

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

CAMILA MAGRINI DA SILVA

**POLÍTICAS PÚBLICAS REGULATÓRIAS SETORIAIS:
SISTEMA DE SAÚDE PRIVADO**

FRANCA

2016

CAMILA MAGRINI DA SILVA

**POLÍTICAS PÚBLICAS REGULATÓRIAS SETORIAS:
SISTEMA DE SAÚDE PRIVADO**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre em Direito. Área de concentração: Sistemas Normativos e Fundamentos da Cidadania.

Orientador: Prof. Dr. José Carlos de Oliveira

FRANCA

2016

Silva, Camila Magrini da.

Políticas públicas regulatórias setoriais : sistema de saúde privado / Camila Magrini da Silva. – Franca : [s.n.], 2016.

109 f.

Dissertação (Mestrado em Direito). Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

Orientador: José Carlos de Oliveira

1. Saúde suplementar. 2. Políticas públicas. 3. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). I. Título.

CDD – 341.32

CAMILA MAGRINI DA SILVA

**POLÍTICAS PÚBLICAS REGULATÓRIAS SETORIAIS:
SISTEMA DE SAÚDE PRIVADO**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciência Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre em Direito. Área de concentração: Sistemas Normativos e Fundamentos da Cidadania.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____

Prof. Dr. José Duarte Neto

1º Examinador: _____

Prof. Dr. Alexandre Walmott Borges

2º Examinador: _____

Prof. Dr. Sebastião Sérgio da Silveira

Franca, _____ de _____ de 2016.

Dedico este trabalho à minha mãe (Arlete) e ao meu pai (José),
pelo amor, apoio e compreensões incondicionais, e,
principalmente, por serem os responsáveis por todas as
realizações da minha vida. A eles simplesmente todo o meu
amor e o meu eterno agradecimento.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os professores da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, em especial a professora Doutora Soraya Regina Gasparetto Lunardi pelas inúmeras orientações e incentivos durante o mestrado, sempre com humildade, generosidade, motivação e atenção, gratidão eterna pelas aulas brilhantes. Ao professor Doutor José Duarte Neto minha profunda admiração. A professora Doutora Elisabete Maniglia pelo ser humano e profissionalismo que conduz à docência. Ainda, agradeço a Diretora Técnica de Serviço, Laura Odette Dorta Jardim, faltam palavras para expressar a gratidão que sinto, pois, com imensa paciência ensinou a adequação da presente dissertação às Normas Brasileiras (ABNT NBR). Todos esses professores, assim como os outros, conferem um conceito de excelência a essa instituição que se tornou a “minha casa” e permitem o privilégio do acesso aos ensinamentos. Carregá-los-ei por toda a vida.

Aos colegas do mestrado agradeço os debates, a agradável convivência durante essa longa e árdua caminhada, em especial ao amigo Me. Hélio Veiga Júnior. Agradeço a professora Sandra Regina Santana de Oliveira Laia pela colaboração no momento mais crítico.

A todos os meus amigos, não citarei os nomes para não incorrer no erro de esquecer alguém, agradeço pelo muito que me ajudaram no cotidiano dessa caminhada, sempre me apoiando com paciência, amizade e dedicação.

Agradeço, principalmente e imensamente, a meus pais, Arlete Magrini da Silva e José Aurélio e Silva, minhas referências de sabedoria, generosidade, dedicação ao trabalho, honestidade, autenticidade e amor eterno. Sem eles seria impossível ultrapassar os obstáculos da vida, toda a minha ternura, gratidão, respeito e muita saudade do convívio que tínhamos no mesmo lar.

Finalmente, embora seja incomum nos trabalhos dessa espécie e corra o risco de colher a rejeição de muitos, mas certamente a compreensão de outros por esse ato, eu agradeço a Deus pela realização dessa pesquisa, por crer que sem essa ajuda e inspiração não seria possível transpor sozinha os obstáculos que envolvem desde a crescente à saúde e a fadiga física, até as inúmeras limitações intelectuais e emocionais.

SILVA, Camila Magrini da. **Políticas públicas regulatórias setoriais: sistema de saúde privado**. 2016. 109 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2016.

RESUMO

O sistema de saúde privado consiste em uma clássica alternativa utilizada pelo Estado para atender a prestação e a concretização dos serviços à saúde. A contratação do sistema de saúde privado não proíbe o cidadão de acessar e utilizar o sistema de saúde público, pois esse tem direito ao acesso universal à saúde, previsto na Constituição Federal. Esse direito universal é uma conquista social a qual não se pretende pesquisar, pois as pretensões são: averiguar as razões que conduzem o cidadão a realizar a contratação do sistema de saúde privado, e, ainda, utilizar o sistema de saúde público?; averiguar se o sistema de saúde privado realiza o ressarcimento integral do uso do sistema de saúde público?; averiguar se a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realiza, de forma efetiva, a regulação da relação do sistema de saúde privado? Essas averiguações permeiam algumas das competências da ANS previstas na Lei n. 9.961/2000, as quais devem servir de ferramentas na promoção de políticas públicas regulatórias para fomentar a efetividade dos direitos à saúde. O descumprimento a essas competências pode ocasionar problemas regulatórios, e, gerar à judicialização da regulação da saúde. A metodologia utilizada nesta investigação foi a teórico-dedutiva combinada com dados empíricos.

Palavras-chave: sistema de saúde privado. políticas públicas regulatórias intersetoriais. ressarcimento ao SUS. Agência Nacional de Saúde Suplementar.

SILVA, Camila Magrini da. **Políticas públicas regulatórias setoriais: sistema de saúde privado**. 2016. 109 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2016.

ABSTRACT

The private health system consists of a classic alternative used by the State to meet the delivery and delivery of health services. The contracting of the private health system does not prohibit citizens from accessing and using the public health system, since they have the right to universal access to health, as provided for in the Federal Constitution. This universal right is a social achievement that is not intended to be researched, since the pretensions are: to investigate the reasons that lead the citizen to contract the private health system, and also to use the public health system? To investigate whether the private health system provides full compensation for the use of the public health system? To investigate whether the National Supplementary Health Agency effectively regulates the relationship of the private health system? These inquiries pervade some of the competencies of National Supplementary Health Agency provided for in Law n. 9.961/2000, which should serve as tools in the promotion of public regulatory policies to promote the effectiveness of health rights. Noncompliance with these competencies may lead to regulatory problems, and, to the judicialization of health regulation. The methodology used in this research was theoretical-deductive combined with empirical data.

Keywords: private health system. intersectoral regulatory policies. reimbursement to SUS. National Agency of Supplemental Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Número de leitos por 1.000 habitantes, segundo a esfera administrativa do estabelecimento. Brasil e grandes regiões, 1990, 1999 e 2005.	31
Figura 2 - Número de leitos (SUS) por 1.000 habitantes, segundo a esfera administrativa do estabelecimento. Brasil e grandes regiões, 1990, 1999 e 2005.	32
Figura 3 - Unificação da regulação e criação da ANS.....	36
Figura 4 - Característica do setor antes e depois da regulamentação.	40
Figura 5 - Ciclo das políticas públicas	45
Figura 6 - Quantidade total de notificações por ano	74
Figura 7 - Quantidade total de atendimentos cobrados por ano	75
Figura 8 - Ressarcimento ao SUS.....	76
Figura 9 - Notificação total – quantidade de procedimentos (até ABI 55º).....	77
Figura 10 - Identificação: AIH X APAC	78

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Termo “contrato adesão operadora plano saúde”	85
Quadro 2 - Termo “contrato operadora saúde”	85
Quadro 3 - Termo “recusa de atendimento plano de saúde”	86
Quadro 4 - Termo “ressarcimento ao SUS”	88

LISTA DE SIGLAS

ABI	Aviso de Beneficiário Identificado
ABNT	Associação Brasileira de Normas e Técnicas
ABRAMGE	Associação Brasileira de Medicina em Grupo
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
AI	Ato Institucional
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIR	Análise de Impacto Regulatório
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APAC	Autorização de Procedimento Ambulatorial
AUDIT	Auditoria da ANS
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CC	Código Civil
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CF	Constituição da República Federativa do Brasil
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNSP	Conselho Nacional de Seguros Privados
CONSU	Conselho Nacional de Saúde Suplementar
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DESAS	Departamento de Saúde Suplementar
DIFIS	Diretoria de Fiscalização da ANS
DIPRO	Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos
ESPM	Escola de Propaganda do MASP
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDEC	Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
IDSUS	Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde
IN	Instrução Normativa
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INMETRO	Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSC	Índice Nacional de Satisfação do Consumidor
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISQUA	The International Society for Quality in Health Care
LBA	Fundação Legião Brasileira de Assistência
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MP	Medida Provisória
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OUVIT	Ouvidoria ANS
PIB	Produto Interno Bruto
PL	Projeto de Lei
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PROGE	Procuradoria Federal junto à ANS
PPCOR	Estrutura e Atribuições da Corregedoria da ANS
PRORURAL	Programa de Assistência ao Trabalhador Rural
REsp	Recurso Especial
RExt	Recurso Extraordinário
RN	Resolução Normativa
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
SEGER	Secretaria Geral da ANS
SINAMGE	Sindicatos das Empresas de Medicina de Grupo
SNDC	Sistema Nacional de Defesa do Consumidor
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SNDC	Sistema Nacional de Defesa do Consumidor
SNOG	Sindicato das Empresas de Odontologia de Grupo

SSP	Sistema de Saúde Privado
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
TISS	Troca de Informações em Saúde Suplementar
UCA	Universidade Corporativa

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO 1 SISTEMA DE SAÚDE PRIVADO (SSP)	16
1.1 A Importância da Proteção e Promoção da Saúde	16
1.2 A Trajetória do Sistema de Saúde Privado (SSP) Brasileiro.....	17
1.3 O Sistema de Saúde Privado (SSP) Brasileiro e o seu Marco Regulatório.....	29
1.4 A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).....	34
CAPÍTULO 2 POLÍTICAS PÚBLICAS.....	42
2.1 Políticas Públicas: Breves Concepções	42
2.3 Políticas Públicas Setoriais e Intersetoriais	48
2.4 Políticas Públicas Regulatórias: Sistema de Saúde Privado (SSP).....	52
CAPÍTULO 3 POLÍTICAS REGULATÓRIAS SETORIAIS	56
3.1 Marco Regulatório Contratual	56
3.2 Instrumentos Contratuais: Direito de Escolha.....	59
3.3 Contrato de Adesão.....	62
3.4 Indicadores de Qualidade	65
3.5 Relação Consumerista.....	71
3.6 Normas para Ressarcimento ao SUS.....	73
CAPÍTULO 4 A JUDICIALIZAÇÃO DA REGULAÇÃO.....	82
4.1 A Judicialização da Regulação: Contratos.....	84
4.2 A Judicialização da Regulação: Ressarcimento	87
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
REFERÊNCIAS.....	94

INTRODUÇÃO

O Brasil é um país que apresenta amplas diversidades e inúmeras demandas sociais, dentre elas destaca-se: a Saúde. Um assunto que até o ano “[...] 1988 era primordialmente técnico e político passou a ser também jurídico e de ordem constitucional.” (FERRAZ; VIEIRA, 2008, p. 26).

A Constituição Federal de 1988 (CF/1988) a conceituou como um direito social (previsão contida no artigo 6º) fundamental e abarcou o reconhecimento da proteção da saúde do homem na sua individualidade concreta e socializada (BRASIL, 1988). Além dessa previsão, há uma série de artigos constitucionais que preveem a temática saúde: 7º, IV e XII; 23, II; 24, XII; 30, VII, 34, VII, e); 35, II; 166, §9º e 10; 167, IV; 194 ao 200; 208, VII; 212, §4º, 227, §1º, I e nos Atos das Disposições Constitucionais Transitórias: artigos 55; 71; 74, §3º, 75, §3º, 77, I, §2º e 3º; 79; 84, I. Essas séries de artigos são frutos de conquistas sociais e reflexos de muitos anos de esforços dos movimentos sanitaristas, somados ao progressivo discernimento de parte da população para o fato de que os problemas relacionados à saúde são responsabilidade de toda à sociedade, assim como do Estado. As previsões objetivam efetivar à saúde como um direito pertencente a todos, em plena consonância com o princípio da universalidade (previsão contida no artigo 194, I), cujo dever estatal é garanti-la com ações, programas e serviços (públicos ou da iniciativa privada) edificados por meio de políticas públicas setoriais, intersetoriais, regulatórias, sociais, econômicas as quais influenciam a vida dos cidadãos.

A saúde é determinada em grande medida, por “[...] fatores socioeconômicos e biológicos diversos, como acesso à informação, escolaridade, condições de habitação, geográfica e de infraestrutura, trabalho, renda, etnia, sexo, idade, deficiências, etc.” (FERRAZ; VIEIRA, 2008, p. 26). O Banco Mundial e a Organização Mundial da Saúde (OMS) têm o investimento na saúde como fonte de riqueza e pilar essencial para o desenvolvimento de uma sociedade. Dessa forma, é imprescindível que o Brasil potencialize atenção, estudos, análises, implementações, avaliações e investimentos na saúde da sua população para alcançar o desenvolvimento humano e da economia. O termo saúde possui múltiplas concepções e implicações as quais afloram as mais complexas áreas de políticas públicas do Estado.

No Brasil a saúde é organizada em base híbrida com gestão composta pelo sistema de saúde público e pelo sistema de saúde privado (SSP)¹, os quais dependem de articulações intersetoriais para proporcionarem efetividade e consonância com a norma constitucional. No sistema de saúde público: a prestação do serviço é realizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), financiada e regulada pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios (nos termos do artigo 195 e seguintes da CF/1988), com o acesso aos serviços na forma “gratuita”, universal e com caráter público. Já no SSP: a prestação do serviço é realizada pela iniciativa privada, regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), financiada mediante recursos privados (sendo vedada a destinação de recursos públicos às instituições com fins lucrativos, artigo 199, § 2º, CF/1988), com o acesso aos serviços na configuração não gratuita, seletiva e na forma suplementar².

Nessa organização híbrida o SSP é uma alternativa usada pelo Estado para atender a prestação e a concretização dos serviços à saúde. A sua contratação não impede o acesso aos serviços do sistema de saúde público, afinal o direito de acesso pertence a todos, conforme previsão constitucional (conquista social que não se pretende, aqui, pesquisar).

Os financiamentos dos sistemas de saúde são pautas de debates dos países que integram a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), a qual determina que não há padrões perfeitos, pois a necessidade é avaliar qual ou quais são os caminhos mais eficientes para atingir a qualidade na prestação dos serviços à saúde do usuário e a sustentabilidade dos sistemas.

As gestões dos sistemas de saúde brasileiro (sistema de saúde público e SSP) são tribunas que primam por políticas públicas retroalimentares devido as dimensões que os envolvem. Desta forma, a presente pesquisa prima pela análise pontual da eficácia de algumas políticas públicas regulatórias da ANS e os impactos das mesmas nas relações existentes entre o SSP, o usuário e o sistema de saúde público (com relação a esse último, exclusivamente, quanto à questão do ressarcimento ao SUS).

¹ O Brasil adere a uma base híbrida de gestão da saúde com um sistema de saúde público (cujo atendimento é “gratuito” ao cidadão) e um sistema de saúde privado (SSP) para o atendimento ao usuário, ora contratante. O SSP opera sob a forma de planos e seguros de saúde, bem como de hospitais, clínicas, laboratórios, e consultórios particulares. O acrônimo Sistema de Saúde Privado (SSP) será a sigla empregada durante toda a dissertação e abrange a concepção das formas privadas de assistência, atenção e prestação de serviços à saúde.

² “O papel do seguro privado é geralmente definido como: - Principal, quando constitui a forma de cobertura única ou principal para uma parte importante da população; - Duplicado, quando a população pode optar por um seguro privado sem abrir mão da cobertura pública principal; - Complementar, ao do sistema principal (normalmente de seguridade social ou serviço nacional de saúde), neste caso, o seguro privado oferece cobertura adicional para bens e serviços com cobertura financeira insuficiente pelo sistema principal; - Suplementar, quando oferece coberturas facultativas para bens e serviços não cobertos ou inadequadamente cobertos pelo sistema principal, ou agiliza o acesso aos serviços; essa cobertura pode inclusive duplicar a cobertura do sistema principal.” (CECHIN, 2009, p. 59-60).

O que se pretende é:

- 1 Averiguar as razões que conduzem o cidadão a realizar a contratação do sistema de saúde privado, e, ainda, utilizar o sistema de saúde público?
- 2 Averiguar se o sistema de saúde privado realiza o ressarcimento integral do uso do sistema de saúde público?
- 3 Averiguar se a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realiza, de forma efetiva, a regulação da relação do sistema de saúde privado?

Há a pretensão de responder a essas indagações durante o desenvolvimento dessa pesquisa, com fulcro em compreender adequadamente as formas que se estruturam essas relações inerentes ao futuro da saúde brasileira.

As regulações previstas na Lei n. 9.656/1998 e na Lei n. 9.961/2000, nada mais são que a aparente e inicial aplicação do respeito ao artigo 5º, XXXII e o 6º da CF/1988, na relação cidadão/usuário, SSP e ANS (BRASIL, 1998, 2000a, 1988). E, são os estímulos à análise teórico-indutiva do desenho metodológico atualmente adotado e dos resultados obtidos nessa pesquisa.

A necessidade desse projeto decorreu do fato de ser uma investigação teórica dogmática, de certa forma coerente para a elaboração de certas conclusões, mas, somente com a coleta de dados se pode alcançar resultados empíricos, de maneira que se possa dialogar a norma com os resultados obtidos na prática. A metodologia é necessária para que ocorra efetividade entre a atual e precária situação na prestação dos serviços de saúde aos usuários do SSP, com o objetivo de mostrar que a referida precariedade decorre de problemas públicos regulatórios, nas políticas públicas regulatórias da ANS, tendo como consequência o distanciamento aos mandamentos constitucionais e a judicialização da regulação à saúde.

CAPÍTULO 1 SISTEMA DE SAÚDE PRIVADO (SSP)

Winston Churchill, por volta de 1941, preocupado com a seguridade social³ nomeou William Beveridge para planejar um relatório que ficou conhecido como Plano Beveridge⁴, para as reformas da seguridade social. Dentre os inúmeros discursos memoráveis de Winston Churchill, nos reportamos a um: “Fui criado ouvindo meu pai repetir um conceito de Lord Beaconsfield, concernente à saúde pública: Devemos estabelece-la sobre amplos e sólidos alicerces no serviço da saúde nacional.” (apud LIMA, J. S., 1957, p. 127). Assim, com base nessa filosofia afirmamos que o SSP brasileiro necessita de serviços com amplos e sólidos alicerces.

1.1 A Importância da Proteção e Promoção da Saúde

O Estado deve promover e proteger à saúde, pois os efeitos serão propagados a todos os povos e como consequência haverá um desenvolvimento humano saudável, sustentável, harmonioso, com populações informadas e uma possível aquisição do aperfeiçoamento global da saúde, com a colaboração da sociedade, Estados, Governos e iniciativa privada por meio de definidas e efetivas responsabilidades em políticas públicas, sociais, sanitárias e regulatórias. Assim, deve o Brasil se envolver, constantemente, em diálogos internacionais sobre acesso à saúde, pois tem características vinculadas ao multilateralismo e a busca de avanços nos planos ético, político e institucional.

O Brasil defende, ainda, uma ampla e vigorosa conjunção de vontades políticas que sustente e revigore o sistema multilateral, que tem nas Nações Unidas seu principal pilar (AGNU, 2013). Durante a 66ª Assembleia Mundial da Saúde, o Brasil entrou para o Conselho Executivo da OMS, o que sustenta seu papel preponderante para o alcance da cobertura universal à saúde, tendo em vista a sua influência no âmbito global, seu modelo e experiências de sistema único de saúde e seus avanços

³ A seguridade social, no Brasil atual, é gênero que compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar as espécies direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Trata-se de esforço por meio de ampla organização de políticas públicas para a proteção social das prestações de benefícios e serviços.

⁴ Juntamente com as medidas de seguridade social, o relatório previa que o governo deveria assegurar serviços de saúde com qualidade e gratuidade, fornecer meios para a reabilitação profissional e promover a manutenção do emprego (CARDOSO, 2010, p. 6). “Reconhece Beveridge que, em sendo o trabalho o único meio para o operário de prover à sua subsistência e à de sua família, só pelo seguro social, ou, melhor, pela segurança social, se lhe proporcionará uma renda que substitua o seu salário nas enfermidades. Eis as principais inovações e modificações introduzidas pelo esquema de seguros sociais, proposto pelo Relatório Beveridge. f) Separação do tratamento clínico da administração dos benefícios e organização de um serviço médico para todos os cidadãos, para todos os tratamentos e todas as formas de inabilidade, debaixo da inspeção geral do Ministério da Saúde. A advertência que faz o próprio Beveridge: o que se economizar em dinheiro pagar-se-á em dores e na falta da eficiência. (LIMA, J. S., 1957, p. 127-130).

tecnológicos (OPAS, 2014). Segundo a ONU, o Brasil é hoje referência internacional na área de saúde pública e exemplo para outros países que buscam sistemas mais igualitários de saúde. Com a criação do SUS, o Brasil foi um dos primeiros e poucos países fora da OCDE a prever na legislação o acesso universal aos serviços de saúde, reconhecendo a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. (FERREIRA et al., 2013, p. 12).

Dessa forma, o fato do Brasil integrar o Conselho Executivo da OMS e influenciar no âmbito global com o seu modelo universal são motivos para averiguar o ressarcimento ao SUS pelo SSP, bem como se ambos sistemas (público - ressarcimento e privado) têm legislações promissoras na efetividade.

Na realidade, a busca por um SSP com serviços de excelência, há riscos não necessariamente previsíveis, tais como os de adquirir doenças ou enfermidades não catalogadas ou descobertas, bem como de não estar pleno em seu bem-estar físico, mental e social. Essas probabilidades podem aumentar ou diminuir conforme as influências de alguns fatores, dentre esses enumeram-se: os hábitos de vida; informação; educação; costume; idade; disponibilidade; acessibilidade; eficiência; qualidade; adaptabilidade; aceitabilidade. Os riscos de ausência de saúde, não serão anulados completamente, mas cabe a sociedade brasileira e ao Estado desenvolver os seus potenciais em relação à saúde com o fim de atingir a proteção social, um pilar da justiça social. Além dos potenciais tecnológicos, há a necessidade de permear e viabilizar a regulação e o diálogo desses sistemas para o acesso na forma mais igualitária possível e o aperfeiçoamento da saúde.

Os eventos da ausência de saúde podem ser previstos e, ou, desconhecidos e improváveis. Para isso, a sociedade deve desenvolver potenciais multidisciplinares, sem se esquecer dos cálculos atuariais para que a diluição financeira desses eventos seja suportada sem que ocorra uma tragédia à coletividade.

1.2 A Trajetória do Sistema de Saúde Privado (SSP) Brasileiro

A primeira proteção social à saúde surgiu na própria família. A sua incapacidade de atender às necessidades sociais despertou a vontade do brasileiro de criar mútuos com o objetivo de arrecadar pequenas contribuições para a proteção da saúde e dos eventos dos participantes. É nesse contexto que surgem as seguradoras, as quais trabalham com os conceitos de seguros vinculados aos riscos, bem como as probabilidades de dano, eventos futuros, incertos e com a sinistralidade.

Antes do surgimento dos mútuos, mutualismo, a saúde era muito precária e realizada por meio de pessoas não especializadas, não havia médicos, enfermeiros e profissionais da saúde, os medicamentos eram naturais provenientes das plantas e ervas da própria terra (similar à atual fitoterapia). Posteriormente, com a presença da família real até aflorou a necessidade de instituir o mínimo sanitário. Ocorre que, até por volta de 1850 o sistema de saúde era extremamente precário e restrito aos interesses imperiais vinculados, exclusivamente, ao controle sanitário de navios nos portos.

O Brasil Colônia e o Brasil império são marcados pela carência de profissionais médicos, para se ter uma ideia, no Rio de Janeiro, em 1789, só existiam quatro médicos exercendo a profissão (SALLES, 1971, p. 141-161). Com a ausência de estrutura sanitária, as manipulações, indicações e contraindicações dos medicamentos eram realizadas na frente dos pacientes, nos chamados Boticários, fatos comuns e visíveis até os dias de hoje nas farmácias de manipulação.

No ano de 1808, Dom João VI, fundou o Colégio Médico Cirúrgico, no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador e a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, anexa ao real Hospital Militar (SALLES, 1971, p. 141-161). Após a fundação dos colégios e do hospital foi promulgada a primeira Constituição Política do Império do Brasil, Carta de Lei de 25 de março de 1824, elaborada após a proclamação da independência do Brasil (07 de setembro de 1822) em relação ao Reino Unido de Portugal e a Algarves, na qual havia a seguinte previsão quanto à saúde, no seu artigo 179:

Art. 179. A inviolabilidade dos direitos civis e políticos dos cidadãos brasileiros, que tem por base a liberdade, a segurança individual e a propriedade, é garantida pela Constituição do Império, pela maneira seguinte: Nenhum gênero de trabalho, de cultura, indústria ou comércio pode ser proibido, uma vez que não se oponha aos costumes públicos, à segurança, e saúde dos cidadãos. A Constituição também garante os socorros públicos. (BRASIL, 1824, grifo nosso).

Esse momento da trajetória da saúde é marcado pela cólera, com parca atuação dos socorros públicos que constituíram uma política pública voltada, exclusivamente, ao cotidiano de manutenção ao comércio. Esses socorros se revelaram escassos e insuficientes diante da dimensão e imensidão dos flagelados, os reflexos da ausência de políticas públicas e da omissão das autoridades provinciais e imperiais. Apesar da primeira Constituição prever os socorros públicos e a saúde, esse período foi marcado a ferrete com as cidades brasileiras repletas de epidemias, doenças graves que acometiam toda a população, tais como varíola,

malária, febre amarela e com as situações sanitárias totalmente caóticas, ao ponto dos navios se recusarem a atracar no solo brasileiro.

A ausência estatal, associada com a carência educacional, médica, acadêmica, estrutural, tecnológica, assim como de conhecimento, informação, dentre outros fatores fizeram com que essa época fosse registrada como devastadora e muito triste. O resultado desse período devastador é uma Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil/1891, com uma Emenda Constitucional de 3/1926, cujo preâmbulo dizia ter sido organizada em um regime livre e democrático, mas sem sequer citar o termo saúde em seus artigos, ou seja, sem qualquer menção a proteção à saúde. Como não havia qualquer menção na proteção constitucional é cediço que o ser humano além do desamparo efetivo, não tinha instrumentos hábeis para exigir do Estado o dever, atualmente, constitucional de promoção e proteção à saúde.

Do período da Proclamação da República até meados de 1930, a situação sanitária permanecia precária, com cidades repletas de epidemias de doenças a prejudicar o comércio estrangeiro. Nesse momento, Oswaldo Cruz foi nomeado diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, o qual montou um exército com o objetivo de “dizimar” essas epidemias, esse modelo de política de saúde ficou conhecido como “campanhista” com o uso da força (SALLES, 1971, p. 141-161). Ele, ainda, propôs a Lei Federal n. 1.261/1904 (BRASIL, 1904), a qual instituiu a vacinação anti-varíola de forma obrigatória. Essa lei não foi aceita pela população, tanto que houve um movimento popular de insatisfação conhecido como a revolta da vacina. Esse modelo se tornou hegemônico e configurou a proposta de intervenção na área da saúde coletiva durante algumas décadas.

Além desses avanços, esse sanitarista, médico e cientista trouxe produções extremamente relevantes a comunidade científica e a sociedade, pois conseguiu com que esta identificasse a necessidade de registrar demograficamente as composições e os fatos vitais. Assim, implantou as formas de controle sanitário e introduziu o diagnóstico com a investigação da causa e origem, ou seja, etiológico e a fabricação de produtos para a prevenção de doenças, a profilaxia (SALLES, 1971, p. 141-161). Verdadeira aula de planejamento, estratégia, política pública, social e sanitária.

O seu sucessor foi Carlos Chagas, que em 1920, introduziu a propaganda e a educação sanitária, simetria de informação, com o objetivo de combater a tuberculose, lepra e as doenças venéreas. Destacou-se com o início da assistência infantil, hospitalar e industrial (SALLES, 1971, p. 141-161), mas esses, exclusivamente, vinculados aos espaços da monocultura cafeeira, com o objetivo de viabilizar a exportação, traços característicos da

época imperial, pois as demais pessoas estavam subordinadas somente ao modelo trazido por Oswaldo Cruz, o campanhista, ou seja, parca atuação estatal o que permitiu a permanência por todos esses anos da livre atuação privada.

O aumento da preocupação com a saúde está vinculado com o crescimento da economia rural, pois essa trouxe, paulatinamente, a ampliação do modelo campanhista, bem como do modelo trazido por Carlos Chagas que, seguidamente, foi introduzido à Fundação Nacional de Saúde (SALLES, 1971, p. 141-161). O Brasil até esse momento da trajetória da saúde continha uma economia quase que exclusivamente baseada na monocultura do café e o comércio exterior do mesmo. Posteriormente a essa época, iniciou-se a industrialização juntamente com a vinda de imigrantes que, em sua maioria, eram europeus de origem italiana e portuguesa. Esses carregavam o conhecimento da história operária europeia e estimularam a classe operária a lutar por seus direitos, tendo em vista as precárias condições sanitárias e do trabalho ora vigentes. Nessa época, houve a organização de greves gerais, sendo essas registradas nos anos de 1917 e 1919 (SALLES, 1971, p. 141-161). Foi dessa forma que principiaram algumas das conquistas aos direitos sociais.

Assim, é no ano de 1919 que o Estado passou a compor essa relação que, até então, era exclusivamente privada, de mútuos, pois o brasileiro foi criando mútuos com o objetivo de arrecadar pequenas contribuições para a proteção da saúde e dos eventos dos participantes. É neste contexto que surgem as seguradoras. Estas trabalham com os conceitos de seguros vinculados aos riscos, bem como as probabilidades de dano, eventos futuros e incertos e com a sinistralidade. Criou o seguro acidente de trabalho com características excludentes, pois, somente os trabalhadores urbanos privados tinham proteção à saúde.

Já na década de 1920 surgiu a contribuição compulsória dos empregados, empregadores e do Estado, as chamadas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), sem o controle e o domínio estatal. A necessidade de se ampliar o acesso dos usuários e a própria cobertura fez com que o Congresso Nacional aprovasse no dia 24 de janeiro de 1923 o marco da previdência social que ficou conhecido como a Lei Eloy Chaves⁵. A promulgação da Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAPs), a qual trouxe a ampliação da cobertura para os empregados de cada ferrovia. Essa normatização, nada mais era que a primeira inserção da responsabilidade e do domínio estatal em relação à espécie saúde, seja a preventiva e a de

⁵ Art. 9º Os empregados ferroviários, a que se refere o art. 2º desta lei, que tenham contribuído para os fundos da caixa com os descontos referidos no art. 3º, letra a, terão direito: 1º, a socorros médicos (GRIFO NOSSO) em casos de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo tecto e sob a mesma economia; 2º, a medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração; 3º, aposentadoria; 4º, a pensão para seus herdeiros em caso de morte (BRASIL, 1923).

caráter coletivo por categoria profissional, cuja normativa veio por meio do Decreto-lei n. 4.682 (BRASIL, 1923). Essa lei atendeu somente aos operários urbanos, pois o Congresso Nacional, nesse momento da trajetória, era composto por uma base oligárquica rural que impediu a extensão desses direitos aos operários rurais (SALLES, 1971, p. 141-161), sendo esse impedimento prolongado até a década de 1960 quando surgiu o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL). Na realidade o Estado não participava do custeio das CAPs, pois não havia qualquer previsão de participação estatal nessa gestão, havia, somente, a participação dos usuários das estradas de ferro.

A ampliação do acesso era essencial e, em 1926, a Lei n. 5.109 (BRASIL, 1926), estendeu o acesso dos direitos aos portuários e aos marítimos, assim, sucessivamente a normativa contida no Decreto n. 5.485 (BRASIL, 1928), a qual permitiu expandir o direito de acesso à saúde aos telegráficos e aos radiotelegráficos, o Decreto n. 20.465 (BRASIL, 1931) aos empregados dos demais serviços públicos e no ano de 1932 aos trabalhadores de mineração.

Nesse período, somente os trabalhadores urbanos estavam protegidos pelas CAPs e possuíam a atenção, cobertura e o atendimento à saúde, todos esses vinculados a atividade privada e sob a ótica do seguro previdenciário. É um momento marcado por algumas características do sistema de saúde: a da prevenção, a da cobertura e a do atendimento. A prevenção à saúde era realizada pelo Estado. Já a cobertura, atendimento e as demais atuações eram realizadas pelas CAPs, um mix do Estado com essas. A política social dessa época é aquém às necessidades sociais, incoerente, não inclusiva, não agregadora, antagônica e excludente, pois poucos usuários/consumidores tinham acesso à saúde.

A partir da década de 1930 surge a inevitabilidade de alargar o rol de proteção previdenciária e, concomitantemente a proteção e promoção da saúde, dos bancários, comerciários, industriários, dentre outros aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Um fato relevante é que esse instituto possuía características autárquicas e sob a égide de um financiamento tripartite (empregado, empresa e a União), mas com o diferencial de que todo o controle fora realizado pelo Estado (SALLES, 1971, p. 141-161). A previsão constitucional com financiamento tripartite se deu por meio da Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1934, nela veio o reconhecimento da responsabilidade da União e dos Estados de cuidar da saúde e assistência públicas, precisamente no seu artigo 10.

Momento expressivo para a trajetória da saúde, pois surge o direito subjetivo do usuário/consumidor acionar o Estado. Seguidamente, a Constituição dos Estados Unidos do Brasil/1937, trouxe os seguintes reconhecimentos em relação à saúde:

Art. 15 - Compete privativamente à União: XXVII - normas fundamentais da defesa e proteção da saúde, especialmente da saúde da criança. Art. 18 - Independentemente de autorização, os Estados podem legislar, no caso de haver lei federal sobre a matéria, para suprir-lhes as deficiências ou atender às peculiaridades locais, desde que não dispensem ou diminuam as exigências da lei federal, ou, em não havendo lei federal e até que esta regule, sobre os seguintes assuntos: c) assistência pública, obras de higiene popular, casas de saúde, clínicas, estações de clima e fontes medicinais; (BRASIL, 1937).

Com o avançar da trajetória, a saúde se torna matéria de Estado, isto é, das políticas públicas de Estado. É justamente no grande movimento compreendido pelo processo histórico do século XV ao XIX, em que se estabelece a ordem capitalista na Europa (ELIAS, 2004, p. 41-46), é que a saúde passa a ser objeto da intervenção estatal por meio de políticas públicas. As demais constituições continuaram a trazer a responsabilidade estatal e, ainda, em 18 de setembro de 1946 foi promulgada a Constituição dos Estados Unidos do Brasil, na qual continha a previsão de competência da União para legislar sobre as normas de defesa e proteção à saúde.

Já o ano de 1949 é marcado pelo surgimento do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), sendo que esse serviço, ainda, era sustentado pelos institutos e pelas caixas de aposentadorias e pensões (SALLES, 1971, p. 141-161). Na segunda metade da década de 1950 os institutos viabilizaram um complexo médico hospitalar com atendimentos aos previdenciários com a contratação aberta de serviços de terceiros, sendo que até a presente trajetória, a relação usuário/consumidor era de natureza privada com competência estatal normatizadora.

O sistema acima era confuso, complexo e carecia de unificação, assim foi promulgada a Lei n. 3.807, em 26 de agosto de 1960 (BRASIL, 1960), conhecida como a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), a unificação do regime geral de previdência social, com a previsão da proteção de todos os trabalhadores sujeitos a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e a previsão de prestação de serviços que visem à proteção da saúde e ao bem-estar.

Não estavam inclusos nessa unificação, os servidores públicos e os trabalhadores rurais, pois, ainda, nesse momento histórico, o Congresso Nacional permanecia composto por uma base oligárquica rural que impedia a extensão desses direitos (POSSAS, 1981, p. 324). Esse impedimento foi prolongado até a década de 1960 quando surgiu o FUNRURAL que foi criado por meio da Lei n. 4.214/1963 (BRASIL, 1963).

O FUNRURAL continha a previsão de custeio tríplice, mas fique registrado, o governo federal não cumpria com a sua quota parte, o que evidentemente comprometeu seriamente a estabilidade do sistema, tendo em vista que no cálculo do equilíbrio financeiro e

atuarial o Estado tinha as suas responsabilidades. Esse momento da trajetória demonstra a ausência de comprometimento estatal que, com certeza, reflete até os dias atuais.

Mas, a verdadeira unificação ocorreu, somente, em 1964 com o golpe de estado de 31 de março de 1964 e a instalação do regime militar, essa (unificação) tinha como objetivo solucionar algumas carências contidas nas IAPs, tais como: a cobertura limitada/excludente, os custeios e os benefícios diversificados nas várias categorias profissionais, as graves dificuldades na gestão, controle e administração financeira. Havia um estímulo ao SSP para que as empresas adquirissem a responsabilidade sobre os seus trabalhadores, pois a ampliação do sistema saúde público estava estagnada. As empresas realizavam convênios com as instituições, sendo que um dos primeiros a serem realizados foi com a empresa Volkswagen por volta do ano de 1964 (SALLES, 1971, p. 141-161).

O golpe militar enfraqueceu a base ruralista do legislativo, como consequência houve a robustez de alguns direitos dos rurais e o fortalecimento do executivo com a decretação dos atos institucionais. Em meio a um momento histórico questionável, nebuloso e considerado por alguns como antidemocrático se pode identificar, no aspecto saúde, o despontar de ampliação e acesso.

Durante o governo militar surgiu a necessidade de se criar uma entidade sem fins lucrativos para organizar o SSP que, até então, não continha uma entidade com objetivo desenvolver o SSP. Essa entidade foi denominada de Associação Brasileira de Medicina em Grupo (ABRAMGE), fundada em 8 de agosto de 1966 (SALLES, 1971, p. 141-161). E, ainda, foi constituída por Sindicatos das Empresas de Medicina de Grupo (SINAMGE), pelo Sindicato das Empresas de Odontologia de Grupo (SNOG) e pela Universidade Corporativa (UCA). Após esse período, também surgem as primeiras cooperativas médicas, chamadas pelo economista André Medici de medicina empresária. O despontar da ampliação, o acesso permaneceu e o governo militar por meio do poder executivo decretou a criação do Sistema Nacional de Seguros Privados, cujo objetivo era regular as operações de seguros e resseguros por meio do Decreto-Lei n. 73/1966⁶ e uma das suas políticas foi a de promoção social que permitiu a dedução no imposto de renda dos valores custeados ao SSP.

Ainda, durante o golpe militar, mais precisamente em 24 de janeiro de 1967 foi promulgada a Constituição da República Federativa do Brasil, com a inovação de se

⁶ Do Seguro-Saúde: Art. 129. Fica instituído o Seguro-Saúde para dar cobertura aos riscos de assistência médica e hospitalar. Art. 130. A garantia do Seguro-Saúde consistirá no pagamento em dinheiro, efetuado pela Sociedade Seguradora, à pessoa física ou jurídica prestante da assistência médico-hospitalar ao segurado. § 1º A cobertura do Seguro-Saúde ficará sujeita ao regime de franquias, de acordo com os critérios fixados pelo CNSP. § 2º A livre escolha do médico e do hospital é condição obrigatória nos contratos referidos no artigo anterior (BRASIL, 1966a).

estabelecer, constitucionalmente, a necessidade planos nacionais direcionados à saúde. Aqui parece que surge o início consciencial da essencialidade do planejamento, em meio a clara previsão normativa.

Esses avanços ocorridos durante o golpe militar podem ser compreendidos como forma estabelecida para que os mesmos se legitimassem e se estabelecessem no poder. Assim, o estímulo as políticas públicas sociais da seguridade social ocorreram com o objetivo de conseguir maior aceitação da sociedade. Esse governo conhecido por muitos como ditatorial identificou que os IAPS eram frágeis e restritos a algumas categorias profissionais que conseguiram se organizar. Dessa forma, pode-se afirmar que na busca pela legitimação trouxeram à sociedade benefícios e serviços para todos os trabalhadores e seus dependentes. Foi nessa época que o Código Tributário Nacional (1966) concedeu a isenção no Imposto de Renda para os gastos com saúde privada, sendo que essa política é mantida até hoje. Essas políticas com fulcros legitimatório estimularam o crescimento do SSP, que passou de 14,4% do total em 1960, para 45,2% do total em 1975 (BRAGA; PAULA, 1986, p. 110).

Nessa avalanche militar da busca incessante pela legitimação, a previdência e a saúde foram beneficiadas com a unificação por meio da instituição do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 02 de janeiro de 1967, que nada mais foi do que a coalizão dos seis IAPs, com o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (SAMDU) e da Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social. Vale lembrar que nesse período o reconhecimento do trabalhador como beneficiário era automático, desde que registrado em carteira de trabalho. Essa unificação e reconhecimento automático também ocorreram com a assistência médica, assim como com os serviços e os hospitais próprios já oferecidos pelos IAPs.

As políticas de estímulo, o reconhecimento automático dos trabalhadores como beneficiários, aliada ao crescimento das bases de custeio, associada aos baixos números de aposentadorias e pensões em relação ao total de beneficiários fizeram com que essa época fosse considerada um milagre econômico.

Após o período de glória, o número de beneficiários cresceu e o atendimento médico a todos os brasileiros se tornou inviável. Os militares ampliaram o sistema com a aplicação de recursos públicos, mas escolheram priorizar a iniciativa privada por meio de convênios e contratos com médicos, hospitais e com o pagamento pelos serviços prestados. Fase que permitiu a capitalização desses contratos, convênios de assistência médica e teve como consequência o seu crescimento exponencial.

Em 09 de dezembro 1974, estabeleceu-se Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) que favoreceu a reorganização dos hospitais da rede privada ao facilitar o acesso a empréstimos com os juros subsidiados. Posteriormente, ocorreu a promulgação da Lei n. 6.229 (BRASIL, 1975), com a disposição do Sistema Nacional de Saúde (SNS), na qual dispôs sobre um complexo de serviços do setor público e privado, com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Alguns excluídos do sistema de saúde obtiveram acesso as ações e serviços, na década de 1970, tais como os trabalhadores rurais por meio da Lei Complementar n. 11 (BRASIL, 1971), no Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (PRORURAL), financiado pelo FUNRURAL, em promoção e proteção da saúde diante da (ANDRADE, 2003, p. 73): “[...] luta democrática e republicana que está demarcada pela luta do fundo público de recursos do Estado.”

Era inevitável o planejamento de uma infraestrutura administrativa própria, assim surge o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1978, com a característica de Autarquia Federal, destinado ao serviço médico privado sob a ótica de convênios e credenciamentos, com a inclusão dos rurais, dependentes, maiores de setenta anos, inválidos e ainda com a existência da Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA) para as populações carentes.

A unificação da previdência e da saúde, a capitalização dos serviços, os empréstimos subsidiados viabilizaram a lealdade brasileira ao mercado de saúde privado, o qual atingiu o seu ápice em número de leitos hospitalares privados, de acordo com os dados trazidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Já a evolução do número de leitos hospitalares para internamento pode ser acompanhada desde 1926 [...]. Naquele ano, os estabelecimentos dispunham de 47.639 leitos. Em 1930, o número caiu para 42.729 e em 1935, voltou a subir para 73.973. Em 1951, o número de leitos já havia mais que dobrado para 170.774. No fim da década, em 1958, eram 228.967. Na série de 1976 a 2002, é possível observar que, apesar de o número de estabelecimentos públicos ser maior que o de particulares, são estes que dispõem de um maior número de leitos para internação. Em 1976, havia 443.888 leitos para internação, sendo 119.062 da rede pública e 324.826 da rede privada. No fim do século, em 1999, eram 484.945 leitos, sendo 143.074 da rede pública e 341.871 da rede privada. Já em 2002, o número de leitos teve ligeira queda em relação a 1999, para 471.171, sendo 146.319 públicos e 324.852 privados. (IBGE, 2003).

Eli Iôla Gurgel Andrade (2003) consta em sua obra que durante o lapso temporal de 1969 a 1976, as despesas do INPS ampliaram em mais de 400% no aspecto da assistência ambulatorial. Ainda, houve o aumento das redes hospitalares em 184,7% em relação a períodos anteriores. Esses números épicos demonstram o importante crescimento do SSP.

Entretanto, na década de 1980 surgiu a crise de desequilíbrio financeiro e atuarial, com um financiamento da saúde incapaz de superar as despesas e o modelo brasileiro. Époça que há a redução do capital externo, assim como do Produto Interno Bruto (PIB), uma crescente centralização de renda nas mãos de poucos, salários precários para os trabalhadores, altos níveis de desemprego, marginalização de grande parte da sociedade, problemas nas transmissões de recursos públicos para o sistema previdenciário e a saúde com altos níveis de epidemias.

O sistema de saúde nessa época era intimamente ligado à relação de emprego, assim as consequências decorrentes desse período foram a falta de cobertura médica, uma vez que o desemprego reduziu o número de carteiras assinadas e como resultado houve um aumento do número de excluídos, sem cobertura do sistema de saúde, afinal, esse ainda estava vinculado as contribuições previdenciárias.

Como o INAMPS tinha uma estrutura restrita com atendimento somente das contingências dos segurados com vínculos formais, havia uma característica excludente a qual foi acentuada com os problemas econômicos e de desemprego. Surge, então, a necessidade de romper os paradigmas para adentrar aos novos rumos já vivenciados por outros países do mundo com a priorização das demandas sociais.

O congresso nacional aprovou uma emenda constitucional determinando o final da ditadura militar, em 8 de maio de 1985, e, esse período ficou marcado por uma inflação extremamente alta, com a atuação dos partidos comunistas, movimentos sociais para melhores condições na saúde e surgiram as associações dos secretários de saúde estaduais, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) ou municipais, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), bem como o movimento nacional da VIII Conferência Nacional de Saúde (Congresso Nacional, 1986), que determinaram as bases da reforma sanitária e do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS).

Os movimentos sociais e as alterações paradigmáticas brasileiras não foram implementadas de forma isolada, mas, sim como reflexos tardios das mudanças de pensamentos ocorridos em decorrência das duas grandes Guerras Mundiais e influenciados por outros países, tais como a Alemanha com a sua Constituição de Weimar, que declarou a república democrática parlamentar alemã, na qual se pode identificar a crise paradigmática do Estado liberal e a crescente demarcação de um Estado social, com alteração das prioridades e a prevalência dos direitos fundamentais de segunda dimensão. Os direitos de liberdades civis e políticas, previstos na primeira dimensão, são complementados com os direitos econômicos, sociais e culturais, baseados na igualdade impulsionados pela Revolução Industrial e pelos

problemas sociais por ela causados. Essa segunda dimensão⁷ dos direitos fundamentais abrange “[...] bem mais do que os direitos de cunho prestacional, de acordo com o que ainda propugna parte da doutrina, inobstante o cunho ‘positivo’ possa ser considerado como o marco distintivo dessa nova fase na evolução dos direitos fundamentais.” (SARLET, 2008, p. 55).

Nessa época há a reorganização do Estado em função da sociedade com direitos relativos às relações de produção, de trabalho, de educação, de cultura, da previdência e saúde. Há uma mudança de paradigma no contexto dos movimentos sociais e os direitos de segunda dimensão surgem ao mesmo tempo que as eleições da Assembleia Nacional Constituinte, realizada no dia 15 de novembro de 1986, juntamente com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, realizada em 5 de outubro de 1988.

Na realidade, o modelo do SSP encontrou durante todos esses anos o caminho aberto no mercado, somado ao apoio estatal na época militar e há a transição das políticas sociais para o modelo neoliberal, com crises que abrem as políticas de taxas flutuantes, monetárias, tributação, microeconomia, macroeconomia e a desregulação a influenciar as políticas governamentais.

Assim, em meio às mudanças de paradigmas nos movimentos sociais, nas eleições da Assembleia Nacional Constituinte, a posterior promulgação da atual Constituição, a crise com o número elevado de desemprego, tendo como consequência a diminuição da cobertura e acesso ao SSP, problemas econômicos graves, desregulação, micro, macroeconomia e ao fim do golpe militar surgem as buscas por parâmetros de acessos as atenções médicas, com a sua ampliação da concepção de subsistemas privados compostos em diversas modalidades assistenciais.

Com a intenção de aprimorar as políticas públicas, sociais e sanitárias na atuação do sistema de saúde público disciplinado pela CF/1988, pelas Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde (BRASIL, 1990a, 1990b), há a extinção do INAMPS por meio da Lei Ordinária n. 8.689/1993 e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), com a sua regulamentação realizada por meio do Decreto do Executivo n. 907/1993. O sistema de saúde público passa a ter acesso universal, concomitantemente, a um SSP garantido de forma livre e suplementar, por meio do artigo 199⁸ da CF/88 (BRASIL, 1993a, 1993b).

⁷ Norberto Bobbio (2004, p. 32), diz que esses são os chamados “[...] direitos políticos, os quais – concebendo a liberdade não apenas negativamente, como não impedimento, mas positivamente, como autonomia.”

⁸ 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

Essas mudanças paradigmáticas no sistema de saúde público eram inevitáveis em decorrência da necessidade de ampliação da cobertura e do atendimento à população, mas um tanto quanto contraditórias, tendo em vista o fato do país estar em plena crise econômica, financeira, com problemas no PIB, taxas flutuantes, altos desempregos, e, é justamente nesse momento de crise que ocorre o reconhecimento da proteção estatal pública integral à saúde. Por ser um momento de crise, a ampliação desse acesso e cobertura aumentam os problemas devido à necessidade de inúmeros investimentos.

Além dos problemas na implantação integral do sistema de saúde público, as relações de explorações de serviços brasileiros de assistência à saúde privada carecem durante todos esses anos de normas eficientes. Uma atividade de direito público com regras pautadas em uma mistura entre o direito público e direito privado, cujas raízes do SSP são securitárias e traduzem a faculdade ao acesso a serviços pagos, individual ou coletivamente, sem excluir o direito do usuário/consumidor utilizar os serviços do sistema de saúde público, bem como sem excluir a contribuição social obrigatória para a seguridade social.

A carência normativa em relação ao SSP somente atinge proporção suficiente para debates legislativos, nos anos de 1993 e 1994, pois em fevereiro desse ano o Senado aprovava o Projeto de Lei 93/1993 (SARAIVA, I. A., 1993), de autoria do senador Iram Saraiva. Projeto esse que fora encaminhado para a Câmara dos Deputados e recebera o número 4.425/1994 (SARAIVA, I. A., 1994) devido aos 24 projetos e 131 emendas. Desde essa data até 1996 não fora submetido a debates, mas nesse ano com a criação de uma comissão especial primaram pela realização de audiências públicas com a participação de vários representantes do SSP e da sociedade civil. O deputado Pinheiro Landim, ora relator, não dera seguimento aos presentes estudos, tão pouco confeccionara o relatório do Projeto de Lei n. 4.425, o qual fora posteriormente aprovado em outubro de 1997.

O objetivo da regulação nesta dimensão econômico-financeira era garantir o cumprimento dos contratos ao longo do tempo, assegurando transparência e competitividade no setor. O Projeto de Lei delimitou para a Superintendência de Seguros Privados – SUSEP a regulação econômico-financeira, observadas as diretrizes definidas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP, ambos órgãos afetos ao Ministério da Fazenda. O modelo assistencial, ficou sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, em um “papel (...) quase que de assessoramento. (MONTONE, 2002, p. 10 apud RIBAS, 2009, p. 56).

Nesse estudo, o SSP brasileiro é considerado como de caráter suplementar, pois as suas coberturas são facultativas para serviços não cobertos e inadequadamente cobertos pelo SUS. A ampliação do sistema de saúde público não ofuscou o crescimento do SSP, em meio aos traços de uma atividade econômica regida por princípios e regras do direito privado, sendo o seu acesso garantido, tão-somente, à parcela da população com renda suficiente para contratar tais serviços. Na realidade até então o acesso, a cobertura, os serviços, contratos, competitividade e as relações com o SSP ainda eram precários e baseados na autorregulação.

1.3 O sistema de saúde privado (SSP) brasileiro e o seu marco regulatório

A assistência à saúde é livre a iniciativa privada, nos termos do artigo 199 da CF/88, e, pode-se conjecturar que, o SSP brasileiro tem particularidades históricas relacionadas ao lucro. Há evidências de características econômico capitalistas, com problemas na preservação dos atributos da saúde como direito fundamental, no respeito a proteção jurídica à dignidade da pessoa humana, ao bem-estar social, os quais são caracterizadores do Estado Democrático de Direito, em termos normativos. O papel estatal é normatizar e proporcionar a assistência à saúde com os acessos aos serviços, promoções, prevenções e proteções por meio da atenção básica, hospitalar pública e privada com o incremento de políticas econômicas, públicas, regulatórias e sociais.

O Brasil tem um SSP vinculado a um conjunto de normas com pilares principiológicos⁹ e com valores simultâneos de direito público e de direito privado. A sua

⁹ Alguns desses princípios têm pilares estabelecidos no direito econômico, na defesa do mercado, na defesa dos direitos dos consumidores, na efetiva tutela à saúde, a dignidade da pessoa humana, dentre outros. Os princípios do direito econômico relacionados ao SSP são o da economicidade, eficiência, generalidade, livre iniciativa. A CF traz os princípios gerais da atividade econômica, no seu artigo 170 diz “A ordem econômica, fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa, tem por fim assegurar a todos existência digna, conforme os ditames da justiça social, observados os seguintes princípios: I - soberania nacional; [...] IV - livre concorrência; V - defesa do consumidor; [...]. O princípio da livre iniciativa é definido por Egon Bockmann Moreira (2006, p. 108), como: “Isto é, não é possível a celebração de um princípio da livre iniciativa à luz da sua fonte primária que são as Revoluções burguesas do século XVIII. A livre iniciativa da Carta de 1988 faculta ao empreendedor a possibilidade de instalar e realizar os seus investimentos, de competir lealmente nos mercados e de auferir lucros (desde que não abusivamente).” Ainda, a CF faculta ao SSP os investimentos com a liberdade de instalação, alocação, competição e gestão, mediante a lealdade no mercado. Vale afirmar que, a mesma, ainda permite a lucratividade nessa política setorial. Aliado ao princípio da livre iniciativa há o princípio da economicidade e eficiência, ambos devem ser aplicáveis ao SSP, pois os custos e os resultados sociais deverão primar pelo menor gasto possível com a maior eficiência e resultado social. Estão ligados a relação de custo e benefício, com os menores gastos e uma gestão potencializada de benefícios. No princípio da economicidade se proíbe a dilapidação de recursos, pois deverá ocorrer a racionalidade em relação aos mesmos, a definição de caminhos que não denotem gastos inadequados, assim como escolhas eficientes dos recursos físicos e financeiros. Cabe ao Estado disciplinar e regular as atividades econômicas por meio de normas fundamentais aos interesses de toda a sociedade. Dessa forma, o SSP será disciplinado por meio de

relação no sistema de saúde público e privado é confusa, e, carece de clareza. Em termos globais os países, tipicamente, têm a predominância de algum sistema. Esse fato torna o Brasil um país diferente de todo o contexto global.¹⁰

Essa confusão, aliada a falta de clareza em um sistema típico brasileiro tem origem histórica, pois apesar dos cuidados com a saúde surgirem por meio das atividades privadas e a sua suplementação ocorrer em 1930, há em 1988 o advento da CF e em 1990 a implementação da rede pública disciplinada pela Lei n. 8.080/1990. Somente em 1998, com a edição da Lei n. 9.656 é que ocorre a regulamentação dos planos de saúde, lei essa conhecida como o marco regulatório do SSP.

Segundo Leonardo Vizeu Figueiredo (2006, p. 29), aqui se estabelece as razões da atividade privada:

Todavia, em que pese a exploração dos serviços de assistência suplementar à saúde ser atividade privada típica de mercado, cuida-se de um setor de relevante interesse para a coletividade, não ficando à margem do jugo, tampouco da fiscalização estatal, ante expresse mandamento constitucional, artigo 197 da CF. Ainda que o setor de suplementação privada dos serviços de saúde tenha suas origens históricas, no Brasil, em 1930, o mesmo somente passou a contar com regramento a partir de 1998, com a edição da Lei n. 9.656, a Lei de Planos de Saúde.

É nessa seara que os serviços brasileiros direcionados à saúde estão alicerçados, ou seja, por meio do domínio privado e com histórica precariedade de normas e regulação estatal. Desde o surgimento da saúde privada até a edição da Lei n. 9.656/1998, conhecida como a Lei dos Planos de Saúde, não houve regulação estatal sobre o SSP de forma eficaz, apesar da tentativa contida no Decreto-Lei n. 73/1966 (BRASIL, 1998, 1966a). Portanto, até o ano de 1998 o SSP operava sem a presença interventora ou reguladora estatal. Logo, os principais problemas de demandas, as queixas dos usuários/consumidores sobre a natureza dos contratos e as imposições unilaterais das empresas ficavam totalmente a disposição do direito privado, sem qualquer regulação ou intervenção estatal. Esses fatos podem ter sido responsáveis pelos resultados em um comércio crescente do SSP, até chegar ao ponto de participarem ativamente do orçamento fixo das famílias brasileiras, com relevância jurídica, política, econômica e social.

intervenção indiretas na ordem econômica, sendo permitido ao agente normativo e regulador a fiscalização, o incentivo e o planejamento.

¹⁰ O sistema de saúde nos Estados Unidos não possui cobertura universal e, é realizado, tipicamente, por seguros privados, tendo como a principal estrutura relacional as vinculações de emprego, por meio de pagamentos regulares ou reembolsáveis (FERNANDES, 2010). No Uruguai o SSP é típico e segue a sistemática americana, já no Chile, na Holanda e na Alemanha tipicamente há o direito de escolha em usufruir ou não o sistema público e, colateralmente, aderir ao SSP. A França tem o sistema de saúde pública como principal e, complementarmente o seguro reembolso, há países que têm o SSP como característica suplementar com acesso a serviços não cobertos ou insuficientemente cobertos (CECHIN, 2008, p. 59-60).

É claro, que esse comércio crescente do SSP trouxera e traz benesses seja ao mercado de trabalho, direta e indiretamente, ligados à área médica quanto a toda à sociedade. Mas, podem ter sido os motivos de inúmeras demandas administrativas e judiciais, por ausência de atendimento básico, preventivo, hospitalar e em descompasso com os contratos avençados.

A ausência de regulação, e, ou, intervenção estatal até a promulgação desse marco regulatório e as condições do mercado econômico tornara o SSP um nicho interessante, tendo em vista que houvera um elevado crescimento do número de leitos em hospitais privados na década de 1990. Após a regulamentação dos planos de saúde observara a rápida redução de leitos no ano de 1999, vejamos:

Figura 1- Número de leitos por 1.000 habitantes, segundo a esfera administrativa do estabelecimento. Brasil e grandes regiões, 1990, 1999 e 2005.

Regiões	Público			Privado			Total		
	1990	1999	2005	1990	1999	2005	1990	1999	2005
Brasil	0,9	0,9	0,8	2,8	2,1	1,6	3,7	3,0	2,4
Norte	1,0	1,0	1,1	1,2	1,2	0,8	2,2	2,2	1,9
Nordeste	0,9	1,1	1,0	2,0	1,7	1,2	2,9	2,7	2,3
Sudeste	0,9	0,8	0,7	3,4	2,3	1,8	4,2	3,0	2,4
Sul	0,7	0,7	0,6	3,5	2,6	2,2	4,2	3,3	2,8
Centro-Oeste	1,2	1,0	1,0	3,3	2,5	1,7	4,5	3,5	2,6

Fonte: IBGE: Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS).

Fonte: RIPSA (2008, p. 241).

O Brasil, no ano de 1990, tinha 2,8 leitos privados para cada 1000 habitantes, após o marco regulatório o número de leitos privados, no ano de 2005, caiu para 1,6 leitos a cada 1000 habitantes. A redução de mais de 42% dos leitos privados brasileiros pode ter sido decorrente da implementação do marco regulatório.

Outros dados estatísticos, utilizados como parâmetros foram os anos de 1993, 1999 e 2005 com o número de leitos por 1000 habitantes do SSP, vejamos:

Figura 2 - Número de leitos (SUS) por 1.000 habitantes, segundo a esfera administrativa do estabelecimento. Brasil e grandes regiões, 1990, 1999 e 2005.

Regiões	Público			Privado			Universitário		Total		
	1993	1999	2005	1993	1999	2005	1993	1999	1993	1999	2005
Brasil	0,7	0,7	0,8	2,4	2,0	1,2	0,2	0,3	3,4	3,0	2,0
Norte	1,1	1,1	1,1	0,8	1,0	0,5	0,1	0,1	2,0	2,1	1,6
Nordeste	0,8	0,8	1,1	1,9	1,8	1,1	0,2	0,2	2,9	2,8	2,2
Sudeste	0,8	0,7	0,7	2,6	2,1	1,2	0,3	0,3	3,6	3,2	1,9
Sul	0,3	0,3	0,6	3,3	2,5	1,7	0,3	0,4	3,9	3,2	2,2
Centro-Oeste	0,8	0,8	0,8	2,9	2,5	1,2	0,1	0,3	3,8	3,5	2,1

Fonte: MS/SAS: Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS (1993 e 1999) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (2005); base demográfica do IBGE.

* Valor médio anual do número de leitos.

Fonte: RIPSA (2008, p. 243).

O Brasil, no ano de 1993, tivera 2,4 leitos privados para cada 1000 habitantes, após o marco regulatório o número de leitos privados, no ano de 2005, caíra para 1,2 leitos a cada 1000 habitantes. As reduções de 50% dos leitos privados brasileiros podem ser decorrentes da implementação do marco regulatório. A ausência de regulação estatal, assim como a lenta implantação do sistema de saúde público podem ser possíveis fatos relevantes para que o SSP crescesse de forma exponencial, razões essas que podem ser definidas no Brasil de forma atípica.

Em uma revisão a literatura observava que a Lei n. 9.656/1998 ficara conhecida como marco regulatório, justamente pelo fato de, antes da sua promulgação, o ordenamento jurídico não apresentara mecanismos hábeis para regular o SSP. Esses são alguns dos prováveis argumentos para a atuação do SSP ao longo de todos esses anos sem o devido controle estatal ou em autorregulação com regras e serviços aleatórios, em descompasso com o contexto constitucional do direito à saúde, com a presença de assimetrias de informações nas relações entre o SSP, usuários/consumidores e Estado.

Um período marcado com regras e serviços disciplinados por contextos privados, individuais, sem qualquer padrão, com probabilidade de prejudicar o usuário/consumidor. Sob uma perspectiva com lógicas distintas entre os próprios prestadores de serviços e prejudiciais tanto a relação de consumo quanto a própria competitividade do setor. Assim, o marco regulatório ratificara a atitude do Estado no sentido de regulamentar o SSP.

A regulação tem contextos múltiplos, medidas variadas, planos, ferramentas, métodos, ações por meio de programas e serviços com fulcro na promoção, proteção, prevenção, habilitação, reabilitação, tratamento individual e coletivo, hospitalar, ambulatorial e setorial do SSP. Ao se falar em política regulatória é necessário elucidar que o conceito regulação é variado, mas, no Brasil está ligado ao contexto de mudanças, da década de 1990, de um

Estado indutor para um Estado regulador, cujos objetivos regulatórios são a fiscalização, o controle, a avaliação, a regulação com a utilização de instrumentos e estratégias por meio de agência independente. A regulação do sistema de saúde privado pode ser definida como:

A noção de regulação propicia a passagem de um conjunto de racionalidades limitadas à possibilidade de coerência dinâmica de um sistema no seu conjunto. O modo de regulação se refere a todo conjunto de procedimentos que: (a) reproduzam as relações sociais fundamentais; (b) sustentem e conduzam o regime de acumulação; e (c) assegurem a compatibilidade dinâmica de um conjunto de decisões descentralizadas (BOYER, 1990 apud GERSCHMAN et al., 2012, p. 465).

[...] dois tipos de regulação: a regulação sanitária de bens e serviços, e a regulação da assistência. A primeira se refere aos esforços das autoridades sanitárias de minimizar os efeitos adversos gerados pelos produtos e serviços por meio da economia, especialmente aqueles associados com a produção de produtos alimentares e alimentos. A regulação da assistência se refere às organizações com funções de financiamento, provisão e funções de desenvolvimento de pesquisas. A esse respeito, regulação é uma meta função dirigida às instituições, por meio de instrumentos tais como acreditação, certificação e estabelecimento de *ranking*. (MURRAY; FRENK, 2000 apud BRASIL, 2011a, p. 19).

O marco regulatório (com o papel de regular) minimizara o descompasso normativo constitucional e fora o início de um novo modo de olhar na forma de controle estatal, diante das expansões setoriais das atividades privadas de diversas áreas com novos campos na economia, sem abrir a mão da ação governamental de promover equilíbrio, justiça social e da própria sociedade tentar iniciar uma maior participação ao mesmo tempo em que se redesenhara o próprio papel do Estado.

A edição da Lei n. 9.656/1998, nada mais fora que o início de sucessivas alterações no aspecto regulatório do SSP. Na verdade, o Brasil passara por profundas transformações na década de 1990, pois a capacidade de investimento estatal se quedara, sem a possibilidade de robustez, sem a capacidade de expansão, universalização, continuidade, modernização e avanço tecnológico para atingir o fim colimado pela CF/1988. Mesmo com um Estado sem a capacidade para implementar o sistema de saúde público, o implementara, e, em total contramão à própria história, pois, a década de 1990 é marcada pela transferência dos serviços públicos para a iniciativa privada em vários setores estatais, e, a saúde fizera o caminho inverso, ou seja, implementara o sistema de saúde público no momento que o país não tivera a menor capacidade econômica.

Parece que essa década, especificamente no contexto saúde pública, apesar de efetivar um dos mais importantes direitos sociais, inicia a avalanche assintomática em total descompasso das políticas públicas, sociais e sanitárias com as questões econômicas – financeiras do próprio país. Afinal, vários serviços públicos estiveram em constante estímulo

para a transferência das mãos do estado para a iniciativa privada, e, somente a saúde, fora estimulada à retomada estatal.

Em meio a esse contexto contraditório e ao novo modelo de gestão estatal da década de 1990 surgiram as agências reguladoras com autonomia político-administrativa, econômico-financeira e com a finalidade precípua de normatizar, fiscalizar e de regular a prestação de serviços públicos realizados pela iniciativa privada.

1.4 A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

A mudança no cenário econômico estatal trouxera a necessidade da criação das agências reguladoras para a boa condução de alguns dos serviços públicos realizados pelo setor privado. O papel dessas agências setoriais é de normatizar, fiscalizar, regulamentar e controlar o cumprimento das políticas determinadas pelo Estado. Devem atuar de forma interventiva na promoção do desenvolvimento econômico, no fortalecimento da competição no setor privado da economia, na criação de procedimentos de controle racionais, com normas de conduta para a satisfação do interesse público, dos usuários e das empresas.

Referidas normas estão previstas constitucionalmente, nos artigos 21, XI e 177, § 2º, III¹¹, como órgãos reguladores para atividades setoriais, cujo formato jurídico são de autarquias especiais, classificadas como entes da Administração Pública Indireta e datadas de personalidade jurídica de direito público, sujeitas ao artigo 37, XIX, da CF/88, cuja criação exige lei específica.

Esse novo modelo de gestão estatal aflora a necessidade da implementação das políticas regulatórias, vistas como imprescindíveis para a eficaz gestão desses serviços públicos privatizados, em especial pelos serviços do SSP, que por anos ficaram “aregulamentados”. Antes da criação da ANS a regulação era realizada por meio da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), Ministério da Fazenda e da Saúde, Departamento de Saúde Suplementar (DESAS) e da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS).

A ANS fora criada por meio da Medida Provisória n. 1928/1999, aprovada pela Lei n. 9.961/2000, regulamentada por meio do Decreto do Executivo de n. 3.327/2000, marco para a

¹¹ Art. 21. Compete à União: XI - explorar, diretamente ou mediante autorização, concessão ou permissão, os serviços de telecomunicações, nos termos da lei, que disporá sobre a organização dos serviços, a criação de um órgão regulador e outros aspectos institucionais; Art. 177. Constituem monopólio da União. BRASIL. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil.

verdadeira unificação e implementação do novo modo de gestão estatal ao SSP, com fulcro em normatizar, controlar e fiscalizar as atividades da saúde privada (BRASIL, 1999, 2000a).

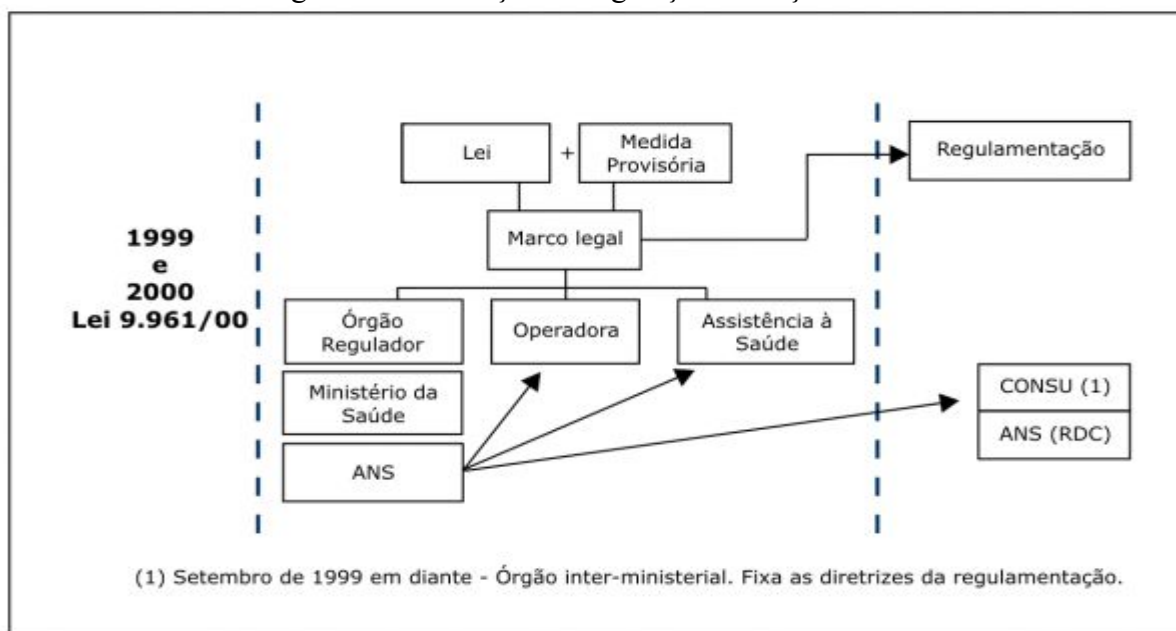
A assistência à saúde, declarada pela Constituição “livre à iniciativa privada” (art. 199), não se configura como bem ou serviço sob domínio exclusivo do Estado. Portanto, ao contrário do que se passa nos setores das telecomunicações, do petróleo e da produção de energia elétrica, a iniciativa privada na saúde não necessita de autorização, permissão ou concessão por parte do poder público para exercer suas atividades. Por conseguinte, não existe aqui um interesse público decorrente de uma exclusividade ou de uma situação de monopólio por parte do Estado. [...]que tipo de interesse público devem servir as agências da saúde. Em nossa opinião, o que está em jogo é como fazer para que a regulação que realizam se subordine aos objetivos descritos no ordenamento constitucional da saúde. Assim, a intervenção administrativa do Estado, no que se refere a preços e tarifas, ou a cláusulas contratuais, ou ainda, a direitos do consumidor, deve ser encaminhada para satisfazer objetivos da saúde como direito de todos. Entendemos que, se assim fosse, não haveria razão para que aquelas duas agências fossem colocadas sob subordinação do Ministério da Saúde. (NOGUEIRA, 2002, p. 102).

Por essas razões se entende que a criação da ANS unificara a regulação, com fim de proporcionar efetividade ao texto constitucional e satisfação à saúde como direito de todos.

A ANS é vinculada ao Ministério da Saúde, por meio de um contrato de gestão para atingir a finalidade de promoção e proteção à saúde, sendo que as suas diretrizes e políticas setoriais são fixadas pelo Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), que fora criado pela Medida Provisória n. 2.177-44/2001 e fora estabelecido por meio da Resolução Normativa (RN) CONSU n. 8/1998, a qual dispõe sobre os mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde (BRASIL, 2001a; ANS, 1998). Conselho esse composto por alguns Ministros de Estado, sendo eles: o ministro Justiça (que o presidirá), da Saúde, da Fazenda e o do Planejamento, Orçamento e Gestão, nos termos do Decreto n. 4.044/2001 (BRASIL, 2001b).

A seguir trazemos uma figura que demonstra de forma esquemática o sistema regulatório da ANS:

Figura 3 - Unificação da regulação e criação da ANS



Fonte: MONTONE, 2003, p. 15.

Em cumprimento a Lei n. 9.656/1998, a ANS passa a regular a relação existente entre o SSP, o usuário/consumidor e o Estado, ressalvadas as sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde, pois essas, inicialmente, eram controladas econômica e financeiramente por meio da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), e, com o advento da Lei n. 10.185/2001 passaram a ser subordinadas, normatizadas e fiscalizadas pela ANS (BRASIL, 2001c). As competências estão devidamente previstas no artigo 4º, da Lei n. 9.961/2000, sendo que o objetivo é a garantia de um SSP sustentável, equilibrado, qualitativo e gerido de forma eficaz, pois, afeta 1/3 da população brasileira.

Trata-se de uma entidade administrativa autônoma que deve ser altamente descentralizada, sendo a sua estrutura na forma colegiada, com membros nomeados, a mandato fixo (somente serão exonerados, caso realizem faltas graves e deslizes administrativos). Essa autonomia e independência deve se traduzir na discricionariedade técnica, decisões com o dever de serem baseadas preponderantemente em critérios técnicos, afinal é uma pessoa jurídica de direito público que integra a Administração Indireta, com vínculos ao Ministério da Saúde, cujo dever e a responsabilidade são sobre esse setor.

Para isso, a ANS deve ser composta por conselho com profissionais altamente capacitados e especializados em suas áreas, para mediar, arbitrar, tecer pareceres, traçar diretrizes e normas, tendo em vista a plena satisfação da supremacia do interesse público em meio aos longos prazos contratuais.

As políticas da ANS são realizadas por cinco diretorias: administrativa, financeira, patrimonial, de gestão de recursos humanos e de decisões técnicas, sendo que essas formadas pela diretoria colegiada e pela instância de decisão deliberativa. A arrecadação de receitas é realizada de forma própria, característica específica de autonomia, sendo uma das formas a Taxa de Saúde Suplementar devida por: Plano de Assistência à Saúde (TPS); Registro de Operadora (TRO); Alteração de Dados de Operadora (TAO); Registro de Produto (TRP); Alteração de Dados de Produto (TAP); Pedido de Reajuste de Contraprestação Pecuniária (TRC), sendo que o recolhimento da TPS é trimestral e deve ser calculada de acordo com o número de usuários. O SSP deve realizar o recolhimento das demais taxas quando ocorrerem os fatos geradores.

A diretoria colegiada é órgão deliberativo, com poder decisório e atribuições contidas na RN n. 197/2009(ANS, 2009a), e, esse regimento interno da ANS fora elaborado após 9 (nove) anos da sua criação, ao nosso olhar tardiamente. Assim, as competências da diretoria estão previstas no artigo 6º desse regimento, vejamos:

Art. 6º À Diretoria Colegiada - DICOL compete:

- I - exercer a administração da ANS;
- II - desenvolver o planejamento estratégico e operacional da ANS;
- III - editar normas sobre matérias de competência da ANS;
- IV - aprovar o regimento interno e definir a área de atuação, a organização, a competência e a estrutura de cada Diretoria, da PROGE, da PPCOR, da OUVID, da AUDIT e demais órgãos, bem como as atribuições de seus dirigentes;
- V - definir o diretor responsável por cada Diretoria;
- VI - cumprir e fazer cumprir as normas relativas à saúde suplementar;
- VII - divulgar relatórios periódicos sobre suas atividades;
- VIII - julgar, em grau de recurso, as decisões dos Diretores, mediante provocação dos interessados;
- IX - propor ao Ministro do Estado as políticas, diretrizes gerais e normas, quando for o caso, do setor de saúde suplementar, destinadas a permitir à ANS o cumprimento de seus objetivos;
- X - autorizar o afastamento de servidores do País para desempenho de atividades técnicas e de desenvolvimento profissional;
- XI - encaminhar os demonstrativos contábeis da ANS aos órgãos competentes;
- XII - propor ao Ministro de Estado da Saúde as políticas e diretrizes governamentais destinadas a permitir à ANS o cumprimento de seus objetivos;
- XIII - delegar aos Diretores atribuições específicas relativas aos atos de gestão da ANS;
- XIV - apreciar o plano anual de atividades de auditoria interna, bem como os relatórios apresentados pela Auditoria Interna;
- XV - apreciar conflitos positivos e negativos de atribuição entre órgãos de diretorias diversas;
- XVI - uniformizar entendimentos em matéria de saúde suplementar;
- XVII - adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde;
- XVIII - indicar um dos diretores para responder interinamente por diretoria na hipótese de vacância;
- XIX - autorizar a celebração de termo de compromisso de ajuste de conduta e de termo de compromisso;

- XX - propor os termos do Contrato de Gestão, ou outro instrumento de acompanhamento que venha a ser adotado, ao Ministério da Saúde;
- XXI - encaminhar ao Ministério da Saúde os relatórios gerenciais de atividades do Contrato de Gestão, ou outro instrumento de acompanhamento que venha a ser adotado;
- XXII - elaborar e submeter aos órgãos competentes o relatório anual da execução do Contrato de Gestão, ou outro instrumento de acompanhamento que venha a ser adotado;
- XXIII - aprovar o Plano Diretor de Informática da ANS; e
- XXIV - promover a articulação com os órgãos e entidades integrantes do Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência. (ANS, 2009).

Essa diretoria tem o dever de fiscalizar as atividades do SSP e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento, nos termos da RN n. 371/2015(ANS, 2015b); fiscalizar o cumprimento das disposições da Lei n. 9.656/1998 e de sua regulamentação, nos mesmos termos da RN n. 371.

Ainda, é competência da diretoria a instauração, a instrução e a decisão em primeira instância de processos administrativos destinados à apuração de infrações aos dispositivos legais ou infra legais disciplinadores do mercado do SSP, bem como aplicar as correspondentes penalidades, se for o caso. Deve promover, conjuntamente com a Secretaria Geral da ANS (SEGER), a articulação com os órgãos e entidades integrantes do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor (SNDC) e da sociedade civil organizada, inclusive ações de cooperação técnica, visando a eficácia, a proteção e a defesa do consumidor de serviços do SSP, observado o disposto na Lei n. 8.078/1990 (BRASIL, 1990a).

A essa compete a programação, o planejamento, coordenação, organização e o controle das atividades da Central de Relacionamento da ANS, bem como gerenciar o serviço do Disque ANS. A promoção de medidas que visem à mediação ativa de interesses entre os agentes regulados, com vistas à solução consensual dos casos de conflito. O desenvolvimento, a manutenção e a execução, em articulação com as demais Diretorias.

Ademais, o sistema de informações deve conter as informações e os dados das atividades de fiscalização, compreendendo demandas oriundas dos usuários, do SSP, prestadores de serviços e demais interessados do mercado de saúde privada. A diretoria deve definir ao SSP o objeto de intervenção fiscalizatória, conforme regulamentação específica e propor a instauração de Câmaras Técnicas sobre os assuntos de sua competência. Ademais, deve uniformizar entendimentos a vigorar no âmbito da Diretoria de Fiscalização da ANS (DIFIS) sobre a aplicação da legislação atinente ao mercado de saúde suplementar, bem como a configuração de infração à legislação dos planos privados de assistência à saúde, seus regulamentos e a aplicação das correspondentes sanções.

Além disso, compete exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelo SSP. Cabe ainda a Diretoria a celebração, nas condições que estabelecer, termo de compromisso de ajuste de conduta (TAC), termo de compromisso, fiscalizar o seu cumprimento e supervisionar, coordenar, controlar as ações dos Núcleos da ANS relacionadas ao exercício das atividades de fiscalização, bem como a promoção especial de designação dos agentes que exercerão as atividades de fiscalização da ANS. E, ainda, estabelecer os limites de tal exercício, com fulcro no §1º do art. 20 da Lei n. 9.656/98 e indicar à Diretoria Colegiada da ANS para a nomeação dos Chefes dos Núcleos da ANS.

Dessa forma, compete a cada uma das suas diretorias (de desenvolvimento setorial; de normas e habilitação de operadoras; normas e habilitação de produtos; de fiscalização, e, gestão) representarem um setor a ser regulado dos integrantes existentes nessa cadeia, e, atingir o fim colimado contido na Constituição Federal por meio da estruturação e da regulação de todo o SSP.

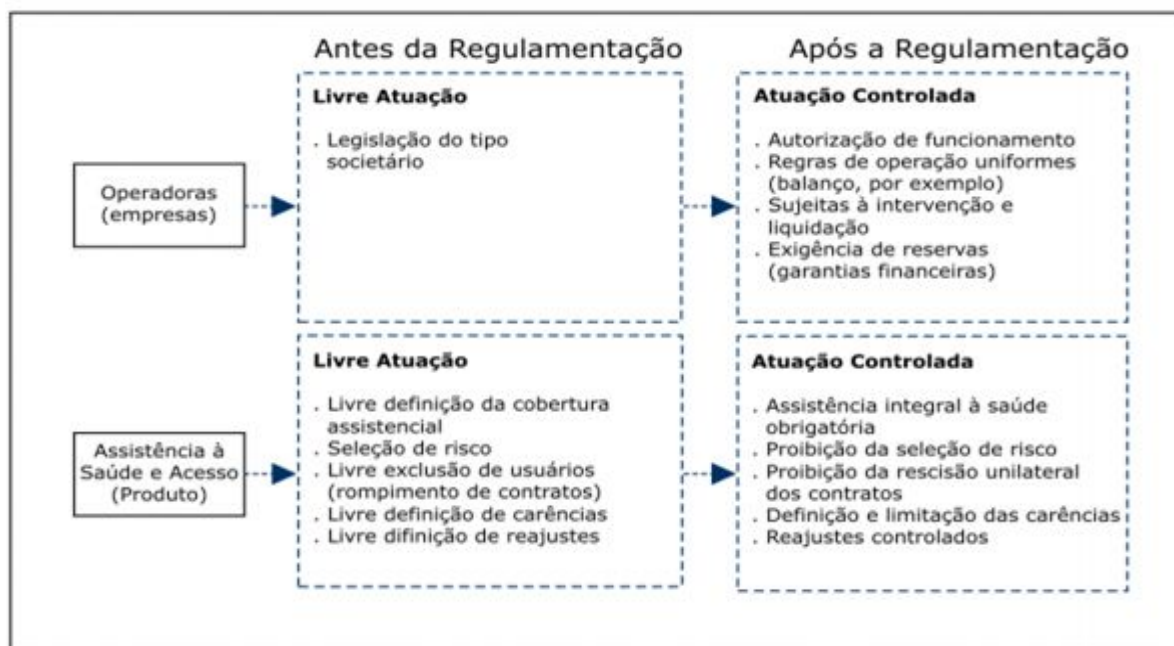
É por meio da ANS que ocorre a implantação de uma Política de Qualificação da Saúde Suplementar (menos fragmentada e com eixo em promoções de saúde, prevenções de doenças e riscos). Essa política permite a Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS), cujo fim é a incorporação da análise, avaliação e implementação de tecnologias, sustentação para um fundo garantidor, bem como a acreditação do SSP e a possibilidade de portabilidade entre os planos.

As finalidades são equilibrar o sistema para que seja forte, com uma regulação mais sustentável com competitividade, eficiência, capacidade de gestão, economicidade aliada a tecnologia e os usuários/consumidores com os seus direitos protegidos. Ainda, é essencial a investigação das formas com as quais o SSP entra nessa relação, como permanece e como sai, pois, essas seriam as formas eficientes de verificar se o problema fora a saúde financeira desde o seu ingresso, ou, posteriormente. Apesar desse tema ser extremamente importante, não será objeto da nossa pesquisa.

A ANS tem a característica de instância reguladora, com o dever de propor, implementar, regular, regulamentar diretrizes, políticas públicas, fiscalizar, promover os serviços, atendimentos e acessos às demandas sociais do SSP. Deve atuar na defesa dos interesses dos usuários/consumidores, assim como na defesa do SSP, com fulcro em reduzir os gastos orçamentários estatais na relação intersetorial da saúde pública com a saúde privada.

É inegável que a unificação da regulação melhorou a qualidade dos serviços à saúde do SSP, afinal da livre atuação passara a atuação controlada, vejamos as características existentes nesse setor antes e depois da regulação, na figura a seguir:

Figura 4 - Característica do setor antes e depois da regulamentação



Fonte: MONTONE, 2003, p. 13.

A atuação controlada pode ter causado a redução do número “empresas” interessadas no SSP, afinal o paradigma existente de um sistema livre que permitira inúmeras violações ao usuário/cidadão deixara de existir.

Da mesma forma, as consequências regulatórias chegaram aos usuários, e, agora, vale a pena trazer alguns números de usuários segundo o Conselho Federal de Medicina (2011), Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS)¹² e jornal Valor Econômico¹³: no ano de 2010, 46,6 milhões eram usuários do SSP, ou seja, 24% da população; já em 2014, quase um terço da população brasileira estava vinculada contratualmente com o SSP, e, no ano de 2015, o mercado do SSP perdeu mais de 200 mil usuários em relação ao ano de 2014.

Essa perda pode ser alguns reflexos da crise política, econômica, financeira e social que o Brasil passa, mas, essencialmente, também pode ser as consequências das políticas

¹² Cruz (2015).

¹³ Informações estão disponíveis na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), divulgada pelo IBGE, um levantamento realizado em convênio com o Ministério da Saúde, no qual apuraram um total de 65,1 milhões de domicílios do país, no ano de 2013, ou 200,6 milhões de pessoas e, desse total, 27,9% da população tem algum plano de saúde, médico ou odontológico. (SARAIVA, A., 2015).

públicas regulatórias, afinal o SSP, constantemente, aumenta os valores dos seus planos e o usuário/cidadão cada vez mais tem menor poder aquisitivo para realizar a contratação. Não se pretende aprofundar pesquisa nessa temática, mas esses dados devem ser observados pela ANS, pois, é a sua competência propor soluções para a regulação dos problemas públicos do SSP. Um exemplo paradigmático fora a decretação de liquidação extrajudicial do SSP Unimed Paulistana, por meio da Resolução Operacional n. 1.986/2016 em um procedimento de retirada ordenada e definitiva dessa empresa do SSP, cujo fulcro fora preservar a prestação dos serviços aos usuários ao prorrogar por mais 30 dias o prazo para que esses exercessem a portabilidade de carências (ANS, 2016b).

Com efeito, no campo teórico a ANS é dotada de imparcialidade, autonomia política, financeira, normativa e de gestão. O seu escopo é o bem-estar da coletividade, bem como a preservação da prestação de serviços essenciais e adequados ao atendimento aos direitos dos usuários, a execução dos serviços, acessos e atendimentos em plena consonância com todo o arcabouço jurídico. E, se assim não ocorrer, a independência para realizar a devida intervenção com a aplicação de multas, penalidades e a retirada da operadora do SSP do mercado.

Para a ANS essa regulação deve ser menos coercitiva e mais sustentável para fomentar a permanência da operadora no SSP, tanto que somente decretara a liquidação extrajudicial do SSP Unimed Paulistana em última instância. Sem perder o foco, a ANS deve ser cautelosa com essa política ora adotada, pois o foco é cumprir os papéis que lhes são impostos. Afinal, as complexidades de funções e os longos prazos contratuais existentes na relação jurídica entre o SSP, o usuário/consumidor e o Estado podem ocasionar efeitos devastadores à sociedade, caso a sua atuação não tenha um olhar zeloso para com toda a cadeia que envolve essa realidade. Nesses longos prazos contratuais, a ANS deve primar pela essência na proteção e na defesa do atendimento aos interesses da sociedade, sem se desarmonizar com os interesses dos usuários/consumidores, como o preço, a qualidade, bem como o provisor em meio à viabilidade financeira da operadora do SSP.

Pelas mesmas razões ideologicamente inculcidas, o Estado, deve primar por um viés de gestor, gerenciador e implementador de políticas públicas à saúde com o empoderamento da atividade econômica privada e dos seus usuários/consumidores para superarem as resistências da complexidade social em a uma economia globalizada, sem abandonar o dever da contrapartida, ou seja, a prestação dos serviços com economicidade e qualidade. O SSP fora inspirado em países desenvolvidos e surgira com o objetivo idealista de atender as demandas sociais, assim como reduzir o gasto orçamentário estatal.

CAPÍTULO 2 POLÍTICAS PÚBLICAS

O sistema de saúde privado sugere consistir na alternativa utilizada pelo Estado para atender a prestação e a concretização dos serviços à saúde, por meio da iniciativa privada. O marco regulatório submete o SSP ao cumprimento de normas, sendo essas fiscalizadas pela ANS. Essa desempenha o seu papel por intermédio de políticas públicas regulatórias para fomentar o cumprimento às normas e, conseqüentemente, a efetivação dos direitos à saúde. Portanto, não há como pesquisar a regulação do SSP executada pela ANS, sem estabelecer algumas definições do que vêm a ser “política pública”, “política pública setorial”, “política pública intersetorial” e “política pública regulatória”.

2.1 Políticas públicas: breves concepções

A saúde é um direito social fundamental que mantém uma grande proximidade com a Política. Ademais, é pertinente ressaltar que a sua atual composição é fruto de inúmeras lutas sociais. Ao abordar os direitos fundamentais, não se pode ignorar que foram impostos politicamente no meio de ferozes lutas, de revoluções, de guerras civis e de outros acontecimentos “de ruptura”. A lista de pessoas que lutaram reivindicando direitos é muito extensa e a historiografia de qualquer país relata inúmeras mortes em nome da liberdade e da igualdade (MÉDICI, 2014). Lutas essas que não podem ser desconsideradas para que a finalidade do direito à saúde contenha a configuração jurídica necessária para proporcionar instrumentos aptos a solucionar conflitos. Um dos instrumentos para solucionar os conflitos existentes na efetivação do direito à saúde é a política pública.

O estudo e a formulação das políticas públicas (PP) representam uma disciplina recente, iniciada com o conhecido texto de Harold D. Lasswell, *A orientação para as políticas*, publicado em 1951 (VÁZQUES; DELAPLACE, 2011, p. 35). Desde essa data até a atualidade, não há uma concepção exclusiva, tão pouco suprema, sobre política pública. Para isso se traz esses autores com o objetivo de permear a possível definição das políticas públicas como: racionalidades às ações governamentais. Laswell determina que são as decisões e as análises sobre as políticas públicas que implicam em responder às seguintes questões: “[...] quem ganha o quê, por quê e que diferença faz. Outras definições enfatizam o papel da política pública na solução de problemas.” (SOUZA, 2006, p. 24). Já, os críticos dessas definições afirmam que esses:

[...] superestimam aspectos racionais e procedimentais das políticas públicas, argumentam que elas ignoram a essência da política pública, isto é, o embate em torno de ideias e interesses. Pode-se também acrescentar que, por concentrarem o foco no papel dos governos, essas definições deixam de lado o seu aspecto conflituoso e os limites que cercam as decisões dos governos. Deixam também de fora possibilidades de cooperação que podem ocorrer entre os governos e outras instituições e grupos sociais. (SOUZA, 2006, p. 25).

Assim, parte-se da premissa que as políticas públicas direcionadas ao SSP devem ser dotadas de racionalidades nas ações governamentais e aliadas as várias cooperações para atingir o fim da efetivação do direito social à saúde. Essa implementação pode ocorrer por meio dos atos do poder público, sendo que os aqui investigados serão os determinados pela agência reguladora ANS.

As políticas públicas vêm se consolidando como uma área de conhecimento independente e vem estabelecendo delimitações importantes sobre seu campo e sua forma de atuação (LUNARDI; DIMOULIS, 2016). Para alguns autores, nada mais são que programas de ação do governo para a realização de objetivos determinados num espaço de tempo certo (BUCCI, 1997, p. 91-95). Outros a definem como:

Mead (1995) [...] um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn 1980 como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) [...] a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou por delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) [...] como “o que esse escolhe fazer ou não fazer”. (SOUZA, 2007, p. 68).

Acredita-se que essas são conjuntos de programas, de ações que podem viabilizar e proporcionar a efetividade, a concretização dos direitos, sendo que a sua implementação, aqui sugerida, direcionada à saúde como intermédio para a relação entre a norma e o global/setorial, com o fulcro em minorar os paradoxos existentes no SSP que tanto afetam os cidadãos.

Dentre as variadas concepções sobre políticas públicas, seleciona-se Celina Souza (2006, p. 37), que as sintetiza:

A política pública permite distinguir entre o que o governo pretende fazer e o que, de fato, faz. A política pública envolve vários atores e níveis de decisão, embora seja materializada através dos governos, e não necessariamente se restringe a participantes formais, já que os informais são também importantes. A política pública é abrangente e não se limita a leis e regras. A política pública é uma ação intencional, com objetivos a serem alcançados. A política pública, embora tenha impactos no curto prazo, é uma política de longo prazo. A política pública envolve processos subsequentes após sua decisão e proposição, ou seja, implica também implementação, execução e avaliação.

Ademais, a concepção de políticas públicas para a concretização de direitos sociais deve permear escolhas racionais, com metas seguidas das devidas fiscalizações:

(a) *politics* como processo de negociação e decisão realizado por órgãos do sistema político; (b) *policies* como tomada de decisão em temas políticos e sua execução; (c) *public policies* como grupo específico das *policies* que tem como características a *racionalização* das tomadas de decisões políticas (planejamento e controle da execução), assim como a *durabilidade*. A política pública constitui um programa de ação com finalidades concretas, meios de ação para atingi-las e formas de controle e avaliação dos resultados e do uso de recursos. Os projetos de políticas públicas objetivam manter a racionalidade e permitir a fiscalização da ação governamental. Objeto de estudo e avaliação são as escolhas para concretizar metas, os mecanismos e procedimentos utilizados para atingir essas metas da maneira mais eficiente. A maioria das políticas públicas objetiva concretizar direitos sociais e programas constitucionais relacionados à redistribuição. Metas e direitos abstratamente formulados na Constituição, são concretizados mediante legislação e implementados pela administração pública. (LUNARDI; DIMOULIS, 2016).

Nada mais será que um dos meios para resolver os problemas decorrentes do paradigma legal de Estado insuficiente para cuidar da efetividade nas contradições com o constitucionalmente previsto.

[...] a repartição tradicional de atribuições entre os Poderes Legislativo e Executivo concebidas em torno da autoridade do Estado e não conformadas ao caráter prestacional e de gestão que a administração assume hoje. [...] o advento de políticas sociais de saúde, seguridade social, [...]aprofunda essa alteração qualitativa das funções do Estado, que do plano da economia se irradia sobre o conteúdo social da noção de cidadania. O dado novo a caracterizar o Estado social, no qual passam a ter expressão os direitos dos grupos sociais e os direitos econômicos, é a existência de um modo de agir dos governos ordenado sob a forma de políticas públicas, um conceito mais amplo que o de serviço público, que abrange também as funções de coordenação e de fiscalização dos agentes públicos e privados. (BUCCI, 1997, p. 89, grifo nosso).

O Estado, anteriormente a CF/1988 exercia a missão de indutor do desenvolvimento, e, após a década 90 modificara para gestor, regulador, coordenador e fiscalizador. Essa nova conformação fora copiada do direito norte-americano, sem a menor adaptação ao direito local e às diferenças constitucionais existentes podem ser fatos que geraram contradições na materialização do plano concreto. Assim, as políticas públicas como conjuntos de programas, ações, formulações, agendas, estruturações, implementações, avaliações, processos racionais e sequenciais podem ser os instrumentos necessários para diminuir as contradições da materialização do plano concreto e propor eficiência aos serviços que protegem os direitos constitucionais à saúde. Nessa dissertação elas serão aplicadas como o agrupamento de propósitos e definições políticas para uma forma de efetivação do direito à saúde.

A coordenação desses meios à disposição do Estado, harmonizada com as atividades privadas para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados, são um problema de direito público, em sentido lato (FREY, 2000, p. 211-259).

O principal foco das políticas públicas deve ser a proposição de soluções dos conflitos/problemas de interesse público por meio de procedimentos, mecanismos, ações, com decisões governamentais racionalizadas e sistêmicas, pautadas em implementações e constantes avaliações, com o fulcro no bem-estar público e na concretização do direito à saúde por meio do SSP.

As políticas públicas possuem ciclos de vida, os quais não devem ser dotados de começo, meio e fim, mas sim, de um processo retroalimentar (VÁZQUEZ; DELAPLACE, 2011, p. 35-65), sem fim. Esses ciclos devem ser formados por fases e estágios, em um procedimento ativo e de construção de uma experiência, na qual a doutrina não é convergente quanto ao número de fases e procedimentos.

Daniel Vázquez e Domitilie Delaplace (2011, p. 35-65) entendem que devem ser formadas por sete processos: entrada do problema na agenda pública, estruturação do problema, conjunto das soluções possíveis, análise dos pontos positivos e negativos das mesmas, tomada de decisão, implementação e avaliação. Já para Celina Souza (2006, p. 20-45), o ciclo de vida das políticas públicas se constitui de seis estágios: definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação e avaliação.

Algumas fases são necessárias para a organização, efetividade, regularidade, continuidade e retroalimentação das políticas públicas, vejamos o fluxograma a seguir:

Figura 5 - Ciclo das políticas públicas



Fonte: (LUNARDI; DIMOULIS, 2016).

Esses ciclos, fases, processos não necessariamente devem ser seguidos de forma dogmática, mas são caminhos cujo propósito é: “[...] diminuir o risco de fragmentação ou desarticulação da ação governamental que pode causar ineficiência, perda de investimentos e descontinuidade nas políticas públicas e nas mudanças governamentais.” (LUNARDI; DIMOULIS, 2016).

Ademais, as fases devem primar por estradas com fulcro na eficiência da prestação dos serviços à saúde.

A menção à continuidade impõe fazer uma distinção entre políticas de governo e políticas de Estado. Há programas de ação que correspondem ao programa da maioria política que governa em certo momento e são perseguidos enquanto esse grupo permanecer no poder (ou até ele mudar de programa). São diferentes as políticas de Estado, cuja necessidade é amplamente reconhecida, continuando sua implementação independentemente de mudanças de maioria política e de conjunturas concretas. A avaliação das políticas públicas é realizada pela administração pública e por organismos independentes com base em modelos e métodos de ciências sociais. Na área jurídica essa análise começou a ser tratada recentemente, havendo iniciativas para elaborar métodos de avaliação jurídica de políticas públicas que implementam direitos humanos. O objetivo é verificar se e como o sistema jurídico pode garantir a eficácia dos direitos fundamentais, analisando tanto os conteúdos normativos como os resultados. Como veremos, no Brasil, encontramos algumas avaliações jurídicas de políticas públicas, analisando o impacto da atuação do Judiciário no campo do direito à saúde. (LUNARDI; DIMOULIS, 2016).

Dentro desse contexto, antigamente a política pública setorial da saúde suplementar não fora considerada um problema público, pois, durante séculos, esse setor fora um problema, exclusivamente, privado: com a atuação do SSP totalmente livre e com baixa interferência estatal. Nessa época, a relação existente entre o SSP e os usuários não fora socialmente relevante, pois, os problemas deveriam ser resolvidos na esfera privada e o Estado não deveria interferir.

Hoje, a relação existente entre o SSP, a ANS e o usuário têm relevância social, econômica, jurídica e política para integrar a agenda pública brasileira, afinal 1/3 da sua população contrata o SSP, conforme números trazidos nas asseverações contidas na seção 1.4. Fatos que possivelmente corroboraram para o início do processo das políticas públicas na relação ANS, SSP e usuário, com as seleções dos problemas considerados públicos, que adentraram na agenda pública para a construção de soluções racionais.

Com a inserção desses problemas na agenda pública, há a necessidade de se estabelecerem métodos de avaliação dos impactos dessas políticas públicas, com pesquisas para identificar e relacionar as metas e os instrumentos legais utilizados. Sendo essas questões relevantes e dignas de avaliações como:

- o mapeamento quantitativo do problema social enfrentado (causas, interessados, estimativas de custo); - os meios e processos que podem ser utilizados com estimativas de custo e comparação de alternativas viáveis; - os prazos estabelecidos e o processo de revisão com base em avaliações parciais; - os incentivos e sanções previstas, com avaliação de sua adequação; - as formas de financiamento e seu possível impacto nas finanças públicas. (LUNARDI; DIMOULIS, 2016).

Portanto, todas essas concepções de políticas públicas, assim como as suas variadas etapas, fases, ciclos servira, servem e servirão de instrumentos, meios e estradas a seguir, em um processo retroalimentar, contínuo, sem fim na efetividade do SSP.

2.2 Políticas públicas regulatórias

Como asseverado na seção 2.1 as variadas concepções sobre as políticas públicas são envoltas de ciclos, processos, fases, as quais devem ser implementadas com a utilização de métodos e avaliações dos impactos de forma retroalimentar. Para isso, há a necessidade de se estabelecer algumas concepções tipológicas de políticas públicas:

Para Theodor Lowi (1964,1972) há quatro tipos de políticas públicas: Políticas Distributivas: aquelas que alocam bens e serviços a frações específicas da sociedade (categoria de pessoas, localidades, regiões, grupos sociais, etc.) mediante recursos provenientes da coletividade como um todo. Podem relacionar-se ao exercício de direitos, ou não. Podem ser assistencialistas, ou não. Podem ser clientelistas, ou não. Ex: implementação de hospitais e escolas, construção de pontes e estradas, revitalização de áreas urbanas, salário-desemprego, benefícios de prestação continuada, programas de renda mínima, subsídios a empreendimentos econômicos, etc. Políticas Redistributivas: aquelas que distribuem bens e serviços a segmentos particularizados da população por intermédio de recursos oriundos de outros grupos específicos. São conflituosas e nem sempre virtuosas. Ex: reforma agrária, distribuição de *Royalties* do petróleo, políticas de transferências de recursos inter-regionais, política tributária, etc. Políticas Regulatórias: aquelas que estabelecem imperativos (obrigatoriedades), interdições e condições por meio das quais podem e devem ser realizadas determinadas atividades ou admitidos certos comportamentos. Seus custos e benefícios podem ser disseminados equilibradamente ou podem privilegiar interesses restritos, a depender dos recursos de poder dos atores abarcados. Elas podem variar de regulações simples e operacionais a regulações complexas, de grande abrangência. Ex.: Código de trânsito, Lei da eficiência energética, Código Florestal, Legislação trabalhista, etc. Políticas constitutivas ou estruturadoras: aquelas que consolidam as regras do jogo político. São as normas e os procedimentos sobre os quais devem ser formuladas e implementadas as demais políticas públicas. Ex.: regras constitucionais diversas, regimentos das Casas Legislativas e do Congresso Nacional, etc. Tipologias e tipos de políticas públicas. (RUA; ROMANINI, 2012, p. 3-5, grifo nosso).

O avançar conceitual trouxera outro formato de tipologia:

Para Robert H. Salisbury (1968) são as Políticas Distributivas: aquelas advindas da combinação de um padrão de demandas altamente fragmentado, pulverizado, com um sistema de decisão também disperso; Políticas redistributivas: aquelas que, devido ao padrão de conflito e às correlações de força que estabelecem entre os

atores, exprimem demandas fortemente concentradas ou agregadas, processadas por um sistema decisório igualmente concentrado e centralizado para enfrentar as pressões dos atores em conflito; Políticas regulatórias: aquelas em que, devido à multiplicidade de interesses envolvidos, o padrão de demandas é fortemente fragmentado, porém as decisões são produzidas por um sistema decisório intensamente concentrado (ANS); Políticas auto regulatórias: aquelas caracterizadas por demandas concentradas diante de um sistema decisório fragmentado. Nesse ponto se encerram as afinidades entre os tipos identificados por Lowi na tipologia inicial e os propostos por Salisbury. (RUA; ROMANINI, 2012, p. 3-5, grifo nosso).

Nessa pesquisa a tipologia utilizada será a das políticas públicas regulatórias com fulcro na regulação de determinado setor, aqui se destaca a aplicação à saúde privada, por meio de alguns instrumentos ao alcance da agência reguladora ANS (normas contratuais, ações, consultas públicas, avaliação de indicadores de qualidade, proposições, implementações) e com a finalidade de proporcionar efetividade à saúde do usuário no plano concreto.

As políticas públicas regulatórias da ANS devem atender as ações de Estado e de Governo na forma sincrônica das capacidades e das proporções por meio de normas contratuais, ações, consultas públicas, avaliações de indicadores de qualidade, proposições e implementações que atinjam a pluralidade de interesses setoriais. Esses (interesses) cujos padrões são fragmentares necessitam que as políticas públicas da ANS sejam intersetoriais.

A ANS é a agência competente para realizar a implementação das políticas públicas regulatórias, cujo dever é: regular, normatizar, fiscalizar o cumprimento das normas e dos contratos (Capítulo 1, seção 1.4; Capítulo 3, seções 3.1, 3.2 e 3.3); estimular a eficiência e a qualidade na prestação dos serviços realizados pelo SSP (Capítulo 3, seção 3.4); proteger o SSP, o usuário (Capítulo 3, seção 3.5); promover políticas redistributivas com a intensificação do ressarcimento ao SUS (Capítulo 3, seção 3.6) para a eficiência do sistema, bem como inverter a clássica carência regulatória, com possíveis caracteres mercantilistas.

2.3 Políticas públicas setoriais e intersetoriais

A ANS fora idealizada para servir como um dos instrumentos de normatização, fiscalização, regulação do sistema de saúde privado e com o fim de corrigir as distorções existentes anteriormente ao marco regulatório. O modelo regulador distancia a atuação direta do Estado no SSP, e, há a alteração do seu papel central em relação à criação e à implementação das políticas públicas setoriais.

As criações das políticas públicas são de competência do Executivo e da ANS para a implementação regulatória do SSP, sendo esse dotado de vasta diversidade de interesses

(Estado, operadora e usuários), com padrões altamente fragmentados, definições centralizadas na ANS, a qual perfaz o significante da política pública setorial.

A política pública setorial da ANS pode permitir os acessos retilíneos aos genuínos problemas brasileiros, os quais, não necessariamente, são enfrentados no contexto da setorialidade (saúde, saneamento, alimentação, habitação, segurança, transporte, energia, previdência social, assistência social). Referidos acessos podem ser utilizados para estruturar enfrentamentos a esses problemas, com a construção de possíveis soluções retroalimentares eficientes ao SSP, ao Estado e ao usuário.

Para o enfrentamento dos problemas existentes no SSP, há a necessidade de estruturação do eixo setorial com a intersetorialidade, ou seja, o envolvimento e o desenvolvimento participativo de determinado setor com outras políticas públicas, uma forma de viabilizar a construção para algumas soluções. A setorialidade permite acesso direto aos problemas sociais, sendo que aliada a intersetorialidade pode abranger variados domínios e aumentar o equilíbrio no SSP por meio de cooperações. Essa integração das variadas políticas públicas setoriais perfaz a intersetorialidade (interseção), a qual pode permitir a coesão entre a saúde pública, a saúde privada, a assistência social, a previdência social, o trabalho, a fiscalização, o consumo...

Até a década de 1980 e 1990 as políticas públicas setoriais se apresentaram como uma das únicas saídas para a formulação e a implementação das soluções aos problemas públicos. Ocorre que, essas tinham e têm características com padrões fragmentares, não apresentam conectividade, diálogo e vinculação entre os programas aplicados. Ademais, a utilização isolada das políticas públicas setoriais dificulta a efetividade do SSP, pois a fragmentação pode proporcionar fragilidade e graves sinais de esgotamentos. Além da implementação das políticas públicas setoriais ao SSP, há a necessidade de se implementar as políticas públicas intersetoriais (o diálogo entre os variados domínios).

Dentre os conceitos de intersetorialidade se utiliza

[...] o responsável por este processo de articulação capaz de superar a tendência de buscar soluções para as expressões da questão social [...].

Segundo Inojosa (2001:105), a intersetorialidade é “a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas”.

Para Pereira (2012:1), a intersetorialidade é “uma nova lógica de gestão, que transcende um único ‘setor’ da política social, e estratégia política de articulação entre ‘setores’ sociais diversos e especializados”.

A partir da interpretação de Nascimento (2010:99), a intersetorialidade formata-se como a “integração de saberes e experiências sem prejuízo da setorialização e da autonomização”.

Monnerat e Souza (2011:42) definem-na como: definem-na como: construção de interfaces entre setores e instituições governamentais (e não governamentais), visando o enfrentamento de problemas sociais complexos que ultrapassem a alçada de um só setor de governo ou área de política pública.

[...] Bronzo e Veiga (2007:12) afirmam que: situa-se em um contínuo que abrangeria desde a articulação e coordenação de estruturas setoriais já existentes até uma gestão transversal, configurando formas intermediárias e arranjos organizativos que expressam a intersectorialidade de baixa ou alta densidade. (PRISCO, 2012, p. 137-138, grifo nosso).

A compreensão e a aplicação da intersectorialidade ao SSP compreendido no diálogo entre as mais variadas competências, setores e como um caminho meio de “[...] articulação, soma, síntese, unidade, rede, superação da fragmentação.” (PEREIRA, 2012 apud PRISCO, 2012, p. 139). Esses conceitos de políticas públicas intersectoriais remetem a intersecção que deve ser aplicada às políticas públicas regulatórias da ANS com os variados domínios (saúde pública, previdência, assistência social, ministério do trabalho...), a fim de que ocorram conjuntos de articulações, sínteses que exijam os esforços coordenados de diversos setores, significando mais do que uma simples troca ou soma de conhecimentos.

A aplicação da política pública intersectorial no SSP é indispensável, pois a implementação isolada da política pública setorial pode gerar alta fragmentação da atenção à saúde (com a fragmentação das necessidades sociais), e, conseqüentemente, pode gerar colisão dos programas e das decisões das políticas públicas. A política pública setorial não tem a função de dar respostas cabais as questões sociais (GIAQUETO, 2010, p. 83), pois, as respostas dos modelos setoriais (isolados) são de baixa efetividade constitucional, com parco fortalecimento, prováveis fragilidades na efetividade e na eficiência, conseqüentemente, um SSP vulnerável.

A ANS ao implementar políticas públicas setoriais sem a intersecção, o diálogo e a articulação dos conhecimentos pode gerar fragilidade regulatória devido ao parco diálogo entre os variados domínios. Assim, os problemas públicos regulatórios existentes nos instrumentos contratuais, nos indicadores de qualidade, nas normas de ressarcimento ao SUS, na proteção e na defesa do consumidor, descritos nos capítulos 3 e 4, podem ser resultados de políticas públicas, exclusivamente, setoriais e possível carência do cuidado em realizar a conversa com os variados domínios (saúde pública, saúde privada, ANS, consumidores, previdência social, assistência social, ministérios do desenvolvimento, planejamento, trabalho ...).

As gestões das necessidades sociais, especificamente da saúde, precisam de modelos intersectoriais, maleáveis, articulados, descentralizados, com redução da hierarquia e estímulo da participação do cidadão, das sociedades civis organizadas, em uma intersecção entre as

competências da ANS, os atores envolvidos, o Estado e as políticas públicas de outros setores inter-relacionados à saúde.

A setorialidade deve ser aliada a intersetorialidade na forma horizontal como canais responsáveis para a efetivação do mandamento constitucional. “[...] a concretização da ação intersetorial incorpora não apenas a compreensão compartilhada sobre finalidades, objetivos, ações e indicadores de cada programa ou projeto, mas práticas sociais articuladas que acarretem um impacto na qualidade de vida da população. [...]” (Junqueira 2004: 27-28 apud PRISCO, 2012, p. 139, grifo nosso). A relevância e a urgência na aplicação da intersetorialidade nas políticas públicas do SSP são identificadas devido às carências de eficiência e efetividade nas implementações das políticas públicas setoriais para recepção das demandas sociais.

O papel da intersetorialidade é estabelecer articulações e diálogos entre o cidadão/usuário, o sistema de saúde público, SSP, a ANS, os saberes técnicos, a interação com a previdência social, a assistência social (decorrentes de doenças) e a gestão administrativa em seus variados níveis de governo envolvendo todos os entes federados. Para minorar o esgotamento da setorialidade, em meio a multiplicidade de interesses, ao padrão de demandas fortemente fragmentado, sugere-se a aplicação da intersetorialidade com o fim de articular práticas que tragam impacto na eficiência e na qualidade da prestação dos serviços e atendimentos do SSP.

As políticas públicas setoriais e intersetoriais da ANS devem ser construídas sob a ótica contida no marco regulatório, afinal, compete a essa a promoção e a defesa do interesse público na assistência à saúde privada, bem como a regulação intersetorial entre os entes federados, as operadoras do SSP e os usuários.

Ademais, há de se afinar as articulações das políticas públicas realizadas pelo Ministério da Saúde, Ministério da Fazenda (previdência), Ministério do Trabalho, Ministério da Educação, Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário, Ministério de Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior, Ministério de Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Para isso, a ANS precisa estimular a aplicabilidade, a implementação, a interação e a promoção de mais políticas como a realizada (com êxito) no ano de 2011, prevista no artigo 2º, I, da RN n. 264 da ANS (2011, grifo nosso):

I - Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças: processo político que articula ações sanitárias, sociais, ambientais e econômicas voltadas para a redução das situações de vulnerabilidade e dos riscos à saúde da população; capacitação dos indivíduos e comunidades para modificarem os determinantes de saúde em benefício da própria qualidade de vida; e participação social na gestão das políticas de

saúde. A prevenção de riscos e doenças orienta-se por ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco ou fatores causais de grupos de enfermidades ou de enfermidade específica. Dessa forma, esse amplo conceito fundamenta-se nos princípios de intersectorialidade, integralidade, mobilização e controle social, informação, sustentabilidade, entre outros; e [...].

Propõe-se a lógica de uma nova gestão para transcender a visão isolada de determinado setor, ou seja, romper o isolamento das políticas do SSP. Essa transcendência proporciona o ensaio para possíveis soluções de alguns problemas públicos do SSP, os quais poderão alcançar a eficiência e a qualidade nas prestações dos serviços de assistência à saúde privada.

2.4 Políticas públicas regulatórias: sistema de saúde privado (SSP)

Abordar a pluralidade das relações existentes na saúde privada é um extenso desafio para a interseção e a interação com a realidade conceitual do termo saúde (concepção essa que necessita de aprimoramento, pois, o entendimento restrito as referências à doença, à linearidade biologista e histórica, contida na clássica formulação dessa não representam o bem-estar físico, psíquico e social). Há a necessidade de que essa seja efetivada com estímulos e perseguições a novos paradigmas e a diversidade deve ser aliada aos conceitos de políticas públicas setoriais e intersectoriais nas mais variadas fragmentações do nexos entre o Estado, o usuário e o SSP. Ademais, devem ser associadas as políticas de governo (não estatais), em meio às relações complexas de natureza política, jurídica, socioeconômica e histórica. O principal desafio é a efetivação das políticas públicas regulatórias do SSP como Política de Estado, bem como a sua representação na expressão de ajuste entre o Estado e a sociedade, assim já consagrado na CF/88.

Há um enorme caminho a percorrer com relação ao governo, ao sectarismo (partidarismo) da máquina pública e ao rompimento de décadas de carência regulatória, os quais sugerem uma política com a possível reprodução de escolhas mercantilistas. Essa relação contém uma trajetória fundada na noção de seguro e no acesso aos serviços por meio de pagamentos (que nos reporta as concepções do modelo Bismarckiano), com uma única exceção, a relação existente com o sistema de saúde público (o qual nos reporta as concepções do modelo Beveridgiano). Ademais, o sistema de seguridade social brasileiro (gênero da espécie saúde), desenvolveu-se à sombra da uma sistemática Bismarckiana, da Alemanha, dos finais do século XIX, modelo que recebeu o sobrenome de Otto Eduard Leopold Von Bismarck (1815 a 1898). Uma trajetória fundada na obrigatoriedade de financiamento

implementada em um modelo “[...] *se debe destacar la obligación impuesta a los empleadores y a los trabajadores para hacerlos corresponsables del financiamiento de la seguridad social.*” (SÁNCHEZ-CASTAÑEDA, 2012, p. 8).

Dessa forma, a trajetória do SSP permeara os modelos Bismarckiano e Beveridgiano:

O primeiro leva-nos à Alemanha do final do século XIX. Este país adoptou, em 1883, uma lei inovadora em todo o mundo que obrigou os empregadores a contribuir para um esquema de seguro-doença em favor dos trabalhadores mais pobres, alargada num segundo momento a trabalhadores com rendimentos mais elevados. Tratou-se, portanto, do primeiro exemplo de um modelo de segurança social imposto pelo Estado, que conduziu, num momento posterior, à criação de um sistema de seguros obrigatórios. O segundo modelo leva-nos às circunstâncias próprias do ambiente na Grã-Bretanha, durante a II Guerra Mundial, que criou um sentimento de solidariedade entre o povo britânico, que defendeu políticas igualitárias e promoveu a intervenção determinante do Estado. O serviço nacional de saúde inglês desenvolve-se a partir de 1948 e estabelece um modelo para sistemas de saúde com base na responsabilidade do Estado pela prestação de serviços gerais de saúde e na afirmação do princípio do acesso igual para todos os cidadãos. [...]. (SIMÕES, 2009, grifo nosso).

O Brasil buscara o equilíbrio entre os dois modelos (o SSP e a manutenção do sistema de saúde público) como uma estratégia. Ocorre que, ao se analisar a trajetória e o atual uso do SUS pelo SSP (fatos que serão demonstrados nos Capítulo 3 e Capítulo 4), as recusas aos cumprimentos contratuais do SSP para com os usuários (Capítulo 3 e Capítulo 4), a parca qualidade na prestação dos serviços (Capítulo 3 e Capítulo 4) associadas a outros problemas que não se abordará, pode-se indicar a possível permanência da clássica matriz ideológica de valores mercantilistas.

Aparentemente a construção do SSP fora alicerçada em uma lógica relacionada a mercadoria mediada pelo mercado, a reforçar contextos existentes no início dessa trajetória, com o pagamento como fonte de legitimação dos serviços prestados. A noção ora alicerçada parece ser dissonante da atual concepção de saúde como uma espécie do gênero seguridade social (cujo fim é a proteção das necessidades sociais), o que reporta ao descumprimento do princípio da solidariedade, assim como a desconstrução da concepção da saúde como direito fundamental.

Na realidade relacionar a saúde à mercadoria e a mesma ser mediada pelo mercado, nada mais é que reforçar todo o contexto já existente no início da trajetória brasileira. É insistir e permanecer na lógica inicial, anteriormente ao marco regulatório do SSP (descrito no Capítulo 1).

A atual política pública regulatória do SSP parece estar imersa em várias contradições nas inter-relações existentes entre o usuário, o SUS, o SSP e a ANS, assim como na relação com os médicos, indústria farmacêutica, de equipamentos e de insumos (não abordaremos) com vertentes que insuflam a possível pré disposição ao mercantilismo.

Para que ocorra a efetividade constitucional no sistema de saúde privado, tanto o Estado como a ANS precisam reconstruir os atuais paradigmas de políticas públicas regulatórias, com o enfrentamento da questão mercantilista (possível padrão carregado e contido na trajetória do SSP) por meio de incentivos, estímulos às operadoras que priorizarem a qualidade, a prevenção na prestação dos serviços à saúde e que enaltecerem a dignidade da pessoa.

A forma atual denota cristalizações e vícios, pois, a ANS apresenta problemas para implementar as políticas públicas, algumas operadoras do SSP não possuem qualidade na prestação de serviços e permanecem no mercado sem uma resposta regulatória eficaz (possíveis falhas na efetividade quanto a competência da ANS). Pode-se evidenciar, ao longo dessa pesquisa, possível regulação temerária por parte da ANS e prováveis políticas públicas motivadoras as reincidências às más prestações aos serviços à saúde.

A desconstrução ou a reconstrução da matriz ideológica é o ofício para a efetivação dos princípios constitucionais (artigos 194 e seguintes da CF) por meio de políticas de Estado, com a adoção de medidas de desmercantilização da saúde, associadas a incentivos diretos ao usuário que optar por operadoras do SSP contempladas pela acreditação (conceito trazido no Capítulo 3) e por aquelas que realizam o ressarcimento ao SUS em sua integralidade (Capítulo 3 e 4). Sistema esse, atualmente, não utilizado.

Ademais, priorizar os incentivos diretos as operadoras do SSP que elegem a dignidade da pessoa humana ao lucro; a extinção do incentivo de políticas de Estado e de governo às operadoras do SSP que escolhem modalidades lucrativas sem o respeito ao ser humano e à qualidade na prestação dos serviços.

Essas sugestões são incipientes e formas de uma nova gestão na relação existente entre o sistema de saúde público e o sistema de saúde privado. Um esforço para a aplicação de recursos públicos e instrumentos capazes de desconstruir a atual lógica, bem como de viabilizar a efetividade ao conceito constitucional.

O marco regulatório fora idealizado com fulcro em enfrentar, estruturar, promover as aproximações entre as razões sociais e as razões econômicas (sem esquecer que aquelas devem prevalecer sobre estas), assim como resgatar a alocação eficaz e a economia para o plano da política pública da saúde.

Há que se executar uma nova forma de gestão estatal e prestacional com condições para a reconstrução de uma consciência sanitária, alicerçada na saúde como necessidade social, a ser desenvolvida por meio de novas regulações baseadas nas políticas de Estado (em contraposição à trajetória história da saúde como um bem a ser satisfeito nos paradigmas de mercado). A desconstrução do atual paradigma é primordial para romper com a baixa

efetividade do mandamento constitucional. A ANS deve ter o seu eixo regulatório da saúde como um direito social e a sua aproximação com as razões econômicas devem ser pautadas no diálogo sanitário consciente por meio de incentivos ponderados e modulados para a solução dos conflitos, sendo que o interesse público deve prevalecer sobre o interesse privado, ou seja, à saúde prevalecer sobre as razões econômicas.

CAPÍTULO 3 POLÍTICAS REGULATÓRIAS SETORIAIS

As políticas públicas regulatórias da ANS precisam ser efetivadas por meio do diálogo entre a setorialidade (SSP) e a intersetorialidade (variados saberes), sob pena das respostas serem a baixa efetividade constitucional, nos termos contidos nessa pesquisa. Essa decorre de problemas públicos e da fragilização das políticas públicas regulatórias da ANS para o SSP.

3.1 Marco regulatório contratual

Os contratos, inicialmente, realizados com o SSP tiveram caráter exclusivamente privado, sem qualquer intervenção estatal e foram regidos pelo Código Civil de 1916. Em 1990 passaram a ser protegidos pelo Código de Defesa do Consumidor (CDC). Mas, o marco regulatório contratual ocorrera somente a partir de 1998, por meio da Lei n. 9.656/1998 (previsão legal sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde) e por meio da regulação da ANS (Lei n. 9.961/2000).

A Lei n. 9.656/1998, em seu artigo 16 traz algumas disposições relevantes com proteções contratuais ao usuário, tais como:

As condições de admissão; o início da vigência; os períodos de carência para consultas, internações, procedimentos e exames; as faixas etárias e os percentuais de variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos, em razão da idade do usuário, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS; as condições de perda da qualidade de beneficiário; os eventos cobertos e excluídos; o regime, ou tipo de contratação: a) individual ou familiar; b) coletivo empresarial; ou c) coletivo por adesão; a franquia, os limites financeiros ou o percentual de coparticipação do consumidor ou beneficiário, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica; os bônus, os descontos ou os agravamentos da contraprestação pecuniária; a área geográfica de abrangência; os critérios de reajuste, revisão das contraprestações pecuniárias e o número de registro na ANS.

Essas são algumas das condições e parâmetros que devem compor a relação contratual existente entre o SSP e o usuário. Além desses, os contratos do SSP devem ser elaborados de acordo com o manual de elaboração de contratos de planos de saúde, contido no anexo I, da Instrução Normativa (IN) n. 23 (ANS, 2009b), da Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos da ANS. Referida IN, dispõe sobre os procedimentos do Registro de Produtos, previstos na Resolução Normativa (RN) n. 85 (ANS, 2004), e revogara as INs da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO).

Para que os contratos não apresentem problemas com variadas formas de compreensões, a ANS regula a uniformização de interpretações por meio de algumas súmulas dentre elas destacamos a Súmula Normativa n. 23 (ANS, 2012) e a Súmula Normativa n. 26 (ANS, 2015a), as quais dispõem sobre a necessidade de uniformizar entendimentos no âmbito da própria ANS. Ademais, referida súmula ainda regula a celebração dos contratos realizados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde, os quais devem ser firmados na forma escrita e nos termos a RN n. 364 (ANS, 2014b). O cumprimento a esses requisitos, parâmetros e exigências são essenciais para que sejam estabelecidas adequadamente, e, formalmente, as relações contratuais entre os usuários e o SSP.

É nesse momento de vinculação jurídica formal com o SSP que os direitos do usuário não podem ser violados, pois, aquele (SSP) deve cumprir todas as normas contratuais, todos os protocolos clínicos de atenção primária, secundária e terciária, bem como a todos os protocolos clínicos estabelecidos pelo Ministério da Saúde de acordo com o plano contratado. Para isso, somente em 05 de março de 2013, a ANS implementara a política pública regulatória para a preservação dos direitos do usuário do SSP com a obrigação de apresentar a informação do motivo que gerara a recusa de atendimento. Essa implementação viera por meio da RN n. 319 (ANS, 2013), a qual exige que a negativa de autorização de procedimentos solicitados pelo médico ou cirurgião dentista seja motivada sob pena de aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde. Essa política pública fora efetivada há menos de 4 (quatro) anos o que demonstra a tolerância do regulador em relação ao regulado por mais de 17(dezessete) anos.

Já com relação às carências fixadas contratualmente, há uma previsão legal no artigo, 12, da Lei n. 9.656/1998, com exigências mínimas, observe:

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º dessa Lei, nos incisos I a IV desse artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas: [...] V - quando fixar períodos de carência: a) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo; b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos; c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência; [...] “Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos: I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Supracitadas exigências objetivam regular o setor (SSP) no tocante às carências, mas, infelizmente, sofrem problemas em suas efetivações (veja o item 4.1 judicialização da

regulação: contratos) o que destaca mais um problema público regulatório com baixa efetividade fiscalizatória da ANS, fatos que possivelmente geram reflexos na judicialização da regulação. Assim, as operadoras que não efetivam o devido cumprimento às carências devem ser responsabilizadas na forma objetiva, nos termos do artigo 14, do Código de Defesa do Consumidor (CDC). Ainda, há que se refletir se a ANS deve responder conjuntamente pelos danos causados aos usuários por possíveis falhas regulatórias e fiscalizatórias.

Não obstante, os convênios médicos apresentaram o pior desempenho no mês de junho e julho de 2015, segundo o Índice Nacional de Satisfação do Consumidor (INSC), e, estão entre os primeiros setores com maior reclamação, nas seguintes proporções: seguradoras (79,7%), hospitais & laboratórios (86,2%). Além desses indicadores, há o implementado pela própria ANS, a partir de 23 de julho de 2015 (notícia G1), a qual divulgara as reclamações feitas desde que os planos de saúde foram obrigados a manter uma ouvidoria para atender os usuários insatisfeitos, houvera mais de 100 mil queixas, em um ano de serviço. No primeiro ano, segundo a ANS, registrara 105.749 queixas (de outubro de 2013 a outubro de 2014), sendo a maioria (32,4%) referente as dificuldades para marcar consultas ou por maus atendimentos, ou seja, descumprimento contratual; seguidas de (22,4%) reclamações sobre os contratos e as carteirinhas, ou seja, descumprimento contratual; e, depois, aparecem as insatisfações por reajustes e cobranças (17,7%), ou seja, descumprimento contratual.

Na pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), o SSP está no topo da lista de reclamações, com 26,6% das demandas feitas à entidade em 2013, com acréscimo de 6,26 pontos percentuais em relação a 2012. Em seguida, vêm serviços financeiros (16,73%), produtos (13,05%) e telecomunicações (12,53%).

Na realidade o cidadão não consegue dialogar na hora de assinar o contrato (veja Capítulo 3, seção 3.3, Contrato de adesão) e durante todo o período contratual precisa lutar contra as violações aos seus direitos, valendo-se do judiciário, IDEC, PROCON (instituição vinculada à Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania, com personalidade jurídica de direito público) e demais associações de defesa do consumidor.

As regulações dos contratos são algumas das ferramentas indispensáveis para que os serviços prestados pelo SSP possam principiar a qualidade. Assim, entende-se que há a necessidade da ANS cumprir o seu dever para que prevaleçam a aplicabilidade dos instrumentos contratuais e a efetividade constitucional dos direitos à saúde, com cooperações mútuas de todos os entes envolvidos (Estado, Governo, sistema de saúde público, SSP, ANS, usuários, sistema de seguridade social), só assim, a saúde brasileira pode principiar a efetividade.

3.2 Instrumentos contratuais: direito de escolha

É sabido que a saúde brasileira é um direito social fundamental de todos e dever do Estado, ademais o cidadão/usuário tem o direito de liberdade de escolha, ou seja, o direito de exercer a sua autonomia da vontade para utilizar o sistema de saúde público, ou, contratar, ou não contratar, qualquer ou quaisquer sistemas de saúde privado. Essa liberdade contratual nos parece vir alicerçada em um gerenciamento de interesses relacionados às prestações dos serviços à saúde, pois, se o cidadão/usuário já tem direito constitucional de utilizar o sistema de saúde público, na forma “gratuita”, por que irá utilizar a sua liberdade para contratar o SSP?

Com intuito de tentar responder a esse questionamento se apresenta variadas pesquisas relacionadas à saúde, de vários órgãos, afim de lapidar possíveis resultados. Observe:

Outro argumento que sempre mostro em meus estudos é sobre o baixo volume de recursos para a saúde pública das três esferas de governo. Faço algumas comparações que acabam sendo evidências do baixo gasto com saúde. Os dados brasileiros são de 2010 e os de outros países, de 2009, obtidos no anuário Estatístico da OMS. 1ª Evidência: podemos comparar os recursos gastos com saúde pública e os gastos per capita dos planos de saúde com seus beneficiários. Os planos de saúde gastariam R\$ 298 bi para atender a toda população brasileira usando o mesmo per capita e sem oferecer todas as ações oferecidas pelo SUS, como as de vigilância, vacinação etc. Se o SUS em 2010 gastou R\$ 138 bi, estariam faltando R\$ 160 bi. 2ª Evidência: o gasto médio público como percentual do PIB dos países da OMS foi de 5,5%. O Brasil tem um gasto de apenas 3,7%. Se fôssemos usar o mesmo percentual seriam necessários R\$ 210 bi, ou seja, mais R\$ 72 bi dos atuais R\$ 138 gastos. (CARVALHO, G., 2013, p. 17, grifo nosso).

Ademais, o financiamento da saúde pública tem sido reduzido ano após ano,

3ª Evidência: a participação federal no financiamento da saúde pelas três esferas de governo veio caindo e aumentando a participação de estados e municípios. Em 1980 a participação federal era de 75%, a estadual, 18%, e a municipal, de 7%. Em 1991, 73% da União, 15% dos Estados e 12% dos municípios. Em 2001 a União continua diminuindo seu gasto agora representando 56%, os Estados, 21%, e os municípios, 23%. Já em 2011, a União apenas contribuiu com 47%, os Estados, com 26%, e os municípios, com 28%. (CARVALHO, G., 2013, p. 21).

Esses argumentos são ratificados pela própria Câmara dos Deputados a qual noticia,

Notícias da Câmara: Saúde pública no Brasil ainda sofre com recursos insuficientes. Gestão e financiamento são alguns dos principais problemas do SUS, segundo especialistas; proposta de iniciativa popular em tramitação na Câmara destina pelo menos 10% das receitas correntes brutas para a saúde, o que teria representado R\$ 41 bilhões a mais em 2014. Saúde pública no Brasil sofre com recursos insuficientes. (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2015).

Além desses, há os argumentos trazidos pelo Conselho Federal de Medicina, com pesquisa realizada pelo Instituto Datafolha,

[...] aponta que 93% dos eleitores brasileiros avaliam os serviços público e privado de saúde como péssimos, ruins ou regulares. Entre os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), 87% dos entrevistados declararam insatisfação com os serviços oferecidos. G1. (SALOMÃO, 2014).

As pesquisas demonstram que 87% dos cidadãos brasileiros consideram o SUS péssimo, e, claro, buscam na iniciativa privada uma prestação de serviço à saúde com qualidades e coberturas adequadas.

Seis a cada dez brasileiros avaliam a saúde do país como ruim ou péssima, aponta pesquisa Datafolha encomendada pelo CFM (Conselho Federal de Medicina). [...] Quando se trata apenas de avaliar o SUS, o índice de ruim ou péssimo foi de 54%. [...] dão nota zero para a saúde em geral, em escala de zero a dez; [...]. (PARA..., 2015).

A saúde pública, historicamente, sempre foi alvo de muitas críticas em todos os governos. De acordo com uma pesquisa recente divulgada pelo instituto Datafolha, encomendada pelo CFM, aponta que 87% das pessoas consideram os serviços do SUS péssimo ou regular. [...]. Ainda conforme o estudo, a maioria tem dificuldades de acesso ao SUS e a saúde é prioridade para mais de 80% dos brasileiros. (SINDICATO MÉDICO DO RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Assim, os recursos insuficientes, a constante redução no financiamento, o baixo valor per capita investido, são possíveis reflexos da insatisfação e da baixa qualidade dos serviços do sistema de saúde público. O cidadão preocupado com essa situação do SUS ativa o seu gerenciamento da liberdade de escolha para contratação do SSP, com o objetivo encontrar a qualidade nas prestações dos serviços de saúde privada.

O usuário gerencia a sua liberdade de contratar de acordo com a não qualidade ou qualidade do sistema de saúde público, afinal, não contrataria o SSP se o serviço público de saúde fosse revestido de eficiência e qualidade.

Os problemas de má prestação dos serviços públicos à saúde, a cultura histórica brasileira da saúde vinculada à iniciativa privada (Capítulo 1, trajetória do SSP) associados a má gestão dos gastos públicos são problemas que podem influenciar a decisão do brasileiro para a contratação do SSP.

No ano de 1998, a população brasileira residente fora estimada em 158,2 milhões de habitantes, sendo que se estimara em 38,7 milhões o número de brasileiros cobertos por pelo menos um plano de saúde, ou seja, 24,5% da população do País, ¼ da população escolhera o SSP (IBGE, 1998). Dados anteriores ao marco regulatório.

Além de todas essas evidências que supostamente influenciam o direito de escolha do usuário, historicamente o Estado brasileiro preserva e fortalece a política pública de incentivo fiscal (renúncia fiscal ao Imposto de Renda) para o usuário contratante do SSP. Esse incentivo fiscal influencia a escolha e a permanência do usuário na contratação do SSP. Veja o parecer do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, contido no Conselho Nacional de Saúde:

[No ano de 2011] Do IR, as pessoas físicas podem deduzir os gastos com planos de saúde, médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e hospitalares, exames laboratoriais, serviços radiológicos, aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias, entre outros.

Não há teto para o abatimento de gastos com saúde (renúncia fiscal), diferentemente do que acontece com a educação, cujo limite de dedução é de R\$ 3.375,83. A renúncia fiscal se aplica também aos empregadores que fornecem assistência à saúde a seus funcionários, considerando este gasto como “despesa operacional” e abatendo do lucro tributável. Ainda há as desonerações fiscais para a indústria farmacêutica, hospitais filantrópicos, subsídios diretos por meio de incentivos fiscais e desonerações, além de subsídios a funcionários públicos, cujos planos de saúde são pagos com recursos públicos.

Em 2011, a renúncia fiscal na saúde foi de R\$ 15,8 bilhões, sendo R\$ 7,7 bilhões apenas de planos de saúde. Neste mesmo ano, o lucro líquido das operadoras de planos privados de saúde foi de R\$ 4,9 bilhões, ou seja, mais da metade dos lucros dessas empresas foram decorrentes de renúncia fiscal. (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE, 2015).

Além do incentivo ao usuário por meio da dedução dos gastos com saúde no imposto de renda, há desonerações fiscais às operadoras do SSP. Os dados ora levantados demonstram evidências de que o gerenciamento da liberdade de escolha de contratar o SSP tem sofrido influência/interferência das políticas públicas, com possíveis diretivas para que o cidadão contrate o SSP, afinal os incentivos fiscais associados as más prestações dos serviços públicos determinam o gerenciamento da escolha do cidadão. Caso, essas evidências sejam comprovadas, e, ou, verificado que a ANS cometera falhas na fiscalização, regulação e normatização adequadamente aos instrumentos contratuais, essa e o Estado podem se tornar responsáveis pelas escolhas dos cidadãos, e, assim, responsáveis (in) diretos pelo cumprimento dos artigos 421, 422, 927 e seguintes da Lei n. 10.406 (BRASIL, 2002), Código Civil (CC). A não efetividade nos limites da função social do contrato e nos princípios de probidade e boa-fé podem ser de corresponsabilidade estatal e da ANS, pois o cidadão que “sofre” a possível referida interferência espera da mesma política pública estatal a contrapartida da proteção.

Portanto, se o Estado e a ANS interferirem no direito de liberdade de expressão de escolha do cidadão, conseqüentemente, poderão ser responsáveis pela referida escolha, e, qualquer problema existente nessa relação pode denotar nexo de causalidade entre a ação e o

dano. Esses são os elementos essenciais da responsabilidade civil, a conduta do agente, o nexo causal, seguido do dano. Portanto, se o Estado e a ANS influenciarem o direito de escolha do cidadão e não realizarem a devida regulação, fiscalização e normatização nessa relação, conseqüentemente, poderão ser responsáveis, na forma objetiva, pelo dano ocorrido ao (aos) usuário (usuários).

3.3 Contrato de adesão

A proteção à saúde tem disposições na CF/88; na Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/1990, a qual dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências); na Lei n. 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor - CDC); na Lei n. 9.656/1998, (a qual dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde), sendo que antes desse marco regulatório, os usuários do SSP se socorriam ao CDC/1990 e ao CC (BRASIL, 1990c). É pertinente ressaltar, que, ainda hoje, o CC e CDC são indispensáveis para coibirem os abusos praticados, juntamente com a interposição de ações judiciais, a atuação dos Procons e das associações de consumidores.

A Lei n. 10.406/2002, instituiu o Novo Código Civil, com a previsão do princípio da função social do contrato, um instrumento a disposição dos contratos realizados entre os sistemas de saúde público, SSP, prestadores de serviços, usuários, ANS, pois, servem de freios e contrapesos a essas relações (BRASIL, 2002). As relações contratuais existentes entre esses entes devem primar pela conduta proba, reta e honesta. Destacam-se os contratos realizados entre o SSP e o usuário, como uma relação não exclusivamente privada, que afeta o interesse público social, como uma cadeia de interesses, cujo descumprimento contratual é prejudicial ao usuário, assim como a toda a sociedade. Nesses contratos, o argumento da liberdade contratual deverá ser balizado pela conclusão e exercício de que não interessam somente às partes contratantes e contratadas, mas, sim, a toda à sociedade.

Esses contratos são realizados na modalidade de adesão, para isso nos reportamos ao artigo 423, do CC, o qual diz que no contrato de adesão para as cláusulas ambíguas ou contraditórias se deve adotar a interpretação mais favorável ao aderente. Logo, nos casos em que o contrato de adesão contiver cláusulas ambíguas ou contraditórias, a interpretação deverá ser favorável ao usuário. Ademais, no artigo 54, do CDC, o contrato de adesão é “[...] aquele cujas cláusulas tenham sido aprovadas pela autoridade competente ou estabelecidas unilateralmente pelo fornecedor de produtos e serviços, sem que o consumidor possa discutir

ou modificar substancialmente seu conteúdo”. Pergunta-se: A ANS aprova os contratos realizados pelo SSP com o usuário? O objetivo é que a ANS aprove os contratos e garanta a justiça ao usuário do SSP por meio da alteração das cláusulas contratuais abusivas ou sua revisão quando fatos supervenientes as tornarem excessivamente onerosos, seguido da participação do usuário na formulação de políticas de consumo, e, enfim, a adequação e eficiência dos serviços. Na realidade, o ideal seria que os contratos, ora realizados, fossem, previamente, debatidos e submetidos ao diálogo (cidadão, associação de consumidores, sociedade civil), como forma de preservar o direito de debater/dialogar as cláusulas contratuais.

Assim, estabelece-se a premissa de que todos os contratos realizados pelo SSP devem atender aos interesses privados, públicos, sociais, constitucionais e estar de acordo com os artigos 421 e 422 do CC, sob pena do próprio SSP ser obrigado civilmente a indenizar o usuário. Ademais, a ANS é uma autarquia especial, que tem a competência, ou seja, o dever de regular os contratos entre o SSP e os usuários, nos termos do artigo 4º, II, da Lei n. 9.961/2000. Logo, pode ser obrigada a indenizar o usuário que venha a sofrer danos decorrentes dessa fragilidade regulatória.

Em relação ao contrato de adesão firmado com os usuários idosos se apresenta parte de um acórdão proferido pela Relatora Ministra Nancy Andrighi, no RECURSO ESPECIAL (REsp) Nº 1.106.557 - SP (2008/0262553-6 – data julg. 16/09/2010 – data publ. 21/10/2010), observe:

O plano de assistência à saúde, apresenta natureza jurídica de contrato de trato sucessivo, por prazo indeterminado, a envolver transferência onerosa de riscos, que possam afetar futuramente a saúde do consumidor e seus dependentes, mediante a prestação de serviços de assistência médico-ambulatorial e hospitalar, diretamente ou por meio de rede credenciada, ou ainda pelo simples reembolso de despesas. Como característica principal, sobressai o fato de envolver execução periódica ou continuada, por se tratar de contrato de fazer de longa duração, que se prolonga no tempo; os direitos e obrigações dele decorrentes são exercidos por tempo indeterminado e sucessivamente. Dessa forma, mês a mês, o consumidor efetua o pagamento das mensalidades para ter acesso à cobertura contratualmente prevista, o que, ao mesmo tempo lhe assegura o direito de, mês a mês, ter prestada a assistência à saúde tal como estabelecida na lei e no contrato. Assim, ao firmar o contrato de plano de saúde, o consumidor tem como objetivo primordial a garantia de que, no futuro, quando ele e sua família necessitarem, será dada a cobertura nos termos em que contratada. A operadora, por sua vez, a qualquer momento, pode ser acionada, desde que receba mensalmente o valor estipulado na avença. Além da continuidade na prestação, assume destaque o dado da “catividade” do contrato de plano de assistência à saúde, reproduzida na relação de consumo havida entre as partes. O convívio ao longo de anos a fio gera expectativas para o consumidor no sentido da manutenção do equilíbrio econômico e da qualidade de serviços. Esse vínculo de convivência e de dependência, movido com a clara afinidade de alcançar segurança e estabilidade, reduz o consumidor a uma posição de “cativo” do fornecedor. Portanto será adotado para

continuidade deste trabalho, o conceito acima mencionado por melhor definir, no contexto atual, o contrato de plano de saúde. (BRASIL, 2016a).

Nessa relação contratual, há a necessidade de se aplicar imediatamente o Estatuto do Idoso (a Lei n. 10.741, de 1 de outubro de 2003) em todos os contratos firmados a partir da edição da promulgação da mesma (BRASIL, 2003). O artigo 15, § 3º, do Estatuto do Idoso, diz: É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade, portanto, é vedado o reajuste de mensalidades em razão de mudança de faixa etária.

O contrato firmado com o SSP é de trato sucessivo, com prazo indeterminado e perfaz a transferência onerosa de riscos, cuja execução deve ser periódica ou continuada de longa duração. O usuário ao contratar o SSP gerencia a sua escolha com objetivo de garantir o seu futuro e o futuro da sua família, para quando necessitarem obterem uma cobertura nos termos contratados. Ademais, o reajuste de mensalidade realizado com parâmetros em mudança de faixa etária, de 60 e 70 anos, afronta o objetivo real estatal de conceder a iniciativa privada a prestação dos serviços públicos à saúde. É notório que no final da vida o idoso utiliza ainda mais o SSP, e, nesse momento que mais precisa do plano é obrigado a retornar ao SUS pela falta de condições financeiras de arcar com os gastos. É, no mínimo, uma afronta receber durante anos do usuário e, depois, quando o risco aumentar devolvê-lo ao sistema de saúde público. Há abusividade, e, conseqüentemente, nulidade na cláusula contratual por violar a proteção ao idoso. Os reajustes nas mensalidades dos planos de saúde por faixa etária são vedados, salvo os reajustes permitidos em lei (regulados pela ANS). Nesse sentido há o Recurso Especial conhecido e provido: REsp 989.380/RN, Rel. Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, data julg. 06/11/2008, data DJe 20/11/2008 (BRASIL, 2016a).

Vale lembrar que o art. 15 da Lei n. 9.656/98 faculta a variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas em contratos do SSP em razão da idade do usuário, desde que previstas, inicialmente, no contrato e desde que os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas estejam de acordo com normas da ANS. Mas, há de se lembrar que no mesmo artigo em seu parágrafo único há a vedação legal da variação para os usuários com idade superior a 60 anos. Igualmente, o reajuste dos contratos de usuários com mais de 60 anos firmados anteriormente à vigência da Lei n. 9.656/98 estão sujeitos à autorização prévia da ANS (art. 35-E da Lei n.º 9.656/98).

Dessa forma, os usuários ao atingir 60 anos de idade, seja antes da vigência do Estatuto do Idoso ou a partir de sua vigência, não poderão ser violados com as abusividades nos reajustes das mensalidades com fundamento exclusivo na faixa etária da idade de 60 anos, nos termos da Lei

dos Planos de Saúde e da CF que estabelece norma de defesa do idoso no art. 230.

O usuário ao gerenciar a sua escolha contrata o SSP e pressupõe que as prestações dos serviços serão na forma contínua, com compartilhamento de riscos e atendimento as suas necessidades de assistências médicas ou hospitalares no presente, no futuro, sem qualquer surpresa com recusas e reajustes aviltantes. Espera-se que nessa relação duradoura (contrato de trato sucessivo) com prazo indeterminado seja envolta de garantias e estabilidades nos serviços e custos, afim de permitir o gerenciamento, planejamento e previsibilidade na vida do usuário. Ao envelhecer, momento que eventualmente mais precisará do SSP, saberá como planejar as condições para continuar pagando e permanecer sob a cobertura assistencial.

3.4 Indicadores de qualidade

A definição de qualidade aplicada especificamente ao SSP se refere ao conjunto de condições imprescindíveis para o atendimento ao usuário, a processos, serviços, profissionais da área da saúde com requisitos mínimos estabelecidos em normas ou regulamentos técnicos. A qualidade deve ser realizada ao menor custo possível para o usuário, sem perder de vista os direitos sociais (previstos na CF) na promoção, proteção, recuperação da saúde e no bem-estar do usuário, as quais devem ser atingidas por meio de excelência na prestação de serviços à saúde.

Segundo o Dicionário do Aurélio ([2016]), o significado da palavra qualidade é:

Maneira de ser boa ou má de uma coisa. Superioridade, excelência. Aptidão, disposição feliz. Talento, bons predicados. Título, categoria. Aquilo que caracteriza uma coisa. Caráter, índole. Casta, espécie. Condição social, civil, jurídica. Atributo, modalidade, virtude, valor. Conjunto dos atributos fonéticos (altura, intensidade, modo de articulação, timbre) que caracterizam determinado som vocálico. Na qualidade de: a título de, com o estatuto de qualidade de vida: conjunto de condições para o bem-estar de um indivíduo ou conjunto de indivíduos.

Para o Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO)¹⁴, a palavra qualidade compreende “[...] o grau de atendimento (ou conformidade) de um produto, processo,

¹⁴ O Inmetro é o responsável pela gestão dos Programas de Avaliação da Conformidade, no âmbito do Sistema Brasileiro de Avaliação da Conformidade - SBAC. Seu negócio é implantar de forma assistida programas de avaliação da conformidade de produtos, processos, serviços e pessoal, alinhados às políticas do Sistema Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (Sinmetro) e às práticas internacionais, promovendo competitividade, concorrência justa e proteção à saúde e segurança do cidadão e ao meio ambiente. Seu público alvo são os setores produtivos, as autoridades regulamentadoras e os consumidores.

serviço ou ainda um profissional a requisitos mínimos estabelecidos em normas ou regulamentos técnicos, ao menor custo possível para a sociedade.” (INMETRO, 2012, grifo nosso).

Os envolvidos nos atos de saúde estão constantemente preocupados quanto às propriedades, benefícios e malefícios dos serviços prestados, desenvolvem atividades de aferição e aperfeiçoamento, para uma maior satisfação dos que necessitam desses serviços. A gestão da qualidade é a adoção de programas desenvolvidos internamente ou segundo padrões externos, capazes de comprovar um padrão de excelência assistencial, a partir da melhoria contínua da estrutura, dos processos e resultados. Os especialistas em qualidade sugerem que a adequada procura da qualidade não é uma questão de inspeção, padrões, limiares; não é uma série de decisões para aceitar ou rejeitar um funcionário, ou um médico, mas, ao contrário, é uma busca contínua de pequenas oportunidades para reduzir a complexidade desnecessária, o desperdício e o trabalho em vão, que permitirão, com o uso de métodos de melhoria da qualidade, atingir novos níveis de eficiência, satisfação do paciente, segurança, efetividade clínica e lucratividade. A busca da qualidade tornou-se incremental, não dramática. (CARVALHO, C., 2004, p. 218).

Para que ocorra qualidade nas prestações dos serviços do SSP é necessário que o Estado brasileiro não se traduza somente em Estado de Direito, mas sim em Estado Democrático de Direito, ou seja, um Estado que proporcione a efetividade e o respeito aos princípios inerentes à democracia, pois, a preservação da qualidade no SSP é forma indispensável para a promoção da dignidade da pessoa humana, do direito à vida e da saúde.

A ANS tem o dever e a competência de estabelecer os parâmetros e indicadores, nos termos do artigo 4º, V, da Lei n. 9.961/2000, “estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras”. Com fulcro em cumprir essa competência a ANS cria o Qualiss Indicadores, por meio da RN n. 267/2011¹⁵ (uma agência reguladora nascida no ano de 2000 implementa possíveis controles de qualidade somente no ano de 2011), cujo objetivo é a identificação dos problemas públicos do SSP, o qual consiste em um programa de medição que avalia a qualidade dos prestadores de serviço por meio de indicadores que possuem validade, comparabilidade e capacidade de classificação dos resultados, que possibilitam a comparação entre os diversos prestadores e a divulgação dos resultados para os usuários.

¹⁵ Os princípios da RN n. 267, descritos no artigo 2º são: “I - divulgação à sociedade dos atributos que qualificam os prestadores de serviços, aprimorando a capacidade de escolha de cidadãos e instituições; II - natureza indutora da melhoria da qualidade assistencial; III - caráter voluntário da participação dos prestadores de serviços, ressalvados os casos estabelecidos no parágrafo primeiro do presente artigo; IV - valorização das operadoras segundo a qualificação de sua rede de prestadores de serviços; e V - uso de indicadores de monitoramento da qualidade assistencial para avaliar prestadores de serviços e apontar padrões de referência para esforços de melhoria contínua dos processos e resultados. § 1º Nos casos de estabelecimentos de saúde pertencentes à rede própria de operadoras, as referidas operadoras obrigam-se a prestar as informações relevantes para fomentar o uso de indicadores de monitoramento da qualidade assistencial constante do inciso V do caput deste artigo. § 2º Para fins desta Resolução Normativa, entende-se como rede própria, todo e qualquer estabelecimento de saúde de propriedade da operadora, ou de sociedade controlada pela operadora, ou, ainda, de sociedade controladora da operadora. (ANS, 2011a).

O “Programa de Divulgação da Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar”, previsto na RN n. 267/2011, institui a obrigação do SSP divulgar em veículos de comunicação as qualificações dos prestadores de serviço que integram as suas redes de saúde. Alguns dos objetivos do programa são: aumentar o poder de análise e decisão por parte dos usuários do SSP e estimular à adesão, por parte dos prestadores de serviços, aos programas de qualificação.

Bruno Sobral (2013), diretor de Desenvolvimento Setorial da agência (no ano de 2013), falara sobre o Qualiss, em entrevista ao “Diagnóstico web”, e, considerara que o programa fora um estímulo para a qualificação dos hospitais de pequeno porte, pois, o mesmo fora um investimento da ANS, com fim em estimular a competição entre os hospitais, por meio da análise de 26 (vinte e seis) indicadores de qualidade. Os indicadores divididos em várias áreas como: a efetividade, eficiência, equidade, acesso, centralidade e segurança. O objetivo fora incentivar àqueles que apresentaram bom desempenho, com um selo de qualidade da agência, identificado pela letra “Q”, a qual devera ficar ao lado do nome do hospital na lista de prestadores que fizeram parte dos livros e portais do SSP. O Qualiss trabalhara com índices objetivos de qualidade dos hospitais, como taxas de mortalidade, de infecção, entre outros. O programa fora da preparação das fichas técnicas, até a divulgação desses dados para sociedade.

É importante ressaltar que o Qualiss é um dos programas de qualidade implementados pela ANS, mas há inúmeras vertentes que influenciam direta e indiretamente a qualidade na prestação do serviço à saúde privada. Esse sistema precisa ser inter-relacionado a outras políticas intersetoriais, pois, sozinho ele não fortalece as políticas públicas regulatórias. Essas devem estar conectadas a habilitação, licença, alvará, credenciamento e certificação do SSP.

Uma organização de saúde pode ser avaliada de várias formas, seja para satisfazer exigências legais, condições de classificação segundo a qualidade ou outro critério, Habilitação, licença sanitária ou alvará: é um processo executado por autoridade sanitária, o qual tem por objetivo identificar se a organização de saúde responde às exigências previstas em instrumentos legais. O licenciamento ou alvará de funcionamento é a permissão de uma autoridade do governo para que uma organização de saúde inicie legalmente seu atendimento à comunidade. [...] Credenciamento: credenciar é afirmar que um serviço ou um indivíduo demonstrou competência suficiente em uma atividade e que pode continuar desenvolvendo esta atividade por um período específico de tempo. Certificação: significa dizer que foi atingido certo grau de treinamento ou desempenho pré-determinados. (CARVALHO, C., 2004, p. 217).

Segundo a pesquisa, a ANS utiliza os parâmetros e indicadores previsto na RN n. 267/2011, somente com a finalidade de conferir selos de qualidade. A ANS tem as suas

competências, claramente, definidas no artigo 4º, da Lei n. 9.961/2000, portanto, não deve utilizar os indicadores do Qualiss, somente, para conferir selos de qualidade. Com base em suas competências deve utilizar esses parâmetros para autorizar, não autorizar ou (des) autorizar o credenciamento, a certificação, a licença e a habilitação do SSP. Afinal, esse programa além do selo de qualidade para a divulgação aos usuários poderá ser utilizado como parâmetros para a permissão do funcionamento do SSP, uma política pública regulatória de competência da ANS.

No dia 09 de maio de 2016, a RN n. 267/2011 fora revogada pela RN n. 405/2016, da ANS. Esperávamos que essa recente alteração contivesse a previsão de obrigatoriedade do SSP aderir ao programa QUALISS (ANS, 2011a, 2016). Ocorre que, o programa existe desde 2011 e até a presente data não há qualquer obrigação para que o SSP faça a adesão ao programa de qualidade QUALISS, pois, ainda, é de adesão voluntária.

A busca contínua de pequenas oportunidades para melhorar a qualidade (reduzir o desperdício, o trabalho em vão, atingir novos níveis de eficiência, satisfação do paciente, segurança, efetividade clínica) precisa que as políticas públicas regulatórias da ANS conversem na forma intersetorial, pois, a voluntariedade e a ausência de conectividade dos indicadores a parâmetros (licenciamento, habilitação, alvará e credenciamento) do programa citado perfazem um desperdício de tempo, da atual política pública da ANS, para conferir um selo de qualidade, quando poderia vincular intersetorialmente várias políticas públicas eficazes.

Além desse desperdício supracitado, o programa tem baixa efetividade no que se dispôs a realizar, pois a divulgação dos selos de qualidade é confusa, os links contidos no site da ANS não trazem facilidades de acessos aos usuários, as informações são esparsas e não capacitam os usuários para as escolhas de uma operadora do SSP com maior qualidade na prestação dos serviços.

Ainda, o Qualiss Indicadores previsto nas resoluções implementara alguns padrões para a construção de qualidade ao SSP, como: a aplicação de índice de reajuste definido pela ANS aos contratos entre o SSP e o usuário; a aplicação de índice de reajuste definido pela ANS aos contratos entre as operadoras do SSP e os prestadores de serviços hospitalares, nos termos da RN n. 364 (ANS, 2014b). O problema é que, atualmente, essa política pública regulatória da ANS, não é intersetorial, é desarticulada e gera incentivo a permanecer na ausência de qualidade.

Para que ocorra efetividade na qualidade da prestação dos serviços do SSP é necessário a articulação e conectividade das políticas públicas descritas na RN n. 405/2016,

como a inter-relação: da adesão obrigatória, com a vinculação dos indicadores a parâmetros de autorização de funcionamento do SSP, à aplicação dos índices de reajustes, seguidos de ampla divulgação à sociedade.

Igualmente, a ANS com o objetivo de fomentar a qualidade na prestação dos serviços aos usuários regulamentou alguns programas por meio da IN n. 61/2015 (ANS, 2015a), a qual propôs utilizar os programas de Acreditação, assim como os indicadores, os programas de indução e melhoria da qualidade desenvolvidos pela ANS, como parâmetros para a aplicação do Fator de Qualidade.

A acreditação é conferida aos hospitais por meio de uma investigação acompanhada da certificação de (máxima) qualidade. Deve ser emitida por instituições acreditadoras de serviços de saúde (realizadas por instituições que devem ter a competência para atuar como Instituições Acreditadoras no âmbito da prestação dos serviços à saúde pelo INMETRO ou pelo *The International Society for Quality in Health Care (ISQUA)*). Trata-se de processos de verificação externa dos recursos institucionais e dos processos adotados pelas instituições, assim como a aferição da qualidade do SSP por meio de padrões sincrônicos estabelecidos pela ANS.

Acreditação: o termo acreditar significa dar crédito, crer, ter como verdadeiro, dar ou estabelecer crédito. Na área da saúde, acreditação é tecnicamente conceituada como “um procedimento voluntário, periódico e reservado, de avaliação dos recursos institucionais, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente aceitos”. A acreditação, portanto, representa um instrumento de aferição da qualidade, de caráter externo, o qual confere ao comprador de serviços a confiança de estabelecer negócios com uma organização de saúde que apresenta concordância com determinados padrões de qualidade. Na verdade, um sistema de acreditação pretende gerar uma consciência no setor da saúde sobre a melhoria contínua da qualidade assistencial, de tal forma que os gestores se sintam motivados a participar de um processo que ofereça efetiva contribuição para a elevação da qualidade assistencial. Em certo sentido, proporciona uma outra abordagem na solução de problemas para aumentar o desempenho assistencial da organização. O processo de acreditação é levado a efeito por equipes de avaliadores das instituições acreditadoras credenciadas pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), que analisam os níveis de conformidade com padrões estabelecidos em um manual de avaliação. (CARVALHO, C., 2004, p. 216-222).

Além da Acreditação, há o Fator de Qualidade, que é um modelo recente de remuneração introduzido para os hospitais e os profissionais da área da saúde que cuidam do SSP, inserido por meio da Lei n. 13.003/2014, assim como pela RN n. 391/2015 (índice de reajuste definido pela ANS) e regulamentado pela IN n. 61/2015 (BRASIL, 2014; ANS, 2015f, 2015a). O objetivo é a proteção por meio do índice de reajuste aplicável aos contratos existentes entre os estabelecimentos prestadores de serviços de saúde e as operadoras do SSP, aplicáveis às situações em que as partes (prestador de serviços e as operadoras do SSP) não definiram

índices. Nesses casos há 3(três) formas de índices, 105%, 100% e 85% do valor do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), os quais serão aplicados da seguinte forma:

1) 105% do IPCA para estabelecimentos/hospitais acreditados com uma certificação de máxima qualidade, de acordo com as instituições acreditadoras do SSP. 2) 100% do IPCA para estabelecimentos/hospitais não acreditados e sem a certificação, com índice intermediário, mas com propostas de melhoria da qualidade para o sistema de saúde complementar com base nos critérios estabelecidos pela ANS. 3) 85% do IPCA para estabelecimentos/hospitais não acreditados, sem a certificação e que não atendem aos critérios de qualidade, assim como não há programas e projetos para atender aos critérios da ANS. (ANS, 2016a, grifo nosso).

Os estabelecimentos/hospitais não acreditados, sem a certificação e que não atendem aos critérios de qualidade não podem ter autorização da ANS para o reajuste de índices na proporção de 85%, conforme acima definido. Afinal, os critérios de qualidade objetivam proteger a vida/saúde dos usuários do SSP, e, é um contrassenso autorizar e definir reajustes a estabelecimentos/hospitais que não se enquadram na acreditação, bem como não têm ou não desenvolvem projetos para a melhoria da qualidade, e, ou vislumbram a adequação aos parâmetros estabelecidos pela ANS. Ademais, nos termos do artigo 4º, da Lei n. 9.961/2000 é competência da ANS autorizar os registros ao SSP, zelar pela qualidade da prestação desses serviços, fiscalizar, monitorar e aplicar as penalidades. Esses estabelecimentos deveriam ser penalizados, assim como cabe a ANS informar a população que esses não prezam a qualidade da prestação dos serviços públicos. Ainda, dentro das competências claramente definidas no artigo 4º, da Lei n. 9.961/2000 tanto a Acreditação quanto o Fator de Qualidade devem ser utilizados como parâmetros para autorizar, não autorizar ou (des) autorizar o credenciamento, a certificação, a licença, habilitação, alvarás e penalidades ao SSP. Afinal, esses não podem se servir, somente, como meros selos ou indicadores para a divulgação aos usuários/cidadãos. Parecem ser traços clássicos de políticas públicas regulatórias mercantilistas com possível omissão do regulador ao regulado.

Ainda sobre essa política pública, compete a ANS divulgar as listas dos estabelecimentos/hospitais com acreditação máxima, assim como a lista dos não acreditados sem propostas de melhorias. Infelizmente, se identifica fragilidade regulatória nessa política pública de divulgação, pois, até o meio do ano de 2016, não se encontrara no site a lista completa dos estabelecimentos/hospitais não acreditados que não atendem aos critérios de qualidade. O fato de não divulgar a lista dos estabelecimentos/hospitais sem acreditação e sem projetos de melhoria é um problema público, pois, o acesso a informação e a transparência são instrumentos que devem pautar a administração dessa Autarquia especial. Nas palavras de Nelson Nery Júnior (2010, v. 1, p. 832-865), falar em democracia é assegurar a liberdade de

expressão, e, esta está vinculada ao corolário do direito de informar, de se informar e ser informado.

Os problemas públicos acima demonstrados trazem possíveis reflexos negativos a qualidade dos serviços prestados pelo SSP, conseqüentemente, o usuário, sem saída, como última *ratio* utiliza o SUS, impactando à saúde de toda a sociedade. Há possível omissão regulatória da ANS ao SSP, o regulador possivelmente se omite ao regulado (veja a teoria da captura ou fenômeno, baseia-se na ideia de que o foco das agências reguladoras, que deve ser sempre o atendimento do interesse público, pode ser desviado pelos interesses privados das empresas reguladas) (PEREZ FILHO, 2012, p. 40). A ANS que deveria regular aparenta ser regulada pelo SSP, o que se reveste de caráter deletério a sociedade, pois, ao identificar que uma operadora do SSP não se enquadra nas especificações de qualidade, e, mesmo assim, permitir o seu funcionamento é, possivelmente, se “associar” para legitimar uma relação na qual o interesse privado seja sempre privilegiado em detrimento do interesse público.

E, o que se entende ser o mais grave, é selar

[...] um pacto de legitimação difícil de ser denunciado e, portanto, desfeito. Se a “marca” se sobrepõe ao “produto” e essa “marca” representar um engodo, capaz de camuflar uma prestação de serviço de baixa qualidade, corre-se o risco de se perpetuar o ciclo vicioso de um pacto de mediocridade. (QUEIRÓZ; MONTEIRO, 2004, p. 9).

3.5 Relação consumerista

O vínculo contratual existente entre o SSP e o usuário é uma relação consumerista (não haverá qualquer interesse em aprofundar análises terminológicas e conflitos conceituais) com a premissa de que preenche todos os requisitos presentes nos artigos 2º e 3º do CDC¹⁶. O fundamento para estabelecer a referida premissa está disposto na Súmula 469, do STJ: “Aplica-se o CDC aos contratos de plano de saúde”. Essa súmula consolidara o entendimento: “[...] a operadora de serviços de assistência à saúde que presta serviços remunerados à população tem sua atividade regida pelo CDC, pouco importando o nome ou a natureza jurídica que adota. (Resp 267.530/SP, Rel. Ministro Ruy Rosado de Aguiar, DJe 12/3/2001).

¹⁶ Art. 2º Consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final. Parágrafo único. Equipara-se a consumidor a coletividade de pessoas, ainda que indetermináveis, que haja intervindo nas relações de consumo. Art. 3º Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços. § 1º Produto é qualquer bem, móvel ou imóvel, material ou imaterial. § 2º Serviço é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista.

Percebe-se a clara intenção do legislador de abarcar, dentro do conceito de fornecedor, um maior número possível de entidades, a fim de garantir da forma mais ampla possível a defesa dos interesses dos consumidores (MARQUES, 2005, p. 564). A prestação dos serviços do SSP deve observar tanto o CDC como o CC, as leis n. 9.656/1998, n. 9.961/2000 e todas as regulamentações trazidas pela ANS.

O dever do SSP é fornecer a prestação de serviço à saúde de forma eficiente, adequada e com qualidade. Ainda, esclarecer de forma transparente todas as informações sobre os serviços prestados ao usuário, sob pena de incorrer em descumprimento aos artigos 6º, 8º, 9º e 10 do CDC. Os descumprimentos dessas positivamente causam tensões entre os usuários, o SSP e o Estado, bem como afetam as funções sociais do contrato, à liberdade de contratar (...), e, possivelmente fragilizam as políticas públicas regulatórias da ANS. O usuário/consumidor tem o direito de receber todas as informações adequadas e claras quanto aos produtos e serviços prestados pelo SSP, de forma detalhada, com a devida especificação da qualidade, quantidade, característica, composição, preço e riscos que o produto adquirido apresenta.

O usuário que contrata o SSP (mesmo com o direito ao acesso universal à saúde pública) realiza a referida contratação com o objetivo de obter uma prestação de serviço à saúde melhor do que a encontrara no sistema público (SUS). Ocorre que, há uma tensão nessa relação, pois, após a contratação do SSP, o usuário continua a utilizar os serviços do SUS (Capítulo 3, seção 3. 6 – Ressarcimento) porque há evidências de que o SSP não cumpre às suas obrigações contratualmente avençadas (Capítulo 4, seção 4.1 – Judicialização da Regulação: Contratos). Essa utilização do sistema de saúde público após a contratação do SSP decorre de problemas públicos regulatórios na atuação da ANS e na baixa efetividade das normas do CDC em relação ao SSP.

A proteção a vida é um dos direitos básicos do usuário, previsto no artigo 6º, I, do CDC e o desrespeito contratual do SSP a essa positivação (a exemplo: por meio de recusas ao atendimento) são violações à saúde e a vida do usuário. As recusas e as negativas aos atendimentos, geralmente, são realizadas sem qualquer justificativa, motivação, em dissonância aos parâmetros contratuais e violam o direito do usuário à informação adequada. Ainda, é vedado ao SSP a publicidade enganosa, abusiva e com formas de comércio desleais, pois, essa relação deve ser pautada na transparência e na veracidade das informações. A chave de ouro é “publiquei tenho que cumprir”, sob pena de judicialização. Os direitos dos usuários do SSP são de ordem pública, de interesse social, irrenunciáveis e indisponíveis.

3.6 Normas para ressarcimento ao SUS

A Lei n. 9.656/1998, em seu artigo 32, prevê o ressarcimento ao SUS pelo SSP dos serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do SUS.

A redação original da lei, no que se refere a esse artigo, sofreu alterações por meio da Medida Provisória (MP) n. 1.685-1/1998, de 26/10/1998, MP n. 2.177-44, de 24/08/2001 e da Lei n. 12.469, 28/08/2011 (BRASIL, 1998, 2001a, 2011b), alterações essas essenciais e que melhoraram a gestão do ressarcimento.

O ressarcimento ao SUS é previsto desde o ano de 1998, (como não existe previsão legal inútil, princípio basilar de hermenêutica jurídica aquele segundo o qual a lei não contém palavras inúteis: *verba cum effectu sunt accipienda*) logo, pode-se afirmar que antes dessa data já havia utilização do SUS pelo SSP, provavelmente, sem qualquer ressarcimento. Dessa forma, o valor utilizado anteriormente ao ano de 1998 não fora ressarcido ao SUS, possivelmente causara um caráter deletério ao sistema de saúde público, e, conseqüentemente a toda a sociedade.

O dispositivo legal prevê o dever de ressarcimento ao SUS pelo SSP na modalidade de produto, serviço e contrato, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica. Esse deve ser realizado com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde (FNS). A política pública regulatória do ressarcimento deve ser ordenada pela ANS ao SSP com a separação de cada procedimento realizado por cada usuário.

O pagamento do ressarcimento deve ser realizado após 15(quinze) dias da data de recebimento da notificação de cobrança de ressarcimento. O eventual descumprimento dos prazos pode ocasionar aumento dos valores a serem ressarcidos com os juros de mora, a partir do mês seguinte ao do vencimento, na proporção de um por cento ao mês ou fração e a multa de mora de dez por cento. Ademais, a norma prevê que, o descumprimento desse prazo, pode, ainda, ocasionar a inscrição do SSP em dívida ativa da ANS.

A competência para a cobrança judicial dos créditos do ressarcimento ao SUS é da ANS. Já, os valores das arrecadações dos juros e das multas de mora devem ser repassados ao FNS, nos termos do artigo 32, § 6º, da Lei n. 9.656. O § 8º, desse artigo da lei prevê que os valores a serem ressarcidos não podem ser inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelo SSP.

A importância da efetividade no ressarcimento ao SUS (dos atendimentos realizados aos usuários do SSP) é mecanismo regulatório com operações de controle do mercado setorial e intersetorial, de políticas públicas regulatórias. São políticas públicas de proteção à sociedade e aos usuários do SSP, com fulcro em zelar e coibir ações abusivas desse, como forma de exigir o cumprimento contratual, as normas regulamentadas pela ANS, bem como proporcionar a ordem social, bem-estar e justiça social.

A constatação da utilização do SUS pelo usuário do SSP, atualmente, é feita por meio do cruzamento de muitos dados lançados no sistema do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). O DATASUS é um banco de dados com as informações desses atendimentos feitos em todo o país, por meio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e da Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC). A integração desses dados é positivada no inciso XIX, do artigo 4º, da Lei n. 9.961/2000, cuja competência é da ANS. Esses dados contêm instrumentos que permitem a identificação dos produtos contratados pelos usuários do SSP e a exclusão dos produtos não contratados, a exemplo, a exclusão nos filtros de usuários que não contrataram a cobertura hospitalar.

Segundo o Boletim Informativo da ANS a utilização do sistema público por usuários do SSP e o ressarcimento ao SUS (emitido em abril de 2016), o número de notificações por ano desde o ano de 2001 até o ano de 2015, cresceram exponencialmente, observe:

Figura 6 - Quantidade total de notificações por ano



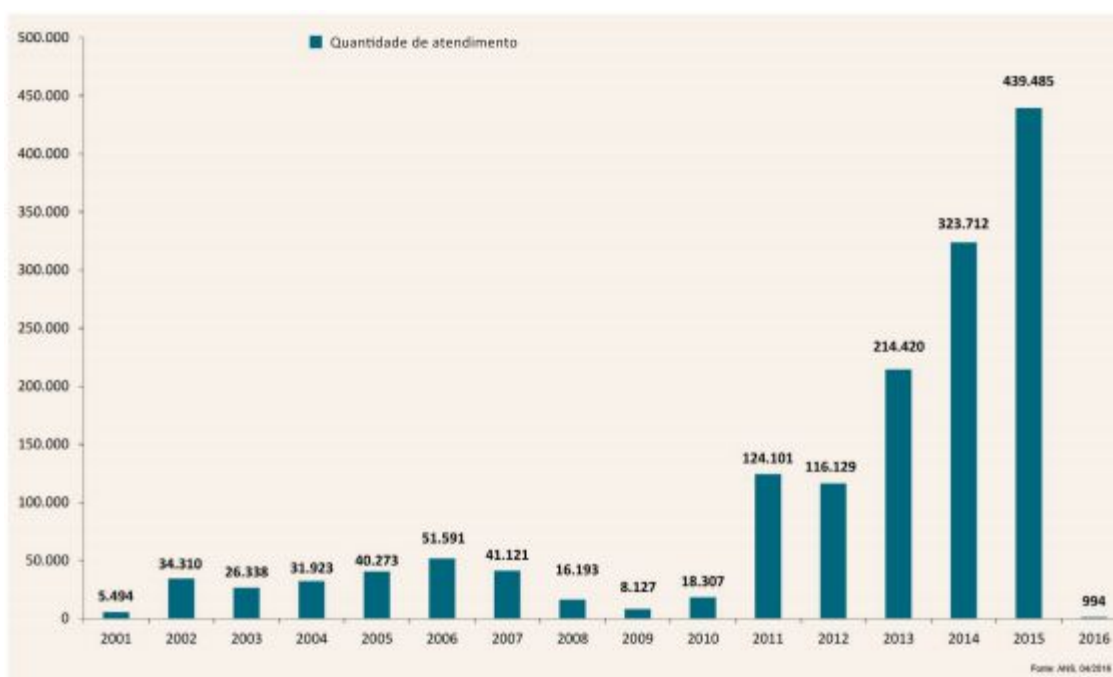
(*) Neste ano foi feita a primeira análise de APAC com maior tempo de defesa para as operadoras, sendo emitido menor número de ABIs.

Fonte: ANS, 2016c, p. 10.

O número de notificações por ano em 2001 fora de 82 (milhares), no ano de 2014 foram 494 (milhares), ou seja, em menos de 15 anos o número de notificações aumentara mais de 5 vezes. Supõe-se que esses aumentos exponenciais das notificações, provavelmente, decorrem da melhora da aplicabilidade da ferramenta DATASUS.

Além do claro e visível aumento do número de notificações houvera o aumento do número de processos cobrados, conforme o gráfico a seguir.

Figura 7 - Quantidade total de atendimentos cobrados por ano



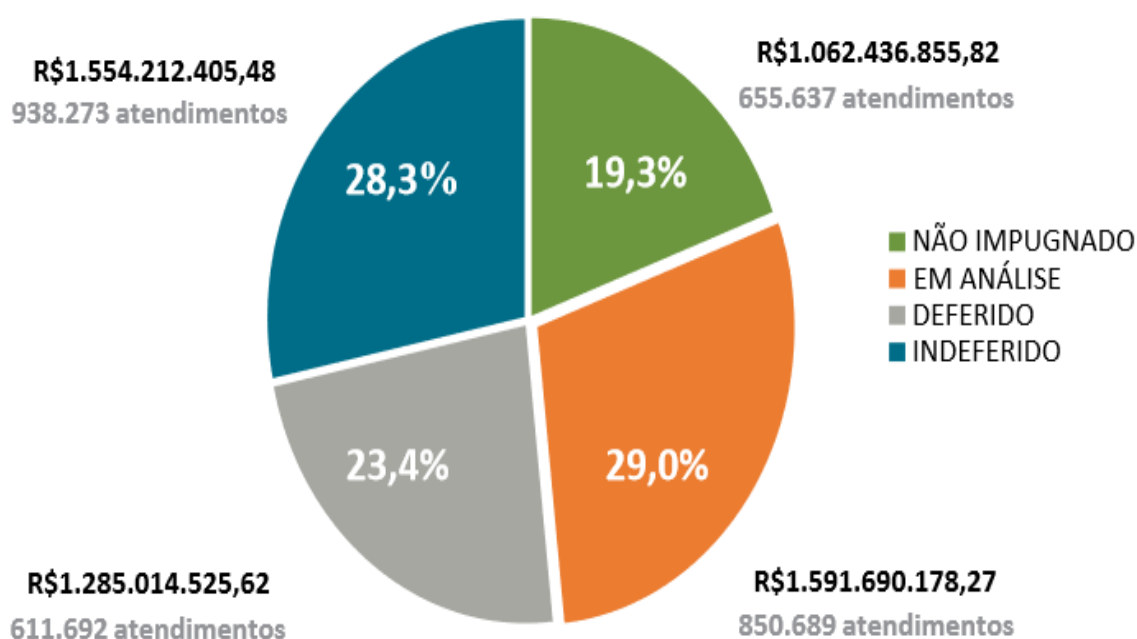
Fonte: ANS, 2016c, p. 11.

O número de atendimentos realizados pelo SUS aos usuários do SSP (no ano de 2001) fora de 5.494 atendimentos. Já no ano de 2015 aumentou para 439.485, ou seja, 80 vezes o número existente no ano de 2001. O Boletim Informativo da ANS, de abril de 2016, demonstra, ainda, por meio de levantamentos que os procedimentos com maior número de incidência de uso do SUS pelo SSP são os mais onerosos, a exemplo: a hemodiálise, quimioterapia, leucemia, os quais correspondem a 40% das notificações. Possivelmente essas utilizações são intencionais. O uso da máquina pública por usuários do SSP ocasiona o ônus social de R\$ 2.616.649.261,30 para ressarcimento (período calculado de 1998 a junho de 2014), ou seja, 48% do total cobrado. A informação de que desde o lançamento do 1º Aviso de Beneficiário Identificado (ABI), no ano de 2001 até abril de 2016, o número de “atendimentos não impugnados” perfaz o valor total de R\$ 1.018.358.320,77 de dívida social

do SSP. Não obstante, há os atendimentos com indeferimentos em primeira instância, os quais não foram recorridos, e, os atendimentos indeferidos em segunda instância, sendo que esses somam R\$ 1.524.573.857,31 de dívida social do SSP.

A situação do Ressarcimento ao SUS, no que se refere aos procedimentos notificados é:

Figura 8 - Ressarcimento ao SUS



(*) Notificado: A ANS identifica e notifica a operadora, que pode, então, apresentar defesa. Somente após a análise do recurso o valor é encaminhado à cobrança. Desde 2015 há cobrança de juros sobre o valor desde o início do processo.

Fonte: ANS, 2016c, p. 10.

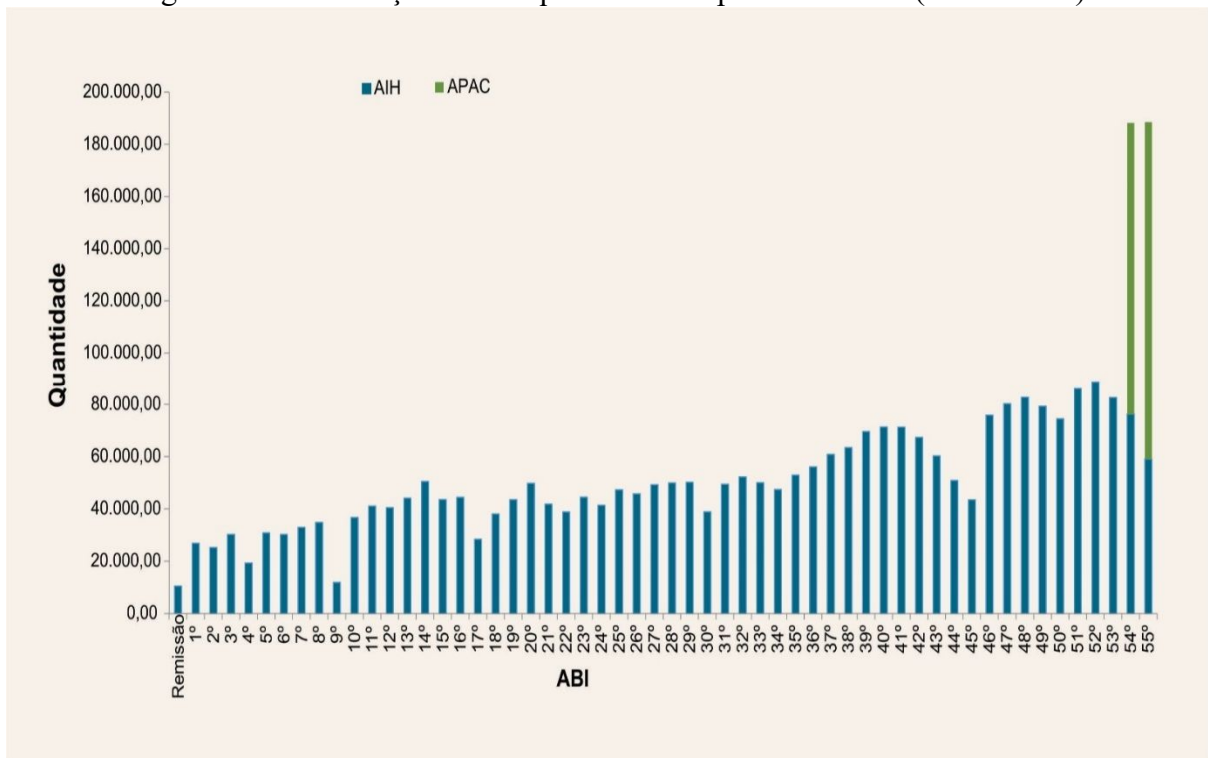
O gráfico acima demonstra que os procedimentos de notificações indeferidas e não impugnadas perfazem 47,60% do total identificado para ressarcimento. Portanto, o que se espera é que 47,60% dos valores devidos aos SUS tenham sido efetivamente repassados ao FNS.

Inicialmente, a ANS realizara as notificações ao SSP para ressarcimento ao SUS somente das internações hospitalares (AIH). A partir de 20 de maio de 2015 passa a identificar os procedimentos ambulatoriais por meio da Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC) realizados por usuários do SSP ao utilizar o SUS. Até 20 de maio de 2015 todos os procedimentos ambulatoriais utilizados no SUS pelos usuários do SSP não foram apontados para ressarcimento. Portanto, durante 15(quinze) anos todos os atendimentos ambulatoriais aos usuários do SSP realizados pelo SUS não foram ressarcidos. Ou seja, certificação da ocorrência

de omissão do regulador ao regulado (possível fenômeno da captura do regulador pelo regulado, “associando-se” para legitimar uma relação na qual o interesse privado seja sempre privilegiado em detrimento do interesse público).

A partir de 20 de maio de 2015, há o início das notificações para o ressarcimento ao SUS dos atendimentos ambulatoriais, o gráfico a seguir demonstra o aumento do número de atendimentos notificados em comparação com todos os anos anteriores, observe o gráfico.

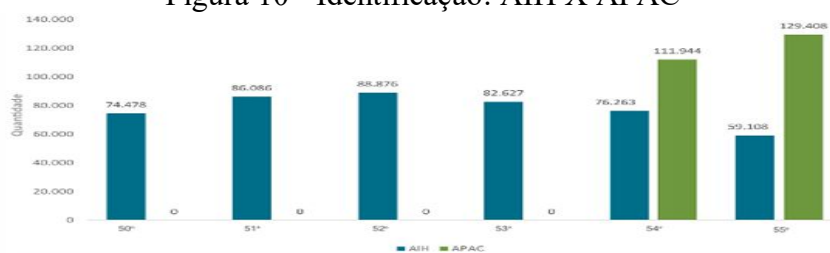
Figura 96 - Notificação total – quantidade de procedimentos (até ABI 55°)



Fonte: ANS, 2016c, p. 12.

Para se esclarecer, até o 19 de maio de 2015, não havia qualquer notificação para ressarcimento ao SUS pelo SSP dos procedimentos ambulatoriais, logo, a identificação a seguir demonstra o quanto o sistema de saúde público financia o SSP. Observe o número de procedimentos ambulatoriais de usuários do SSP que utilizam o SUS.

Figura 10 - Identificação: AIH X APAC



Partindo para uma análise consolidada das informações (unindo AIH e APAC), verifica-se o aumento no volume de atendimentos identificados no procedimento de ressarcimento ao SUS a partir do 54º ABI, conforme tabela abaixo apresentada:

Fonte: ANS, 2016, p. 13.

Essas notificações passaram a ser feitas por meio de Protocolo Eletrônico do Ressarcimento ao SUS PERSUS, o que possibilita uma investigação mais ágil, econômica e célere. A não utilização de papel reduz, aproximadamente, 80% do tempo de operacionalização da cobrança e/ou geração dos documentos de pagamento (Guia de Recolhimento da União, ofício e detalhamento) no sistema. Ora, com essa afirmação (contida no Boletim Informativo da ANS) demonstra mais um problema público regulatório que além do uso do SUS pelo SSP há o problema das notificações de cobrança para o ressarcimento, as quais geraram, durante todos esses anos, um ônus operacional de 80% do tempo. Provavelmente, esse valor fora suportado pelo Estado, ou, pela autarquia ANS, outro reconhecimento asseverado pela autarquia especial que comprova a possível omissão do regulador ao regulado (provável fenômeno da captura do regulador pelo regulado, com a legitimação de uma relação na qual o interesse do mercado fora privilegiado em detrimento do interesse público). Esses acontecimentos não parecem ser expressões afinadas ao Estado Democrático de Direito.

Sobre essa temática, o IDEC (2015) realizara estudos nos bancos de dados da ANS, no mês de dezembro de 2014, e, constatara que de 1,6 bilhão de cobranças realizadas ao SSP, somente 37%, ou seja, 621 milhões foram pagas. Vale ressaltar que, 19% foram parcelados, ou seja, 331 milhões e 44% não foram pagos, ou seja, 742 milhões. Com base nesses dados se pode afirmar que 63% dos valores gastos pelo SSP no uso do sistema de saúde público estão sem pagamento. Esses dados comprovam a possível omissão do regulador ao regulado (provável fenômeno da captura do regulador pelo regulado) e a provável legitimação da relação deletéria à sociedade brasileira.

Ainda, o IDEC (2015) denunciara em seu site que: não houvera acesso a esses resultados, pois, os arquivos contiveram formato fechado e a permissão de acesso só fora possível quando notificara a ANS de que:

Ao divulgar os dados em formato fechado, a ANS viola o artigo 8º da Lei de Acesso à Informação, que determina que órgãos públicos devem divulgar em seus sites, independentemente de solicitação, informações de interesse coletivo ou geral, possibilitando a gravação de relatórios eletrônicos em formato aberto, tais como planilhas e texto, de modo a facilitar a análise das informações.

Os acessos a essas informações são de interesse público, extremamente importantes para toda a sociedade brasileira, ao serem mantidas em sigilo se caracteriza afronta ao Estado Democrático de Direito, fatos ocorridos durante todos esses anos até os anos de 2014/2015.

Os bancos de dados de ressarcimento contêm somente procedimentos de cobertura obrigatória estipulados pela ANS. Mas, a lista de procedimentos a serem ressarcidos pelo SSP ao SUS deve ser realizada de acordo com a positivação do artigo 12, da Lei n. 9.656/1998. No mínimo, os seguintes procedimentos devem ser ressarcidos:

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

I - quando incluir atendimento ambulatorial:

- a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
- c) cobertura de tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes;

II - quando incluir internação hospitalar:

- a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;
- b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro; e
- f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;
- g) cobertura para tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar;

III - quando incluir atendimento obstétrico:

- a) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto;

b) inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção;

IV - quando incluir atendimento odontológico:

a) cobertura de consultas e exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo odontólogo assistente;

b) cobertura de procedimentos preventivos, de dentística e endodontia;

c) cobertura de cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral;

V - quando fixar períodos de carência:

a) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo;

b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos;

c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;

VI - reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada;

VII - inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante.

§ 1º Após cento e vinte dias da vigência desta Lei, fica proibido o oferecimento de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei fora das segmentações de que trata este artigo, observadas suas respectivas condições de abrangência e contratação.

§ 2º A partir de 3 de dezembro de 1999, da documentação relativa à contratação de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações de que trata este artigo, deverá constar declaração em separado do consumidor, de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do plano referência, e de que este lhe foi oferecido.

§ 4º As coberturas a que se referem as alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II deste artigo serão objeto de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, revisados periodicamente, ouvidas as sociedades médicas de especialistas da área, publicados pela ANS.

§ 5º O fornecimento previsto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II deste artigo dar-se-á, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, diretamente ao paciente ou ao seu representante legal, podendo ser realizado de maneira fracionada por ciclo, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica.

O atual ressarcimento exigido pela ANS não contém todos os itens descritos no artigo 12 dessa norma. Parece ser uma possível omissão da ANS ao SSP (provável captura do regulador pelo regulado).

O cálculo do valor da dívida do SSP com o SUS realizado pelo IDEC mostrou que mais 76% do SSP, ou seja, 1.510 empresas foram cobradas e estiveram em dívida com o SUS, perfazendo um total de 1.151 empresas inadimplentes. Apenas 24% do SSP não deveram nada (débitos ou parcelamento). O IDEC, ainda diz que: quase metade do SSP cobrado (45%) estiveram inativas (não existem mais).

A lista do ressarcimento ao SUS é encontrada de forma adequada, clara e concisa, somente, no site do IDEC (2015). O banco de dados da ANS é confuso, com conteúdo de

difícil acesso ao homem médio, até permite levantar as possíveis hipóteses: essa dificuldade de clareza, acesso e simplicidade são propositais? Ou, há falta de tecnicidade dos operadores dessa ferramenta?

O tempo médio desde o uso do sistema de saúde público (SUS) e a cobrança administrativa da dívida, é, no mínimo de quatro anos. Os resultados de todos esses levantamentos acima trazidos permitem afirmar que o SSP possivelmente tem utilizado o sistema de saúde público (SUS), indevidamente, para os procedimentos contratados que lhes são mais onerosos, com fim de não cumprir as positivamente. Ademais, há assimetria nas informações prestadas pela ANS. Esses comportamentos podem causar graves riscos regulatórios, pois proporcionam, proporcionam e proporcionarão reflexos negativos à sociedade. A ANS, possivelmente, é omissa ao SSP (provavelmente é capturada pelo SSP), e, parece se basear na ideia de que o foco das agências reguladoras (que deve ser sempre o atendimento ao interesse público) pode ser desviado pelos interesses privados das empresas reguladas.

No artigo 199, § 2º, da C.F, há vedação da destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos, mas a ANS parece corroborar para o descumprimento desse mandamento constitucional ao não dar efetividade as suas competências.

CAPÍTULO 4 A JUDICIALIZAÇÃO DA REGULAÇÃO

A efetividade do direito fundamental à saúde tem encontrado tensões devido aos problemas na qualidade e na eficiência dos serviços prestados pela iniciativa privada (SSP). Esses problemas sociais são frutos de uma multiplicidade de fatores, sendo que os aqui investigados são algumas das políticas públicas regulatórias da ANS. A regulação realizada pela agência nos remete aos diálogos e as articulações existentes entre o interesse privado e o interesse público, os quais devem ser harmonizados. A ausência de harmonização regulatória se traduz no aumento significativo de demandas contra os serviços prestados pelo sistema de saúde privado (SSP).

A judicialização da regulação é o esforço para a efetividade na prestação do serviço do SSP por meio da provocação ao Poder Judiciário e são os reflexos da possível parcimônia da agência reguladora no cumprimento do artigo 4º, da Lei n. 9.961/2000. Sendo que esse artigo remete a um remédio justo, regular e legal, com fulcro em minorar o descompasso existente entre os direitos previstos no ordenamento jurídico e a realidade concreta.

Dessa forma, o sistema de saúde privado brasileiro progressivamente recebe a dedicação do Poder Judiciário devido ao elevado número de ações judiciais. O objetivo da judicialização é transferir o poder fiscalizador e decisório da ANS para os juízes e tribunais na busca da proteção, efetivação e eficiência aos direitos e aos interesses à saúde.

Como intuitivo, a judicialização envolve uma transferência de poder para juízes e tribunais, com alterações significativas na linguagem, na argumentação e no modo de participação da sociedade. O fenômeno tem causas múltiplas. A primeira causa da judicialização foi a redemocratização do país [...] transformou em um verdadeiro poder político, capaz de fazer valer a Constituição e as leis, inclusive em confronto com os outros Poderes. Por outro lado, o ambiente democrático reavivou a cidadania, dando maior nível de informação e de consciência de direitos a amplos segmentos da população, que passaram a buscar a proteção de seus interesses perante juízes e tribunais. Em suma: a redemocratização fortaleceu e expandiu o Poder Judiciário, bem como aumentou a demanda por justiça na sociedade brasileira. A segunda causa foi a constitucionalização abrangente, que trouxe para a Constituição inúmeras matérias que antes eram deixadas para o processo político majoritário e para a legislação ordinária. [...] A terceira causa da judicialização é o sistema brasileiro de controle de constitucionalidade, um dos mais abrangentes do mundo. [...] qualquer juiz ou tribunal pode deixar de aplicar uma lei, em um caso concreto que lhe tenha sido submetido, caso a considere inconstitucional. [...]. (BARROSO, 2009, p. 3).

A definição de judicialização é: em primeiro lugar o acionamento do Judiciário através do ajuizamento de processos - ou politização da justiça; em segundo lugar, no julgamento do pedido de liminar (quando houver). E, por fim, no julgamento do mérito da ação, que enseja a

judicialização da política propriamente dita. Esse é o ciclo da judicialização (OLIVEIRA, V., 2005, p. 559-597).

A judicialização não é igual ao ativismo judicial, pois, apesar de serem aparentemente similares não têm as mesmas causas imediatas. A primeira perfaz a decisão dos juízes e tribunais, Poder Judiciário, sobre o papel que lhe compete realizar. Se uma norma constitucional permite que dela se deduza uma pretensão, subjetiva ou objetiva, ao juiz cabe dela conhecer, decidindo a matéria (BARROSO, 2009, p. 5-6). A segunda, o ativismo judicial, é uma atitude, a escolha de um modo específico e proativo de interpretar a Constituição, expandindo o seu sentido e alcance (BARROSO, 2009, p. 6). Assim, não se pode afirmar eventual ativismo do judiciário brasileiro, pois para realizar quaisquer afirmações dessas ordens são necessárias as realizações de inúmeras pesquisas com bases metodológicas.

Por exemplo, em relação ao direito à moradia a judicialização é muito baixa, sendo absolutamente excepcionais decisões satisfativas do direito. Nessa área só conhecemos um caso no qual magistrado de primeira instância ordenou que um município pagasse auxílio moradia a família sem teto até que lhes seja oferecida moradia digna. De qualquer forma, devemos ter base empírica suficiente antes de qualquer afirmação sobre o efetivo deslocamento do equilíbrio decisório entre os poderes. Indicamos isso em vista da extensa bibliografia brasileira sobre o “ativismo” do Judiciário que nos parece descolada da realidade forense que é o necessário referencial empírico das reflexões sobre ativismo. (LUNARDI; DIMOULIS, 2016).

O fato da agência reguladora (ANS) não exercer adequadamente todas as suas competências e obrigações (previstas no artigo 4º, da Lei n. 9.961/2000) faz com que o usuário insatisfeito interponha ações judiciais com o fim de atingir a proteção por meio de determinação judicial. Dessa forma, essas não poderão ser consideradas interferências indevidas nas políticas públicas regulatórias, afinal as provocações ao judiciário são possíveis frutos das falhas regulatórias no atendimento aos direitos subjetivos à saúde.

Isso se aproxima de engenhosa proposta teórica de o juiz não atuar em nome próprio, suprindo omissões com analogias, mas ordenar que a autoridade omissa seja substituída por outra, introduzindo exceções à divisão de competências em nome da efetividade. Trata-se de proposta de *deslocamento* da competência legislativa ou “troca de sujeito (legislativo)” até que a autoridade titular volte a exercer corretamente seus deveres. Quem considera com ceticismo a atuação quase legislativa (ou abertamente legislativa) do Judiciário, como os autores desse estudo, insiste na necessidade de pressão política para implementação do programa transformador. Mas não pode negar a dimensão subjetiva dos direitos sociais que justifica a judicialização, apesar do risco de se revelar quimérica a tutela jurisdicional. Se um país não consegue impor a implementação da Constituição mediante decisões dos órgãos representativos só um forte otimismo pode fazer crer que a omissão será adequadamente suprida por decisões de órgãos de composição elitista, de opiniões geralmente conservadoras e de baixíssima *accountability*, como

é o Poder Judiciário. O Judiciário pode ajudar na implementação de direitos sociais, mas não pode nem deve assumir papel de protagonista. (LUNARDI; DIMOULIS, 2016, grifo nosso).

A judicialização da regulação do sistema de saúde privado é o resultado da possível ausência de pilares eficientes nos desenhos regulatórios da ANS. Ocorre que, essa constante provocação em enaltecer o papel do Poder Judiciário na efetivação do direito fundamental à saúde privada, nos parece estar longe de exercer a função de protagonista, pois tem colaborado com o aumento dos riscos regulatórios devido aos inúmeros anos sem se manifestar em ações relevantes e inerentes às questões regulatórias (demandas contidas no Capítulo 4, seções 4.1 e 4.2). Para isso o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) publicara as Recomendações n. 31, 36 e 43, as quais reconheceram a judicialização do SSP e aconselha:

Recomendação n. 31, de 30/03/2010: Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. Recomendação n. 36, de 12/07/2011: Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, com vistas a assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde suplementar. Recomendação n. 43, de 20/08/2013: Recomenda aos Tribunais de Justiça e aos Tribunais Regionais Federais que promovam a especialização de Varas para processar e julgar ações que tenham por objeto o direito à saúde pública e para priorizar o julgamento dos processos relativos à saúde suplementar (BRASIL, 2016c).

A judicialização implica efeitos na gestão das políticas públicas à saúde realizadas pelo SSP, reafirma a relação entre ações judiciais e a efetivação do direito. Ademais, assinala algumas distorções que necessitam de correções e equilíbrios sem ultrapassar as suas competências. A judicialização da regulação da ANS confirma a improrrogável necessidade de inter-relação entre os diversos atores e os setores para a construção de melhorias sistêmicas.

4.1 A judicialização da regulação: contratos

As políticas públicas regulatórias da ANS, aqui pesquisadas, permitem deduzir que há possíveis formas omissas regulatórias (significante), as quais trazem como significado os problemas na qualidade e na eficiência da prestação dos serviços do SSP e o signo é a judicialização da regulação com alta procrastinação na efetivação dos direitos. A atual matriz institucional da regulação do SSP é constituída em um retrato regulatório que não se efetiva com o marco regulatório, tão pouco, o marco constitucional.

A estratégia utilizada para a efetivação das prestações dos serviços do SSP tem se consolidado com a crescente judicialização, pois, o diálogo e as relações com o usuário sofrem tensões. A afirmação de que a estratégia é a judicialização, se comprovam com as pesquisas jurisprudenciais realizadas no site do Supremo Tribunal Federal (STF), a seguir trazidas.

A pesquisa realizada fora no site do STF, na seção de “pesquisa de jurisprudência”, cujo critério de busca adotado foram as palavras chaves que puderam englobar as decisões relevantes para essa pesquisa, sendo elas: contrato adesão operadora plano saúde.

Quadro 1 - Termo “contrato adesão operadora plano saúde”

DECISÕES MONOCRÁTICAS *	15 documento(s) encontrado(s)
-------------------------	-------------------------------

Fonte: BRASIL, 2016b.

A pesquisa na plataforma do STF fora acessada no dia 24/04/2016 e resultara em 15 (quinze) decisões monocráticas, pelo termo “contrato adesão operadora plano saúde”. Dessas 15 decisões, 14 (quatorze) ações foram contra o SSP e 1(uma) contra operadora de planos de celulares. Todas as 14 decisões tiveram o seguimento ao recurso negado por determinarem ser de conteúdo infraconstitucional. Ademais, 12 dessas foram recursos interpostos pelo SSP ao STF, com o objetivo de reverter as decisões já favoráveis aos usuários. Em 85,71% dos recursos postulados ao STF, o SSP fora “condenado” pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ) e buscara a última *ratio* possivelmente a fim de procrastinar a efetividade do direito constitucional à saúde.

Ainda, de acordo com os mesmos parâmetros acima utilizados se pesquisara as palavras: “contrato operadora saúde”.

Quadro 2 - Termo “contrato operadora saúde”

ACÓRDÃOS	6 documento(s) encontrado(s)
----------	------------------------------

Fonte: BRASIL, 2016b.

O quadro 2 é a pesquisa realizada na plataforma do STF, acessada no dia 24/04/2016 e resultara na análise de 6 (seis) acórdãos. Esses 5 acórdãos foram contra o SSP e 1 (uma) ação direta de inconstitucionalidade a Lei n. 9.656/98 interposta pelo SSP. Os 5 (cinco) acórdãos tiveram o seguimento ao recurso negado por determinarem ser matéria infraconstitucional. Todos esses versaram as temáticas: rescisão contratual unilateral pelo SSP, aumento abusivo

em decorrência da faixa etária, problemas nas cláusulas com procedimentos excludentes anteriores a Lei n. 9.656/978 com a aplicação do CDC. Ademais, os recursos foram interpostos pelo SSP ao STF, com o objetivo de reverter as decisões favoráveis aos usuários. Em 100% dos recursos interpostos ao STF, o STJ “condenara” o SSP, e, esse buscara a última *ratio* possivelmente a fim de procrastinar a efetividade do direito constitucional à saúde.

Em relação à recusa de atendimento, seleciona-se dados no site do STF, na mesma seção e moldes acima descritos nos quadros 1 e 2, o termo pesquisado fora: recusa de atendimento plano de saúde.

Quadro 3 - Termo “recusa de atendimento plano de saúde”

DECISÕES MONOCRÁTICAS *	36 documento(s) encontrado(s)
-------------------------	-------------------------------

Fonte: BRASIL, 2016b.

O quadro 3 trouxera os resultados da pesquisa acessada em 24/04/2016. A pesquisa por esse termo resultara na análise de 36(trinta e seis) decisões monocráticas. Dessas 36 decisões, 16 (dezesseis) ações foram contra o SSP, sendo que todas tiveram o seguimento ao recurso negado com o argumento de serem matérias infraconstitucionais. Das 16 decisões, 13 (treze) foram frutos de recursos do SSP que buscara a última *ratio* porque foram obrigados a realizar os atendimentos e a indenizar os usuários devido às recusas. Em 81,23% das provocações ao STF o SSP fora “condenado” pelo STJ e buscara a última *ratio* possivelmente a fim de procrastinar a efetividade do direito constitucional à saúde.

Ademais, há a judicialização da regulação da positivação do artigo, 12, da Lei n. 9.656/1998, por não cumprimento do SSP às carências fixadas contratualmente, assim como a vários dos direitos estipulados no marco regulatório. De acordo com as pesquisas aqui realizadas, o SSP tem grande dificuldade em cumprir as positivamente (do marco regulatório), assim como as contidas no marco constitucional, um problema público regulatório, que pode ser decorrente da baixa eficiência regulatória, fiscalizatória e normativa da ANS, cuja resultante é a judicialização da regulação dos contratos.

O SSP deve ser responsabilizado (independentemente da existência de culpa, ou seja, a sua responsabilização é objetiva, nos termos do artigo 14, do CDC) por todos os danos causados aos usuários. E, a ANS possivelmente (in) diretamente por não cumprir com as suas competências e obrigações previstas no artigo 4º, da Lei n. 9.961/2000.

Ainda, sobre as mesmas tensões existentes entre o usuário, o SSP, a ANS e o SUS, tramita no STF, desde 10 de dezembro de 1998, ou seja, há 18 anos, a ADI 1931 (Processo

físico) interposta pela Confederação Nacional de Saúde – Hospitais. O objeto da lide é: declarar a inconstitucionalidade da Lei Ordinária n. 9.656/98. Com todo o acatamento que se tem ao Poder Judiciário, entende-se, que o moroso trâmite processual ocorrido na ADI 1931, causa risco regulatório, pois, a demora nesse julgamento serve de estímulo ao SSP para o não cumprimento das previsões legais, com o fundamento na busca incessante pela última *ratio*, possivelmente a fim de procrastinar a efetividade do direito constitucional à saúde.

Além das asseverações acima trazidas, o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC, 2016), promovera 11 ações judiciais contra o SSP. Dessas 11 ações, 9 ainda estão em andamento e 10 são relacionadas ao aumento abusivo das parcelas dos planos de saúde. Igualmente, uma dessas ações tramita desde o ano de 1990, processo n. AI 490650. Há mais de 26 anos o IDEC tenta reconhecer a ilegalidade no aumento das mensalidades. Essa morosidade do Poder Judiciário pode incentivar o SSP a não cumprir as positivamente.

As pesquisas a plataforma do Poder Judiciário, STF, nas palavras “contrato adesão operadora plano saúde”, “contrato operadora saúde” e “recusa de atendimento plano de saúde” corroboraram, respectivamente, que 85,71%, 100% e 81,23% das provocações ao STF foram realizadas pelo SSP que fora condenado. Essas constatações, somadas as ações interpostas pelo IDEC evidenciam o signo de que o SSP tem grande dificuldade em cumprir os contratos, aqui pesquisados. O usuário ao enfrentar problemas na qualidade, eficiência e efetivação dos seus direitos provoca o judiciário, e, sem saída imediata, utiliza o SUS para salvar a própria vida e manter à saúde.

De acordo com todos os contextos elencados, pergunta-se: há qualidade, eficiência e efetividade no diálogo contratual realizado entre o usuário e a operadora do SSP? Como dizer que os instrumentos contratuais são eficazes diante dessa realidade?

4.2 A judicialização da regulação: ressarcimento

A estratégia imediata do usuário que contratou o SSP e tem o seu direito negado e violado é utilizar o sistema público de saúde (denominado SUS) para proteger a sua vida e à saúde.

Nos mesmos moldes acima descritos, realizara pesquisa na plataforma do STF, na seção de “pesquisa de jurisprudência”, cujo critério de busca adotado foram as palavras chave que puderam englobar as decisões relevantes sobre a judicialização da regulação, referente ao ressarcimento, sendo elas: ressarcimento ao SUS.

Quadro 4 - Termo “ressarcimento ao SUS”

ACÓRDÃOS	25 documento(s) encontrado(s)
REPERCUSSÃO GERAL	1 documento(s) encontrado(s)

Fonte: BRASIL, 2016b.

A pesquisa realizada no dia 15/05/2016 resultara na análise de 25 acórdãos. Desses 25 acórdãos, 23 ações foram contra o SSP e 2 se referiram a pedidos do cidadão ao SUS. Os 23 acórdãos foram recursos interpostos pelo SSP ao STF, sendo esses frutos de inconformações com as decisões do STJ. Todos esses acórdãos foram sobre ressarcimento ao SUS pelo SSP, 92% desses recursos interpostos pelo SSP com o objetivo de reverter decisões nas quais foram “condenados” pelo STJ e buscaram a última *ratio*, possivelmente a fim de procrastinar o direito a prestação de serviços à saúde de eficiência e qualidade ao usuário.

Da mesma forma, há o reconhecimento da Repercussão Geral, no Recurso Extraordinário (RE) n. 597064 RG / RJ - Rio de Janeiro sobre o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) das despesas com atendimento de pacientes beneficiários de planos privados de saúde, positivamente trazida pelo artigo 32 da Lei 9.656/1998. A Repercussão geral fora reconhecida pelo STF, sendo que o recurso ora interposto é de autoria do SSP.

Ademais, há 18 anos tramita no STF a ADI 1931 (Processo físico), também interposta pelo SSP, cujo objeto é declarar a inconstitucionalidade do ressarcimento, vejamos:

Ressarcimento à Administração Pública mediante condições preestabelecidas em resoluções internas da Câmara de Saúde Complementar. Ofensa ao devido processo legal. Alegação improcedente. (Grifo nosso). Norma programática pertinente à realização de políticas públicas. Conveniência da manutenção da vigência da norma impugnada. Violação ao direito adquirido e ao ato jurídico perfeito. [...]. (STF-ADI-1931, Relator Ministro Marco Aurélio). (BRASIL, 2016b, grifo nosso).

Entende-se, de acordo com as pesquisas aqui realizadas, que o moroso trâmite processual ocorrido nessa ADI e nas demais demandas, causam riscos regulatórios, pois, essas servem de estímulos para SSP não cumprir as positivamente e buscar a última *ratio*, como possível forma para não atender o direito subjetivo à saúde.

Como já asseverado no capítulo 3, as pesquisas demonstram que 87% dos cidadãos brasileiros consideram o SUS péssimo, e, claro, esperam que na iniciativa privada a prestação de serviço à saúde seja dotada de eficiências, qualidades e coberturas adequadas. Afinal, já conhece que o SUS possui os recursos insuficientes, com uma constante redução no financiamento, com um baixo valor per capita investido, os quais refletem na insatisfação e na baixa qualidade dos serviços do sistema de saúde público. O cidadão preocupado com essa

situação do SUS ativara o seu gerenciamento da liberdade de escolha para contratação do SSP, com o objetivo encontrar a eficiência e qualidade nas prestações dos serviços de saúde privada. Ora, no mínimo parece estranho, que o cidadão que reprovava o SUS contratara o sistema de saúde privado e retornara a utilizar o sistema de saúde público que considerara ineficiente e sem qualidade?

É unânime a constatação que, para o Judiciário brasileiro pós-1988, o direito à saúde inclui o direito concreto a determinadas prestações (remédios, operações, vagas em hospital etc.), cabendo aos magistrados ordenar sua realização com base em parecer de médico responsável e contra a decisão da autoridade estatal. Isso foi denominado “interpretação extensiva do direito à saúde”. O termo não é dogmaticamente satisfatório. Em tal situação não ocorre ampliação do direito, mas o intérprete determina a área de proteção de maneira mais densa, incluindo prestações concretas. O gasto público com saúde no Brasil é aproximadamente 4% do PIB, ou seja, a metade do que se gasta no Reino Unido ou na Espanha. (LUNARDI; DIMOULIS, 2016).

Dessa forma, o cidadão que ativara o gerenciamento da sua liberdade de escolha para a contratação do SSP (na busca de eficiência e qualidade), vê-se duplamente frustrado, pois, tanto o seu direito subjetivo ao acesso universal à saúde quanto a sua busca por eficiência e qualidade na contratação do SSP são violados.

Essas asseverações são algumas das razões plenamente satisfatórias para esclarecer e motivar a judicialização da regulação, assim como a judicialização do ressarcimento. Afinal, há a transferência do poder regulatório, fiscalizatório e decisório da ANS para os juízes e tribunais na busca da proteção, efetivação dos direitos e dos interesses à saúde. A atuação desses vêm reduzir o descompasso existente em relação à constituição e ao marco regulatório para atender parte da demanda reprimida que contrata o SSP e utiliza o SUS como última alternativa para a manutenção da vida e da saúde, mas não soluciona a presente problemática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desse isolamento doentio, do deserto desses anos de experimento, é ainda longo o caminho até a enorme e transbordante certeza e saúde, que não pode dispensar a própria doença como meio e anzol para o conhecimento, [...] desde a amplidão e refinamento interior que vem da abundância, [...] até o excesso de forças plásticas [...] que é precisamente a marca da grande saúde. (NIETZSCHE, 2000, p. 4).

Com essas palavras, do filósofo alemão, tem-se a certeza de que, é ainda longo o caminho até a enorme e transbordante certeza e saúde do SSP, mas a certeza que esses problemas públicos são como meio e anzol para o conhecimento e a melhor atuação da ANS. As provocações dessa pesquisa, delinearão algumas considerações finais acerca das políticas públicas regulatórias intersetoriais do SSP. Essa temática é analisada sob variadas perspectivas ao longo do desenvolvimento norteado, todos sob uma perspectiva contra-hegemônica de enfrentamento, na busca da valorização dos direitos sociais, à saúde, nas relações do usuário com o SSP.

Delineia-se, que a construção da atual consciência sanitária é, inicialmente, permeada pela cólera, por escassas e insuficientes atuações de políticas públicas, somadas as omissões das autoridades, e, os reflexos, foram normas que não apresentavam instrumentos hábeis para se exigir do Estado o dever de promoção e proteção à saúde.

O limiar das conquistas aos direitos sociais (saúde) vem vinculado com o crescimento da economia rural, com a monocultura do café, o comércio exterior e a industrialização, proteções frutos de interesses mercantilistas. Posteriormente, as mudanças paradigmáticas foram inevitáveis tanto para a ampliação da cobertura do sistema de saúde público como para a regulação do SSP. Afinal, a relação de exploração (mercantilista) existente nesse (SSP) reclamara positavações estatais, tais como: o marco regulatório que ocorrera somente em 1998, por meio da Lei n. 9.656 (minimizara-se o descompasso normativo constitucional com o início de um novo modo de olhar na forma de controle estatal) e o nascimento da ANS, somente no ano de 2000, por meio da Lei n. 9.961 (com fulcro em priorizar os critérios técnicos).

Ocorre que, foram identificadas fragilidades na proteção à saúde realizada pelo SSP devido a alguns problemas públicos regulatórios da ANS, pois apesar de ser composta por conselho com profissionais altamente capacitados e especializados a traçar diretrizes e normas, não há a plena satisfação da supremacia do interesse público devido as constatações de possíveis omissões no cumprimento do artigo 4º, da Lei n. 9.961/2000. Ademais, podem ser os reflexos de uma diretoria colegiada da ANS cujo regimento interno fora elaborado após 9 (nove) anos da sua criação. Ainda, foram identificados que os sistemas de informações, os

bancos de dados e a plataforma (site) de acesso da agência suprimira informações, assim como algumas se apresentaram confusas, outras difíceis de acessar e compreender.

As políticas públicas regulatórias da ANS devem garantir o acesso a informação, a manutenção, a eficiência e a qualidade nos serviços prestados pelo SSP. A mera concessão de selos de qualidade ao SSP realizada pela agência, sem qualquer promoção intersetorial para o encontro da realidade com a norma não estão em consonância com o seu verdadeiro objetivo. Dentro dos limites aqui pesquisados, possivelmente as diretorias não representam o setor regulado e não atingem o fim colimado na estruturação e regulação de todo o SSP.

A implantação da Política de Qualificação da Saúde Suplementar realizada pela ANS é fragmentada e o seu eixo em promoções de saúde e prevenções de doenças sofrem riscos. A troca das informações, o programa de qualidade QUALISS e a acreditação (por servirem somente como selos de qualidade) apresentados não atingem a incorporação da análise, avaliação, implementação de tecnologias e a sustentação suficiente para um SSP com qualidade na prestação dos serviços à saúde. As finalidades (de equilibrar o SSP para que seja forte, com uma regulação sustentável com competitividade, eficiência, qualidade, capacidade de gestão, economicidade aliada a tecnologia e aos usuários com os seus direitos protegidos) dentro do objeto estudado parecem estar prejudicadas.

O dever da ANS de propor, implementar, regular, regulamentar diretrizes, fiscalizar, promover os serviços, políticas públicas para eficiência e qualidade nos atendimentos e acessos realizados pelo SSP às demandas sociais parecem fragilizados devido às informações sem inter-relações, às políticas desarticuladas e as insuficientes interações das políticas setoriais com a intersetorialidade. E, o dever da agência de atuar em defesa dos interesses dos usuários parece estar afetado.

É inegável que o marco regulatório melhorara a eficiência e qualidade dos serviços à saúde prestados pelo SSP, afinal da livre atuação se passara para a livre atuação regulada. Mas, há um caminho muito longo a ser percorrido até sanar os problemas regulatórios aqui selecionados.

Parece que a imparcialidade, a autonomia política, financeira, normativa e de gestão da agência sofrem descompassos com a realidade. As políticas públicas regulatórias da ANS, aqui selecionadas, não apresentaram eficiência, qualidade e efetividade por não estarem em consonância com as positivamente, tão pouco com o bem-estar da coletividade e a preservação da prestação de serviços essenciais e adequados ao atendimento aos direitos dos usuários, a execução dos serviços, acessos e atendimentos. O fato da ANS aplicar regulação menos

coercitiva e mais sustentável para fomentar a permanência das operadoras no SSP evidenciam práticas possivelmente prejudiciais para a eficiência e a qualidade nos serviços prestados.

O viés estatal de gestor, gerenciador e implementador de políticas públicas à saúde com o empoderamento da atividade econômica privada e dos seus usuários para superar as resistências da complexidade social em uma economia globalizada parece estar vulnerável e apresentar baixa contrapartida do SSP ao usuário.

As políticas públicas da ANS evidenciam paradoxos porque não apresentaram a conformação do caráter prestacional e de um conjunto de decisões, com a compreensão conceitual de políticas públicas no processo de construção do conhecimento. Aparentemente não serviram de meio para intermediar a relação global/setorial e minorar os referidos paradoxos do modelo de Estado constitucionalmente previsto (Estado Democrático de Direito) e contextualizá-lo a um racionalismo e a uma perfeição simétrica, por si só, inexistentes.

A ANS apesar de ser responsável pelas políticas públicas regulatórias, não apresentara aplicabilidade aos usuários de políticas públicas distributivas para estimular a eficiência e a qualidade na prestação dos serviços prestados pelo SSP e a políticas redistributivas por meio da inversão do clássico caráter mercantilista desse sistema. As políticas redistributivas poderiam ser intensificadas por meio do efetivo ressarcimento ao SUS. Esses valores gastos e não pagos pelas operadoras do SSP poderiam ser redistribuídos aos cidadãos por meio de políticas públicas com o incentivo direto aos usuários. Políticas públicas de redução do uso da máquina pública pelo SSP, com incentivo direto ao cidadão (inverter a lógica: o valor gasto com o uso do SUS pelo SSP ser aplicado diretamente ao usuário). Nada mais que dar efetividade e cumprimento à positivação contida no artigo 199, § 2º, da CF, o qual determina que: há vedação da destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

Ademais, o cidadão/usuário que contratara o SSP e tivera que utilizar o SUS, poderia ser contemplado com a portabilidade gratuita, seguida do estímulo (por meio de normas da ANS) com descontos, bônus e incentivos para que contrate outro plano do SSP que tenha além do selo de qualidade, a comprovação de não utilização do SUS. Uma forma sustentável e intersetorial de aplicar recursos públicos.

A resposta é uma nova forma de gestão estatal e prestacional com condições para a reconstrução de uma consciência sanitária, alicerçada à saúde como necessidade social, a ser desenvolvida por meio de novas regulações baseadas em políticas de Estado, em total contraposição ao histórico da saúde como um bem satisfeito nos paradigmas de mercado. A

desconstrução do atual paradigma para romper com a baixa eficiência, qualidade e efetividade com o mandamento constitucional.

O eixo regulatório da saúde tem que ser o direito social e a aproximação dessas razões com as razões econômicas devem ser pautadas no diálogo sanitário consciente com incentivos ponderados e modulados para a solução dos conflitos, sendo que o interesse público deve prevalecer sobre o interesse privado, ou seja, à saúde deve prevalecer sobre as razões econômicas. Para que isso ocorra, há que se alterar o modelo de regulação atual (a alta fragmentação da setorialidade, a colisão dos programas em um modelo com baixa eficiência, qualidade e efetividade constitucional que afetam o usuário) por modelos articulados, descentralizados, com redução da hierarquia e estímulos da participação dos cidadãos, das sociedades civis organizadas em uma interseção setorial entre as competências da ANS, os atores envolvidos, o Estado, o sistema de saúde público, SSP, os saberes técnicos, a interação com a previdência social, a assistência social, a gestão administrativa em seus variados níveis de governo envolvendo todos os entes federados.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Eli Iôla Gurgel. Estado e previdência no Brasil: uma breve história. In: MARQUES, Rosa Maria et al. **A previdência social no Brasil**. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 2003. (Cadernos da Fundação Perseu Abramo, v. 2). Disponível em: <http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/previdencia_social_no_brasil.pdf>. Acesso em: 21 maio 2016.

ANS. Resolução Normativa n. 8, de 03 de novembro de 1998. Dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 211, 4 nov. 1998. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzA3>>. Acesso em: 31 maio 2016.

_____. **Tendências e desafios dos sistemas de saúde nas Américas**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2002. (Série ANS, n. 3). Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Serie_ans_vol_3.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2016.

_____. Resolução Normativa n. 85, de 07 de dezembro de 2004. Dispõe sobre a concessão de Autorização de Funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 dez. 2004. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=ODgx>>. Acesso em: 31 maio 2016.

_____. Resolução Normativa n. 197, de 16 de julho de 2009a. Institui o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 135, Seção 1, p. 55, 17 jul. 2009a. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ2MA==>>. Acesso em: 14 mar. 2016.

_____. Instrução Normativa n. 23, de 1 de dezembro de 2009b. Dispõe sobre os procedimentos do Registro de Produtos, previstos na Resolução Normativa - RN n. 85, de 7 de dezembro de 2004, e revoga as Instruções Normativas – INs DIPRO n. 15, de 14 de dezembro de 2007, e a n. 17, de 17 de dezembro de 2008. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 135, Seção 1, p. 55, 17 jul. 2009b. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ2MA==>>. Acesso em: 14 mar. 2016.

_____. Resolução Normativa n. 264, de 19 de agosto de 2011. Dispõe sobre Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças e seus Programas na saúde suplementar. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 ago. 2011a. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&ancora=&id=MTc5NQ==>>. Acesso em: 14 mar. 2016.

_____. Resolução Normativa n. 267, de 24 de agosto de 2011. Institui o Programa de Divulgação da Qualificação de Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 92, 25 ago. 2011b. Disponível em: Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTgwMQ==>>. Acesso em: 21 maio 2016.

ANS. Súmula Normativa n. 23, de 23 de janeiro de 2012. A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o art. 3º e os incisos II, XXIV e XXVIII do art. 4º, cumulados com o inciso II do art. 10, todos da Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000; em conformidade com o disposto no inciso III do art. 6º e no inciso III do art. 86, ambos da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, 23 jan. 2012. Disponível em: Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTkzNg==>>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Resolução Normativa n. 319, de 5 de março de 2013. Dispõe sobre a informação aos beneficiários acerca da negativa de autorização de procedimentos solicitados pelo médico ou cirurgião dentista e acrescenta parágrafo único ao artigo 74 da Resolução Normativa – TN n. 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos provados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 6-3, 5 mar. 2013. Disponível em: Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjM3Mw==>>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Resolução Normativa n. 363, de 11 de dezembro de 2014a. Dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 241, Seção 1, p. 94, 12 dez. 2014a. Disponível em: Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&ancora=&id=Mjg1Nw==#ATENCAO1>> Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Resolução Normativa n. 364, de 11 de dezembro de 2014b. Dispõe sobre a definição de índice de reajuste pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - a ser aplicado pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos seus prestadores de serviços de atenção à saúde em situações específicas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 241, Seção 1, p. 94, 12 dez. 2014b. Disponível em: Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg1OA==>> Acesso em: 21 maio 2016.

_____. **Relatório de Gestão 2013/2014**. Rio de Janeiro, RJ, 2014c. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/relato_riodegestao_2013_2014.pdf>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Súmula Normativa n. 26, de 27 de fevereiro de 2015a. A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o artigo 3º e o inciso II, do artigo 4º, cumulados com o inciso II do artigo 10, todos da Lei n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000; em conformidade com o disposto no inciso III do artigo 6º e no inciso III do artigo 86, ambos da Resolução Normativa - RN n. 197, de 16 de julho de 2009. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, 27 fev. 2015a. Disponível em: Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjkyMQ==>. Acesso em: 21 maio 2016.

ANS. Instrução Normativa n. 61, de 04 de dezembro de 2015b. Dispõe sobre a regulamentação dos parágrafos 2º e 3º do artigo 7º da Resolução Normativa - RN nº 364, de 11 de dezembro de 2014, que dispõe sobre o Fator de Qualidade a ser aplicado ao índice de reajuste definido pela ANS para prestadores de serviços hospitalares. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p. 47, 7 dez. 2015b. Disponível em: Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=rw&id=MzE0OA==>>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Resolução Normativa n. 371, de 4 de março de 2015c. Altera a Resolução Normativa - RN nº 371, de 5 de março de 2015, que altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, instituído pela Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, e a RN nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 1, 5 mar. 2015c. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=rw&ancora=&id=MzE0Nw==>>. Acesso em: 20 maio 2016.

_____. **Proporção de readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar**. Rio de Janeiro, 2015d. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/Readmiss%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. **Índice de Efetivo Pagamento ao Ressarcimento ao SUS**. Rio de Janeiro, 2015d. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/indice-de-efetivo-pagamento-ao-ressarcimento-ao-sus-antigo-indice-de-adimplencia-de-ressarcimento-ao-sus>>. Acesso em: 17 maio 2016.

_____. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiário, operadoras**. Rio de Janeiro, 2015e. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/caderno_de_informa%C3%A7%C3%A3o_mar_2015_final.pdf>. Acesso em: 4 maio 2016.

_____. Resolução Normativa n. 391, de 04 de dezembro de 2015f. Altera a Resolução Normativa - RN nº 364, de 11 de dezembro de 2014, que dispõe sobre a definição de índice de reajuste pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - a ser aplicado pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos seus prestadores de serviços de atenção à saúde em situações específicas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 233, Seção 1, p. 47, 7 dez. 2015f. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=rw&ancora=&id=MzE0Nw==>>. Acesso em: 20 maio 2016.

_____. **Relação de hospitais com certificado de acreditação máxima conferido pela ONA, CBA, IQG e DNV**. Rio de Janeiro, 2016a. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/Acreditadas.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Resolução Operacional n. 1.986, de 26 de janeiro de 2016b. Dispõe a decretação do Regime de Liquidação Extrajudicial da operadora Unimed Paulistana Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 21, 1 jan. 2016b. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=90&data=01/02/2016>>. Acesso em: 31 maio 2016.

ANS. **Boletim Informativo:** utilização do sistema público por beneficiários de planos de saúde e ressarcimento ao SUS. Rio de Janeiro, abr. 2016c. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/boletim_ressarcimento.pdf>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Resolução Normativa n. 405, de 09 de maio de 2016d. Dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS; revoga a Resolução Normativa - RN nº 267, de 24 de agosto de 2011, com exceção do art.44-B incorporado à RN nº 124, de 30 de março de 2006; e revoga também a RN nº 275, de 1º de novembro de 2011, a RN nº 321, de 21 de março de 2013, a RN nº 350, de 19 de maio de 2014, e a Instrução Normativa - IN nº 52, de 22 de março de 2013 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 maio 2016d. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&ancora=&id=MzE0Nw==>>. Acesso em: 20 maio 2016.

_____. **Histórico de reajuste por Variação de Custo por Pessoa Física.** Rio de Janeiro, 2016e. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/270-historico-reajuste-variacao-custo-pessoa-fisica>>. Acesso em: 20 maio 2016.

BARBA, Mariana Della. Insatisfeitos, médicos e pacientes criam alternativas à plano de saúde. **BBC Brasil**, São Paulo, 7 abr. 2014. Disponível em: <http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2014/04/140407_saude_planos_mdb_dg>. Acesso em: 24 maio 2016.

BARROSO, Luís Roberto. Judicialização, ativismo e legitimidade democrática. **Revista Direito do Estado**, Salvador, ano 4, n. 13, jan./mar. 2009. Disponível em: <http://www.direitofranca.br/direitonovo/FKCEimagens/file/ArtigoBarroso_para_Selecao.pdf>. Acesso em: 17 maio 2016.

BOBBIO, Noberto. **A Era dos Direitos**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BONELLI, Regis; VEIGA, Pedro da Motta. A Dinâmica das políticas setoriais no Brasil na Década de 1990: Continuidade e Mudança. **Revista Brasileira de Comércio Exterior**. Rio de Janeiro, n. 75, p. 1-24, jun./abr. 2003. Disponível em: <http://home.furb.br/wilhelm/TopEspeciais/Pol_Indust/Politica_Industrial_Artigo.pdf>. Acesso em: 21 maio 2016.

BOUDON, Raymond; BOURRICAUD, François. **Dicionário crítico de sociologia**. 2. ed. São Paulo: Ática, 2001.

BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sérgio Goes. **Saúde e previdência: estudos de política social**. São Paulo: Hucitec, 1986.

BRASIL. Constituição Política do Império do Brasil (de 25 de março de 1824). Constituição Política do Império do Brasil, elaborada por um Conselho de Estado e outorgada pelo Imperador D. Pedro I, em 25.03.1824. **Coleção das Leis do Império do Brasil de 1824**, Poder Legislativo, Rio de Janeiro, 1894. p. 7. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao24.htm>. Acesso em: 8 nov. 2015.

BRASIL. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil (24 de fevereiro de 1891). **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Rio de Janeiro, 24 fev. 1891. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao91.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Decreto n. 5.485, de 30 de junho de 1928. Crêa caixas de aposentadorias e pensões para o pessoal não contractado pertencente às empresas particulares que exntoram os serviços telegraphicos e radio-telegraphicos. **Diário Oficial**, Rio de Janeiro, 4 jul. 1928. p. 16.463. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-5485-30-junho-1928-562355-publicacaooriginal-86343-pl.html>>. Acesso em: 14 mar. 2016.

_____. Lei Federal n. 1.261, de 31 de outubro de 1904. Torna obrigatorias, em toda a Republica, a vacinação e a revaccinação contra a variola. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 mar. 1963. p. 2857. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1900-1909/lei-1261-31-outubro-1904-584180-publicacaooriginal-106938-pl.html>>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Decreto n. 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no paiz, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. **Coleção das Leis do Brasil**, Poder Legislativo, Rio de Janeiro, Seção 1, 2 nov. 1904. p. 5158. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Historicos/DPL/DPL4682.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Decreto n. 5.109, de 20 de dezembro de 1926. Estende o regimen do decreto legislativo n. 4.682, de 24 de janeiro de 1923, a outras empresas. **Coleção das Leis do Brasil**, Poder Legislativo, Rio de Janeiro, Seção 1, 30 dez 1926. p. 24.113. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-5109-20-dezembro-1926-564656-publicacaooriginal-88603-pl.html>>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Decreto n. 20.465, de 1º de outubro de 1931. Reforma a legislação das Caixas de Aposentadoria e Pensões. **Coleção das Leis do Brasil**, Poder Legislativo, Rio de Janeiro, Seção 1, v. 3, 31 dez 1931. p. 169. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-20465-1-outubro-1931-500674-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Constituição dos Estados Unidos do Brasil (10 de novembro de 1937). **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Rio de Janeiro, 10 nov. 1937. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao37.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Lei Ordinária n. 3.807, de 26 de agosto de 1960. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 set. 1960. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L3807.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Lei Ordinária n. 4.214, de 02 de março de 1963. Dispõe sobre o “Estatuto do Trabalhador Rural. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 mar. 1963. p. 2857. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L4214.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

BRASIL. Ato Institucional n. 1, de 09 de abril de 1964. Dispõe sobre a manutenção da Constituição Federal de 1946 e as Constituições Estaduais e respectivas Emendas, com as modificações introduzidas pelo Poder Constituinte originário da revolução Vitoriosa. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 abr. 1964. p. 3193. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br//CCIVIL_03/AIT/ait-01-64.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Ato Institucional n. 2, de 27 de outubro de 1965. Mantem a Constituição Federal de 1946, as Constituições Estaduais e respectivas Emendas, com as alterações introduzidas pelo Poder Constituinte originário da Revolução de 31.03.1964, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 out. 1965, p. 11017. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br//CCIVIL_03/AIT/ait-02-65.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Decreto Lei n. 73, de 21 de novembro de 1966. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, regula as operações de seguros e resseguros e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 nov. 1966a. p. 13524. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del0073.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Ato Institucional n. 3, de 05 de fevereiro de 1966. Fixa datas para as eleições de 1966, dispõe sobre as eleições indiretas e nomeação de Prefeitos das Capitais dos Estados e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 07 fev. 1966b. p. 1435. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/AIT/ait-03-66.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Ato Institucional n. 4, de 07 de dezembro de 1966. Convoca o Congresso Nacional para se reunir extraordinariamente, de 12 de dezembro de 1966 a 24 de janeiro de 1967, para discursão, votação e promulgação do projeto de Constituição apresentado pelo Presidente da República, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 07 dez. 1966c. p. 14187. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br//CCIVIL_03/AIT/ait-04-66.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Decreto-Lei n. 73, de 21 de novembro de 1966. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, regula as operações de seguros e resseguros e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 nov. 1966d. p. 13524. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del0073.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Ato Institucional n. 5, de 13 de dezembro de 1968. São mantidas a Constituição de 24 de janeiro de 1967 e as Constituições Estaduais; O Presidente da República poderá decretar a intervenção nos estados e municípios, sem as limitações previstas na Constituição, suspender os direitos políticos de quaisquer cidadãos pelo prazo de 10 anos e cassar mandatos eletivos federais, estaduais e municipais, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 de dez. 1968. p. 10801. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/AIT/ait-05-68.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Lei Complementar n. 11, de 25 de maio de 1971. Institui o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 maio 1971. p. 3969. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp11.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

BRASIL. Lei Ordinária n. 6.229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 jul. 1975. p. 8921. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6229.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Constituição República do Federal de 1988. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, n. 191-A, 5 out. 1988. p.1-32. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Lei Ordinária n. 8.078, 10 de janeiro de 1990. Brasília, DF: Legislativo, 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 12 set. 1990a. supl. p.1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8078.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Lei Ordinária n. 8.080, 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**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 20 set. 1990b. p. 18055. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Lei Ordinária n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990c. p. 25.694. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Lei Ordinária n. 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 jul. 1993a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8689.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Decreto n. 907, de 31 de agosto de 1993. Regulamenta a Lei nº 8.689 de 27 de julho de 1993, que dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social INAMPS, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 1 set. 1993b. p. 13.013. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0907.htm>. Acesso em: 14 mar. 2016.

_____. Lei Ordinária n. 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 4 jun. 1998. p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Medida Provisória n. 1.685-1, de 29 de junho de 1998. Altera dispositivos da Lei n. 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 jun. 1998. p. 12. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/Antigas/1685-1.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

BRASIL. Medida Provisória n. 1.928, de 25 de novembro de 1999. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 nov. 1999. p. 13. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/Antigas/1928.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Lei Ordinária n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jan. 2000a. p. 5. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Decreto n. 3.327, de 5 de janeiro de 2000. Aprova o Regulamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 jan. 2000b. p. 13. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3327.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Medida Provisória n. 2.177-44, de 24 de agosto de 2001. Altera a Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 ago. 2001a. p. 38. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/2177-44.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Decreto n. 4.044, de 6 de dezembro de 2001. Dá nova organização ao Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, criado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 dez. 2001b. p. 2. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/D4044.htm>. Acesso em: 10 jan. 2016.

_____. Lei Ordinária n. 10.185, de 12 de fevereiro de 2001. Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 fev. 2001c. p. 3. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10185.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Lei Ordinária n. 10.406, 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 11 jan. 2002. p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm>. Acesso em: 14 mar. 2016.

_____. Lei Ordinária n. 10.741, 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 03 out. 2003. p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 14 mar. 2016.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em saúde**. Brasília, DF, 2011a.

_____. Lei Ordinária n. 12.469, 26 de agosto de 2011. Altera os valores constantes da tabela do Imposto sobre a Renda da Pessoa Física e altera as Leis nºs 11.482, de 31 de maio de 2007, 7.713, de 22 de dezembro de 1988, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.656, de 3 de junho de 1998, e 10.480, de 2 de julho de 2002. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 29 ago. 2011b. p. 2. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112469.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

BRASIL. Lei Ordinária n. 13.003, 24 de junho de 2014. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, com a redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, para tornar obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviços. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 25 jul. 2014. p. 2. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13003.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. **Superior Tribunal de Justiça**. Brasília, DF, 2016a. Disponível em: <<http://www.stj.jus.br/sites/STJ>>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. **Supremo Tribunal Federal**. Brasília, DF, 2016b. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/principal/principal.asp>>. Acesso em: 20 maio 2016.

_____. **Conselho Nacional de Justiça**. Brasília, DF, 2016c. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/>>. Acesso em: 21 maio 2016.

BUCCI, Maria Paula Dallari. Políticas públicas e direito administrativo. **Revista de Informação Legislativa**. Brasília, DF, v. 34, n. 133, p. 89-98, jan./mar. 1997. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/198/r133-10.PDF?sequence=4>>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. **Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo: Saraiva, 2006. v. 1.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Saúde pública no Brasil sofre com recursos insuficientes. **Agência Câmara Notícias**, Brasília, DF, 8 jan. 2015. Saúde. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/480185-SAUDE-PUBLICA-NO-BRASIL-AINDA-SOFRE-COM-RECURSOS-INSUFICIENTES.html>>. Acesso em: 14 maio 2016.

CAMPOS, António Correia de; SIMÕES, Jorge. **O percurso da saúde: Portugal na Europa**. Coimbra: Almedina, 2011.

CARDOSO, Fábio Luiz Lopes. **A influência do relatório Beveridge nas origens do Welfare State (1942-1950)**, [Araraquara, 2010]. Disponível em: <<http://sinteseeventos.com.br/bien/pt/papers/fabioluizlopesAINFLUENCIADORELATORIO BEVERIDGE.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2016.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2016.

CARVALHO, Cristiane Oshiro Mocelin de; et al. Qualidade em saúde: conceitos, desafios e perspectivas. **Revista Brasileira de Nefrologia**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 216-222, dez. 2004. Disponível em: <www.jbn.org.br/export-pdf/314/26-04-05.pdf>. Acesso em: 24 maio 2016.

CECHIN, José. **A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulação**. São Paulo: Letras & Lucros, 2008.

_____. _____. São Paulo, set. 2008. Disponível em: <<http://www.iess.org.br/html/Roche5set2008.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2016.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. **Saúde não é negócio nem mercadoria, é direito de cidadania**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2015/04/tese-do-cebes-para-a-15a-conferencia-nacional-de-saude/>>. Acesso em: 14 maio 2016.

COMPARATO, Fábio Konder. **Para viver a democracia: planejar o desenvolvimento: a perspectiva institucional**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

_____. **Para viver a democracia**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Informações sobre a saúde suplementar no Brasil**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=22200:informaco-es-sobre-a-saude-suplementar-no-brasil&catid=3>. Acesso em: 2 jun. 2016.

CRESPO, Angela. **Consumidor está insatisfeito com o plano de saúde**. São Paulo, 23 jul. 2015. Disponível em: <<http://www.consumoempauta.com.br/consumidor-insatisfeito-com-plano-de-saude/>>. Acesso em: 21 maio 2016.

CRETELLA, José Júnior. Conceito moderno do serviço público. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 61, n. 2, p. 190-236, 1966. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/viewFile/66490/69100>>. Acesso em: 21 maio 2016.

CRUZ, Débora. Planos de saúde perderam mais de 200 mil clientes em três meses. **G1**, Brasília, DF, 26 out. 2015. Disponível em: <<http://g1.globo.com/economia/noticia/2015/10/planos-de-saude-perderam-mais-de-200-mil-clientes-em-tres-meses.html>>. Acesso em: 2 jun. 2016.

DICIONÁRIO do Aurélio. [S.l., 2016]. Disponível em: <<https://dicionariodoaurelio.com/qualidade>>. Acesso em: 21 maio 2016.

DIMOULIS, Dimitri; MARTINS, Leonardo. **Teoria geral dos direitos fundamentais**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

DINIZ, Vera Cristina Azevedo Diniz. **A influência das políticas de financiamento no desempenho económico: financeiro dos hospitais públicos Portugueses**. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2013.

ELIAS, Paulo Eduardo. **Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo**. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 41-46, jul./set. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v18n3/24777.pdf>>. Acesso em: 30 mar.2016.

FERNANDES, Caio César F. **A polêmica questão do seguro-Saúde nos Estados Unidos**. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://cientifico.cardiol.br/cardiosource2/noticias/int_noticia03.asp>. Acesso em: 4 dez. 2015.

FERRAZ, Octávio Luiz Motta; VIEIRA, Fabíola Sulpino. **Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante**. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Direito_a_Saude_Recursos_escassos_e_equidade.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2016.

FERREIRA, Clara Fontes et al. **Organização Mundial da Saúde: Guia de estudos**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <<http://sinus.org.br/2014/wp-content/uploads/2013/11/OMS-Guia-Online.pdf>>. Acesso em: 4 dez. 2015.

FIGUEIREDO, Leonardo Vizeu. **Curso de direito de saúde suplementar: manual jurídico de planos e seguros de saúde**. São Paulo: MP, 2006.

FREY, Klaus. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referente à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, Rio de Janeiro, n. 21, p. 211-259, jun. 2000. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/89>>. Acesso em: 25 jul. 2016.

GERSCHMAN, Silvia et al. O papel necessário da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação das relações entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 463-476, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n2/04.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2016.

GIAQUETO, Adriana. A descentralização e a intersetorialidade na política pública de assistência social. **Serviço Social & Saúde**, Campinas, v. 9, n.10, p. 79-102, dez. 2010.

GRINOVER, Ada Pellegrini et. al. **Código brasileiro de defesa do consumidor: comentado pelos autores do anteprojeto**. 9. ed. rev., atual e ampl. Rio de Janeiro: Forense Universitário, 2007.

HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Matar; MARQUES, Eduardo (Org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

IBGE. **Estatísticas do Século XX**. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/29092003estatisticasecxxhtml.shtm>>. Acesso em: 14 nov.2015.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: análise de resultados**. Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/analise.shtm>>. Acesso em: 14 maio 2016.

IDEC. **Estudo do Idec mostra que operadoras de planos de saúde devem ao SUS mais de R\$ 742 milhões**. São Paulo, 5 mar. 2015. Disponível em: <<http://www.idec.org.br/em-acao/em-foco/estudo-do-idec-mostra-que-operadoras-de-planos-de-saude-devem-ao-sus-mais-de-r-742-milhes>>. Acesso em: 21 de maio de 2016.

_____. **Ações judiciais**. São Paulo, 2016. Disponível em: <<http://www.idec.org.br/consultas/acoes-judiciais>>. Acesso em: 24 maio 2016.

INMETRO. **Qualidade/avaliação da conformidade: a atividade de avaliação da conformidade**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://www.inmetro.gov.br/qualidade/>>. Acesso em: 21 de maio de 2016.

JÚNIOR, Cesarino. Sobre o conceito do “Direito Social”. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 36, p. 1-2, 1941. Disponível em: <www.revistas.usp.br/rfdusp/article/download/65966/68577>. Acesso em: 8 maio 2016.

LIMA, Javert de Souza. Da mensagem de Bismarck ao Plano Beveridge. **Revista da Faculdade de Direito da UFMG**, Belo Horizonte, v. 9, p. 125-131, 1957. Disponível em: <www.direito.ufmg.br/revista/index.php/revista/article/download/604/571>. Acesso em: 4 maio 2016.

LIMA, Waner Gonçalves. Política Pública: discussão de conceitos. **Interface**, Natal, n. 5, p. 49-54, out. 2012, p. 50. Disponível em: <<http://www.ceap.br/material/MAT26022013171120.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2016.
LUNARDI, Soraya Regina Gasparetto; DIMOULIS, Dimitri. **Dimensões da constitucionalização das políticas públicas**. (No prelo, 2016).

MAGRINI, Silva Camila. Controle legislativo das decisões da Anvisa. **Revista Jurídica Consulex**. Brasília, DF, v. 19, p. 34-40, 2015.

MARQUES, Cláudia Lima. **Contratos no Código de Defesa do Consumidor: o novo regime das relações contratuais**. 5. ed. São Paulo: RT, 2005.

_____.; BENJAMIM, Antônio Herman V.; MIRAGEM, Bruno. **Comentários ao Código de Defesa do Consumidor**. 2. ed. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2006.

MAXIMILIANO, Carlos. **Hermenêutica e aplicação do direito**. 8. ed. São Paulo: Freitas Bastos, 1965.

MÉDICI, André. A seguridade social e a saúde. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **A Previdência Social e a Revisão Constitucional**. Brasília, DF: CEPAL, 1994. (Debates, v.2).

_____. **O índice de desenvolvimento do SUS (IDSUS)**. Rio de Janeiro, 5 mar. 2014. Disponível em: <<http://monitordesaude.blogspot.com.br/2012/03/o-indice-de-desempenho-do-sus-idsus.html>>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. **26 anos de SUS: avanços e desafios**. Rio de Janeiro, 29 jul. 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2014/07/26-anos-de-sus-avancos-e-desafios-andre-medici/>>. Acesso em: 20 maio 2016.

MINCATO, Ramone. Política públicas e sociais: uma abordagem crítica e processual. In: OLIVEIRA, Mara de; BERGUE, Sandro Trescastro. (Org.). **Políticas públicas: definições, interlocuções e experiências**. Caxias do Sul: Educs, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de Informação de Ressarcimento e Integração com o SUS**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/periodicos/caderno_informacao_ressarcimento_2008_jun.pdf>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde, 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>>. Acesso em 21 maio 2016.

MONTEIRO, Maurílio de Abreu; RAVENA, Nirvia; CONDE, Cláudio Luciano da Rocha. Judicialização da regulação e perda da qualidade do fornecimento de energia elétrica em áreas periféricas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 2, p. 403-419, mar./abr. 2013.

MONTONE, Januário. **Evolução e desafios do setor de saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2003. (Série ANS, n. 4). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ans/serie_ans4.pdf>. Acesso em: 21 maio 2016.

MOREIRA, Egon Bockmann. Os princípios constitucionais da atividade econômica. **Revista da Faculdade de Direito UFPR**, Curitiba, v. 45, p. 103-111, 2006. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/direito/article/view/8751/6577>>. Acesso em: 21 maio 2016.

NAHAS, Tatiana; MIELKI, Ana Cláudia. Os desafios da relação público x privada do SUS. **DiverCIDADE: Revista Eletrônica do Centro de Estudos Metrópole**, São Paulo, abr. / set. 2009. Disponível em: <<http://www.fflch.usp.br/centrodametropole/antigo/v1/divercidade/numero19/3.html#b>>. Acesso em: 21 maio 2016.

NASCIMENTO, Sueli do. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 101, p. 95-120, jan./mar. 2010.

NERY JÚNIOR, Nelson. **Soluções práticas de direito**. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2010. v. 1.

NIETZSCHE, Friedrich. **Humano demasiado humano**. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

NOGUEIRA, Roberto Passos. As Agências Reguladoras da saúde e os direitos sociais. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**, Brasília, DF, n. 5, p. 101-105, ago. 2002. Disponível em: <http://ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/politicas_sociais/ensaio1_Roberto5.pdf>. Acesso em: 1 jun.2016.

OLIVEIRA, José Carlos de; PEREZ FILHO, Augusto Martinez; WOOD, S. Q. Agências Reguladoras e o fenômeno da captura. **Pensar (UNIFOR)**, Fortaleza, v. 17, p. 195-209, 2012.

OLIVEIRA, Vanessa E. de. Judiciário e privatizações no Brasil: existe uma judicialização da política? **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 559-587, 2005.

OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946**. Nova Iorque, 22 jul. 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Genebra, 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>>. Acesso em: 21 maio 2016.

PARA 6 em cada 10 brasileiros, saúde no país é péssima. **Folha de S. Paulo**. São Paulo, 13 out. 2015. Cotidiano. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2015/10/1693244-para-6-em-cada-10-brasileiros-saude-no-pais-e-pessima.shtml>>. Acesso em: 21 maio 2016.

PEREZ FILHO, Augusto Martinez. **Agências reguladoras: participação cidadã no seu controle e gestão como forma de combate a captura**. 2012. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista, “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2012.

PLANOS de saúde registram mais de 100 mil reclamações em um ano. **Jornal Hoje**. Rio de Janeiro: Rede Globo, 23 jul. 2015. Programa de TV. Disponível em: <<http://g1.globo.com/jornal-hoje/noticia/2015/07/planos-de-saude-registram-mais-de-100-mil-reclamacoes-em-um-ano.html>>. Acesso em: 21 maio 2016.

PRISCO, Thiago. Assistência social: A política (inter)setorial. **Revista Gestão & Políticas Públicas –RGPP**, São Paulo, v. 2, p. 134-149, 2012.

POSSAS, Cristina A. **Saúde e trabalho: a crise da previdência social**. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

QUEIROZ, Alberto Novais de; MONTEIRO, Augusto de Oliveira. Marco regulatório e assimetria de informações. **Revista e Planejamento**, Salvador, ano 5, n.9, p. 6-14, jan./jun. 2004.

REDE LUIZ FLÁVIO GOMES. **A Segunda Seção do STJ aprovou a Súmula 469 que determina a aplicação do CDC aos contratos de plano de saúde**. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://lfg.jusbrasil.com.br/noticias/2492399/a-segunda-secao-do-stj-aprovou-a-sumula-469-que-determina-a-aplicacao-do-cdc-aos-contratos-de-plano-de-saude>>. Acesso em: 23 maio 2016.

RIBAS, Barbara Kirchner Corrêa. **Processo regulatório em saúde suplementar: dinâmica e aperfeiçoamento da regulação para a produção da saúde**. 2009. Dissertação (Mestrado em Direito) - Universidade Federal do Estado do Paraná, Curitiba, 2009. Disponível em: <http://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/19112/BarbaraKirchner_MestradoUFPR_Dissertacao%20vf.pdf?sequence=1>. Acesso em: 21 de maio de 2016.

RIPSA. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2016.

RODRIGUEZ, José Rodrigo. Pesquisa empírica e Estado de direito: a dogmática jurídica como controle do poder soberano. In: CONPEDI, 15, 2006, Manaus, **Anais....** Manaus: CONPEDI, 2006. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/manaus/teoria_do_direito_jose_rodrigo_rodriguez.pdf>. Acesso em: 21 maio 2016.

RUA, Maria das Graças. **Políticas públicas**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2009.

_____. **Análise de políticas públicas: conceitos básicos**. [Jaboatão dos Guararapes], 27 ago. 2007. Disponível em: <<http://estadoedemocracia.blogspot.com.br/2007/08/analise-de-politicas-publicas-conceitos.html>>. Acesso em: 21 maio 2016.

RUA, Maria das Graças; ROMANINI, Roberta. **Tipologias e tipos de políticas públicas**. Florianópolis, 2012. Disponível em: <http://igepp.com.br/uploads/ebook/para_aprender_politicas_publicas_-_unidade_04.pdf>. Acesso em: 21 maio 2016.

SALLES, Pedro. **História da medicina no Brasil**. Belo Horizonte: G. Holman, 1971.

SALOMÃO, Lúcia. Pesquisa diz 93% dos brasileiros estão insatisfeitos com o SUS e saúde privada. **G1**, Rio de Janeiro: 19 ag. 2014. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2014/08/pesquisa-diz-que-93-estao-insatisfeitos-com-sus-e-saude-privada.html>>. Acesso em: 21 maio 2016.

SÁNCHEZ-CASTAÑEDA, Alfredo. **La seguridad y la protección social en México: su necesaria reorganización**. México (Ciudad): UNMAM, 2012. Capítulo primeiro. Disponível em: <<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3120/4.pdf>>. Acesso em: 2 maio 2016.

SARAIVA, Alessandra. IBGE: quase um terço da população contava com plano de saúde em 2013. **Valor Econômico**, São Paulo, 2 jun. 2015. Disponível em: <<http://www.valor.com.br/brasil/4077694/ibge-quase-um-terco-da-populacao-contava-com-plano-de-saude-em-2013>>. Acesso em: 21 maio 2016.

SARAIVA, Iram de Almeida. Projeto de Lei n. 93, de 8 de julho de 1993. Proíbe a exclusão de cobertura de despesas com tratamento de determinadas doenças em contratos que asseguram atendimento médico-hospitalar pelas empresas privadas de seguro saúde ou assemelhadas. (dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência a saúde). **Diário do Congresso Nacional**, Brasília, DF, 9 jul. 1993. Seção 2. Disponível em: <<http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/27148>>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Projeto de Lei n. 4.425, de 3 de março de 1994. Proíbe a exclusão de cobertura de despesas com tratamento de determinadas doenças em contratos que asseguram atendimento médico-hospitalar pelas empresas privadas de seguro-saúde ou assemelhados. **Diário do Congresso Nacional**, Brasília, DF, 4 mar. 1994. Seção 1. p. 2.907. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=221429>>. Acesso em: 21 maio 2016.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 9. ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.

SIMÕES, Jorge. Tendências internacionais nas políticas públicas de saúde. **Janus**, Lisboa, 2009. Disponível em: <http://janusonline.pt/2009/2009_2_12.html#dados>. Acesso em: 21 maio 2016.

SINDICATO MÉDICO DO RIO GRANDE DO SUL. **Mais de 80% dos brasileiros estão descontentes com o serviço de saúde pública**. Porto Alegre, 16 mar. 2016. Disponível em: <<http://www.simers.org.br/2016/03/mais-de-80-dos-brasileiros-estao-descontentes-com-o-servico-de-saude-publica/>>. Acesso em: 21 maio 2016.

SOBRAL, Bruno. Qualiss é a aposta da ANS para estimular a competição entre os hospitais. Entrevistadora: Rebeca Bastos. **Diagnóstico: Gestão em Saúde**, Salvador, 3 jan. 2013. Disponível em: <<http://www.diagnosticoweb.com.br/noticias/gestao/entrevista-qualiss-e-a-aposta-da-ans-para-estimular-a-competicao-entre-os-hospitais.html>>. Acesso em: 21 maio 2016.

SOUZA, Celina. “Estado do Campo” da pesquisa em políticas públicas no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 51, p.15-20, fev. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v18n51/15983.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul. /dez. 2006.

_____. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Matar; MARQUES, Eduardo (Org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

THE WORLD BANK. **Working for a World Free of Poverty**. Whashington, DC, [2006]. Disponível em: <<http://www.worldbank.org/>>. Acesso em: 21 maio 2016.

VALENTE, Patrícia Pessoa. **Avaliação de impacto regulatório: uma ferramenta à disposição do Estado**. 2010. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

VÁZQUEZ, Daniel; DELAPLACE, Domitilie. Políticas públicas na perspectiva de direitos humanos: um campo em construção. **SUR**, São Paulo, v. 8, n. 14, p. 34-65, jun. 2011.