



A POSSIBILIDADE DE COBRANÇA DE SERVIÇOS VINCULADOS AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SOLUÇÃO PARA O CAOS NA SAÚDE OU AFRONTA À CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.

Patrícia Messa Urrutigaray¹
Paulo Giovani Cendron²

RESUMO: Este trabalho tem como objetivo apresentar a discussão em torno de ação proposta pelo Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul contra o Município de Canela, RS na Justiça Federal da 4ª Região que chegou ao Supremo Tribunal Federal onde foi promovida audiência pública tendo em vista que a decisão daquele Tribunal serviria para todos os usuários do Sistema Único de Saúde – SUS do Brasil. Tal ação previa a possibilidade de cobrança de taxa extra aos pacientes do sistema que quisessem pagar para ter acesso diferenciado. Tal artigo visa responder ao seguinte questionamento: A proposta em questão é uma solução para os problemas existentes no Sistema Único de Saúde – SUS ou é uma afronta ao estabelecido na Constituição Federal de 1988?

Palavras-chave: Constituição Federal, Saúde, Cobrança, Sistema Único de Saúde

ABSTRACT: This paper aims to present the discussion on action proposed by the Regional Council of Medicine of Rio Grande do Sul against the city of Canela, RS in the 4th Region Federal Court that reached the Supreme Court where he was promoted public hearing with a view that the decision of that Court would serve to all users of the Unified Health System - SUS Brazil. This action provides for the possibility of an extra fee to the system of patients who would pay to have differentiated access. This article aims to answer the following question: The proposal in question is a solution to the problems in the Unified Health System - SUS or is an affront to the established in the Federal Constitution of 1988?

Keywords: Federal Constitution, Health, Billing, Health System

¹ Secretária Municipal da Saúde de Guaporé, RS. Mestre em Direito – Linha de Concentração Políticas Públicas da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. pati_urrutigaray@hotmail.com

² Advogado. Assessor Jurídico do Município de Guaporé, RS. Especialista em Advocacia Criminal.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O objetivo do presente artigo é refletir acerca do direito fundamental à saúde previsto na Constituição de 1988, bem como analisar a discussão proposta na ação movida pelo Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul contra o Município de Canela, RS na Justiça Federal da 4ª Região que chegou ao Supremo Tribunal Federal.

Como a decisão do Supremo atingiria todos os usuários do Sistema Único de Saúde – SUS foi promovida audiência pública para ouvir diversos órgãos envolvidos.

Além disso se questiona se a proposta é uma solução para os problemas existentes no Sistema Único de Saúde – SUS ou se estamos diante de uma afronta ao estabelecido na Constituição Federal de 1988 que é o acesso universal e igualitários para todos.

1 A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL E O PAPEL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

A saúde como um direito fundamental do cidadão decorre de um processo histórico, que ganha importância e positivação em documentos jurídicos na esfera internacional de forma expressa, ou, implícita e indiretamente por meio do Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, tendo em vista que o respeito a esse princípio depende também de mecanismos para prevenir e erradicar doenças quando estas se manifestam.

A promoção pelo direito à saúde encontra-se prevista na Constituição da Organização Mundial da Saúde de 1946, na Declaração Universal dos Direitos do Homem de 1948 (SEITENFUS, 2004, p. 250 e 253) e no Pacto Internacional de Direitos Econômicos Sociais e Culturais de 1976³, sendo o Brasil um dos seus signatários. Desse modo o legislador constituinte de 1988 dispôs:

³ O preâmbulo do presente pacto consagra que os direitos nele contidos decorrem da dignidade inerente à pessoa humana, consagrando em seu artigo 12 que “1. Os Estados partes no presente pacto reconhecem o direito de todas as pessoas de gozar do melhor estado de saúde física e mental possível de atingir. 2. As medidas que os Estados partes no presente pacto tomarem com vista a assegurar o pleno exercício deste direito deverão compreender as medidas necessárias para

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

O artigo citado possui conteúdo jurídico bastante abrangente, interferindo diretamente no planejamento dos entes públicos, já que a não realização de políticas públicas no sentido de fornecer tratamentos de saúde, abrangendo, por exemplo, os medicamentos, bem como amenizar a proliferação de doenças ou o surgimento de novas doenças, faz surgir um conflito social que, em muitos casos, requer a interferência do Poder Judiciário para solucionar o impasse existente entre as partes.

É para evitar esse tipo de problema, e a rotineira discussão de que o princípio da independência entre os poderes (art. 2º, CR/1988) deve prevalecer no julgamento das ações judiciais na área da saúde, cuja tese é de que o Judiciário não pode impor decisões que alterem o planejamento orçamentário traçado pelo Poder Executivo, que impera a importância de estabelecer metas compartilhadas entre os entes federados, para a realização dos serviços de saúde.

O próprio texto constitucional, visando à imposição de responsabilidades compartilhadas entre a União, os Estados e os Municípios, no que tange à execução das políticas públicas na área da saúde, dispõe que essas ações e serviços formam uma *rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único* (art. 198, caput, CR/1988) o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é regido pelas seguintes diretrizes: a) *descentralização, com direção única em cada esfera de governo*; b) *atendimento integral*; e c) *participação da comunidade nas estratégias dos serviços de prevenção e erradicação de doenças*.

Assim, o SUS é composto pela rede pública de saúde e pela rede privada, pois *a assistência à saúde é livre à iniciativa privada*, admitindo-se a participação das instituições privadas, preferencialmente as de caráter filantrópico e sem fins lucrativos, na prestação dos serviços públicos de saúde, apenas de forma complementar, desde que observadas as regras previstas na Lei Federal n.º 8.666/1939 (Lei de Licitações e contratos administrativos) e as disposições regradas pelos órgãos encarregados da regulamentação e fiscalização desses serviços em

assegurar: [...] d. A criação de condições próprias a assegurar a todas as pessoas serviços médicos e ajuda médica em caso de doença.” (SEITENFUS, 2004, p. 292 e 296).

âmbito nacional. Sobre esse ponto, importante referir os esclarecimentos de Schwartz (2001, p. 192):

há a rede pública de saúde e a rede privada (por contratação ou convênio). Ambas as redes formam uma rede regional (para que sejam respeitadas as particularidades locais) e hierárquica, que devem estrita observância aos princípios do SUS (integralidade, igualdade e participação da comunidade). Daí surge um Sistema único de Saúde. Portanto, existe um único sistema de saúde, mesmo que composto por sistemas de natureza jurídica diferenciada, visto que todos estão subordinados aos mesmos princípios. (SCHWARTZ, 2001, p. 192):

A Lei Federal n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, também chamada Lei Orgânica da Saúde, trata da organização e do funcionamento do Sistema Único de Saúde⁴, bem como das competências para elaborar e executar as ações e serviços desenvolvidos pelos entes da Administração Pública e privados. Reconhece, também, que a saúde é um direito fundamental do ser humano, destacando caber ao Estado implantar as condições indispensáveis ao seu inteiro exercício (art. 2º, *caput*). Esse ato normativo traça as competências da União, do Estado e dos Municípios no âmbito do SUS, nos artigos 16 a 19.

Importante esclarecer, que o processo de articulação da organização, gestão e responsabilidades de cada esfera de gestão do SUS ocorre em duas instâncias de pactuação: a primeira na esfera nacional, pela Comissão Intergestores e Tripartite (CIT); e a segunda na esfera estadual, pela Comissão Intergestores e Bipartite – CIB/RS. As ações estratégicas de organização do SUS e a articulação interfederativa encontram-se disciplinadas no Decreto Federal n.º 7.508⁵, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Federal n.º 8.080/1990.

Esse Decreto contextualiza o modelo de sistema de saúde brasileiro e especifica o procedimento para a instituição das *regiões de saúde* e a *hierarquização* no que tange às ações e aos tipos de serviços, caracterizados como *Portas de Entrada* nas Redes de Atenção à Saúde (art. 9º), que deverão ser prestados pelos Municípios e financiados conjuntamente pela União e Estados. Assim, reestruturou-

⁴ A Lei Federal n.º 8.080/1990 (4º, *caput*) menciona que o SUS é composto por um conjunto de ações e serviços de saúde, fornecidos por órgãos e instituições de caráter público em âmbito federal, estadual e municipal, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

⁵ Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

se a forma de como devem ser desenvolvidas e executadas as políticas públicas de efetivação do direito à saúde por meio do SUS, conforme será analisado.

A Lei Federal n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, solidifica a importância da participação da sociedade civil no SUS, bem como apresenta os requisitos e as exigências para o repasse de recursos, fundo a fundo, pelo Ministério da Saúde aos demais entes federados, nos seguintes termos:

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Entende-se que a Lei n.º 8.142/1990 estabelece os requisitos principais para o planejamento e o desenvolvimento das ações básicas na área da saúde, a fim de controle específico no que se refere ao direcionamento dos recursos e, principalmente, a aplicação destes na promoção, recuperação e proteção da saúde da população, seguida da prestação de contas aos órgãos de fiscalização e ao ente repassador.

1.2 Princípios e objetivos

Com relação aos princípios e diretrizes que regulamentam o SUS, previstos no artigo 7º e seus incisos da Lei n.º 8.080/1990, instituídos em conformidade com o disposto no artigo 198 da atual Constituição brasileira, três deles serão enfatizados pela importância que possuem na ordem jurídica e correlação com o tema desse trabalho, quais sejam: princípio da universalidade, da igualdade e da descentralização político-administrativa.

O primeiro (*princípio da universalidade*) refere que as ações e os serviços públicos exercidos pelo SUS devem beneficiar a todos, independentemente de

condições financeiras, raça, cor, sexo, ou qualquer outro atributo. Esses serviços se encontram em conexão com a classificação subjetiva do direito à saúde. Nas palavras de Weichert (2004, p. 158), as ações tanto no aspecto de prevenir quanto no de curar, “devem ser concebidas como de livre acesso e desenvolvidas para toda a população, salvo, obviamente, quando destinadas, a um determinado grupo social em função de patologias específicas.”

O segundo (*princípio da igualdade*), seu conteúdo está vinculado com o acesso universal ao SUS, no sentido de que o que for proporcionado para um, deve ser ao mesmo tempo concedido ao outro; não pode haver escolhas pelo sistema uma vez que o referido procedimento seria trágico, pois se estaria sacrificando o direito de um em benefício do outro, o que acarretaria violação ao princípio em questão e, principalmente, o da dignidade da pessoa humana. Porém, se observa que, na prática, não lhe é assegurado o devido respeito, então vejamos:

Conflita, pois, com o princípio da igualdade de assistência a utilização de estruturas públicas de saúde (hospitais, clínicas, postos) para o atendimento oneroso de pacientes privados com tratamento diferenciado. É o fenômeno da *dupla porta*, que propicia, a esses pacientes, atendimento imediato, sem filas e em quartos individuais, enquanto o cidadão que não tem condições de pagar pelo atendimento privado se submete a longa espera pelo mesmo tratamento, que será realizado em enfermaria com precário conforto. Assim, com base na condição econômica do paciente lhe é dado atendimento privilegiado. Nem se sustente que tal atendimento é possível por ser realizado à margem do SUS, pois, nos termos do artigo 4º da Lei nº 8.080/90, todos os serviços públicos de saúde integram necessariamente o sistema. Ou seja, em sendo um hospital público municipal, estadual ou federal, todo o atendimento realizado se submete aos ditames constitucionais e legais do Sistema Único de Saúde, inclusive o da igualdade. Causa realmente espécie notar que um país tão carente de serviços de saúde para a população pobre possa se dar ao luxo de destinar leitos e equipamentos públicos para pacientes privados. Essa prática, portanto, é flagrantemente inconstitucional e não pode ser tolerada sob o falacioso argumento de que os rendimentos gerados por esses atendimentos revertem a favor dos pacientes do sistema público. (WEICHERT, 2004, p. 158)

O terceiro (*princípio da descentralização político-administrativa*) trata da atribuição de responsabilidades pela execução das ações e serviços de saúde para os demais entes, sendo a direção do SUS exercida de forma uníssona em cada esfera de governo, nos termos do art. 198, inciso I, da CF/1988, exercida no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; e, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios pelas respectivas Secretarias de Saúde ou órgão equivalente. Nesse processo vislumbra-se a descentralização, pela qual

o SUS remete a execução das ações e serviços públicos de saúde para os entes locais, que, próximos da população, possuem a melhor condição de avaliar as necessidades mais prementes e desenvolver as condutas mais eficazes de prevenção e tratamento. (WEICHERT, 2004, p. 166)

A Lei Orgânica da Saúde prevê a possibilidade de a direção estadual do SUS delegar ao Município a concretização dos serviços e das ações de saúde. Ao optar pela municipalização, como ocorreu no Estado do Rio Grande do Sul (art. 241, *caput*, da Constituição gaúcha) nosso estado não poderá mais decidir sobre o planejamento do sistema, bem como passará a colaborar técnica e financeiramente com os entes públicos locais.

Outro ponto a destacar, e de considerado apreço na promoção e recuperação da saúde da população, é a regra explícita no artigo 43⁶ da Lei Federal n.º 8.080/1990, que prevê a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), sobre a gratuidade das ações e dos serviços de saúde a serem prestados Poder Público. No entendimento de Weichert (2004, p. 161 a 163), inexistente extensão ideal na estrutura do Estado social brasileiro para cobrar donativos pelos serviços estatais na área sanitária, propiciados à população, em razão dos seguintes motivos:

Primeiro, pelo próprio conteúdo da universalidade, que conduz ao dever do Estado de cuidar da saúde de todos os cidadãos indistintamente [...]. A cobrança implicaria, assim, em novamente se restringir os serviços a determinada parcela da população (aquela que tem condições de contribuir) e, com isso, afastar-se-ia a universalidade. Vale dizer, os conceitos de universalidade e onerosidade são auto-excludentes. [...] Segundo, pela atuação estatal de promoção da saúde ser um serviço público genérico e indivisível, incompatível com a cobrança de taxas (artigo 145, inciso II, da Constituição) e, muito menos, de preço público (pois essa espécie de cobrança traz subjacente o conceito de serviço estatal prestado com fins de lucro e com natureza contraprestacional). [...] Terceiro, pela condição social da população brasileira, esmagada pela pobreza (basta examinar os níveis de distribuição de renda), que reduziria a possibilidade de cobrança – sem supressão das condições mínimas de sobrevivência – a um percentual mínimo do povo.

Por tais fundamentos, a hipótese de o munícipe que procura a rede pública de saúde participar financeiramente, no sentido de o Município oferecer um tipo de “auxílio saúde”, que consiste numa espécie de contrapartida que o Poder Público fornece à pessoa nas despesas com o tratamento ou com a consulta, é ilegal. Sobre

⁶ Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

a matéria o Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul (TCE/RS) opinou no sentido de o “Auxílio Saúde” criado pelo Município fere os princípios da universalidade e da igualdade, que são basilares na estruturação e prestação dos serviços de saúde, conforme trecho do relatório a seguir descrito:

[...] A lei municipal que instituiu o Auxílio Saúde - Lei nº 1.769/05 - ofende os princípios constitucionais da universalidade e igualdade no acesso à saúde, por não conformar-se às normas do SUS e por estabelecer critérios de renda para a concessão dos auxílios. Tais auxílios serviram para pagamentos a consultas e exames particulares, desatendendo o art. 198 da CF e a Lei nº 8.080/90, que preveem o encaminhamento por intermédio de rede regionalizada e hierarquizada, da qual o Município faz parte. Ainda, tais encaminhamentos a atendimentos particulares se deram sem o devido encaminhamento formal, com cobrança fora das normas do SUS. [...] ⁷

Sobre os principais objetivos e as diretrizes do SUS cumpre referir: a) os serviços devem ser prestados na sua integralidade, abrangendo as diversas concepções do processo saúde/doença e as formas de atuação sobre as diversas fases de processo; b) estruturação no atendimento à população de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos; c) publicidade das informações quanto aos serviços executados na rede pública de saúde e mobilização do usuário para usufruí-los; d) possibilidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e) participação da comunidade na formulação das políticas públicas de prevenção, proteção e recuperação da saúde; e, f) reconhecer e dar publicidade dos fatores condicionantes e determinantes da saúde (artigos 5º e 7º, da Lei n.º 8.080).

Atualmente se discute a ideia de equidade na política de atendimento do SUS, a fim de contrapor a abrangência dos princípios da universalidade e da igualdade. Aquele princípio tem por meta a fixação de critérios no atendimento da população, considerando as condições sociais, de gravidade da doença, da localização geográfica do paciente/SUS, da execução de políticas de proteção e recuperação da saúde, da idade, da existência de profissionais, dentre outros fatores que possam ser justificados pelas esferas de governo.

⁷ Parte do voto proferido no parecer com a seguinte ementa: PARECER FAVORÁVEL. MULTA. ADVERTÊNCIA. Falhas apuradas que desvelam descumprimento de normas de administração financeira e orçamentária ensejam aplicação de pena pecuniária ao responsável, bem como advertência à Origem para que adote as medidas corretivas pertinentes e não-reincida em situações como as destacadas. Processo n.º 002011-02.00/07-6. Exercício 2006. Data 19/12/2007. Publicação 14/02/2008. Boletim 117/2008. Órgão Julg. SEGUNDA CÂMARA. Relator: CONS. HELIO SAUL MILESKI. Gabinete: HELIO SAUL MILESKI.

2 A DISCUSSÃO NO STF DE PAGAMENTO DE TAXA AO SUS PARA PACIENTE TER ACESSO DIFERENCIADO

A proposta de pagamento de taxa ao Sistema Único de Saúde para paciente ter acesso diferenciado chegou ao Supremo Tribunal Federal através de recurso do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul⁸.

No caso concreto, o Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (Cremers) entrou com uma Ação Civil Pública contra o município de Canela (RS), gestor municipal do SUS, argumentando que o paciente pode optar por outras acomodações, desde que pague pela diferença (OLIVON, 2014).

O Tribunal Regional Federal (TRF) da 4ª Região, porém, proibiu esse tipo de pagamento. Para o TRF, mesmo sem ônus para o Estado, essa possibilidade de remuneração permite tratamento diferenciado aos pacientes dentro de um sistema que prevê o acesso universal e igualitário da população (OLIVON, 2014).

Como a decisão do Supremo atingiria todos os usuários do SUS do país, foi realizada uma audiência pública⁹, convocada pelo relator do processo, o ministro Dias Toffoli, com o intuito de ouvir depoimentos de autoridades e especialistas¹⁰ sobre o que foi chamada “diferença de classe” nas internações hospitalares pelo Sistema Único de Saúde – SUS (BRÍGIDO, 2014).

Houve muita divergência entre os representantes da Federação das Santas Casas de Misericórdia, dos Hospitais e Entidades Filantrópicas do Rio Grande do Sul, do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul e do Ministro da Saúde, Arthur Chioro (RICHTER, 2014).

O presidente da Federação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas do Rio Grande do Sul, Júlio Dorneles de Mattos, destacou a importância do SUS para as 2,1 mil instituições sem fins lucrativos em todo o país, e

⁸ A polêmica chegou ao STF por meio de um recurso do Conselho Regional de Medicina (CRM) do Rio Grande do Sul contra decisão da Justiça Federal da 4ª Região, que negou o pedido para restabelecer essa prática, proibida desde 1991. O procedimento era comum em hospitais privados e em casas de misericórdia que recebiam repasses do SUS por atendimentos a pacientes da rede pública. (BRÍGIDO, 2014).

⁹ Os depoimentos servirão para ajudar os ministros no julgamento da ação, que discute se uma pessoa pode ter acesso a uma acomodação melhor no SUS, bem como escolher profissionais da saúde de sua preferência, pagando uma diferença. Entre os 14 expositores inscritos está o ministro da Saúde, Arthur Chioro (BRÍGIDO, 2014).

¹⁰ Além do ministro da Saúde, estão inscritos no evento, representantes de Conselhos Regionais de Medicina, entidades em defesa dos usuários do SUS, entidades hospitalares e a Procuradoria Geral da República (BRÍGIDO, 2014).

por isso defendeu os pagamentos extras, como forma de melhorar o atendimento para todos que procuram atendimento (RICHTER, 2014).

Ainda segundo Mattos, as instituições operam com déficit financeiro anual de R\$ 5,1 bilhões por não receberem os custos reais dos pacientes atendidos. De acordo com o presidente, para R\$ 100 em custos, o SUS¹¹ repassa somente R\$ 60 (RICHTER, 2014). E concluiu

Na nossa avaliação, a decisão deve ser por um caminho que conduza a uma sociedade livre, justa e solidária. Livre na medida em que se garanta a autonomia do cidadão de fazer suas escolhas, de contratar da forma que lhe couber. Justa na medida em que o acesso seja universal e regulado pelo gestor, e solidária na medida em que quem tem recursos pode estar contribuindo para que outros, que fazem o uso exclusivamente pelo SUS, tenham melhores condições assistenciais (RICHTER, 2014).

Durante a audiência, o integrante do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul Cláudio Balduino Souto Franzen defendeu os pagamentos complementares, por entender que os valores pagos pelos SUS a hospitais privados e casas de misericórdia no estado são inferiores aos custos das assistências. Ainda segundo ele, o paciente tem o direito de ter atendimento diferenciado, caso possa pagar pelo serviço (RICHTER, 2014).

O representante do CRM do Rio Grande do Sul, o médico fisiatra Claudio Balduino Franzen, mostrou imagens retratando a precariedade dos hospitais públicos¹² e, dessa forma, defendeu o pagamento de taxa extra para melhorar o serviço prestado questionando qual o motivo de não ser possível ao paciente pagar diretamente o hospital, lembrando que os planos de saúde podem pagar os médicos, mas os pacientes não podem fazer isso diretamente (RICHTER, 2014).

Contra o pagamento extra se manifestaram a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a representante da procuradoria do Estado do Rio Grande do Sul e o ministro da Saúde, Arthur Chioro (RICHTER, 2014).

¹¹ Para 75% dos brasileiros, o SUS é o único caminho disponível. O restante da população também pode usar a rede, mas conta com plano de saúde. Em 2014, o sistema promoveu 4,1 bilhões de procedimentos ambulatoriais e 1,4 bilhão de consultas médicas (OLIVON, 2015).

¹² Em uma foto, havia um homem nu fazendo necessidades em uma lixeira, em uma enfermaria. Em outra fotografia, três profissionais de saúde atendiam sozinhos dezenas de pacientes ao mesmo tempo (RICHTER, 2014).

De acordo com o ministro, a proposta criaria privilégio e desorganização no sistema público de saúde, ao deixar a gestão nas mãos dos prestadores privados, além de criar discriminação entre os pacientes (RICHTER, 2014).

O pedido do Conselho Regional de Medicina está impondo uma discriminação às avessas, ampliando as condições de exercício do direito à saúde às pessoas que possuem recursos financeiros, em detrimento da camada mais pobre e mais necessitada da nossa população, disse o ministro Chioro (RICHTER, 2014).

A internação hospitalar com “diferença de classe” no SUS faria com que pessoas com menos posses fossem para um sistema mais precário e pessoas com mais posses, mesmo se utilizando do SUS, tivessem acesso a um serviço melhor de saúde salientou Toffoli (BRÍGIDO, 2014).

Sobre as declarações de déficit nos repasses aos hospitais, o ministro esclareceu que os valores são próximos aos pagos pelos procedimentos feitos por planos privados. “Se fala que a tabela do SUS não remunera adequadamente. Na verdade, a tabela do SUS, há muito tempo vem sendo desmontada para se tornar um sistema de informação de atendimento à saúde. Se trabalha, por exemplo, em relação às santas casas, com um sistema de orçamentação. A alta complexidade é remunerada por procedimento e tem tabelas muito próximas aos valores pagos pelos planos de saúde” (RICHTER, 2014).

O subprocurador-geral da República Humberto Jacques de Medeiros defendeu a igualdade no tratamento de todos os pacientes. Ele argumentou que o SUS é um direito universal, como o direito ao voto, portanto, ele deve ser igual para todos. Medeiros enfatizou aqueles que pagarem poderão votar com hora marcada? É um direito universal. Todos são iguais perante a lei e perante a dor (O GLOBO, 2015).

2.1 A decisão do Supremo Tribunal Federal

No Supremo Tribunal Federal os ministros entenderam, com base no voto do relator, ministro Dias Toffoli, que não se poderia autorizar a criação do que se chamou de “primeira classe do SUS”. De acordo com eles, a Constituição prevê

acesso universal e integral à saúde. Isso significa que o sistema deve ser para todos, dos mais ricos aos mais destituídos (OLIVON, 2015)¹³.

Foi acolhida a defesa do Município de Canela que conduzida pelo advogado Gladimir Chiele da Consultoria de Direito Público – CDP/RS, cuja tese foi acolhida à unanimidade da composição plenária do STF, ante o fato de que a abertura de tal possibilidade aumentaria as filas de espera para internação daqueles que mais necessitavam do SUS (Disponível em: http://cdprs.com.br/decisao_final_STF_diferenca_de_classe.pdf).

Para Chiele, a tentativa do CREMERS visava a internação de qualquer paciente pelo SUS, com a cobertura completa de todos os procedimentos pelo sistema público, podendo-se pagar ao hospital e ao médico uma diferença de

¹³ Íntegra do julgamento do Recurso Extraordinário 581.488 promovido pelo Município de Canela, RS. É constitucional a regra que veda, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a internação em acomodações superiores, bem como o atendimento diferenciado por médico do próprio SUS, ou por médico conveniado, mediante o pagamento da diferença dos valores correspondentes. Essa a conclusão do Plenário, que desproveu recurso extraordinário em que discutida a possibilidade de internação pelo SUS com a faculdade de melhoria do tipo de acomodação recebida pelo usuário mediante o pagamento de diferença entre os valores correspondentes. O Colegiado explicou que o SUS, conforme instituído pela Lei 8.080/1990, prevê dois eixos de ação: estabelece a prestação de serviços públicos de saúde e uma gama de atividades denominadas de ações de saúde, conforme o art. 200 da CF. É regido pelos princípios da: a) universalidade, como garantia de atenção à saúde por parte do sistema a todo e qualquer cidadão, por meio de serviços integrados por todos os entes da federação; b) equidade, a assegurar que serviços de todos os níveis sejam prestados, de acordo com a complexidade que o caso venha a exigir, de forma isonômica, nas situações similares; e c) integralidade, reconhecendo-se cada indivíduo como um todo indivisível e integrante de uma comunidade. Embora os serviços de saúde devam obedecer a esses princípios, estão limitados pelos elementos técnico-científicos, e pela capacidade econômica do Estado. Nesse contexto, possibilitar assistência diferenciada a pessoas numa mesma situação, dentro de um mesmo sistema, vulnera a isonomia e a dignidade humana. Admitir que um paciente internado pelo SUS tenha acesso a melhores condições de internação ou a médico de sua confiança mediante pagamento subverte a lógica do sistema e ignora suas premissas. Além disso, a Constituição não veda o atendimento personalizado de saúde, e admite o sistema privado. Os atendimentos realizados pela rede pública, todavia, não devem se submeter à lógica do lucro, por não ser essa a finalidade do sistema. Ainda que os supostos custos extras corressem por conta do interessado, a questão econômica ocupa papel secundário dentre os objetivos impostos ao ente estatal. A implementação de um sistema de saúde equânime é missão do Estado, que deve buscar a igualdade sempre que chamado a atuar. O Tribunal assinalou que a diferença de classes dentro do sistema também não leva a maior disponibilidade de vagas na enfermaria, porque há um limite de admissão de pessoas para cada estabelecimento, e todo paciente, mesmo em acomodações superiores, é contabilizado dentro do mesmo sistema público. Sublinhou precedentes do STF relacionados ao tema, em que garantido, em casos excepcionais, o tratamento diferenciado, a despeito da proibição de pagamento a título de complementação aos hospitais, por internação de pacientes em quartos particulares. Ocorre que os julgados dizem respeito a casos individuais, baseados na situação clínica de pacientes específicos, e grande parte deles se dera na fase de implementação do SUS. No presente caso, entretanto, se objetiva implementar a diferença de classe de modo amplo e irrestrito. Assim, embora se reconheça que o SUS ainda carece de recursos e de aprimoramento para se consagrar como um sistema que atenda às suas finalidades constitucionais e legais, deve haver esforços no sentido da promoção da igualdade de acesso, e não em sentido oposto, em clara ofensa à Constituição. RE 581488/RS, rel. Min. Dias Toffoli, 3.12.2015. (RE-581488) <http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo810.htm>

classe. Vale dizer que se configuraria o melhor dos mundos a quem dispunha de recursos para pagar médico particular e acomodações melhores junto à entidade hospitalar, pois estaria sendo criada uma porta lateral de entrada no sistema, aumentando a fila de espera de quem precisasse do atendimento inicial do SUS para ser diagnosticado e internado (Disponível em: http://cdprs.com.br/decisao_final_STF_diferenca_de_classe.pdf).

Até então, apesar de o Ministério da Saúde impedir a prática, predominavam no STF decisões favoráveis. Em seu voto, o ministro Dias Toffoli explicou que todos os casos julgados sobre o tema eram individuais, com análise baseada em condição clínica específica do paciente (OLIVON, 2015).

O relator destacou ainda que grande parte dos precedentes da Corte é da época de criação do SUS. “A permissão a atendimento diferenciado se deu mais pelos casos concretos do que por convencimento referente ao sistema global do SUS” (OLIVON, 2015).

No processo em julgamento, o pedido para adoção da “diferença de classes” foi feito de forma ampla e irrestrita e não para situação pontual. Trata-se de ação civil pública que chegou ao STF por meio de recurso com repercussão geral (BRÍGIDO, 2014).

No caso concreto, o Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (Cremers) entrou com uma ação civil pública contra o município de Canelas (RS), gestor municipal do SUS, argumentando que o paciente pode optar por outras acomodações, desde que pague pela diferença (OLIVON, 2015).

O Tribunal Regional Federal (TRF) da 4ª Região, porém, proibiu esse tipo de pagamento. Para o TRF, mesmo sem ônus para o Estado, essa possibilidade de remuneração permite tratamento diferenciado aos pacientes dentro de um sistema que prevê o acesso universal e igualitário da população (RICHTER, 2014).

No Supremo, o procurador do Estado do Rio Grande do Sul, Victor Herzer da Silva, defendeu que se alguém atendido pelo SUS quiser pagar por uma acomodação melhor, deve procurar a iniciativa privada. De acordo com ele, permitir a criação de classes dentro do sistema público tornaria oficial uma conduta que hoje é considerada crime – o pagamento “por fora” para médicos atenderem pela rede pública. “Autorizaria aqueles que têm algum dinheiro disponível a receber tratamento privilegiado” (OLIVON, 2015).

Para Toffoli, permitir que um paciente internado no SUS tenha acesso a melhores médicos ou acomodação subverte a lógica do sistema e ignora seus pressupostos. “Não parece possível que um sistema que se diz igualitário tenha mudanças devido à situação econômica do paciente” (BRÍGIDO, 2014).

A possibilidade de pagamento criaria duas categorias de pacientes, de acordo com o ministro Luiz Fux. Os que têm menos dinheiro e, portanto, mais precisam do atendimento gratuito, teriam atendimento de ainda pior qualidade. “Isso não se encaixa em nenhuma promessa da Constituição”, afirmou Fux. Os hospitais diminuiriam o número de leitos do SUS e quem precisasse do atendimento acabaria tendo que pagar para ser atendido, segundo projetou o ministro (BRÍGIDO, 2014).

A ministra Cármen Lúcia defendeu que o Supremo pode e deve mudar sua jurisprudência, mas tem que avisar que está mudando, como foi feito no caso. Os ministros entenderam, com base no voto do relator, ministro Dias Toffoli, que não se poderia autorizar a criação do que se chamou de “primeira classe do SUS”. De acordo com eles, a Constituição prevê acesso universal e integral à saúde. Isso significa que o sistema deve ser para todos, dos mais ricos aos mais destituídos (RICHTER, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do exposto, pode-se afirmar que embora a Constituição Federal de 1988 estabeleça que acesso ao Sistema Único de Saúde – SUS é Universal e Igualitário a prática demonstra a dificuldade em ofertar saúde de qualidade numa área tão ampla e delicada quanto a área da saúde.

Mesmo que a proposta do CREMERS tenha sido rejeitada no Supremo Tribunal Federal há que se pensar em mecanismos para: primeiro considerar que seja universal para pacientes que não possuem nenhum tipo de plano de saúde e não como é hoje considerado – atendimento para todos independente de usuário com plano de saúde e, segundo alguma forma de cofinanciamento ao SUS pelos próprios usuários – no preço hoje previsto na Tabela Nacional de Procedimentos.

Estas propostas diminuiriam consideravelmente o impacto dos valores repassados pela União, Estados e pelos próprios Municípios que não são suficientes para atendimento da demanda pelos argumentos expostos acima.

Assim, o objetivo maior deste artigo é a ampliação da discussão do tema na área acadêmica, além de incentivar que o conhecimento do funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS e dos inúmeros problemas enfrentados na gestão de uma área tão fragilizada.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei Federal 8.080, 19 de fevereiro 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. Brasília, DF: Congresso Nacional, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 24 abr. 2015.

BRASIL. **Decreto Federal 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Congresso Nacional, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 25 abr. 2015.

BRASIL. **Lei Federal 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. Brasília, DF: Congresso Nacional, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 25 abr. 2015.

BRASIL. **Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF: Congresso Nacional, 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm>. Acesso em: 22 abr. 2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Congresso Nacional, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 22 abr. 2015.

BRÍGIDO, Carolina. **Diferença de Classe no SUS.** Brasília, 2014. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/brasil/stf-discute-pagamento-de-taxa-ao-sus-para-paciente-ter-tratamento-melhor-12603257>> Acesso em: 30 abr. 2016.

CURY, Ieda Tatiana. **Direito fundamental a saúde: evolução normatização e efetividade**. Rio de Janeiro: Lumem Júris, 2005. p. 1.

MP defende em audiência no STF igualdade nos tratamentos pelo SUS. Jornal O Globo. Disponível em: <http://www.fehospar.com.br/news_det.php?cod=8248
<<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/RE581488DT.pdf>> Acesso em: 27 abr. 2016.

OLIVON, Beatriz. **STF altera entendimento e impede tratamento diferenciado no SUS**. São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://crfsc.gov.br/stf-altera-entendimento-e-impede-tratamento-diferenciado-no-sus/>> Acesso em: 30 abr. 2016.

RICHTER, André. **Taxa para tratamento diferenciado no SUS divide opiniões em audiência no STF**. Brasília, 2014. Disponível em:
<<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2014-05/taxa-para-tratamento-diferenciado-no-sus-divide-opinioes-em-audiencia-no-stf>> Acesso em: 27 abr. 2016.

SEITENFUS, Ricardo (Org.). **Legislação Internacional**. São Paulo: Manole, 2004, p. 250 e 253.

SCHWARTZ, Germano André Doederlein. **Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001. p. 102.

WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e federação na Constituição brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004. p. 158.