmente diferentes do que o esperado inicialmente, prejudicando muitas vezes principalmente os mais pobres.

Em 2017 e em 2019 a ANS fixou um reajuste anual máximo para os planos de saúde

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) fixou em até 13,55% o índice de reajuste a ser aplicado aos planos de saúde médico-hospitalares individuais/familiares no período compreendido entre maio de 2017 e abril de 2018. (ANS, 2017).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulgou nesta terça-feira (23/07) o percentual máximo de reajuste que poderá ser aplicado nas mensalidades dos planos de saúde individuais ou familiares com aniversário no período de maio de 2019 a abril de 2020. O índice foi estabelecido em 7,35%. (ANS, 2019).

De acordo com dados do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), o VCMH que se trata de um índice de variação das despesas médico-hospitalares, avaliando tanto o aumento dos custos dos serviços de saúde quanto da frequência de utilização deles, em 2016 registrou em 20,4%(IESS, 2016), em 2017 teve alta para 16,6% (IESS, 2017) e em 2018 atingiu 17,3% (IESS, 2018) e em 2019 estima-se que essa inflação será de 17% (IESS, 2019).

Dessa forma a ANS obrigada que as prestadoras de serviços de planos de saúde operem com prejuízo, impossibilitando que seja feito um reajusto equivalente ao mercado, a única alternativa que resta para as empresas é aumentar o valor inicial para se precaverem de situações como essa. Portanto com a intenção de evitar reajustes abusivos a ANS estabeleceu um aumento inferior a inflação médica e como consequência os preços da base irão aumentar para evitar com que as empresas entrem em falência e dificulte ainda mais o acesso a saúde.

Além do mais, a regulamentação desincentiva a criação de novas empresas de planos de saúde, pois o setor sofre de uma enorme instabilidade da certeza de retorno do serviço ofertado.

Outra resolução normativa bem que foi criada de forma bem intencionada, mas os seus efeitos foram totalmente o oposto é a RN nº 63 de 2003 que está vigente atualmente somente permite reajuste de preços dentro das seguintes faixas etárias:

Art. 2º Deverão ser adotadas dez faixas etárias, observando-se a seguinte tabela:
I-0 (zero) a 18 (dezoito) anos;
II-19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;

III-24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;
IV-29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;
V-34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;
VI-39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;
VII-44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;
VIII-49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;
IX-54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;
X-59 (cinquenta e nove) anos ou mais. (ANS, 2003).

Ou seja, não é permitido que as empresas e os consumidores debatam e entrem em um acordo livremente sobre qual seria a melhor forma de reajuste para aquele consumidor. Outro fator que agrava é que em todo território nacional os ajustes são feitos da mesma forma, desconsiderando totalmente as particularidades de cada região e principalmente de cada indivíduo.

Da mesma forma a resolução afirma que:

Art. 3º Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária deverão ser fixados pela operadora, observadas as seguintes condições:
I - o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária. (ANS, 2003).

O aumento total entre as dez faixas etárias não pode ser superior as seis vezes o valor da primeira faixa etária. Na prática, se as empresas fornecerem um plano de saúde barato nas primeiras faixas etárias, quando o contratante chegar nas últimas e a empresa necessitar reajustar o valor, ela estará limitada a um reajuste que por muitas vezes será insuficiente.

Sendo assim, as empresas se encontram obrigadas as oferecer planos de saúde cada vez mais caros para as primeiras faixas etárias, para assim não falir quando seus consumidores atingirem as faixas etárias mais altas, ocasionando um aumento absurdo dos preços dos planos de saúde no Brasil.

Observa-se também no artigo 15, § 3º do Estatuto do Idoso “é vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade”. Para o estatuto considera-se idosas as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, portanto a legislação somente permite reajustes até os 59 anos.

Na prática, esse artigo obrigou as empresas aplicar os reajustes que seriam feitos a partir dos 60 anos, todos juntos aos 59 anos, ocasionando um elevado aumento nos preços dos reajustes e conseqüentemente a desistência dos planos de saúde de diversas pessoas que chegam a essa idade.

Dessa forma a regulação estatal nos planos de saúde ocasionou um elevado aumento dos preços em todas as faixas etárias, devido a proibição de reajustes a partir dos 60 anos, fazendo com que os reajustes sejam feitos todos até os 59 anos, e ainda determinou que esse

reajuste não seja superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária, obrigando mais ainda as empresas a aumentar os valores das primeiras faixas etárias, tornando todo o plano de saúde mais caro e conseqüentemente dificultando o acesso a população mais pobre.

Diante do fato de que a saúde é um direito de todos, muitas vezes os mais privilegiados utilizam deste fato para se beneficiarem, tendo condições financeiras para bancarem o custo de procedimentos cirúrgicos e remédios com valores elevados, adentram no poder judiciário e ganham o direito de adquirirem pelo SUS, aumentando ainda mais os gastos do sistema.

Nesse mesmo sentido, o a garantia de que o SUS paga tudo inflaciona os preços do mercado, pois, independente se o procedimento custar x ou 3x o Estado pagará, não há motivo algum para se buscar alternativas para esse preço ser diminuído, ocasionando assim um enriquecimento que não aconteceria naturalmente e conseqüentemente mais custos para o Estado arcar e mais impostos para a população pagar.

4. MODELOS DE SAÚDE DE OUTROS PAÍSES

Em todos os países o sistema de saúde é formado de maneira singular, há diversas inspirações em modelos “mais sucedidos”, porém há uma adaptação para aquela realidade considerando entre diversos fatores a cultura e a tradição. Nesta seção serão apresentados alguns modelos de sistema de diferentes países do globo.

Na Alemanha ter um plano de saúde é obrigatório, inclusive para estrangeiros. O sistema de seguros de saúde é dividido em Seguro de Saúde Estatal e Privado, onde no primeiro todas as pessoas empregadas e que recebem um valor bruto inferior a 53.100 Euros por ano são obrigadas a possuir um seguro, sendo o seu valor dividido entre o empregado e o empregador. Já no seguro privado só é possível contratar quem recebe um salário anual superior a 53.100 Euros, sendo o setor dividido entre diversas empresas que se assemelham entre si, pois todas são obrigadas a respeitar o catálogo de "coberturas obrigatórias" determinado pelo governo. Em 2018 a Alemanha ocupou o terceiro lugar no ranking mundial de gastos públicos com a saúde.

Na França o Estado exerce um papel central na saúde, controlando as relações entre as diversas instituições financeiras, os médicos e os pacientes, anualmente destina-se cerca de 10% do PIB para o setor da saúde. A saúde pública baseia-se no seguro obrigatório de saúde, descontando mensalmente da folha de pagamento do trabalhador e destinando o dinheiro para o financiamento do sistema de saúde. O sistema permite que pessoas com poucos recursos financeiros tenham 100% dos seus gastos reembolsados posteriormente, ao contrário de que

os indivíduos com maiores recursos recebem proporcionalmente. Também existem planos de saúde privados e complementares, que oferecem serviços que o SHI não cobre. No país há liberdade total de escolha para o paciente, quem necessita de auxílio médico decide qual médico ou instituição preferem se consultar, se procura um clínico geral ou se vai direto a um especialista, sendo a maioria dos médicos e clínicas da rede privada. O sistema de saúde francês foi considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o melhor do mundo.

Os Estados Unidos adotam o sistema político federalista, tornando os estados bastante autônomos para criarem as suas próprias regras, portanto, em cada estado há diferentes tipos de coberturas e convênios médicos em seus territórios. Cerca de 75% da população possui planos de saúde privados, a grande maioria é financiada pelo empregador aos seus funcionários. No entanto, muitos americanos não são beneficiados com esses planos e não possuem dinheiro para pagar um convênio próprio, esses indivíduos recorrem a programas sociais como o Obamacare, Medicare e Medicaid. Além dos serviços ofertados pelo Governo a nível federal e estadual e do seguro privado há diversas entidades não governamentais para grupos específicos, como o câncer, drogas e crianças. Diante disso, observa-se que o sistema de seguro dos EUA provoca instabilidade na saúde da população, visto a sua dependência do vínculo de trabalho e do empregador, dificultando a vida dos indivíduos em casos de desemprego e mudança de emprego.

5. A PROPOSTA DE DESREGULAMENTAÇÃO E PRIVATIZAÇÃO DO SUS

Desde o final de 2016 o governo federal discute alterações necessárias para tornar planos de saúde privados com maiores coberturas e menores preços. A ideia é fazer com que tais planos ajudem a absorver a demanda pelo SUS, aliviando, ao menos em partes, a procura pelo sistema público.

Como o Sistema Único de Saúde brasileiro é formado por uma ampla rede de prestadores e colaboradores de seus serviços, existem diversas argumentações e posições a respeito dessas alterações e principalmente da desregulamentação.

Segundo pesquisa publicada no site do G1, em 2018, o mercado de planos de saúde privados abrangeu cerca de 30% dos brasileiros. Para muitos comentaristas do assunto, especialmente os mais liberais, quanto menor for a participação do governo maior a autonomia para que esses planos privados possam ser usufruídos por uma maior parte da população.

Quando analisamos esse número, observamos que entre a classe A e B 55% possuem plano de saúde, já nas classes C e D esse número cai para apenas 23%.

Isso evidencia que o custo para manter um plano de saúde não é baixo, especialmente para famílias carentes, onde muitas vezes seu orçamento já está totalmente comprometido.

Ao analisarmos a qualidade prestada aos usuários da rede pública, é grande o índice de insatisfação. Conforme a própria pesquisa do G1, a grande maioria dos brasileiros está insatisfeita com o serviço, seja pelo tempo de agendamento, tempo de espera na fila, atendimento em geral, etc.

De modo geral a grande maioria dos brasileiros gostaria de possuir plano de saúde privado, pois considera a saúde como fundamental em sua qualidade de vida. Porém o grande entrave para que essas pessoas tenham acesso a tais planos é o valor cobrado pelo serviço, ficando reféns do SUS em caso de alguma enfermidade ou necessidade de serviços de saúde.

Assim entende-se que desregulamentar o setor de planos de saúde privados eliminando barreiras para que mais pessoas possam ter acesso e contribuindo para a diminuição da demanda de serviços ofertados pelo SUS parece ser o melhor caminho a ser seguido, tanto para o governo quanto para empresas e população de um modo geral, especialmente as mais carentes.

5.1 Sistema de vouchers

O sistema de vouchers é fundamentalmente uma espécie de “vale”, onde Estado dá o dinheiro para o indivíduo e o indivíduo escolhe onde irá gastar esse dinheiro, algo semelhante como o Bolsa-Família. Diferente do atual sistema onde o Estado “obriga” os indivíduos a utilizar determinados serviços e nas condições que ele oferece.

Há diversos problemas com o Bolsa-Família, porém é fato que ele contribuiu para a diminuição da miséria no Brasil (segundo dados do IPEA diminuiu-se cerca de 28% da miséria). O programa foi fundamentalmente baseado na doutrina liberal de Milton Friedman, dando total liberdade ao consumidor beneficiado de escolher o que e onde comprar, diferente do programa Fome Zero que falhou justamente porque quis estatizar a distribuição de alimentos e o tipo de alimento a ser fornecido.

A Constituição Federal afirma que é dever do Estado fornecer saúde a população, porém não fala em nenhum momento que essa prestação deve ser de forma direta, abrindo margem para a “terceirização”

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e

ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Outro exemplo semelhante ao uso de vouchers é o programa ProUni que, no primeiro semestre de 2019 ofertou cerca de 244 mil bolsas (PROUNI 2019), outra manifestação do governo admitindo que é mais barato e mais eficiente conceder bolsas-educação do que ele próprio, governo, expandir a rede de ensino universitário público.

Como exemplo na área de saúde temos em São Paulo o programa Corujão da Saúde, onde na presença de enormes filas para o atendimento o Estado decidiu realocar o serviço de realização de alguns exames para o setor privado, evitando com o que o contribuinte fique meses nas filas do SUS e vá direto aos Hospitais privados sem pagar nada a mais.

Atualmente existe um monopólio, a população já pagou pelos serviços via impostos, e a única opção é utilizar esses serviços ou pagar novamente e utilizar os serviços privados, não possibilitando uma “concorrência justa” entre o setor público e privado.

O sistema de vouchers diminui o problema de gestão pois o governo não precisa se preocupar com a infraestrutura, o setor privado já possui e está pronto para receber essa demanda. Diferente do sistema atual o voucher proporciona a competição entre as empresas, em ofertar serviços melhores e mais baratos para assim receber os vouchers de seus clientes.

Diante disso o Sistema de Vouchers aparenta ser uma boa alternativa para o sistema atual de saúde, proporcionando aos indivíduos a liberdade de escolher conforme as suas necessidades, provocando o mercado a se adequar as demandas necessárias e consequentemente melhorando a qualidade de vida da sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do artigo foi verificar como a regulação dos planos de saúde interfere em seu uso e altera as condições e preços dos serviços ofertados pela rede privada. Diante disso, constatou-se que perante a Constituição federal à saúde é um direito de todos e um dever do Estado, no entanto, a lei não determina se o Estado o fará pela rede pública ou privada, sendo o mesmo responsável por sua regulamentação, fiscalização e controle.

A regulamentação, feita pela ANS, traz diversos impactos sobre as operadoras de saúde e para seus consumidores. Tais regulamentações por mais que estejam bem intencionadas, acabam prejudicando a população no sentido de tornar os planos de saúde privados mais caros, dificultando seu acesso principalmente pelas pessoas mais carentes.

Uma das alternativas seria a criação de vouchers, onde semelhante ao programa bolsa família o indivíduo recebe um valor mensal e escolhe em qual clínica ou hospital irá realizar

seu tratamento. A vantagem dessa criação seria utilizar e fortalecer a rede privada de saúde já existente, forçando o mercado a se adequar às novas demandas e melhorando a qualidade de vida da sociedade.

Outra alternativa bastante interessante é desregulamentar o setor de planos de saúde privados, eliminando barreiras para que mais pessoas possam ter acesso e contribuindo para a diminuição da demanda de serviços ofertados pelo SUS.

Tal solução deverá ser encontrada conjuntamente por governo e sociedade, onde o primeiro é responsável por oferecer o serviço, e o segundo responsável pelo pagamento de impostos, mantendo o sistema e estando no direito de receber um atendimento de saúde condizente com sua necessidade e qualidade necessária.

REFERENCIAS

ANS. **ANS divulga teto de reajuste autorizado para planos individuais.** 19 mai. 2017. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/3907-ans-divulga-teto-de-reajuste-autorizado-para-planos-individuais-2017>>. Acesso em: 10 set. 2019.

ANS. **ANS limita em 7,35% o reajuste de planos de saúde individuais ou familiares.** 23 jul. 2019. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/5080-ans-limita-em-o-reajuste-de-planos-de-saude-individuais-ou-familiares>>. Acesso em: 10 set. 2019.

ANS. **Resolução Normativa nº 63 de 22 de dezembro de 2003.** Define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NzQ4>>. Acesso em: 10 set. 2019.

BERCOVICI, Gilberto. A Descentralização de Políticas Sociais e o Federalismo Cooperativo Brasileiro. **Revista de Direito Sanitário**, vol. 3, n. 1, março de 2002.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional.** São Paulo: Editora Malheiros, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde.** Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. **LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.741compilado.htm>. Acesso em: 30 nov. 2019.

BRASIL. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 30 nov. 2019.

DALLARI, Sueli Gandolfi; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **Direito Sanitário**. São Paulo: Editora Verbatim, 2010

HENRIQUES, Fátima Vieira. **Direito Prestacional à Saúde e Atuação Jurisdicional**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008.

IESS. **VCMH 16**. Disponível em: <https://www.iess.org.br/?p=publicacoes&id=877&id_tipo=13>. Acesso em: 30 nov. 2019.

IESS. **VCMH 17**. Disponível em: <https://www.iess.org.br/?p=publicacoes&id=966&id_tipo=13>. Acesso em: 30 nov. 2019.

IESS. **VCMH 18**. Disponível em: <https://www.iess.org.br/?p=publicacoes&id=1013&id_tipo=13>. Acesso em: 30 nov. 2019.

G1. **No Brasil, 70% não tem plano de saúde particular, apontam SPC e CNDL**. Disponível em: <<https://g1.globo.com/economia/noticia/no-brasil-70-nao-tem-plano-de-saude-particular-apontam-spc-e-cndl.ghtml>> Acesso em 10 set 2019.

IESS. **Novo relatório internacional projeta avanço de 17% nos custos médico-hospitalares no Brasil em 2019**. 29 maio 2019. Disponível em: <<https://www.iess.org.br/?p=blog&id=916>>. Acesso em: 10 set. 2019.

KOHAMA, Heilio. **Contabilidade pública: teoria e prática** / Heilio Kohama. 11. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MV. **Tudo o que você precisa saber sobre a ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar**. 23 nov. 2016. Disponível em: <<http://www.mv.com.br/pt/blog/tudo-o-que-voce-precisa-saber-sobre-a-ans---agencia-nacional-de-saude-suplementar>>. Acesso em: 10 set. 2019.

OGLOBO. **FenaSaúde: inflação médica supera reajuste dos planos**. 26 jul. 2017. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/fenasau-de-inflacao-medica-supera-reajuste-dos-planos-21617292>>. Acesso em: 10 set. 2019.

SARAIVA, Paulo Lopo. **Garantia Constitucional dos Direitos Sociais no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Forense, 1983.

SARLET, Ingo Wolfgang. Os Direitos Fundamentais, sua dimensão organizatória e procedimental e o direito à saúde: algumas aproximações. **Revista de Processo**. Ano 34, vol. 175, setembro, 2009.

SANTOS, Lenir. **SUS e a Lei Complementar 141 comentada**, Campinas: Editora Saberes, 2012.

SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas Considerações em torno do Conteúdo, Eficácia e Efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. **Revista Diálogo Jurídico**, Salvador, CAJ – Centro de Atualização Jurídica, n. 10, janeiro, 2002,

SERRANO, Mônica de Almeida Magalhães. **O Sistema Único de Saúde e suas diretrizes constitucionais**. São Paulo: Editora Verbatim, 2012.

SANTOS, Lenir. SUS: Contornos da Integralidade da Atenção à Saúde. **Boletim de Direito Administrativo**. Ano XXIII, n. 8, agosto, 2007, 921-927.

SANTOS, Lenir (organizadora) **Direito da Saúde no Brasil**. Campinas: Editora Saberes, 2010.

WEICHERT, Marlon Alberto. **O Direito à Saúde e o Princípio da Integralidade**. Campinas: Editora Saberes, 2010.