

YAMADA, Marco Aurélio Franqueira. A Efetividade do Direito à Saúde Através da Iniciativa Privada no Estado Social de Direito. In: Revista Eletrônica do Curso de Direito das Faculdades OPET. Curitiba-PR. Ano XI, n. 19, jul-dez/2018. ISSN 2175-7119.

A EFETIVIDADE DO DIREITO À SAÚDE ATRAVÉS DA INICIATIVA PRIVADA NO ESTADO SOCIAL DE DIREITO

THE EFFECTIVENESS OF THE RIGHT TO HEALTH THROUGH THE PRIVATE SECTOR IN THE SOCIAL STATE OF LAW

Marco Aurélio Franqueira Yamada¹

Resumo: A partir da Constituição Federal de 1988 o direito à saúde passou a ser um dos pilares na promoção da dignidade da pessoa humana, sendo incluído no rol dos direitos sociais. Para sua concretização do acesso ao direito à saúde a Carta Magna anunciou também ser direito de todos e dever do Estado, porém, as medidas públicas para promover esse direito social não foram suficientes para cumprir o desiderato constitucional. Nesse contexto, o presente artigo tem por escopo analisar e demonstrar a relevância da atuação da iniciativa privada na consecução da concretização do direito social à saúde. Para tanto, serão utilizadas pesquisas estatísticas do mercado da saúde pública e privada, bem como uma breve análise histórica constitucional do direito à saúde no direito brasileiro, de forma a contextualizar o presente estudo.

Palavras-chave: Direito fundamental à saúde; Sistema público de saúde; Saúde Suplementar; Concretização de direitos.

Abstract: From the 1988 Federal Constitution the right to health has become a mainstay in promoting human dignity, being included in the list of social rights. For its implementation of the access to the right to health the Magna Carta also announced to be all right and duty of the State, however, the public measures to promote this social right were not sufficient to meet the constitutional requirement. In this context, this article aims to analyse and demonstrate the relevance of the work of the private sector in achieving the realization of the social right to health. To do so, use market statistics surveys of public and private health, as well as brief historical analysis of the constitutional right to health in Brazilian law, in order to contextualize the present study.

Keywords: Fundamental right to health; Public health system; Health supplements; Realization of rights.

1. Introdução

A partir da Constituição Federal brasileira de 1988 a saúde dos indivíduos passou de coadjuvante a protagonista na ordem jurídica, sendo alcançada ao patamar de direito fundamental e incluída no rol dos direitos sociais e, inclusive, com seção própria no corpo do texto constitucional tratando diretamente do assunto.

¹ Mestrando em Sistema Constitucional de Garantia de Direitos do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Direito do Centro Universitário de Bauru/SP, mantido pela Instituição Toledo de Ensino - ITE. MBA em Direito Empresarial pela FGV-SP. Pós-graduado em Direito Civil e Processual Civil para Instituição Toledo de Ensino – ITE. Endereço eletrônico de e-mail: yamada.marcoaurelio@gmail.com.

YAMADA, Marco Aurélio Franqueira. A Efetividade do Direito à Saúde Através da Iniciativa Privada no Estado Social de Direito. In: Revista Eletrônica do Curso de Direito das Faculdades OPET. Curitiba-PR. Ano XI, n. 19, jul-dez/2018. ISSN 2175-7119.

Apesar dessa conquista para a ordem jurídica constitucional e, principalmente, para os cidadãos, e já chegando próximo a um terço de século com a Constituição Federal de 1988, e o que pode-se dizer também, de três décadas de estabilidade institucional dos Poderes, o Estado contemporâneo brasileiro ainda não conseguiu concretizar, por si, de forma eficiente a concretização do direito básico à saúde.

Os princípios constitucionais da universalidade, integralidade e igualdade de atendimento pela rede pública de saúde ainda estão muito longe de sua concretude ideal, mesmo com a estruturação realizada pela criação do Sistema Único de Saúde – SUS, de modo a promover o adequado atendimento da população.

Assim, não obstante a garantia do direito à saúde ser função do Estado para promoção dos serviços de assistência à saúde, o legislador constituinte, talvez até mesmo prevendo a dificuldade de implantação de um sistema público eficiente como idealizado na Constituição federal, autorizou a atuação da iniciativa privada na exploração dos serviços de assistência à saúde, o que denominou-se de Saúde Suplementar.

A partir disso, o setor de assistência privada à saúde passou a tomar corpo ao longo dos anos, chegando, inclusive a superar o orçamento do Estado com o custo de coberturas assistenciais aos indivíduos participantes dos planos e seguros privados, auxiliando de forma evidente o acesso a tratamento de saúde pelos cidadãos.

Nesse processo evolutivo da Saúde Suplementar é que passar-se-á a análise do presente artigo, discorrendo sobre os aspectos históricos do direito à saúde nas Constituições Federais anteriores a de 1988, até a configuração da assistência à saúde pela iniciativa privada no contexto constitucional, bem como pela atividade reguladora e fiscalizatória deste setor pelo Estado.

Tendo em vista que o direito à saúde é corolário do direito à vida e requisito mínimo fundamental para garantida da dignidade da pessoa humana, verificar-se-á também a relevância que a Saúde Suplementar tem na concretização do direito fundamental de acesso à saúde, a fim de se chegar o mais próximo possível do Estado de Bem-Estar Social, que reclama positivação e concretização de direitos sociais básicos.

2. O direito fundamental à saúde nas constituições brasileiras

O direito à saúde, especificamente, passou a ser protegido pelos ordenamentos legais a partir do início do século XX, sendo que até então o direito à saúde não era protegido como um verdadeiro direito fundamental, mas sim estava relacionada ao direito à vida e protegida por algumas declarações iniciais de direitos fundamentais como a Declaração dos Povos da Virginia de 1776 ao mencionar que “o gozo da vida e da liberdade com os meios de adquirir e de possuir a propriedade e de buscar e obter felicidade e segurança”, bem como a Declaração francesa dos direitos do homem e do cidadão de 1789.

Foi com a passagem do Estado liberal para o Estado do bem-estar social (*welfare state*), que começou a se falar sobre a saúde na perspectiva de um verdadeiro direito fundamental, sendo firmemente tratada como tal no final da segunda guerra mundial,

YAMADA, Marco Aurélio Franqueira. A Efetividade do Direito à Saúde Através da Iniciativa Privada no Estado Social de Direito. In: Revista Eletrônica do Curso de Direito das Faculdades OPET. Curitiba-PR. Ano XI, n. 19, jul-dez/2018. ISSN 2175-7119.

sendo este fato histórico um verdadeiro paradigma para efetivação dos Direitos Humanos e da dignidade da pessoa humana.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos proclamada em 1948 pela Assembleia Geral das Nações Unidas, por sua vez, criou valores a ser observados por todos os povos, e mencionou a saúde no seu artigo XXV, incluindo-a em um contexto relacionado a um ambiente favorável a um padrão mínimo de defesa da dignidade do ser humano, sendo a saúde e o bem-estar esse padrão mínimo, devidamente relacionado com outros direitos, bem como estendidos à maternidade e à infância. Dispõe o artigo XXV:

1. Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, **saúde** e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, **cuidados médicos** e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.
2. A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio gozarão da mesma proteção social (grifo nosso).

No Brasil, em um breve apanhado histórico nas Constituições da República é possível afirmar que a saúde, a partir de certo momento histórico, passou a figurar entre as principais preocupações do Estado, mas nem sempre foi assim, haja vista que antes da Constituição Federal de 1988 poucas foram as disposições acerca do direito à saúde, em sequer era selecionada como um direito fundamental.

Na Constituição Política do Império de 1824 não havia nenhuma proteção à saúde, propriamente dita, ou seja, apenas há uma única menção ao termo “saúde”, porém, no sentido de proteção ao trabalho, de forma que nenhum tipo de atividade poderia ser pernicioso à saúde dos cidadãos. Tal disposição encontrava-se no capítulo relacionado às Garantias dos Direitos Civis e Políticos dos Cidadãos brasileiros, em seu artigo 179, inciso XXIV, no seguinte sentido: “Nenhum genero de trabalho, de cultura, industria, ou commercio pôde ser prohibido, uma vez que não se opponha aos costumes publicos, á segurança, e saude dos Cidadãos.”

Também, a Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1891, não trouxe nenhuma disposição relacionada à proteção à saúde do povo brasileiro. Nesse sentido, nenhuma das Constituições do século XIX trouxe uma base normativa específica para a proteção da saúde.

Já a primeira Constituição Federal brasileira do século XX, no ano de 1934, de maneira tímida, estabeleceu dentro das regras de proteção ao trabalho à assistência médica e sanitária ao trabalhador (Artigo 121, §1º, letra “h”). Também, dentro da organização federativa, incumbiu o cuidado à saúde e assistência públicas aos Estados e à União, de forma concorrente (Artigo 10, inciso II).

Na Constituição Federal de 1937, que procurou atender à paz política e social da época, houve certo avanço na proteção da saúde, trazendo agora no Artigo 16, inciso XXVII, de forma privativa, a competência da União para legislar sobre “normas

YAMADA, Marco Aurélio Franqueira. A Efetividade do Direito à Saúde Através da Iniciativa Privada no Estado Social de Direito. In: Revista Eletrônica do Curso de Direito das Faculdades OPET. Curitiba-PR. Ano XI, n. 19, jul-dez/2018. ISSN 2175-7119.

fundamentais da defesa e proteção da saúde, especialmente da saúde da criança". Desse modo, pode-se verificar a ampliação da proteção à saúde para as crianças.

Ainda, na mesma Constituição, houve pela primeira vez menção às "Casas de saúde", ao regulamentar a competência supletiva dos Estados na falta de lei federal sobre a matéria. As denominadas "Casas de saúde", eram consideradas como entidades privadas que forneciam "hospitalização de luxo", sendo esta uma realidade ainda de pouca acessibilidade à população da época, devida ao seu caráter comercial, sendo assim, as primeiras instituições de finalidade lucrativa, ou seja, de caráter privado.

A Constituição Federal de 1946 não trouxe nenhuma novidade em relação à proteção do direito à saúde, mantendo as disposições sobre a proteção da assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva ao trabalhador, bem como mantendo a competência legislativa da União sobre a defesa e proteção da saúde.

Nas Constituições da década de 1960, sendo a Constituição de 1967 e a controversa Constituição de 1969, não houve praticamente nenhum avanço constitucional relacionado ao direito à saúde, mantendo-se as regras relacionadas à competência legislativa da União para tratar da defesa e proteção da saúde.

Até aqui verifica-se que o direito à saúde não possuía proteção específica nas Cartas Constitucionais brasileiras, sendo tal proteção tratada de maneira indireta, ora relacionada ao direito dos trabalhadores, ora regra de competência legislativa da União, porém, em nenhum momento consagra-se o direito à saúde como um direito fundamental do indivíduo, mesmo as Constituições erigidas após a Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948.

Somente na Constituição Federal de 1988 a direito à saúde encontrou seu maior reconhecimento, sendo alçado ao patamar de direito fundamental, razão pela qual demonstra sua importância evolutiva para a consecução e complementação dos direitos que compõem os princípios básicos de proteção à vida e a dignidade humana, de modo que passou a ter proteção não somente no rol de garantias e direitos fundamentais, mas ganhou seção exclusiva no texto constitucional, com várias disposições protetivas, inclusive como dever fundamental do Estado.

3. O dever fundamental de proteção ao direito à saúde na Constituição Federal de 1988

A base do direito fundamental à saúde na Constituição Federal de 1988 surgiu na 8^a Conferência Nacional da Saúde, realizada em março de 1986, ao tratar de três principais temas sendo: (1) a Saúde como direito; (2) a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e; (3) o financiamento setorial.

Assim, a Carta Constitucional de 1988 albergou o direito à saúde a um novo patamar jurídico, específica e diretamente protegido, através da sua inclusão no artigo 6º, fazendo parte, portanto, de um conjunto básico de direitos necessários para garantia da dignidade da pessoa humana, assim, pode-se dizer que encontra-se em uma categoria de direito social fundamental, sendo-lhe ainda atribuídos efeitos imediatos, de acordo com o artigo 5º, §1º, efetivando assim, a saúde como gênero de primeira necessidade dos indivíduos.

A Carta Magna brasileira estampa no artigo 196 que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, proclamando assim que cabe prioritariamente ao Estado e prestação dos serviços de saúde aos indivíduos, de modo universal e igualitário, compreendendo tal prestação, todas as ações destinadas a concretização deste direito fundamental.

Aliás, importante mencionar que, não obstante a direito à saúde estar estampado em seção específica própria, fora do Título II que trata dos direitos e garantias fundamentais, as disposições relacionadas ao direito à saúde na sua seção não perdem o caráter da fundamentalidade segundo Dallari e Nunes Júnior (2010, p. 66-67), *in verbis*:

Um importante aspecto – aliás, com inúmeros desdobramentos no regime jurídico do direito à saúde – é a chamada fundamentalidade extrínseca do direito à saúde. Em outras palavras, a Constituição Federal alojou formalmente o direito à saúde no catálogo dos direitos fundamentais, fazendo-o por meio do art.6º da Lei Maior, visto que este integra em seu título II, destinado expressamente à disciplina dos Direitos e Garantias Fundamentais. Essa fundamentalidade do direito à saúde se estende, por evidente, a todos os dispositivos dedicados ao tratamento do tema, o que revela que os arts. 196 a 200 da Constituição também fazem jus a tal identificação.

Para concretização do direito à saúde, bem como para organização do sistema, a Constituição Federal em seu artigo 198 criou o Sistema Único de Saúde, instituindo um serviço público de saúde de forma integrada, regionalizada e hierarquizada entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios, de modo que seja realizado o adequado atendimento aos indivíduos, bem como estabeleceu as diretrizes desse sistema:

- (...)
- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
 - II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
 - III - participação da comunidade.

Do mesmo modo em que a Constituição Federal de 1988 garantiu o direito à saúde de forma ampla aos indivíduos, garantiu também o atendimento por meio de princípios norteadores de observância obrigatória pelo Estado, tendo como seus principais os da universalidade, integralidade, igualdade e gratuidade.

De forma breve, o princípio da universalidade segundo Mapelli, Coimbra e Matos (2012, p.24) refere-se a abrangência do sistema único de saúde no que diz respeito aos seus destinatários “(...) se consubstancia no direito de qualquer indivíduo, independentemente de suas condições pessoais (nacionalidade, naturalidade, classe social, etc.) de ser atendido pelos órgãos da saúde pública (...). Assim, todas as pessoas, mesmo aquelas que possuem condições financeiras suficientes para tratamentos particulares, podem se beneficiar do atendimento público.

A integralidade do atendimento diz respeito também de acordo com Mapelli, Coimbra e Matos (2012, p.25): “Significa dizer que o Estado deve prover aos indivíduos, de acordo com o mais avançado conhecimento técnico existente, o acesso a todos os meios e mecanismos de recuperação e prevenção da saúde (...). Desse modo, verifica-se que atuação do Estado deve ser de forma ampla, não podendo se furtar ao

YAMADA, Marco Aurélio Franqueira. A Efetividade do Direito à Saúde Através da Iniciativa Privada no Estado Social de Direito. In: Revista Eletrônica do Curso de Direito das Faculdades OPET. Curitiba-PR. Ano XI, n. 19, jul-dez/2018. ISSN 2175-7119.

fornecimento de qualquer tipo de tratamento para a prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos.

Os princípio da igualdade de tratamento significa dizer que o Estado não pode fornecer privilégios subjetivos de atendimento a qualquer indivíduo, ou seja, todo e qualquer atendimento realizado pela rede pública de saúde deve ser destituído de qualquer tipo de discriminação, salvo algumas exceções de ordem objetiva dispostas em Lei, como, por exemplo, o atendimento prioritário às pessoas idosas e as crianças.

Por último, o princípio da gratuidade que, por si só, já demonstra que o Estado não pode exigir nenhuma forma de contraprestação do indivíduo que utiliza a rede pública de atendimento à saúde, nem mesmo pode fazer distinção entre o que contribuem ou não para a previdência social, na medida em que a assistência à saúde é um direito fundamental sem qualquer tipo de requisito posto pela Constituição Federal brasileira de 1988.

Desta forma, tendo em vista os princípios acima apontados, bem como levando em consideração que as necessidades relacionadas à saúde são infinitas e os recursos financeiros são finitos, fazem com que a concretização desse direito fundamental seja de difícil aplicação prática pelo Estado, haja vista que os reflexos dos problemas relacionados à saúde decorrem da falta de outros recursos para outras áreas, como, por exemplo, na educação, moradia e saneamento básico, de modo que a escassez na atuação do Estado nessas áreas agravam sobremaneira os problemas de saúde da população mais carentes que, por sua vez, demanda maior recurso orçamentário do Estado.

Por sua vez, levando ainda em consideração outros fatores relacionados à realidade social e política (corrupção, má gestão de recursos públicos, sonegação fiscal etc.) a concretização do direito fundamental à saúde da forma como idealizada pelo legislador constituinte fica praticamente impossível se ser realizada única e exclusivamente pelo Estado sem gerar impactos orçamentários negativos em outros setores.

Desta forma, para garantir a concretização do direito social e fundamental à saúde, a própria Constituição Federal abriu a possibilidade de participação na assistência à saúde pela iniciativa privada, de forma complementar do sistema único de saúde, ficando tal atuação conhecida como “Saúde Suplementar”, bem como definiu diretrizes básicas para atuação do setor privado, conforme será analisa a seguir.

4. A saúde suplementar na constituição federal

De acordo com o modelo de prestação de serviço público de saúde idealizado pelo legislador constituinte de 1988, caberia ao Estado a prestação prioritária desse serviço de modo universal e igualitário, porém, de acordo com Marco Aurélio Mello (2012, p.4) sobre o assunto: “A quadra vivida, todavia, revela deficiências substanciais em praticamente todos os serviços públicos, de maneira que ainda não foi possível alcançar aquele propósito maior de universalização”.

YAMADA, Marco Aurélio Franqueira. A Efetividade do Direito à Saúde Através da Iniciativa Privada no Estado Social de Direito. In: Revista Eletrônica do Curso de Direito das Faculdades OPET. Curitiba-PR. Ano XI, n. 19, jul-dez/2018. ISSN 2175-7119.

Com isso, tendo em vista que hodiernamente verifica-se a impossibilidade fática do Estado em suprir de modo adequado e suficiente a demanda social de prestação de serviços à saúde, levando ainda em consideração a limitação de recursos orçamentários diante da infinita demanda pela prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos, o contrato de assistência privada à saúde torna-se um instrumento alternativo para assegurar o acesso ao atendimento médico-hospitalar.

Nesse contexto fático, sem embargo do dever estatal de assistência à saúde de forma universal, integral e gratuita, a Constituição Federal de 1988, de forma expressa, autorizou a participação da iniciativa privada na assistência à saúde por meio do artigo 199, *caput*, que dispôs de forma simples que: “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada”.

Assim à luz da Constituição Federal de 1988, estabeleceu de forma expressa a possibilidade de prestação de serviços de assistência à saúde tanto pelo setor público como pelo privado, criando um *mix* de financiamento público e privado para alcançar o acesso universal do direito à saúde, sendo que a participação do setor privado efetiva-se por meio de planos de saúde e seguro-saúde.

Vale lembrar que, conforme mencionado anteriormente, a Constituição Federal de 1937 fez uma menção em seu texto sobre as “Casas de saúde” que eram consideradas entidades privadas de tratamento de saúde aos mais abastados, de acordo com registro histórico da evolução dos Hospitais do Ministério da Saúde:

As de *finalidade não lucrativa*, semelhante, de algum modo às filantrópicas, são instituições mantidas por corporação, fábricas ou núcleos para seus empregados; são as de cooperativas, de Associação de classe, Beneficências, Caixas, Ordens Terceiras, etc., isto é, organizações que não distribuem dividendo ou lucros, e cuja renda se destina exclusivamente à finalidade médico-social, a manter, e melhorar, e ampliar a instituição; a bem da saúde. Entre as instituições de finalidade lucrativa se acham as “casas de saúde”, hospitais mantidos por médicos, por sociedades, por quotas, visando uma exploração industrial ou comercial; de firma, sociedade anônima, etc.(BRASIL, 1965, p.87)

Ainda no contexto histórico brasileiro, a atividade de assistência privada à saúde remonta à década de 50, quando houve crescente aceleração no processo industrial automobilístico no ABC paulista, onde, segundo Lima (2016, p.110) tal desenvolvimento “(...) criou uma demanda por sistemas de proteção mais estruturados aos trabalhadores, incorporando práticas consolidadas nos países de origem das empresas multinacionais recém-instaladas”.

Retomando as disposições da Constituição Federal de 1988, a atuação da iniciativa privada na assistência à saúde não foi detalhada no texto constitucional, havendo apenas a forma pela qual a iniciativa privada pode complementar o Sistema Único de Saúde, a vedação de destinação de recursos públicos para as entidades privadas com fins lucrativos e a proibição de participação de capital estrangeiro, conforme disposto nos três primeiros parágrafos que compõem o artigo 199:

(...)

§ 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.

YAMADA, Marco Aurélio Franqueira. A Efetividade do Direito à Saúde Através da Iniciativa Privada no Estado Social de Direito. In: Revista Eletrônica do Curso de Direito das Faculdades OPET. Curitiba-PR. Ano XI, n. 19, jul-dez/2018. ISSN 2175-7119.

§ 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.

Assim, coube ao legislador infraconstitucional a elaboração de norma ordinária para a regulamentação e fiscalização do sistema privado de saúde no país, o que se deu com duas importantes leis ordinárias, sendo a Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, conhecida como a “Lei dos Planos de Saúde”.

Por outro lado, a fim de fiscalizar a atividade das operadoras de planos de saúde privados, por meio da Lei federal n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000, foi criado a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sendo esta uma autarquia sob regime especial e vinculada ao Ministério da Saúde.

No que tange aos princípios básicos que regem o sistema privado de assistência à saúde importante mencionar que não se relaciona com os princípios regentes do sistema público, na medida em que o na atividade privada possui uma estrutura financeira que deve ser devidamente controlada sob pena de desestabilizar equilíbrio econômico-financeiro necessário para a manutenção e sobrevivência das operadoras de planos e seguros de saúde.

Não se pode olvidar também que a atividade privada visa a obtenção de lucro, de modo que os princípios à ela aplicados devem respeitar a livre-iniciativa, concorrência e autonomia contratual na escolha pelo indivíduo e pelas empresas do plano de assistência à saúde que melhor atenda seus interesses pessoais e financeiros.

Com base nisso é que os princípios básicos que norteiam a Saúde Suplementar são basicamente os seguintes: 1) Mutualismo; 2) Equilíbrio econômico-financeiro.

O mutualismo, de acordo com Sandro Leal Alves (2015, p.42), foi um termo pinçado da biologia a fim de estabelecer a cooperação entre indivíduos, através do agrupamento de riscos, ou seja, o mencionado autor escreve que: “Na Biologia, quando a interação entre duas espécies proporciona ganhos recíprocos decorrentes da associação entre elas, há mutualismo”.

Nesse sentido tanto o plano como o seguro-saúde através do mutualismo fornecem a possibilidade dos usuários que contratam assistência privada à saúde de dissolução dos riscos com entre si, de modo que haja uma contribuição em comum em troca da garantia de atendimento a sua saúde onde todos são beneficiados em caso de ocorrência de infortúnio. Trata-se basicamente de uma solidariedade entre todos os participantes.

O equilíbrio econômico-financeiro faz com que haja a necessidade de uma diversificação do risco na atividade privada consiste na estrutura de financiamento, porém, para melhor compreensão deste princípio se faz necessária a compreensão de dois aspectos relevantes, haja vista que os recursos para manutenção da atividade privada dependem diretamente do pagamento de valores pelos usuários do sistema.

YAMADA, Marco Aurélio Franqueira. A Efetividade do Direito à Saúde Através da Iniciativa Privada no Estado Social de Direito. In: Revista Eletrônica do Curso de Direito das Faculdades OPET. Curitiba-PR. Ano XI, n. 19, jul-dez/2018. ISSN 2175-7119.

O primeiro aspecto diz respeito aos eventos cobertos pelos planos e seguros privados de assistência à saúde, tendo em vista que são eventos futuros e incertos que devem ser estimados pelo atuário a fim de que as operadoras possam compor as provisões técnicas de valores para pagamento dos eventos que venham a ocorrer, bem como para estipulação do valor a ser pago pelos usuários (Para os planos de saúde os usuários pagam uma mensalidade e para os seguros-saúde os segurados pagam valor denominado de prêmio).

O segundo aspecto, diz respeito à forma pela qual são separados os atendimentos pelo Sistema Único de Saúde e pelas operadoras de planos privados e assistência à saúde de forma a otimizar os recursos financeiros.

Para o sistema público promove-se uma hierarquização do atendimento, de forma que as demandas são divididas em três níveis de complexidade. De acordo com Serrano (2009, p. 81-82):

Seguindo essa direção, a hierarquização indica a divisão de atendimento em distintos níveis de complexidade, assim categorizados: atendimento primário: baixa complexidade; atendimento secundário: complexidade intermediária e atendimento terciário: alta complexidade.

Utiliza-se a expressão hierarquização porque a ideia que orienta essa forma de organização é a de que as unidades de assistência primária constituam uma espécie de porta de entrada do sistema, a partir da qual haveria o eventual referenciamento do paciente a unidades de maior complexidade, conforme as peculiaridades da situação.

(...)

O ideário constitucional é o de consolidar os postos de atendimento primário (Programas de Saúde de Família, Postos de Saúde, Unidades Básicas de Saúde etc.) como as portas de entrada do sistema, nas quais, constatando-se a necessidade de soluções de maior complexidade, haveria a referência às unidades de atendimento de maior complexidade, fazendo-se com que nestas haja economia de recursos, uma vez que o atendimento nelas dispensados é de um custo unitário inúmeras vezes maior.

De outra forma, na iniciativa privada de assistência à saúde, dentre muitas variáveis para a preservação do equilíbrio econômico-financeiro, não se faz a segregação em níveis de atendimento, mas sim por meio da segregação dos indivíduos em grupos de risco homogêneos, onde a maneira mais conhecida e divisão por faixas etárias, sendo somente assim, torna-se possível calcular o risco de cada um dos grupos.

A utilização deste sistema de segregação de indivíduos por faixas etárias, de acordo com Carneiro (2012, p. 82) faz com que: “A organização de grupos homogêneos, de acordo com as idades dos beneficiários, é benéfica para o conjunto dos consumidores, pois cada um pagará prêmios adequados ao seu perfil”.

Essa divisão por faixas etárias, com profundos estudos pela ciência atuarial, trabalha com probabilidades, de forma que quanto maior a idade, maior a probabilidade do usuário do sistema privado necessitar de assistência, razão pela qual os preços são maiores para os indivíduos das faixas etárias mais elevadas.

A partir de dezembro de 2003 por meio da Resolução Normativa n. 63, a ANS redefiniu dez faixas etárias, sendo: 0 a 18 anos; 19 a 23 anos; 24 a 28 anos; 29 a 33

YAMADA, Marco Aurélio Franqueira. A Efetividade do Direito à Saúde Através da Iniciativa Privada no Estado Social de Direito. In: Revista Eletrônica do Curso de Direito das Faculdades OPET. Curitiba-PR. Ano XI, n. 19, jul-dez/2018. ISSN 2175-7119.

anos; 34 a 38 anos; 39 a 43 anos; 44 a 48 anos; 49 a 53 anos; 54 a 58 anos e; 59 anos ou mais.

Desta forma, verifica-se que tanto o sistema público, como o sistema privado de assistência à saúde possuem mecanismos de controle financeiro, de modo a evitar a gastar acima do orçamento previsto no primeiro caso e a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro no segundo.

Ainda, a fim de atender de forma ampla as demandas essenciais dos indivíduos usuários do sistema privado, a Lei n. 9.656/98, instituiu em seu artigo 10 o “plano-referência de assistência à saúde”, de modo a tornar obrigatória pelas operadoras de assistência privada à saúde um rol mínimo de procedimentos na comercialização de seus planos.

O “plano-referência” também conhecido como “rol de procedimentos da ANS”, caracteriza-se por possuir cobertura para todas as doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a saúde (CID) da Organização Mundial da Saúde (OMS), de maneira que as operadoras não podem excluir tratamento decorrente desta lista, bem como impede que os planos possam atuar apenas em segmentos de baixa ocorrência de doenças (sinistros) e com finalidade exclusiva de lucro.

Diz o artigo 10 da Lei n. 9.656/98 que:

Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei

De forma sucinta, nessas breves considerações, verifica-se que a Constituição Federal brasileira de 1988 fez bem em autorizar explicitamente a atuação de entidades privadas no setor de assistência à saúde, assentado no artigo 199, na medida em que a concretização do direito social e fundamental à saúde tão somente pelo Estado, na atual conjuntura social, política e econômica brasileira seria praticamente impossível de realizar sem a geração de impactos em outros setores sociais.

Por isso, a atividade de assistência privada de assistência à saúde ou mais propriamente pela Saúde Suplementar, é um sistema de suma importância para a sociedade hodierna, bem como seus mecanismos de regulação e fiscalização realizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), ampliando a concretização da garantia de acesso a atendimento médico-hospitalar à sociedade.

Por fim, importante mencionar que complementariedade do direito à saúde pela Saúde Suplementar não se trata de substituição do papel do Estado pela iniciativa privada, mas de um papel paralelo de atuação, o que não se pode confundir com obrigação subsidiária dos planos de saúde em relação às obrigações do Estado.

YAMADA, Marco Aurélio Franqueira. A Efetividade do Direito à Saúde Através da Iniciativa Privada no Estado Social de Direito. In: Revista Eletrônica do Curso de Direito das Faculdades OPET. Curitiba-PR. Ano XI, n. 19, jul-dez/2018. ISSN 2175-7119.

5. A efetivação do direito à saúde pela saúde suplementar

As discussões sobre a Saúde Suplementar raramente chamam atenção para a importância do setor da assistência à saúde na concretização do direito fundamental à saúde, bem como sua relevância para outros setores sociais, como a geração de renda, emprego e desenvolvimento tecnológico para tratamentos e procedimentos cirúrgicos.

A cadeia produtiva envolvida para na Saúde Suplementar não decorre de uma simples relação contratual, mas envolve uma longa e complexa rede de profissionais e empresas do setor de assistência à saúde, como médicos, clínicas, indústria farmacêutica, hospitais, enfim, todos os profissionais e equipamentos necessários para o atendimento obrigatório dos procedimentos e doenças instituído pelo plano-referência de assistência à saúde elaborada pela ANS.

A importância da dimensão econômica e social da Saúde Suplementar no Brasil contribui de modo a concretizar a assistência à saúde e bem-estar de seus usuários de pelo menos duas maneiras significativamente importantes, dentre outras questões positivas, que são: 1) Incentivo profissional na contratação de profissionais pelas empresas e; 2) A assistência à saúde em si.

A concretização do direito social e fundamental à saúde estampado na Carta Constitucional brasileira não pode ser analisada de forma restrita, mas devem ser sopesados todos os impactos que o sistema de assistência à saúde (pública ou privada) pode gerar para a sociedade de modo geral.

Evidentemente que o principal objetivo do direito à saúde é a prestação de assistência preventiva e a recuperação dos indivíduos, porém, o direito à saúde encontra-se em um meio-ambiente que envolve outras questões importantes e que devem conviver harmoniosamente, como a educação, a alimentação, o trabalho, lazer e moradia, todos também elencados como direitos sociais na Constituição Federal.

Nesse cenário social constitucionalmente protegido o principal bem a ser protegido, no final das contas, é a vida, e não somente, mas a vida com dignidade, cujos direitos sociais devem interagir entre si, de modo a gerar o meio-ambiente favorável para o desenvolvimento humano.

Nesse contexto social que se encontra inserido a Saúde Suplementar, a saúde, historicamente, sempre foi tratada como um cuidado necessário e adjacente para a proteção da vida, especialmente do trabalhador, conforme verificou-se no capítulo sobre o histórico constitucional, de modo que o incentivo ao trabalho que por sua vez movimenta toda a economia de um país, precisa ter uma assistência à saúde que proteja os trabalhadores.

Desta forma, neste cenário encontra-se a primeira faceta da Saúde Suplementar, na medida em que, de acordo com dados da ANS constam registrados aproximadamente 47 milhões de beneficiários de planos ou seguro saúde no Brasil, dentre os quais 31

YAMADA, Marco Aurélio Franqueira. A Efetividade do Direito à Saúde Através da Iniciativa Privada no Estado Social de Direito. In: Revista Eletrônica do Curso de Direito das Faculdades OPET. Curitiba-PR. Ano XI, n. 19, jul-dez/2018. ISSN 2175-7119.

milhões, ou seja, 66% são contratações de planos empresariais, denominado como “Coletivo Empresarial”².

Em conjunto com outra pesquisa realizada pelo IBOPE Inteligência (IBOPE/IESS, 2017) no ano de 2017, constatou-se que 95% dos brasileiros consideram o plano de saúde como um fator decisivo para escolha de um emprego. Tal fato demonstra a insatisfação com o serviço de assistência pública de saúde, na medida em que os indivíduos empregados ainda mencionam que a importância do plano de saúde perde somente para educação e casa própria, segundo a mesma pesquisa, ou seja, o plano de saúde é o terceiro maior desejo dos indivíduos no Brasil.

Com isso resta claro que, se desde as Constituições anteriores a de 1988 já havia a preocupação da proteção do trabalhador em relação à sua saúde, não se pode olvidar que de acordo com as informações acima mencionadas, boa parte dessa proteção se deve a iniciativa privada de assistência à saúde, bem como que grande parte dos custos são derivados do benefício de assistência médica oferecido e pago pelas empresas do setor privado.

Outra questão que merece destaque na concretização do direito social e fundamental à saúde pela Saúde Suplementar é no sentido dos gastos com as despesas de coberturas aos usuários dos planos e seguros privados de assistência à saúde que representaram no ano de 2017 cerca de 55% (cinquenta e cinco) de todo o gasto em saúde no Brasil (CCIFB, 2017).

Esses números demonstram, em termos financeiros, a representatividade da Saúde Suplementar na promoção e garantia do direito à saúde, na mesma medida em que se verifica a precariedade de recursos para o setor público, onde, proporcionalmente, significa bem menos do que o mínimo necessário para um atendimento público de qualidade, haja vista que apenas 22% da população brasileira tem acesso à Saúde Suplementar.³

Outro dado relevante que justifica a importância da atividade realizada pela Saúde Suplementar diz respeito à quantidade de internações realizada no período de um ano (2017), onde foram realizados 7,97 milhões de internações na rede referenciada pelas operadoras de assistência privada à saúde, de acordo com o Mapa Assistência da Saúde Suplementar (ANS, 2018, p. 25), dentro de um universo de aproximadamente 47 milhões de indivíduos.

No mesmo período de um ano, de acordo com levantamento realizado pelo Conselho Federal de Medicina, o Sistema Único de Saúde realizou 11,5 milhões de

² Sala de situação da ANS: banco de dados do setor. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>>. Acesso em: 09 ago. 2018.

³ Segundo dados do IBGE a população do Brasil em 09 ago. 2018 é de 208 milhões de pessoal. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em 09 ago. 2018. Já, de acordo com dados da ANS, na mesma data da população informada pelo IBGE, os beneficiários da Saúde Suplementar gira em torno de 47 milhões de beneficiários. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>>. Acesso em: 09 ago. 2018.

YAMADA, Marco Aurélio Franqueira. A Efetividade do Direito à Saúde Através da Iniciativa Privada no Estado Social de Direito. In: Revista Eletrônica do Curso de Direito das Faculdades OPET. Curitiba-PR. Ano XI, n. 19, jul-dez/2018. ISSN 2175-7119.

internações no sistema público, dentro de um universo de aproximadamente 160 milhões de indivíduos.

Com isso denota-se que no sistema da Saúde Suplementar a taxa de internações é de 17 (dezessete) para cada grupo de 100 (cem) indivíduos, enquanto que no Sistema único de Saúde, a taxa é de 7 (sete) internações para cada o grupo de 100 (cem) indivíduos, portanto, estatisticamente, verifica-se que o papel desempenhado pela iniciativa privada tem relevante contribuição para a concretização do direito fundamental à saúde.

É certo, contudo, que a atividade de assistência à saúde prestada pela iniciativa privada tem um custo eu não advém dos cofres públicos, sendo também originário da atividade privada de cada um dos indivíduos beneficiários dos planos e seguros de saúde contratados.

Por certo também que o valor despendido pelo particular na contratação de um plano de saúde, de acordo com os números acima apresentados, reverte de forma mais efetiva para os indivíduos que são beneficiários do que no sistema público, na medida em que na Saúde Suplementar há o fator da concorrência no mercado privado, sendo assim, a busca pelo melhor atendimento reflete positivamente em seus usuários, o que não ocorre no SUS.

Nos exemplos apresentados, já é possível analisar a relevância da Saúde Suplementar no auxílio da concretização do direito social e fundamental à saúde, haja vista as deficiências do setor público que, por sua vez, não consegue fornecer, de modo universal e igualitário, atendimento médico-hospitalar a todos.

Vale repisar que a saúde como um direito social (artigo 6º da Constituição Federal), traz para o Estado o dever, também fundamental, de promover e tomar todas as medidas necessárias para a prestação dos serviços de saúde de forma universal, integral e igualitária, sendo que para isso destaca-se também a Lei 8.080 de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, porém, foi insuficiente para atender as demandas de forma eficiente.

Ademais, conforme já mencionado, os recursos financeiros destinados à saúde pelo Estado também são insuficientes, de modo para atender de forma eficiente demandaria o sacrificar outras áreas sociais, como a educação e saneamento básico, que também já não são suficientes.

Por essas razões até agora expostas é que deu-se um ambiente propício para o desenvolvimento da prestação de serviços de assistência à saúde pela iniciativa privada, a qual tem autorização expressa na Constituição Federal (artigo 199), cujos resultados já superam tanto em capacidade de atendimento como de orçamento os sistema público.

Não significa que a Saúde Suplementar no Brasil, sem embargo de se tratar de atividade privada que tem por objetivo o lucro, deve ser também ter suas atividades reguladas pelos mesmos princípios que norteiam a atividade pública, como a universalidade e integralidade, na medida em que deve se ponderar sua atuação de forma

equilibrada, a fim de que a prestação de serviços seja ainda mais eficiente e, por outro lado, não se torne única e exclusivamente a completa mercantilização do direito à saúde.

Outro ponto de importante observação diz respeito à fiscalização do setor privado que, não obstante a insuficiência do Sistema Único de Saúde em promover atendimento suficiente, tal reflexo não ocorre na fiscalização da Saúde Suplementar, que se dá pela Agencia Nacional de Saúde Suplementar.

Essa atividade regulatória e fiscalizatória decorrem da natureza social e fundamental do direito à saúde, pois na medida em que o Estado delega seus deveres às entidades privadas, tem que melhorar sua regulamentação e fiscalização, não de modo a tão somente repreender, mas também de auxiliar o mercado a produzir benefícios sociais cada vez melhores para os indivíduos.

Um bom exemplo de intervenção do Estado na Saúde Suplementar diz respeito a garantia de atendimento, estabelecendo prazos máximos para agendamentos de consultas na rede privada, de modo a proporcionar a prestação de serviço mais eficaz aos usuários, algo que não ocorre no sistema público. Aliás, tais prazos encontram-se regulados pela RN nº 259/2011 pela ANS, encontrando-se no seu artigo 3º o seguinte:

Art. 3º A operadora deverá garantir o atendimento integral das coberturas referidas no art. 2º nos seguintes prazos:

- I – consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia: em até 7 (sete) dias úteis;
- II – consulta nas demais especialidades médicas: em até 14 (quatorze) dias úteis;
- III – consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
- IV – consulta/sessão com nutricionista: em até 10 (dez) dias úteis;
- V – consulta/sessão com psicólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
- VI – consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 (dez) dias úteis;
- VII – consulta/sessão com fisioterapeuta: em até 10 (dez) dias úteis;
- VIII – consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirugião-dentista: em até 7 (sete) dias úteis;
- IX – serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 3 (três) dias úteis;
- X – demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;
- XI – procedimentos de alta complexidade - PAC: em até 21 (vinte e um) dias úteis;
- XII – atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis;
- XIII – atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis; e
- XIV – urgência e emergência: imediato.

O exemplo de regulação acima teve como objetivo estimular as operadoras a adaptarem suas redes de credenciados em melhorias na prestação de serviços no setor privado, fazendo ainda com que os prazos sejam os mesmo em todo o território nacional, independentemente das suas particularidades locais.

Sem embargo de que a maior parte dos usuários dos planos e seguros de saúde seja pago pelas empresas como benefício as trabalhadores empregados, o custo para a participação do indivíduo ainda é alto fora dos planos empresariais, de modo que a maioria da população brasileira ainda depende exclusivamente do sistema público de saúde.

Embora, como visto, a diretriz constitucional de ter a saúde como direito social, incluindo, inclusive, capítulo específico para tratar da saúde, após praticamente trinta anos de Constituição Federal democrática e de estabilidade institucional, o Sistema Único de Saúde ainda não se encontra adequado para os fins a que se propôs. Sobre isso Cechin (2012, p.197) tem o seguinte pensamento:

O SUS, em construção há quase um quarto de século (desde a Constituição Federal de 1988), ainda não logrou êxito completo em sua meta de universalidade e integralidade. Se o SUS estivesse em condições de cumprir satisfatoriamente com seu dever constitucional, garantindo às pessoas o efetivo acesso tempestivo aos serviços de assistência médica, não haveria porque as pessoas contratarem planos ou seguros de saúde, pois já estariam cobertas pelo sistema público. Apenas aquelas que desejassesem serviços diferenciados de hotelaria hospitalar necessitariam de um seguro saúde adicional.

Com efeito, enquanto o SUS não conseguir suprir as demandas de assistência integral e universal à saúde dos indivíduos, a alternativa continuará sendo a busca da concretização do direito à saúde através da Saúde Suplementar, que nos últimos anos vem crescendo, enquanto que os recursos orçamentários para o setor público, em razão das crises políticas e econômicas, vem, cada vez mais, reduzindo.

Por fim, mister ressaltar a que em razão do princípio da universalidade do serviço público de saúde, os indivíduos que possuem plano ou seguro privado, não ficam impedidos de utilizar o sistema público, porém, fazendo-o, instituiu a Lei 9.656/98, a obrigatoriedade de as operadoras resarcirem ao Sistema Público de Saúde os procedimentos realizados no SUS por beneficiários de planos privados de assistência à saúde. Há, portanto, uma interconexão entre os sistemas público e privado, de modo que este não seja financeiramente beneficiado.

6. Considerações finais

O tema do direito social e fundamental à saúde, a partir dessas constatações não pode ser mais analisado de forma simples, na medida em que há dois sistemas de saúde completamente diferentes, não obstante ambos estarem devidamente amparados no texto constitucional, porém, com um ponto em comum, que é o desiderato de preservação da vida e da dignidade da pessoa humana, um dos primados mais caros à ordem constitucional.

Por outro lado, conforme se verificou nas evidências práticas da atividade desenvolvida pelo setor privado de assistência à saúde, os resultados são favoráveis, na medida em que proporciona atendimento à praticamente 25% da população brasileira, bem como faz às vezes do Estado em razão da limitação de recursos financeiros destinados aos serviços públicos de saúde.

Ainda, nota-se que a atividade da Saúde Suplementar não tem liberdade de atuação na prestação de serviços à saúde, pois ainda há a intervenção do Estado na regulamentação e fiscalização do setor através da ANS, de modo que suas atividades não gere um desequilíbrio entre a finalidade social do contrato e a busca desenfreada pelo

YAMADA, Marco Aurélio Franqueira. A Efetividade do Direito à Saúde Através da Iniciativa Privada no Estado Social de Direito. In: Revista Eletrônica do Curso de Direito das Faculdades OPET. Curitiba-PR. Ano XI, n. 19, jul-dez/2018. ISSN 2175-7119.

lucro, de forma a tornar a saúde em mercadoria em detrimento do direito social e fundamental de preservação da vida e dignidade humana.

O setor de Saúde Suplementar, através dos planos e seguros privados de saúde, tornou-se de grande relevância não somente para os trabalhadores que conseguem acesso através de benefício da empresa, mas também para as famílias que delas também acabam se tornando dependentes em razão da extensão das coberturas.

Ainda, em decorrência da cadeia produtiva decorrente da prestação de serviços privados, além de contribuir para o bem-estar dos indivíduos dela beneficiados, o setor de saúde suplementar contribui também de forma decisiva para a economia, ao impulsionar o fornecimento de materiais cirúrgicos, medicamentos, hospitais, médicos e os demais profissionais diretamente ligados à prestação de serviços à saúde.

Desta forma, enquanto o Estado não tiver condições ou vontade política para promover de forma eficiente o sistema público de saúde, com ampliação orçamentária, gestão correta dos recursos disponíveis e conscientização do uso adequado do sistema, a Saúde Suplementar continuará na via paralela na concretização do direito fundamental à saúde.

Por fim, não se pode ignorar que o setor da Saúde Suplementar, como todo e qualquer serviço disponível aos indivíduos, seja público ou privado, também possui seus problemas, falhas, desequilíbrios financeiros, regulatórios e de qualidade. Contudo, na atual conjuntura político-econômica do setor público, não se pode negar que o setor público, por si e tão somente, pode concretizar os princípios constitucionais relacionados ao direito fundamental à saúde, razão pela qual os sistemas se completam.

Referências:

ARAUJO, Luiz Alberto David; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **Curso de Direito Constitucional**. 20^a ed. rev. e atual. São Paulo: Verbatim, 2016.

BISOTO, Geraldo Bisoto; SILVA, Pedro Luís de Barros; DAIN, Sulamis. **Regulação do setor saúde nas Américas: as relações entre o público e o privado numa abordagem sistêmica**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

BOTTESINI, Maury Angelo; Machado, Mauro Conti. **Lei Dos Planos e Seguros de Saúde Comentada - Artigo Por Artigo**. 3 Ed. São Paulo: Forense, 2015.

BRASIL. **Constituição (1824)**. Constituição Política do Império do Brazil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao24.htm>. Acesso em: 08 ago. 2018.

_____. **Constituição (1891)**. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao91.htm>. Acesso em: 08 ago. 2018.

YAMADA, Marco Aurélio Franqueira. A Efetividade do Direito à Saúde Através da Iniciativa Privada no Estado Social de Direito. In: Revista Eletrônica do Curso de Direito das Faculdades OPET. Curitiba-PR. Ano XI, n. 19, jul-dez/2018. ISSN 2175-7119.

_____. **Constituição (1934)**. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm>. Acesso em: 08 ago. 2018.

_____. **Constituição (1937)**. Constituição dos Estados Unidos do Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/Constituicao/Constituicao37.htm>. Acesso em: 08 ago. 2018.

_____. **Constituição (1946)**. Constituição dos Estados Unidos do Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/Constituicao/Constituicao46.htm>. Acesso em: 08 ago. 2018.

_____. **Constituição (1967)**. Constituição da República Federativa do Brasil de 1967. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/Constituicao/Constituicao67.htm>. Acesso em: 08 ago. 2018.

_____. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicacompile.htm>. Acesso em: 08 ago. 2018.

_____. ANS. Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011. Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa – IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTc1OA==#detalhamentos>>. Acesso em: 09 ago. 2018.

_____. Ministério da Educação e Saúde. **História e evolução dos Hospitais**. Departamento Nacional de Saúde. Divisão de Organização Hospitalar. Rio de Janeiro; Ministério da Saúde; 1944. 588 p. Livrotab.

_____. ANS. Resolução Normativa nº 338, de 21 de outubro de 2013. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; revoga as Resoluções Normativas - RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010, RN nº 262, de 1 de agosto de 2011, RN nº 281, de 19 de dezembro de 2011 e a RN nº 325, de 18 de abril de 2013; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 205, p. 51, 22 out. 2013a. Seção 1.

_____. 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, DF, n. 182, p. 1, 20 set. 1990. Seção 1.

_____. ANS. **Mapa Assistência da Saúde Suplementar 2017**. Rio de Janeiro: ANS, 2018. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/biblioteca/index.html>>. Acesso em 06 ago. 2018.

YAMADA, Marco Aurélio Franqueira. A Efetividade do Direito à Saúde Através da Iniciativa Privada no Estado Social de Direito. In: Revista Eletrônica do Curso de Direito das Faculdades OPET. Curitiba-PR. Ano XI, n. 19, jul-dez/2018. ISSN 2175-7119.

_____. 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, DF, n. 105, p. 1, 4 jun. 1998. Seção 1.

CARLINI, Angélica Luciá et al. **Estudos de Direito do Seguro em Homenagem a Pedro Alvim**. Rio de Janeiro: Funenseg, 2011.

CARNEIRO, Luiz Augusto Ferreira et al. Princípios básicos de seguros e planos de saúde. In: Planos de Saúde: Aspectos Jurídicos e Econômicos. 1. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2012.

DALLARI, Sueli Gandolfi. A Construção do Direito à Saúde no Brasil. In: **Revista Eletrônica de Direito Sanitário**, vol. 09, nº 02, p. 09-34. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/issue/view/1051>>. Acesso em: 25 mar. 2018.

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

CECHIN, José et al. **Fatos da vida e o contorno dos planos de saúde**. In: Planos de Saúde: Aspectos Jurídicos e Econômicos. 1. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2012.

GOMES, Josiane Araújo. **Contratos de Planos de Saúde: A busca judicial pelo equilíbrio de interesses entre os usuários e as operadoras de planos de saúde**. São Paulo: JHMIZUNO, 2016.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR; IBOPE. **Avaliação dos Planos de Saúde**. ONDA IV, 2017. Disponível em: <http://www.iess.org.br/cms/rep/ibope_iess_2017.pdf>. Acesso em 09 ago. 2018.

LIMA, Dagoberto José Steinmeyer. **Os Bastidores da Saúde Suplementar no Brasil**. São Paulo: s.e., 2016

MELLO, Marco Aurélio et al. **Saúde Suplementar, segurança jurídica e equilíbrio econômico-financeiro**. In: Planos de Saúde: Aspectos Jurídicos e Econômicos. 1. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2012.

SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas Considerações em Torno do Conteúdo, Eficácia e Efetividade do Direito à Saúde na Constituição de 1988. In: **Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado (RERE)**, nº 11, p. 38-54. Salvador: Instituto Brasileiro de Direito Público, set./nov. 2007. Disponível em: <<http://direitodoestado.com.br/rere.asp>>. Acesso em: 17 mar. 2018.

SARMENTO, Daniel. **Direitos Fundamentais e Relações Privadas**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.

YAMADA, Marco Aurélio Franqueira. A Efetividade do Direito à Saúde Através da Iniciativa Privada no Estado Social de Direito. In: Revista Eletrônica do Curso de Direito das Faculdades OPET. Curitiba-PR. Ano XI, n. 19, jul-dez/2018. ISSN 2175-7119.

SERRANO, Mônica de Almeida Magalhães. **O Sistema Único de Saúde e suas Diretrizes Constitucionais**. São Paulo: Verbatim, 2009.

Setor privado responde por 55% dos gastos em saúde no Brasil. Câmara de comércio França-Brasil Online. São Paulo, 2017. Disponível em: <<http://www.ccfb.com.br/es/noticias/actualidades-das-camaras/noticia/n/setor-privado-responde-por-55-dos-gastos-em-saude-no-brasil/>>. Acesso em: 09 ago. 2018.

VILARINS, G.C.M.; SHIMIZU, H.E.; GUTIERREZ, M.M.U. **A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais.** Saúde debate [online], Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-647, out./dez. 2012.