XXVI ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI BRASÍLIA – DF

DIREITOS SOCIAIS, SEGURIDADE E PREVIDÊNCIA SOCIAL

JOSÉ EDUARDO SABO PAES

JOSÉ RICARDO CAETANO COSTA

Copyright © 2017 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

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

Diretoria – CONPEDI
Presidente - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UNICAP
Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Ingo Wolfgang Sarlet – PUC - RS
Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim – UCAM
Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Maria dos Remédios Fontes Silva – UFRN
Vice-presidente Norte/Centro - Profa. Dra. Julia Maurmann Ximenes – IDP
Secretário Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba – UFSC
Secretário Adjunto - Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto – Mackenzie

Representante Discente – Doutoranda Vivian de Almeida Gregori Torres – USP

Conselho Fiscal:
Prof. Msc. Caio Augusto Souza Lara – ESDH
Prof. Dr. José Querino Tavares Neto – UFG/PUC PR
Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini Sanches – UNINOVE
Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva – UFS (suplente)
Prof. Dr. Fernando Antonio de Carvalho Dantas – UFG (suplente)

Secretarias:
Relações Institucionais – Ministro José Barroso Filho – IDP
Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho – UPF
Educação Jurídica – Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues – IMED/ABEDi
Eventos – Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta – FUMEC
Prof. Dr. Jose Luiz Quadros de Magalhaes – UFMG
Profa. Dra. Monica Herman Salem Caggiano – USP
Prof. Dr. Valter Moura do Carmo – UNIMAR
Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr – UNICURITIBA
Comunicação – Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro – UNOESC

D597

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

Coordenadores: José Eduardo Sabo Paes; José Ricardo Caetano Costa - Florianópolis: CONPEDI, 2017.

Inclui bibliografia
ISBN:978-85-5505-452-5
Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações
Tema: Desigualdade e Desenvolvimento: O papel do Direito nas Políticas Públicas

1.Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Saúde. 3. Assistência.

4. Vulnerabilidade. XXVI EncontroNacional do CONPEDI (26. : 2017 : Brasília, DF).

CDU: 34

Conselho Nacional de Pesquisa
e Pós-Graduação em Direito
Florianópolis – Santa Catarina – Brasil
www.conpedi.org.br

XXVI ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI BRASÍLIA – DF

DIREITOS SOCIAIS, SEGURIDADE E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Apresentação

Dos 17 artigos aprovados no GT o qual coordenamos, no XXVI ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI, realizado entre os dias 19 a 21 de julho de 2017, em Brasilia, DF, foram apresentados 14 artigos, sendo que três os autores não se fizeram presentes. Os trabalhos versaram sobre uma plêiade de direitos sociais que abordaram não somente os direitos da seguridade social propriamente ditos (Saúde, Assistência e Previdência Social), como outros tantos direitos sociais como a saúde dos indígenas, dos refugiados, tributação, direito do trabalho, entre outros.

Vejamos uma rápida sinopse de cada um dos trabalho apresentados.

No artigo denominado A APOSENTADORIA RURAL COMO DIREITO AO DESENVOLVIMENTO E SUA PROMOÇÃO PELO PODER JUDICIÁRIO, de Viviane Freitas Perdigao Lima, Renata Caroline Pereira Reis Mendes, os autores analisam a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça na comprovação do labor rural, que enfoca o primando a solidariedade, os direitos humanos e o dogma da responsabilidade social.

No artigo denominado A FRAGILIDADE DOS DIREITOS DE CIDADANIA NO BRASIL: UM ESTUDO DE CASO NO NÚCLEO DE PRÁTICA JURÍDICA, de Hector Luiz Martins Figueira , Carla Sendon Ameijeiras Veloso, abordam os direitos de cidadania (civis e sociais) e seus mecanismos – práticas judiciais - de efetividade pelo estado brasileiro. Enfocam estes direitos a partir do núcleo de prática jurídica de uma grande Universidade privada do estado do Rio de Janeiro.

No artigo denominado A INTOLERÂNCIA E O PRECONCEITO AOS REFUGIADOS, de Renato Ferraz Sampaio Savy, o autor analisa as condições dos refugiados no Brasil e no mundo, refletindo sobre a intolerância e o preconceito praticados contra eles. Ressaltando que atualmente, ao fugirem de guerras e situações de risco, milhares de refugiados são recebidos com pouca ou nenhuma estrutura, sendo excluídos e hostilizados pela comunidade do local escolhido para a nova vida.

No artigo denominado À SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA NO BRASIL COMO POLÍTICA PÚBLICA DE EFETIVAÇÃO DE MINIMIZAR AS DESIGUALDADES SOCIAIS, de Carla Rosane Pereira Cruz , Renata Freitas Quintella Riggo, as autoras tratam

das políticas públicas adotadas pelo Governo Federal de atenção à saúde da população indígena, através de medidas implementadas pelo Estado como forma de concretizar o direito social à saúde prevista no art. 6º da Constituição Federal de 1988.

No artigo denominado A SOLIDARIEDADE SOCIAL COMO PRINCÍPIO E FUNDAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL, de Camila Barreto Pinto Silva, Cristina Barbosa Rodrigues, as autoras intentam demonstrar que a seguridade social visa disseminar e fortalecer a solidariedade que é um dos pilares da sociedade moderna. Avaliam o principio da solidariedade social, como um dos pilares da seguridade social.

No artigo denominado AUXÍLIO RECLUSÃO E O PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA: REFLEXÕES SOBRE A PROTEÇÃO À FAMÍLIA DO PRESO, de Maria Priscila Soares Berro , Bruno Valverde Chahaira, estuda o benefício do Auxílio reclusão levando em consideração o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana e a Emenda Constitucional nº 20/1998.

No artigo denominado DEMOCRACIA E TRIBUTAÇÃO: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS TEORIAS DE HABERMAS, de Juselder Cordeiro Da Mata, o autor examina as controvérsias implantadas pela ruptura do Federalismo Fiscal Brasileiro através do desvio de finalidade das Contribuições Sociais, a concentração de receita no âmbito do Ente Central, enfraquecimento do Estado Democrático e a quebra de valores sociais já conquistados.

No artigo denominado JUSTA EXPECTATIVA, PROTEÇÃO À IMINÊNCIA E DIREITO ADQUIRIDO A APOSENTAÇÃO: CONSTITUINDO MEIOS PARA A MAIS EFETIVA PROTEÇÃO DOS VULNERÁVEIS EM FACE DAS MUDANÇAS PREVIDENCIÁRIAS, de Fábio Periandro de Almeida Hirsch, o autor enfrenta os reflexos, em nível previdenciário, aos vulneráveis, constantes das modificações do regime jurídico previdenciário, limitando expectativas justas. Traz a proposta de contribuir com a apresentação de duas ferramentas teóricas de auxílio ao enfrentamento do problema, sendo elas a formação de regime jurídico customizado com agregação de vantagens e a construção do subprincípio da proteção da iminência enquanto desdobramento do princípio fundamental constitucional da segurança jurídica.

No artigo denominado LEI COMPLEMENTAR 150/2015: REGULAMENTAÇÃO OU FLEXIBILIZAÇÃO DO TRABALHO DOMÉSTICO?, de Rodrigo Guilherme Tomaz , Sinara Lacerda Andrade, os autores analisam a LC 150/15, apontando as caraterísticas quanto

o trabalho doméstico, apresentando um comparativo com os trabalhadores urbanos. Analisam o conceito de empregado doméstico, tecendo um breve resumo sobre as inovações da legislação específica, além, das diversas formas flexibilizadoras trazidas pela LC 150/15.

No artigo denominado O ACESSO À JUSTIÇA E O FORNECIMENTO DE PRESTAÇÕES ATINENTES À SAÚDE, de Rodrigo Gomes Flores, analisa o acesso à justiça nas ações que pedem uma prestação do Estado referente à saúde e suas perspectivas, utilizando o método de revisão bibliográfica, jurisprudencial e da legislação. Constata que o número crescente de ações com esta temática, fez com que a administração e jurisdição buscassem arranjos institucionais, consagrando uma nova etapa do acesso à justiça.

No artigo denominado O DANO MORAL PREVIDENCIÁRIO E A EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS NO ESTADO EM CRISE, de Daisy Rafaela da Silva e Aline De Paula Santos Vieira, as autoras enfocam a proteção à dignidade aliada aos princípios constitucionais do Direito Previdenciário. Analisam o Dano Moral Previdenciário nas relações previdenciárias, com foco na efetivação dos direitos sociais, analisando seu status constitucional, apresentando definições doutrinárias e jurisprudenciais sobre o dano moral previdenciário, sobre a responsabilidade civil do Estado, bem como às hipóteses de cabimento da indenização decorrente de vício nos processos de concessão de benefício, para reparação de violações às garantias fundamentais ante a crise nacional.

No artigo denominado O PROCEDIMENTO BIOPSICOSSOCIAL: DA PERÍCIA À HABILITAÇÃO/REABILITAÇÃO PROFISSIONAL, de José Ricardo Caetano Costa e Ana Maria Correa Isquierdo, os autores buscam demonstrar a correlata inter-relação entre as três áreas que abrangem a seguridade: Saúde, Previdência Social e Saúde. Os autores analisaram também o processo de reabilitação, sob a perspectiva do modelo biopsicossocial, no âmbito administrativo (INSS) e no judicial. Os resultados apresentados na amostragem do processo de habilitação e reabilitação profissional realizados no ano de 2015, em Pelotas, RS, proporcionam elementos que nos permitem concluir a ineficácia deste procedimento, bem como sua faceta não biopsicossocial

No artigo denominado OS PERCALÇOS DO SINDICALISMO E SUA RESSIGNIFICAÇÃO NO ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO, de Bruno Ferraz Hazane e Luciana Costa Poli, os autores buscam demonstrar os caminhos percorridos pelos sindicatos, desde o Estado Liberal – com a formação do Direito do Trabalho –, até o Estado Social – na fase de consolidação do ramo trabalhista. Enfocam o principio da consagração da liberdade sindical como direito humano e sua relação com os parâmetros democráticos e pluralistas do Estado Democrático de Direito.

No artigo denominado PLANO DE SAÚDE ACESSÍVEL: UMA PROPOSTA ALTERNATIVA DE COBERTURA ASSISTENCIAL, Joedson de Souza Delgado, utiliza a análise jurídica da política econômica, buscando demonstrar a tendência do mercado de serviços privados de saúde que pode levar a desoneração da assistência básica, ao favorecer a entrada de novos usuários com mensalidades mais baixas, se cotejados aos atuais; mas que, em contrapartida, apresenta uma série de limitações contratuais.

Prof. Dr. José Ricardo Caetano Costa (FURG)

Prof. Dr. José Eduardo Sabo Paes (UCB)

PLANO DE SAÚDE ACESSÍVEL: UMA PROPOSTA ALTERNATIVA DE COBERTURA ASSISTENCIAL

AFFORDABLE HEALTH INSURANCE PLAN: AN ALTERNATIVE FOR HEALTH COVERAGE ASSISTANCE

Joedson de Souza Delgado [1]

Resumo

O setor de saúde no Brasil contempla uma agenda social pendente, como promessa de um direito gratuito e universal à saúde por meio do Sistema Único de Saúde. Tal direito encontra-se sem o devido aclaramento de como e quando seria o dispêndio, a estratégia e o alcance. Utilizando-se da Análise Jurídica da Política Econômica, esse artigo delineia uma tendência do mercado de serviços privados de saúde que pode levar a desoneração da assistência básica, ao favorecer a entrada de novos usuários com mensalidades mais baixas, se cotejados aos atuais; mas que, em contrapartida, apresenta uma série de limitações contratuais.

Palavras-chave: Análise jurídica da política econômica, Cobertura de serviços de saúde, Planos de pré-pagamento em saúde, Seguro saúde, Sistema único de saúde, Medicina pré-paga

Abstract/Resumen/Résumé

Health sector, in Brazil, comprises social commitments not accomplished, taken as a promise of a universal and free right to health, through the Unified Health System. This right is still not fully regulated in relation to the particularities of its execution, regarding expenditure, strategy and extension. Based on the Judicial Analysis of Economic Regimen, this article exposes a market trend concerning health private services, which can reduce the costs of basic assistance, since it aims to enable the access of new users, providing them affordable charges, if compared to the current ones, which present, in the other hand, contract limitations.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Judicial analysis of economic regimen, Healthcare coverage assistance, Prepaid health plans, Insurance, health, Unified health system, Prepaid medical

[1] Mestrando em Direito pelo Centro Universitário de Brasília (UniCEUB). Especialista em Direito Sanitário pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Bacharel em Direito pelo Centro Universitário do Distrito Federal (UDF).

1 INTRODUÇÃO

Por que aderirmos a um plano privado de assistência à saúde? Eis o problema central que deve ser recobrado, antes de se adentrar na discussão sobre o sistema de atendimento médico e tratar da problemática do acesso aos serviços de saúde, com especial atenção para a proposta governamental denominada Plano de Saúde Acessível. Tal proposta contempla uma solução diferenciada ao modelo tradicional de Planos de Saúde, com uma cobertura menor de planos individuais populares, do atual modelo regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

No Brasil, a saúde é um direito de todos, o qual é prestado diretamente pelo Estado ou, excepcionalmente, por meio de contrato com a iniciativa privada, empreendida por profissionais autônomos (consultórios) e/ou empresas de saúde (hospitais, empresa de medicina de grupo, seguradora, clínica, seguradora, cooperativa médica, laboratórios, etc.) (ASENSI, 2015, p. 128). Tal complementariedade encontra-se prevista no artigo 199, do Texto Constitucional, sendo que a cooperação da iniciativa privada decorre do expresso critério da insuficiência e da solidariedade social, quanto à priorização do convênio ou contrato com entidade filantrópica ou sem fins lucrativos, bem como dos critérios e valores de remuneração da cobertura assistencial privada, quando em parceria com o Poder Público prevista na Lei 8.080/1990 (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).[1, 2, 3]

Os serviços públicos são custeados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que deve garantir o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços, em todos os níveis de atenção à saúde. Já os serviços privados são pagos pelo sistema de saúde suplementar e pelo sistema de

[1] "Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. § 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos. § 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei. § 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização" (BRASIL, 1988).

[2] "Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde. § 1° Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados. § 2° Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato. § 3° (Vetado). § 4° Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS)" (BRASIL, 1990).

[3] A cobertura assistencial é o conjunto de procedimentos a que o consumidor tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar e no contrato firmado com a operadora (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2005, p. 7).

contratação direta e sem intermediários (*out of pocket*) aos prestadores privados, no momento da utilização do serviço (inexequível, financeiramente, para a maioria da população).

Essa pesquisa exploratória investiga a legalidade e a adequada caracterização dos contratos de planos de saúde, de modo a assegurar o caráter social e fundamental aos serviços de assistência médico-hospitalar. O percurso metodológico tem caráter marcadamente teórico, de leitura sintópica/analítica e com extensa pesquisa bibliográfica no âmbito dos direitos sociais, seguridade e previdência social.

Nesse artigo é demonstrado, por meio da abordagem da Análise Jurídica da Política Econômica (AJPE), o grau de fruição do direito fundamental à saúde, tendo como via o mercado de planos de saúde de assistência médica brasileiro (elo de compra e venda de serviços).

Ao longo das seções 2 e 3, será avaliada a efetivação prática dessa proposta, que permite as operadoras oferecerem contratos de planos de saúde com cobertura reduzida de serviços simultânea à lista mínima obrigatória de procedimentos, exames e tratamentos, prevista em lei e firmada de acordo com regras da ANS, mas que permite ao usuário recorrer à rede pública para acesso aos demais atendimentos.

2 PLANOS POPULARES COMO ALTERNATIVA AO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

O sistema de saúde suplementar no Brasil decorre da contratação privada de seguros, aqui conhecidos, singularmente, como planos de saúde. Assentando tratar-se de um negócio jurídico, a contratação de plano de saúde decorre da contraprestação pecuniária do usuário e a oferta da cobertura contratada por operadoras autorizadas no ramo brasileiro da saúde suplementar (GOMES, 2016, p. 59). De outro lado, a cobertura privada também é usada como opção ao sistema público, já que existe a possibilidade para a formação de arranjos e, atualmente, se constitui como uma modalidade de contratação, de superlativa importância, de assistência ao público.

As atuais modalidades de plano de saúde constam do quadro abaixo, em que as operadoras podem oferecer combinações variadas ao consumidor, a quem cabe escolher a mais vantajosa. O Plano de Referência tem sua oferta como obrigatória pelas operadoras, enquanto as combinações e as segmentações dos planos são oferecidas, facultativamente, pelas operadoras (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2005, p. 9).

Quadro 1 – Atuais modalidades de plano de saúde: possibilidades de combinações e segmentações

SEGMENTO	COBERTURA					
	Consultas	Exames	Tratamentos e outros procedimentos ambulatoriais	Internações	Partos	Tratamentos odontológicos
Ambulatorial	X	X	X			
Hospitalar sem obstetrícia				X		
Hospitalar com obstetrícia				X	X	
Odontológico						X
Referência	X	X	X	X	X	

Fonte: Quadro assistencial obrigatória (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2005, p. 9).

O SUS se originou com a Constituição Federal de 1988, mas a regulação dos planos médicos adveio 10 anos após a promulgação da Lei de Planos de Saúde (BRASIL, 1998), que estabeleceu as relações jurídicas de consumo de serviços médicos entre pacientes e operadoras de planos de saúde que, diante de um mercado saudável, conduziu a criação da ANS (BRASIL, 2000).

A dimensão privada da prestação em saúde contempla os planos individuais ou coletivos na relação entre usuários e seguradoras. A contratação de um plano individual ocorre por pessoas físicas, cujo mercado tende a ser mais regulado pela ANS, por apresentar maior grau de falhas (ou assimetrias) informacionais – seleção adversa, risco moral e seleção de riscos –, enquanto que a contratação coletiva se relaciona ao mercado de trabalho dos usuários negociado por uma pessoa jurídica, tendo maior predisposição de barganha, de reajustes de preços (mensalidades e contraprestações) e de delimitação dos prazos de carência, já que vigora a liberdade contratual.

Dessa forma, os preços de venda dos planos de saúde são estabelecidos autonomamente pelas seguradoras, em observância as regras mutualistas definidas pela ANS, à exemplo da diferença de perfil etário dos usuários e preços de comercialização, com base no planejamento

atuarial, incluindo as despesas administrativas e o lucro, se for o caso.[4] Lembrando que os gastos por beneficiário com o plano de saúde tende a aumentar com a idade. Ademais, boa parte dos usuários é atraída por menores preços que, se dão conta do preço futuro, são surpreendidos com aumentos bem acimas do que a ANS dispõe para os planos individuais, no momento da utilização da cobertura oferecida (VENCINA e MALIK, 2016, p. 56; GRANDO e LUCION, 2016, p. 46).

Atualmente, o contingente populacional que dependente, unicamente, do SUS é de, aproximadamente, 75% (FREIRE *et al.*, 2014, p. 83). Todavia, no tocante a assistência médico-hospitalar de qualidade oferecida pelo setor privado, existe uma demanda reprimida, em razão da expansão da classe média com poder aquisitivo contido, dado a atual crise econômica. Por essa razão, se discute um novo modelo de planos de saúde de cobertura assistencial reduzida, a ser oferecida pelas operadoras ou seguradoras, intitulado Plano de Saúde Acessível (BRASIL, 2016). Até o momento, foram apresentados três modelos como propostas, a saber:

Quadro 2 – Modelos de planos de saúde de cobertura assistencial reduzida

MODALIDADES DE CONTRATAÇÃO	ABRANGÊNCIA DA COBERTURA
Plano Simplificado	– Cobertura para atenção primária, de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos da Saúde da ANS, compreendendo consultas nas especialidades classificadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e serviços adjuntos de diagnóstico e terapias de baixa e média complexidade; – Não contempla previsão para internação, terapias e exames de alta complexidade, atendimento de urgência/emergência e hospital dia.
Plano Ambulatorial + Hospitalar	– Cobertura de toda atenção primária, atenção especializada, de média e alta complexidade; – Necessário que o paciente passe por uma prévia avaliação realizada por médico da família ou da atenção primária, à escolha do beneficiário.

[4] Ver Instituto Brasileiro de Autuária (2017); Agência Nacional de Saúde Suplementar (2016 a).

Plano em Regime Misto de Pagamento	– Existe uma contraprestação mensal para cobertura de serviços hospitalares, terapias de alta complexidade, atendimento ambulatorial e medicina preventiva, consoante o Rol de Procedimentos e Eventos da Saúde da ANS; – Fica sob a responsabilidade do beneficiário o pagamento do procedimento, de acordo com valores previstos em contrato, sendo pactuados os modelos de pré e pós-pagamento.

Fonte: Ofício nº 60-GS/SAS, de 18 de janeiro de 2017 (BRASIL, 2017).

Ciente de que as alterações na saúde suplementar impactam na saúde pública, o Grupo de Trabalho do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) sugeriu à ANS as seguintes regras:

(i) Prazos dilatados e programados para cirurgias eletivas, que passa de 21 para 45 dias, tendo que sujeitar-se o paciente a um segundo diagnóstico médico, como condição para a execução do procedimento de alta complexidade;

(ii) Elasticidade da coparticipação dos atuais valores máximos de 30% para 50%, independentemente do exame ou terapia médica;[5]

(iii) Marcação de consultas em, até, 30 dias, após a procura do beneficiário, ressalvadas as especialidades de cirurgia geral, clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia;

(iv) Primeiro atendimento por médico de atenção primária ou de família, cujo profissional deve realizar o acompanhamento e o encaminhamento ao especialista;

(v) Planos regionalizados, amoldados à cobertura assistencial fornecida, com base na infraestrutura do Município;

(vi) Direito dos beneficiários a tratamentos e terapias pormenorizados em protocolos iguais aos formulados pela ANS e adotados no SUS.

Vale destacar que a cobertura mínima obrigatória encontra-se em um Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, com revisão a cada dois anos, cuja

[5] Salu (2013, p. 16) define a coparticipação quando o segurado/associado desembolsa, diretamente, uma parcela da quantia do serviço prestado, no intuito de que não faça uso indevido do plano, como emprestar seu plano para outras pessoas ou realizar exames e procedimentos em excesso.

validade se estende para todos os contratos assinados pela primeira classificação dos planos de saúde ditada pela Lei de Planos de Saúde, que diferenciou sua comercialização entre contratos antigos e novos.[6]

Anterior a esse marco legal, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde era arbitrado pelas operadoras com a apresentação de diversos limitantes de uso imediato e coberturas de moléstias, com vistas à sustentabilidade e qualidade do setor de saúde suplementar. A atual regulação setorial dispensou a carência para os contratos empresariais celebrados com 50 vidas ou mais, assim, remanescendo para os demais, em que estipulou períodos máximos de 24 horas para casos de urgência e emergência, 180 dias para exames, cirurgias, consultas e internações e 300 dias para partos.[7]

Os planos de saúde – tidos por alguns como contrato de seguro – são prestadoras de serviços com contratos que podem perdurar por longa data, o que não impede a recondução do mesmo contrato ou a sua renovação com nova pactuação (GAGLIANO e PAMPLONA FILHO, 2016, p. 512). Por outro lado, o Seguro Saúde é uma modalidade diversa dos planos de saúde, na qual uma entidade seguradora intermedeia, financeiramente, com o reembolso ou a cobertura dos custos de saúde na ocorrência de sinistro, nos moldes da apólice (ALMEIDA, 1998, p. 9).

Ademais, os planos de saúde podem ser individuais, de livre adesão por pessoa física ou coletiva, ou pactuado entre pessoas jurídicas (associação, empresa, sindicato ou fundação), em prol dos usuários (associado, empregado ou sindicalizado). Esses planos se apresentam em duas categorias, dispostas no contrato coletivo de trabalho:

(i) Optativo e espontâneo à adesão dos usuários;
(ii) Sem patrocínio, automático e obrigatório, podendo ser pago integralmente pelos usuários à operadora ou, com patrocínio, pagos integralmente ou à parte pela pessoa jurídica à operadora, abrangendo os casos de autogestão em saúde (modelo de contratação sem intermediários).[8]

Diante dessa categorização dos planos privados de saúde, indaga-se a oferta racionada ou parcial por bens e serviços demandaria, ainda mais, o SUS quanto ao acesso a exames sofisticados, procedimentos de alto custo ou medicamentos excepcionais. Sob a perspectiva de

[6] Ver Agência Nacional de Saúde Suplementar (2017a).
[7] Ver Agência Nacional de Saúde Suplementar (2017b).
[8] Ver (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO; INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR, 2007, p. 7).

Campino (2011, p. 65), as operadoras de planos de saúde são subsidiadas indiretamente no aspecto dos preços dos prêmios de seguro, quando a política de saúde brasileira não privilegia o acesso universal à atenção básica, aos cuidados primários e aos medicamentos essenciais, em desfavor dos gastos com a cobertura de procedimentos e exames de média e alta complexidade e com medicamentos excepcionais.

A partir disso, infere-se que a "naturalização do mercado" impõe a aceitação de suas condições, como se natural fosse, todavia é um resultado inevitável do capitalismo e não de um produto de escolhas políticas e mutáveis, assim, se omite as carências humanas (PINZANI, 2013, p. 56). Nesta linha de agir, a desumanização deveria ser constrangida pelo mercado e, ainda mais, tratando-se das questões sobre saúde pública, na qual deve ser reconhecida as carências e as necessidades do outro em prol de um mundo mais justo e igualitário.

3 A COBERTURA ASSISTENCIAL DO PLANO POPULAR SOB A ÓTICA DA AJPE

A metodologia avalizada pelos critérios da AJPE torna-se consentânea à investigação diante de duas perguntas-chave: Para que serve o Plano de Saúde Acessível? ou Qual a razão de ser de uma proposta de Plano de Saúde Acessível? Essa solução induz a outro questionamento: A ampliação do acesso às pessoas por nova modalidade de plano privado de saúde é uma prospecção estratégica que atenderá a demanda da população por mais saúde concomitante à redução de gastos governamentais ou encobre a intenção do governo de privatizar o sistema e diminuir os investimentos no setor diante de uma tendência liberalizante?

Para responder tais questionamentos sobrevém uma reflexão sobre a importância do usufruto dos planos de saúde para os consumidores brasileiros que se vinculam a um contrato de adesão, para assegurar um pronto e adequado atendimento em caso de acidente, doença ou a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde (TAVARNARO; KFOURI NETO, 2016, p. 825). O reconhecimento da ineficiência estatal decorre do desemparo e descontentamento da prestação do serviço público de saúde impondo ao cidadão mais um desembolso mensal pelo titular, por terceiro, por seu empregador ou por meio de abatimento em folha de pagamento na expectativa por qualidade, confiança e tranquilidade.

A contenção do financiamento público da saúde brasileira se liga à condição de cidadania, portanto, anuncia a adoção de medidas estratégicas da cobertura universal, visando aprimorar suas condições e reduzir as desigualdades no acesso e na utilização (OCKÉ-REIS, 2016, p. 24). Nesse sentido, a segmentação proposta pelo governo pode negar ou subtrair a universalidade do atual arranjo institucional de proteção social.

De qualquer forma, a solução proposta pelo governo federal deve ser mais bem estudada por meio da análise posicional e da nova análise contratual da AJPE, para averiguar se essa segmentação contribui, efetivamente, para fruição do direito à saúde. O direito à saúde tido como um direito social que refere-se

> [...] ao valor da igualdade entre as pessoas cujo bem jurídico, direito à vida, encontra-se situado na categoria dos direitos fundamentais, constitucionalmente tutelado, de forma não exaustiva, porquanto pode recepcionar tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte, conforme prescreve o artigo 5º, § 2º, da Constituição Federal. (DELGADO, 2013, p. 277)

Para tanto, a investigação compreende desde o levantamento histórico-normativo, até o tratamento das informações socioeconômicas sobre o mercado de planos de saúde, divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sobre a abrangência de sua cobertura entre os segurados por regiões geográficas, da população brasileira (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

Os construtos matemáticos de dados da AJPE objetivam dar vivacidade à nova proposta de saúde suplementar, sob o enfoque do consumidor, das operadoras e do governo, cujos interesses, às vezes, são divergentes. Com efeito, Delgado (2015, p. 111) pontua que "É certo que para o bom funcionamento dos serviços de saúde destinados à sociedade de massa alinhou-se o interesse público com o mercado sob as orientações da política setorial."

Inicialmente, abordam a formulação, o planejamento e a fiscalização da política de saúde, bem como o financiamento da atividade pública e do setor privado. Disserta-se, também, sobre a composição de usuários para, em seguida, focalizar no controle e na regulação econômica de planos de saúde, sob a perspectiva do preço de venda e do grau de utilização, a qual objetiva evitar a mercantilização do sistema público de saúde. Além dessa, discute avanços no marco regulatório do produto, concluindo com os desafios dessa regulação setorial na melhoria do acesso à saúde pela população brasileira.

A análise posicional encontra-se representada na segmentação assistencial (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2017 c). Os usuários podem optar em contratar planos de saúde com ou sem serviços odontológicos (planos médicos), ou os planos exclusivamente odontológicos (planos odontológicos). Por sua vez, os planos médicos variam em sua composição: coberturas hospitalares (com ou sem obstetrícia) ou ambulatoriais, com ou sem assistência odontológica. Os planos odontológicos são de menores custos, rede de

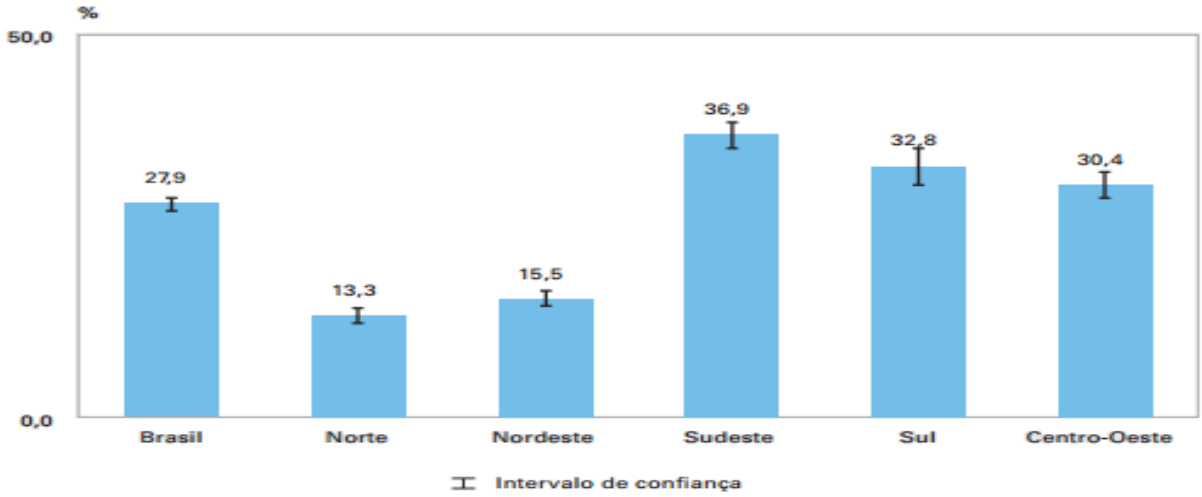
prestadores e exigência regulatória (perfil demográfico, faixa etária, gênero, etc.), em relação aos planos médicos.

No tocante à decomposição analítica do fornecimento dos serviços de saúde pela iniciativa privada, o Plano de Saúde Acessível é uma tentativa de reduzir a fila de atendimento e de alterar a situação atual dos gastos governamentais com o financiamento do SUS (SCHREIBER, 2016; FRAISSAT, 2016). Tal intenção verifica-se na Proposta de Emenda à Constituição – PEC 451/2014, que visa transferir a obrigação do Estado às empresas, obrigando-as a oferecer um plano de saúde aos seus empregados, limitando o SUS ao oferecimento de assistência à saúde aos trabalhadores do mercado informal (BRASIL, 2014).

Por outro lado, a manutenção da oferta e do acesso aos planos de saúde atrela-se a projeção de crescimento econômico do PIB que, consequentemente, afeta a renda familiar e individual, bem como a transição demográfica e epidemiológica vivenciada no país (MARCHESINI, 2016; LAMARCA; VETTORE, 2012). Essa problemática é relatada por Vencina Neto e Malik (2016, p. 50) que, no período de dezembro de 2000 a junho de 2010, afirmam que a quantidade de usuários dos planos privados de saúde no Brasil passou de 30,7 para 44,0 milhões de cidadãos.

O gráfico 1 mostra os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 (PNS 2013). Nele é apresentada a evolução dos usuários de planos de saúde (médico ou odontológico), que correspondem a 27,9 % dos brasileiros. Portanto, mais de 70% da população depende, unicamente, do atendimento do SUS (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2010). Segundo a PNS 2013 (BRASIL, 2013), no Sudeste (36,9%), no Sul (32,8%) e no Centro-Oeste (30,4%) predominam taxas que oscilam duas vezes mais em relação à participação de usuários do que no Nordeste (15,5%) e no Norte (13,3%).

Gráfico 1 – Proporção de pessoas com alguma modalidade de plano de saúde, médico ou odontológico, em 2013 (intervalo de confiança de 95%)



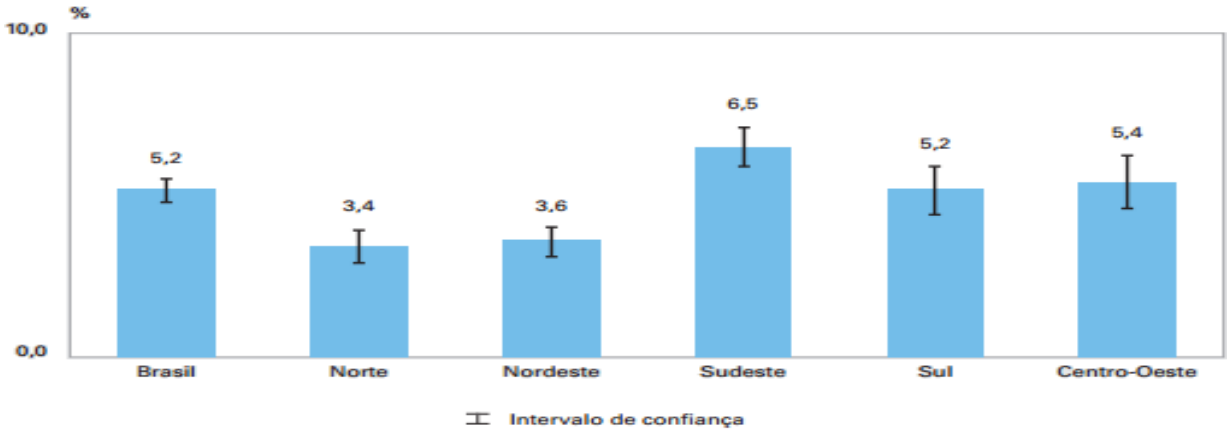
Fonte: IBGE, PNS 2013.

Em 2008, a cobertura assistencial continha uma discrepância no nível regional, que variava em torno de 5% da população, nos estados de Roraima, Piauí, Maranhão e Tocantins, e em até 30% da população nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, sendo que o estado do Espírito Santo contempla mais de 65% de sua população abrangida por planos privados de saúde, com modalidades de medicina de grupo (16,4 milhões) e cooperativas médicas (13,8 milhões) (VENCINA NETO e MALIK, 2016, p. 50).

Em dezembro de 2016, a população detentora, tão somente, de assistência odontológica foram 22,1 milhões de beneficiários, cuja variação por Federação correspondeu a mais de 30% no Distrito Federal, e até 5% nos estados do Acre, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Tocantins, Maranhão, Roraima e Piauí (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2016 b; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

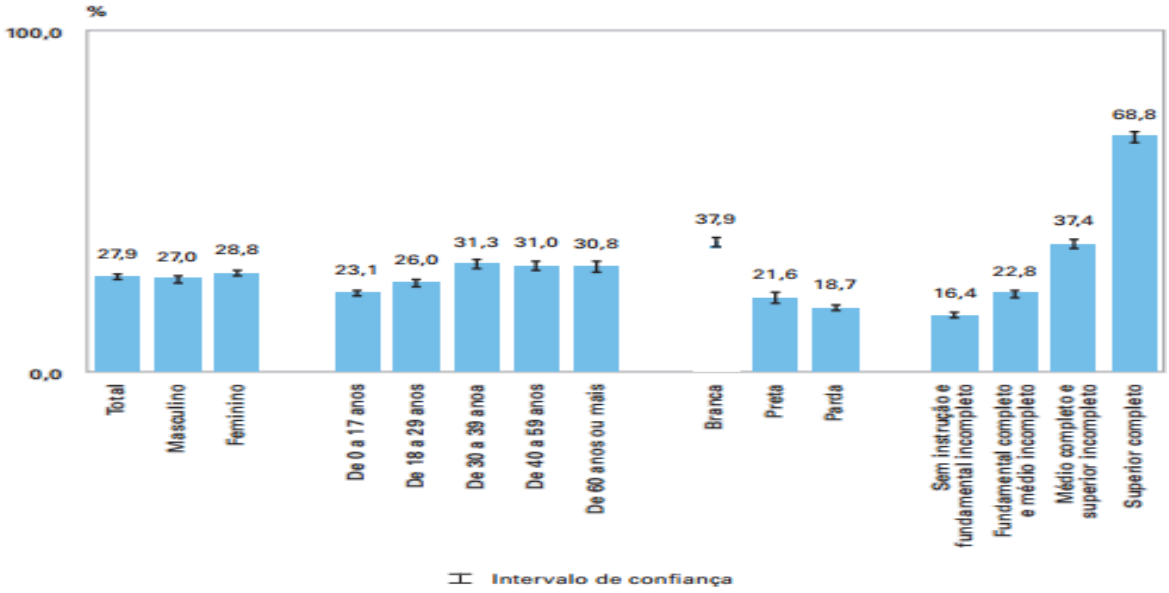
O PNS 2013 estimou que o conjunto de fatores dessa diferença atrela-se à elevação do nível de instrução e ao aumento de renda, em geral. Nesse mesmo contexto, observa-se que as crianças e adolescentes com idade entre 0 (zero) e 17 (dezessete) detêm a menor proporção de usuários do plano de saúde, médico ou odontológico, enquanto que as pessoas de cor branca apresentam uma proporção superior (37,9%), em relação aos demais. Os gráficos 2 e 3 a seguir compilam as descrições.

Gráfico 2 – Proporção de pessoas com apenas plano odontológico, em 2013 (intervalo de confiança de 95%)



Fonte: IBGE, PNS 2013.

Gráfico 3 – Proporção de pessoas com plano de saúde, médico ou odontológico, em 2013, distribuído por sexo, idade, cor e nível de instrução (intervalo de confiança de 95%)



Fonte: IBGE, PNS 2013.

É inegável que os planos privados desempenham um papel fundamental na consecução de defesa (negativa) e prestacional (positiva) do direito à saúde. Todavia, fica evidente que a saúde de mercado se afasta da saúde pública – essa balizada pelo critério da escassez recursal (PATU e NUBLAT, 2016) – sugerindo uma forte segmentação do acesso e da oferta aos serviços de saúde, no País.

O SUS é um projeto político-racionalizador estruturado, criado para alcançar a maior parte da população – como um sistema nacional de políticas públicas –, e está disposta na forma hierarquizada, regionalizada e participativa (STURZA e LUCION, 2016, p. 150). Daí a razão

de boa parte do desinteresse da base sociopolítica da classe média, na utilização dos serviços do SUS, a qual busca resguardar o seu direito à existência, à vida e à morte digna, diante de um SUS desconcertante às expectativas individuais e sociais dos brasileiros (ARCOVERDE, 2016).

Esses argumentos correlacionam-se com a experiência sobre o direito fundamental à saúde, na Colômbia (CASTAÑO, 2005). A concretização desse direito passou por uma mudança neoliberal do marco regulatório e administrativo para ampliar o alcance às pessoas sem capacidade de efetuar o pagamento, ao editar a Lei n. 100/1993, que inovou o sistema geral de seguridade social de saúde, ao adotar o regime contributivo e o subsidiado (YAMIN e PARRA-VERA, 2009).

O regime contributivo colombiano escolheu o Plano Obrigatório de Saúde (POS), referindo-se a quaisquer cidadãos com capacidade econômica, incluindo autônomos, servidores públicos, aposentados e trabalhadores com vínculo formal de trabalho (FEDESARROLLO, 2013, pp. 37-53). Ao passo que o Plano Obrigatório de Saúde Subsidiado (POSS) é um regime subsidiado, que vincula a população vulnerável e pobre, de zonas urbanas e rurais, sem condições financeiras de custear o sistema (FUHRMANN, 2016, p. 153). Em 2008, mais de 85% dos colombianos estavam adstritos a algum dos regimes (ESCOBAR *et al.*, 2009, pp. 1-13; GÓMEZ-ARIAS e NIETO, 2014).

Com base em estudos de Craswell, sobre a ação distributiva da regulação, Zanitelli (2007, p. 257) descreve que a contratação de Plano de Saúde – pós-regulação governamental – pode ser uma opção aos consumidores que "[...] por razões não ligadas aos benefícios conferidos pelas novas regras e os que deixaram de fazê-lo em razão do aumento de preço provocado por essas regras.".[9] Tal fato demonstra a assimetria do sistema público de saúde, que faz aumentar a contratação de planos de saúde sob a esperança do cidadão por segurança e assistência médica integral.

4 CONCLUSÃO

Diante desse experimentalismo colombiano – observado como vantagem de aperfeiçoamento do sistema de saúde nacional –, verifica-se uma política social que se volta para a construção de um programa de convergência entre o robustecimento privado das decisões e o Estado como estrategista de uma nova concepção de desenvolvimento. Do lado brasileiro,

9 "O modelo de Craswell se destina ao estudo de normas que, ao conferir algumas vantagens a consumidores de produtos ou serviços, impõem custos aos fornecedores" (ZANITELLI, 2007, p. 248).

o SUS traduz-se em políticas públicas estruturantes de promoção da qualidade de vida e de manutenção do bem estar do cidadão.

Todavia, para que o direito fundamental à saúde ocorra de forma universal e integral, convêm que o governo dê plasticidade às normas regulatórias que regem os planos, diante de fatores como: a mudança do perfil sanitário e demográfico; o financiamento e o gasto setorial; a demanda reprimida no mercado, etc. Caso contrário, o engessamento dos arranjos continuará a levar ao descumprimento constitucional relativa às prestações positivas e negativas pertinentes à saúde.

O reordenamento assistencial, com a implementação do Plano de Saúde Acessível, é uma premência para um futuro desejado. Nesse panorama, proliferam, cada vez mais, clínicas que cobram "preços populares", focadas à um público que não dispõe de plano de saúde, tampouco quer ser atendido pelo SUS, já que oferece serviços médicos, dos mais rotineiros ao mais complexos.

Diante da míngua ampliação do Sistema Único de Saúde, nos anos mais recentes, os planos têm sido utilizados para mitigar os problemas de cobertura, resolubilidade e qualidade dos serviços de saúde. Desse modo, a atuação subsidiária dos planos de saúde é fundamental na efetivação do direito à saúde, visto que a situação da saúde pública brasileira revela preocupação acerca da universalidade do atendimento médico, em determinados contextos.

Verifica-se a existência de um amplo espaço mercadológico, no setor de assistência médica suplementar brasileira, em especial, com a entrada de novos *players* internacionais no sistema de saúde. Indubitável que os planos privados de saúde não são a solução para os entraves de acesso aos serviços de saúde, no país. De qualquer forma, essa pesquisa é um exercício prospectivo, que busca contribuir e provocar o debate da AJPE, voltado às mudanças da forma de atuação e organização da máquina estatal, em paralelo à dinâmica empresarial da saúde, notadamente, em uma época de crise econômica e de vulnerabilidade fiscal.

5 REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Como é elaborado o Rol de Procedimentos.** 2017a. Disponível em: <http://migre.me/wsbxk>. Acesso em: 17 abr. 2017.

_____. **Carência:** Quanto tempo é preciso aguardar até poder ser atendido ao contratar um plano de saúde? 2017b. Disponível em: <http://migre.me/wsbxk>. Acesso em: 17 abr. 2017.

_____. **Segmentação Assistencial.** 2017c. Disponível em: <http://migre.me/wsXio>. Acesso em: 17 abr. 2017.

_____. **Painel de precificação:** planos de saúde 2015. Rio de Janeiro: ANS, 2016a. Disponível em: <http://migre.me/wsVMm>. Acesso em: 19 abr. 2017.

_____. **Dados gerais:** Taxa de cobertura dos planos exclusivamente odontológicos por Unidades da Federação (Brasil - Dezembro/2016). Rio de Janeiro: ANS, 2016b. Disponível em: <https://is.gd/kvYZBd>. Acesso em: 21 abr. 2017.

_____. **Cobertura assistencial:** contratos, tipos de plano, coberturas obrigatórias, planos novos e adaptados. 3. ed. rev.; ampl. Rio de Janeiro: ANS, 2005. Disponível em: <https://is.gd/hn4Kgd>. Acesso em: 23 abr. 2017.

ALMEIDA, Célia. O Mercado Privado de Serviços de Saúde no Brasil: Panorama Atual e Tendências da Assistência Médica Suplementar. **Texto para Discussão** nº 599, nov. 1998. Brasília. Disponível em: <https://is.gd/6ZPelY>. Acesso em: 23 abr. 2017.

ARCOVERDE, Léo. SP: Com crise, internações no SUS crescem e atingem maior número em 6 anos. **Uol Notícias.** 2016. Disponível em: <http://migre.me/wt0vv>. Acesso em: 19 abr. 2017.

ASENSI, Felipe. **Sistema Único de Saúde:** Lei 8.080/1990 e legislação correlata. Brasília: Alumnus, 2015.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União,** Brasília, 5 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 14 abr. 2017.

_____. **Proposta de Emenda à Constituição – PEC 451/2014.** Insere inciso XXXV e altera o parágrafo único do art. 7º da Constituição Federal. <http://migre.me/wuWhE>. Acesso em: 24 abr. 2017.

_____. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 jan. 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm>. Acesso em: 17 abr. 2017.

_____. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 jun. 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L9656.htm>. Acesso em: 19 abr. 2017.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 17 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Ofício nº 60-GS/SAS, de 18 de janeiro de 2017.** Proposta de Plano de Saúde Acessível. 2017. Disponível em: <http://migre.me/wsaAU>. Acesso em: 24 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.482, de 4 de agosto de 2016. Institui Grupo de Trabalho para discutir projeto de Plano de Saúde Acessível. **Diário Oficial**

da União, seção 1, nº 150, p. 26 Brasília, 5 ago. 2016. Disponível em: <http://migre.me/wsWwX>. Acesso em: 19 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde.** 2013. Disponível em: <http://abreai.net/qVJoL>. Acesso em: 19 abr. 2017.

CAMPINO, Antonio Carlos Coelho. Gastos catastróficos, iniquidade e Proposta de Reformulação do sistema de saúde. In: BACHA, Edmar Lisboa; SCHWARTZMAN, Simon (Org.). **Brasil:** a nova agenda social. Rio de Janeiro: LTC, 2011.

CASTAÑO, Luz Stella Álvarez. El derecho a la salud em Colombia: una propuesta para su fundamentación moral. **Revista Panamericana de Salud Publica**, 18(2), 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n2/27145.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2017.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO; INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. Os planos individuais irão desaparecer e os "falsos" planos coletivos são uma ameaça aos usuários. **Planos de Saúde:** nove anos após a Lei 9.656/96. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, 2007. Disponível em: <http://migre.me/wuWia>. Acesso em: 24 abr. 2017.

DELGADO, Joedson de Souza. Regulação sanitária: atribuição da Agência Nacional de Vigilância Sanitária em prol da saúde pública. **Direito e Desenvolvimento,** João Pessoa, v. 6, n. 12, 2015, p. 107-119. Disponível em: <https://is.gd/Bzugg6> Acesso em: 4 mai. 2017.

_____. O processo administrativo-sanitário como instrumento de efetividade das ações de vigilância sanitária. **Tempus:** Actas de Saúde Coletiva. Brasília, n. 7.1, a. 2013, p. 225-240. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v7i1.1290>. Acesso em: 10 mai. 2017.

ESCOBAR, María Luisa et al. Colombia: After a Decade of Health System Reform. In: GLASSMAN, Amanda et al. (Ed.). **Frow Few to Many:** Health Insurance Expansion in Colombia, Washington: IDB/Brookings, 2009. Disponível em: <https://is.gd/qXGxt9>. Acesso em: 19 abr. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE AUTUÁRIA. **Importância da correta precificação e cumprimento do contrato para o equilíbrio do produto.** 2017. Disponível em: <http://migre.me/wsVA7>. Acesso em: 19 abr. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde:** 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da Federação. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <https://is.gd/q4Putn>. Acesso em: 21 abr. 2017.

_____. **Aspectos Demográficos** - Informações Gerais, 2012. Disponível em: <https://is.gd/npnqwr>. Acesso em: 21 abr. 2017.

FEDESARROLLO. **Mercado de seguros voluntarios de salud en Colombia:** Informe Final. In: Centro de Investigación Económica Y Social. Octubre de 2013. Disponível em: <http://migre.me/wt1sZ>. Acesso em: 19 abr. 2017.

FRAISSAT, Zanone. Gasto com remédio sem aval da Anvisa cresce 220 vezes em cinco anos. **Estadão.** Disponível em: <http://migre.me/wsYvj>. Acesso em: 19 abr. 2017.

FREIRE, Lincoln Marcelo Silveira et al. Mercado de Trabalho. In: CAMPOS JÚNIOR, Dioclécio; BURNS, Dennis Alexander Rabelo (Org.). **Tratado de pediatria:** Sociedade Brasileira de Pediatria. 3. ed. Barueri, SP: Manole, 2014.

FUHRMANN, Italo Roberto. Direito fundamental à saúde na Colômbia: perspectivas constitucionais a partir da jurisprudência da corte constitucional da República da Colômbia. **Redes:** Revista Eletrônica Direito e Sociedade, Canoas, v. 4, n, 2, p. 147-164, nov. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18316/2318-8081.16.29>. Acesso em: 3 mai. 2017.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Cobertura Universal de Saúde: inclusão ou exclusão? **Boletim de Análise Político-Institucional**, n. 9, Jan.-Jun. 2016. Disponível em: <http://migre.me/wuUK1>. Acesso em: 24 abr. 2017.

GAGLIANO, Pablo Stolze; PAMPLONA FILHO, Rodolfo. **Novo curso de direito civil, volume 4:** tomo II: contratos em espécie. 9. ed. rev., ampl. e atual. de acordo com o novo CPC. São Paulo: Saraiva, 2016.

GOMES, Josiane Araújo. **Contratos de planos de saúde.** Leme/SP: JH Mizuno, 2016.

GÓMEZ-ARIAS, Rubén Darío; NIETO, Emmanuel. Colombia: ¿qué ha pasado con su reforma de salud? **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica**, vol.31 n.4, Lima, oct./dic. 2014. Disponível em: <https://is.gd/m80voM>. Acesso em: 19 abr. 2017.

GRANDO, Juliana Bedin; LUCION, Maria Cristina Schneider. O direito fundamental à saúde e (des)respeito dos planos de saúde. **Direito em Debate**, ano XXV, n. 46, jul.-dez. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21527/2176-6622.2016.46.3-22>. Acesso em: 24 abr. 2017

LAMARCA; Gabriela; VETTORE, Mario. O envelhecimento da população brasileira: a nova transição demográfica. **Determinantes Sociais da Saúde:** portal e observatório sobre iniquidades em saúde. Disponível em: <https://is.gd/K5jxWI>. Acesso em: 19 abr. 2017.

MARCHESINI, Lucas. Fazenda piora projeção para o PIB de 2016 e de 2017. **Valor Econômico,** 2016. Disponível em: <https://is.gd/P5O0tn>. Acesso em: 19 abr. 2017.

PATU, Gustavo; NUBLAT, Joahanna. Setor da saúde sofre de escassez crônica de recursos. **Folha de São Paulo.** Seminários Folha, Fórum a Sáude. Disponível em: <http://abreai.net/GPd6Z>. Acesso em: 19 abr. 2017.

PINZANI, Alessandro. Os paradoxos da liberdade. In MELLO, Rúrion. **A teoria crítica de Axel Hoonnet:** reconhecimento, liberdade e justiça. São Paulo: Saraiva, 2013.

SALU, Enio Jorge. **Administração Hospitalar no Brasil.** Barueri, SP: Manole, 2013.

SCHREIBER, Mariana. Sistema de saúde para todos é 'sonho' e seus defensores são 'ideólogos, não técnicos', diz ministro da Saúde. **BBC Brasil,** 11 novembro 2016. Disponível em: <http://migre.me/wsXCg>. Acesso em: 19 abr. 2017.

STURZA Janaína Machado; LUCION, Maria Cristina Schneider. Entre teorias e dogmas: os anseios sanitários por um sistema público de saúde no Brasil. **Revista Duc In Altum Cadernos de Direito,** vol. 8, n. 16, set.-dez. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22293/2179-507x.v8i16.399>. Acesso em: 21 abr. 2017.

TAVARNARO, Roberto Ribas; KFOURI NETO, Miguel. A boa-fé objetiva nos contratos de medicina pré-paga. **Revista Jurídica – UNICURITIBA,** vol. 04, n°. 45, Curitiba, 2016. pp.808-831. Disponível em: <https://goo.gl/HTDumc>. Acesso em: 4 mai. 2017.

VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria. **Gestão em saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

YAMIN Alicia Ely; PARRA-VERA, Oscar. How Do Courts Set Health Policy? The Case of the Colombian Constitutional Court. **PLoS Medicine,** 6(2): 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000032>. Acesso em: 19 abr. 2017.

ZANITELLI, Leandro Martins. Efeitos distributivos da regulação dos planos de saúde. **Revista Direito GV**, v. 3, n. 1, pp. 247-260, jan-jun 2007. Disponível em: <http://zip.net/bptJFl>. Acesso em: 24 abr. 2017.