

RECURSO EXTRAORDINÁRIO 581.488 RIO GRANDE DO SUL

RELATOR	: MIN. DIAS TOFFOLI
RECTE.(S)	: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
ADV.(A/S)	: JORGE ALCIBÍADES PERRONE OLIVEIRA E OUTRO(A/S)
RECDO.(A/S)	: UNIÃO
PROC.(A/S)(ES)	: ADVOGADO-GERAL DA UNIÃO
RECDO.(A/S)	: MUNICÍPIO DE CANELA
ADV.(A/S)	: GLADIMIR CHIELE E OUTRO(A/S)
RECDO.(A/S)	: ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PROC.(A/S)(ES)	: PROCURADOR-GERAL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

VOTO

O SENHOR MINISTRO DIAS TOFFOLI (RELATOR):

O assunto corresponde ao Tema nº 579 da Gestão por Temas da Repercussão Geral do portal do Supremo Tribunal Federal na **internet** e discute a melhoria do tipo de acomodação de paciente internado pelo Sistema Único de Saúde SUS mediante o pagamento da diferença respectiva.

Precede o julgamento em testilha uma breve contextualização. O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul (CREMERS) promoveu ação civil pública, inicialmente proposta contra o Município de Canela/RS e, após emenda à exordial, também contra a União e o Estado do Rio Grande do Sul (fls. 65). Conforme se extrai da exordial, pede a parte autora a procedência da ação para que

“seja reconhecido o direito dos pacientes e dos médicos, impondo-se [aos réus] o cumprimento da obrigação de fazer consistente em permitir o acesso do paciente à internação pelo SUS e ao pagamento da chamada diferença de classe, para obter melhores acomodações, pagando a quantia respectiva, quer ao hospital, quer ao médico; e a de não-fazer abster-se de exigir que a internação só se dê após exame do paciente em posto de

saúde (outro médico que não o atendeu), e de impedir a assistência pelo médico do paciente, impondo-lhe outro profissional” (fls. 17).

Nessa demanda, portanto, postula-se o acesso à **internação** do paciente pelo SUS com a possibilidade de melhoria do tipo de acomodação recebida pelo usuário mediante o pagamento da diferença entre os valores correspondentes, e que fique autorizada a contratação de médico de sua confiança, tudo pela prática comumente denominada de atendimento por “diferença de classe”.

A liminar foi indeferida (fls. 93 a 95) e, na sentença, julgou-se improcedente a ação (fls. 254 a 275), veredicto esse que foi mantido no acórdão recorrido.

Neste apelo extremo, sustenta o recorrente violação do art. 196 da Constituição Federal. Alega existir afronta ao dispositivo constitucional no que diz respeito à política do Sistema Único de Saúde (SUS) de não se oferecer ao paciente a alternativa de remunerar a unidade de saúde por atendimentos diferenciados, em melhores condições que as proporcionadas gratuitamente pelo SUS e pelos médicos de sua escolha. Nesse contexto, há que se sublinhar que essa demanda está a tratar apenas dos casos de **internação** de usuários do serviço público e, fundamentalmente, são três as questões postas nestes autos, as quais exigem desta Corte percuciente análise, respeitando-se os limites da lide e da repercussão geral reconhecida:

a) Há possibilidade de se aplicar o sistema denominado de “diferença de classe”, com a análise da tese da inconstitucionalidade da Resolução nº 283/1991 expedida pelo INAMPS e do item 2.1 da Portaria nº 113/1997 do Ministério da Saúde, em face do conteúdo e dos limites estabelecidos no art. 196 da Constituição Federal?

b) Caso seja considerado constitucional a política que possibilite ao paciente um atendimento diferenciado em melhores condições que as proporcionadas gratuitamente pelo SUS e que seja possível ao paciente arcar com as despesas e/ou honorários diferenciados para ser atendido por médico particular de sua escolha, esse direito seria exercitável de

imediato ou haveria a necessidade da regulamentação desse sistema?

c) Por fim, o usuário do Sistema Único de Saúde, caso opte pelo tratamento diferenciado por médico de sua escolha, em regime de internação, teria o direito de ser dispensado da triagem médica exigida atualmente pelas unidades de saúde?

Para esse desiderato, há que se compreender o conteúdo jurídico constitucional do direito à saúde pública. O art. 196 da Constituição Federal estabelece que o direito à saúde deve ser garantido pelo Estado por políticas públicas que assegurem o acesso universal e igualitário a suas ações e serviços. **Ita lex dicit:**

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

Esse dispositivo encerra uma relação jurídica constitucional em que, de um lado se encontram os direitos conferidos pela norma aos indivíduos, sejam eles brasileiros ou estrangeiros residentes no país e, de outro lado, as obrigações a serem cumpridas por determinados sujeitos.

Os direitos sociais em geral, dentre eles, o direito à saúde, comportam duas vertentes, conforme salientado pelos constitucionalistas portugueses J.J. Gomes Canotilho e Vital Moreira: “uma de natureza negativa, que consiste no direito a exigir do Estado (ou de terceiros) que se abstenham de qualquer acto que prejudique a saúde; outra, de natureza positiva, que significa o direito às medidas e prestações estaduais [estatais] visando a prevenção das doenças e o tratamento delas” (**Constituição da República Portuguesa Anotada**. Vol. I, Coimbra: Coimbra Editora, 1984, p. 342)¹.

O referido dispositivo constitucional também aperfeiçoa o direito ao

1 Aliás, assim como ocorreu em países como Espanha e Portugal, a universalidade do direito à saúde somente veio a ser consagrado no fim do século passado (respectivamente, pelas Constituições de 1978 e 1976).

estabelecer sua garantia pelas políticas indicadas na Constituição Federal e por aquelas permitidas e realizadas pelas gestões, amparadas na lei, que não de ser estabelecidas, “sob pena de configurar omissão inconstitucional, até porque os meios financeiros para o cumprimento do dever do Estado, no caso, são arrecadados da sociedade, dos empregados e empresas, dos trabalhadores (...)” (SILVA, José Afonso. **Comentário contextual à Constituição**. São Paulo: Malheiros, 2009, p. 768).

Para que se garanta a efetivação do direito à saúde, a Constituição Federal traçou, de forma detalhada, as funções do Estado, do seguinte modo: a) estabeleceu as diretrizes básicas da política de saúde a serem adotadas (art. 198 da CF); b) atribuiu a lei complementar a definição dos padrões mínimos de financiamento das ações e serviços de saúde (art. 198, §§ 1º, 2º e 3º da CF); c) determinou que a regulação, a fiscalização e o controle do setor sejam realizados nos termos da lei (art. 197 da CF); d) estabeleceu que é dever do Estado prestar serviços públicos de saúde, diretamente, ou indiretamente, mediante a participação complementar da iniciativa privada (cf. arts. 197 e 199, § 1º, da CF).

Há que se rememorar que, antes da Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde pela Lei nº 8.080, de 19/09/1990, o sistema era gerido em nosso país pelo INAMPS, exigindo-se um custeio específico dos segurados da Previdência Social para os serviços atinentes à saúde, de maneira que os atendimentos eram restritos àqueles que comprovassem a condição de contribuintes do sistema.

É fato que, no final da década de oitenta do século passado, o INAMPS chegou a adotar medidas que buscavam ampliar a cobertura de usuários, dentre as quais se destacava o fim da exigência da carteira de segurado para o atendimento em hospitais próprios e conveniados da rede pública, o que culminou com a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), por meio da instituição de convênios entre o INAMPS e os governos estaduais (SOUZA, Renildo Rehen. **O Sistema Público de Saúde**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2002). No entanto, esse sistema de saúde pública não chegou a ser universal, pois se limitava a um determinado grupo, o que justificava a existência de um

sistema restritivo de atendimento.

O INAMPS estava vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social, hoje Ministério da Previdência Social, e tinha a finalidade de prestar alguns serviços de saúde aos empregados que, além de estarem registrados, estivessem contribuindo com a previdência. As atividades na área da saúde que vinham sendo executadas pelo INAMPS somente passaram a ser submetidas ao Ministério da Saúde com a entrada em vigor do Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990.

Nem a ampliação da atuação do INAMPS por meio de convênios com os governos estaduais, denominado como sendo “Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde” (SUDS), após a 8ª Conferência Nacional da Saúde, pode ser equiparado ao então novo sistema criado pela Constituição Federal de 1988, de fato universal, igualitário e integral como veremos em seguida.

O sistema público de saúde no Brasil, conforme instituído pela Constituição Federal e pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) prevê dois eixos de ação. Em primeiro lugar, estabelece a prestação de serviços públicos saúde e, em segundo lugar, uma gama de atividades denominadas de ações de saúde relacionadas no art. 200 da Constituição Federal e nos arts. 5º e 6º da Lei nº 8.080/90.

O SUS, conforme indica sua nomenclatura, consiste em um verdadeiro sistema nacional de saúde baseado nos seguintes princípios: **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; **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 **integralidade**, reconhecendo-se, na prática cotidiana, que cada indivíduo seja considerado como um todo indivisível e integrante de uma comunidade, a exigir que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formem, também, um todo indivisível, atendendo os casos e observando os diversos graus de complexidade de forma integral pelas unidades prestadoras de serviços de saúde, o que impede que sejam eles

seccionados.

Embora os serviços de saúde públicos devam obedecer a esses princípios, isso não significa que o Estado deva fornecer todo tipo de serviço de saúde na forma pretendida pelos cidadãos. A cobertura deve ser, de fato, a mais ampla possível, observando-se os elementos técnicos regulados pelo Estado e pela ciência, bem como os limites orçamentários estritos; ou seja, os serviços devem ser reconhecidos como sendo adequados pelas autoridades científicas, médicas, farmacêuticas e administrativas (sanitárias), mas, também, não de ser prestados de acordo com a capacidade econômica do poder público, como já advertiram os juristas norte-americanos Stephen Holmes e Cass R. Sustein em sua aclamada obra **The Cost of Rights** (Cambridge: Harvard University Press, 1999, p. 14-15), sendo absolutamente lógico que os direitos sejam garantidos por meio da prestação do serviço público onde haja verba orçamentária suficiente.

Essa ideia de que o Estado deve fazer o que é possível há de estar sempre aliada ao senso de necessidade, do que é necessário executar, elementos essenciais à elaboração e à boa implantação de políticas públicas. Por isso, “a integralidade deve ser compreendida dentro do sistema, não se podendo exigir que todos os serviços sejam prestados em todas as esferas da Federação e em todas as localidades. A ideia da rede é justamente permitir que haja uma integração entre os serviços de pouca, média e alta complexidade” (cf. RODRIGUES, Geisa de Assis. Direito Sanitário. In: NUNES Júnior, Vidal Serrano (Coord.). **Manual de direitos difusos**. São Paulo: Verbatim, 2009. p. 325).

Previamente a 1988, rememoro, aqueles que contribuíam com a previdência social se serviam do INAMPS; aos demais, restava valer-se dos serviços oferecidos pelo Ministério da Saúde, os quais, de um modo geral, resumiam-se a atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças (por exemplo, vacinação), realizadas em caráter universal, e à assistência médico-hospitalar para algumas poucas doenças.

Após 1988, contudo, a assistência à saúde passou a ser tida como direito de todos e dever do Estado, incluindo-se em um sistema de

seguridade social caracterizado pela desnecessidade de custeio ou contraprestação individual.

Operou-se, portanto, uma sensível alteração na conformação do direito à saúde no país. Tais modificações significaram para o brasileiro inclusive que

[...] **o seu direito fundamental social à saúde deve ser garantido e implementado** de forma ampla pela sociedade e, principalmente, pelo Estado, **para todos, independentemente de qualquer diferenciação**, pois a saúde como prevenção ou cura da doença, bem como a proteção da qualidade de vida, demanda a sua tutela de acordo com os parâmetros fornecidos pela Constituição de 1988, que adotou esse moderno conceito de saúde nas suas formulações [...] (LEITE, Carlos Alexandre Amorim. **Direito fundamental à saúde: efetividade, reserva do possível e o mínimo existencial**. Curitiba, Juruá, 2014, p. 110.)

A simples incompatibilidade entre as missões e as diretrizes do antigo INAMPS e as do atual Sistema Único de Saúde demonstra, por si só, o acerto da proibição da “diferença de classes” e do atendimento por médico particular no bojo do SUS, uma vez que esses procedimentos, pensados no contexto do antigo sistema de saúde, não se encaixam na atual conformação da rede pública de saúde.

Ocorre que, a par disso, o legislador constituinte estabeleceu expressamente que o atendimento público de saúde brasileiro deve pautar-se não só pela universalidade e pela integralidade do serviço, mas também pela **equidade**. Não estabeleceu o constituinte, no tocante a tais requisitos, exceção alguma. Portanto, no que concerne ao Sistema Único, o tratamento igualitário é uma regra que não comporta exceções, como bem anotado pela boa doutrina:

“Incluído no Capítulo da Seguridade Social, abrangendo o conjunto das políticas de previdência e assistência social, o acesso aos serviços de saúde é garantido a todos os brasileiros, em todos os níveis de assistência sem preconceitos ou

privilégios de qualquer espécie, com ou sem vínculo previdenciário ou beneficiário de seguro privado de saúde.

Com a universalidade da atenção à saúde, objetivou-se superar a histórica dicotomia existente entre assistência médica individual e ações coletivas, pois o acesso às ações e serviços de saúde é um direito de todos a ser provido pelo Estado, implicando na igualdade de cada pessoa frente às prestações requeridas para a manutenção e reparação de sua saúde” (FIGUREIREDO, Herberth Costa. **Saúde no Brasil**. Curitiba, Juruá, 2015. p. 117).

Este autor, buscando traduzir a ideia de tratamento equânime que permeou os trabalhos do Movimento de Reforma Sanitária levado a cabo nos anos 1980 – o qual acabou por influenciar fortemente os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte - assentou que a equidade à qual se refere o Texto Maior

“[...] quer dizer igualdade material na assistência à saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco e condições de vida de determinados indivíduos ou grupos da população. O Governo, em qualquer nível de gestão, cuidará de prestar uma atenção igualitária para toda a pessoa e coletividade, pois o que deve determinar o tipo de atendimento é a intensidade e a forma da doença, e não o do extrato socioeconômico e cultural a que pertença a pessoa” (op. cit., p. 127).

Os movimentos sociais e os parlamentares envolvidos na criação do Sistema Único de Saúde, a toda evidência, tinham por intuito a reformulação total do sistema de saúde brasileiro, tornando-o mais humano e abrangente, bem como mais afinado com aquele que se tornou um dos mais importantes princípios regentes da nova ordem constitucional, a dignidade da pessoa humana.

José Carlos Seixas, um dos idealizadores do Sistema Único de Saúde e que atuou ativamente na sua construção e consolidação, bem

expõe o espírito que permeou esse movimento de renovação:

“E foram todos estes segmentos sociais, com a agregação de milhões de pessoas das comunidades (mas que nunca configuraram uma maioria absoluta de toda população) é que tornou-se possível uma ruptura radical, no âmbito da cultura brasileira em saúde, determinando, na Constituinte de 1988, a institucionalização da saúde, mais do que como valor, como um ‘Direito’, e um ‘Direito Social’ (diferença esta que só tem sentido e pode redundar em mudanças significantes em um Estado Democrático de Direito) perfeitamente explicitado quanto ao campo das necessidades de saúde a serem atendidas:

- necessidades de PROMOÇÃO, de PROTEÇÃO ESPECÍFICA, de DIAGNÓSTICO e PRONTO TRATAMENTO de enfermidades ou doenças, de LIMITAÇÃO DE INCAPACIDADES, e de READAPTAÇÃO de incapacidades permanentes. Necessidades de saúde-doença de seres humanos, portanto, seres biológicos gregários, com necessidades de saúde física, psíquica e social. Ficou, assim, configurado o primeiro postulado ético do Direito à Saúde – o direito ao atendimento integral – o direito à integridade da assistência e das demais atividades ambientais da Atenção do Setor Saúde.

Mas o Direito Social à Saúde foi mais completamente explícito: ele se exercitará através de um acesso universal, de cada um e de todos, às ações e serviços de atendimento de necessidades de saúde-doença das pessoas. Configurando o segundo postulado ético do Direito à Saúde – o direito universal às ações e serviços de saúde; direito de todos e de qualquer um necessitado (o que não significa a não ser por razões éticas de risco iminente de morte, acesso de qualquer um, em qualquer estabelecimento de saúde, de qualquer lugar, no momento que bem entender).

A este dois postulados éticos do Direito à Saúde se acrescentou ainda um terceiro, a EQUIDADE do Direito, na assistência à saúde. Que não quer dizer igualdade, nem de

procedimentos, nem de acesso a lugares, nem de exigências para eventuais contribuições para as ações, mas a exigência de ações diferentes quando se observar a existência e possibilidades diferentes entre os assistidos.

Mas, quem, como e com que desempenhar as ações e serviços para o atendimento a este Direito à saúde[?] Quando a Constituição explicita Saúde como um DIREITO do cidadão e um DEVER do Estado não está 'estatizando' tudo o que diz respeito ao pleno atendimento do DIREITO do cidadão. Está apenas dizendo que num Estado Democrático de Direito, é o Estado, por meio de seus governantes que impedirá que qualquer pessoa ou instituição provoque deliberadamente danos à saúde de qualquer cidadão e, mais, é o poder público estatal que tornará possível que o cidadão brasileiro busque meios e modos para usufruir de bom estado de saúde." (SEIXAS, José Carlos. SUS, vinte anos: um pouco do antes, para maior sucesso no a seguir. **Boletim do Instituto de Saúde**. Edição Especial de 20 anos do SUS. São Paulo, p. 8, out. 2008).

O oferecimento de serviços em igualdade de condições a todos foi pensado nesse contexto – nem poderia ter sido diferente, uma vez que possibilitar assistência diferenciada a cidadãos numa mesma situação, dentro de um mesmo sistema, vulnera a isonomia, também consagrada na Carta Maior, ferindo de morte, em última instância, a própria dignidade humana, erigida a fundamento da República.

O fato de a redação do art. 196 da Constituição Federal permanecer intacta desde sua promulgação demonstra que, transcorridos quase 27 anos, o desejo do povo, expresso por meio de seus representantes, mantém-se inalterado. Essa convicção é reforçada, ainda, pelo fato de que a Lei nº 8.080/90, a qual instituiu o Sistema Único de Saúde, mais do que meramente reproduzir, reforçou as linhas mestras de atuação traçadas no dispositivo constitucional em referência, prevendo expressamente, por exemplo, a igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

Independentemente da clarividente vontade dos legisladores

originário e derivado, a própria ideia de universalidade e equanimidade no serviço público de saúde mostra-se incompatível com práticas como a da diferença de classe. Consoante bem asseverou o douto Procurador-Geral da República, admitir que um paciente internado pelo SUS tenha acesso a melhores condições de internação ou a médico de sua confiança mediante pagamento subverte totalmente a lógica do sistema, ao mesmo tempo que significa ignorar totalmente suas premissas.

Não se pode conceber que um atendimento público de saúde que se pretenda igualitário compreenda, dentro de si, diversas possibilidades de atendimento de acordo com a capacidade econômico-financeira do paciente, sobretudo quando esse atendimento se encontra a cargo do Estado, pensamento esse amplamente colocado pelos expositores durante a audiência pública.

Ao ente estatal compete zelar pela observância e pela efetivação da igualdade, devendo ser ele sempre o primeiro a promovê-la, do que resulta ser incoerente que acolha, no seio do serviço por si prestado, qualquer iniciativa que promova a diferenciação entre pacientes. Sua atuação deve pautar-se sempre pela universalização do atendimento, perseguindo invariavelmente a melhoria da qualidade da assistência ofertada. Permitir atendimento médico exclusivo e internação em acomodações diferenciadas no SUS, a par de desincentivar investimentos no aprimoramento do serviço oferecido, significa institucionalizar uma diferenciação não acolhida pelo ordenamento e totalmente contrária às missões constitucionalmente impostas à Administração Pública.

Note-se: a Constituição Federal não vedou o atendimento personalizado de saúde - exatamente com vistas a contemplar quem o desejasse foi que se admitiu, em caráter suplementar, a organização de um sistema privado de atendimento. Aquele que desejar contratar médicos e acomodações diferenciados, de acordo com sua vontade e posses, portanto, não está obrigado a se submeter às condições ofertadas pelo SUS, podendo perfeitamente socorrer-se da rede privada. Os atendimentos realizados pela rede pública, todavia – até mesmo porque o próprio legislador viabilizou a assistência particular de modo a

contemplar justamente aqueles que desejassem e pudessem pagar por tratamento personalizado – não hão de se submeter, ainda que indiretamente, à lógica do lucro, por não ser esse o papel do Estado, por não ser essa sua finalidade e por não ser concebível que um sistema apregoadamente igualitário admita a criação de castas em seu interior.

Nesse sentido vão as palavras do eminente Dr. José Carlos Seixas:

“[e], a Constituição foi mais além, pois mesmo admitindo a pluralidade institucional dos serviços de saúde (estatais, particulares, privados lucrativos e não lucrativos) exige, no seu campo de atuação produtivo, um desenvolvimento de rede pública dispensadora de bens e serviços de saúde, com gestão estatal tripartite, para que todos os cidadãos que não queiram ou não possam usufruir de serviços de saúde privados, possam nela serem assistidos. E daí se constituiu e se opera o SUS. E como o nível de renda de grande parte da população brasileira é muito baixo, tem-se que atender enorme contingente de necessitados de assistência à saúde nesta rede” (op. cit., p. 8).

Registre-se que o fato de os custos extras correrem por conta do próprio interessado, não implicando, ao menos, financeiramente, despesas extras para a Administração, não possui o condão de autorizar a implantação da “diferença de classe”. Primeiro porque, embora a questão econômica não possa ser ignorada, ocupará sempre papel secundário diante dos objetivos constitucionalmente impostos ao ente estatal; em segundo lugar, porque a implementação de um sistema de saúde equânime foi uma missão expressamente imposta ao Estado; e, em terceiro lugar, porque a igualdade, inclusive no atendimento público de saúde, é algo compreendido no próprio conceito de dignidade da pessoa humana, constituindo, portanto, fundamento da República, o qual deve ser incansavelmente perseguido e aplicado pelo Estado sempre que for chamado a atuar.

Chamo a atenção para o fato de a “diferença de classe” não se coadunar sequer com os princípios regentes do sistema de seguridade

social em que o atendimento público de saúde se encontra inserido, dentre eles, a solidariedade, a universalidade e a distributividade. Mais especificamente, quanto à distributividade, assim coloca a boa doutrina:

“A distributividade implica a necessidade de solidariedade para poderem ser distribuídos recursos. A ideia da distributividade também concerne à distribuição de renda, pois o sistema, de certa forma, nada mais faz do que distribuir renda. A distribuição pode ser feita aos mais necessitados, em detrimento dos menos necessitados, de acordo com a previsão legal. **A distributividade tem, portanto, caráter social. Também é observada a distributividade na área de Saúde, como de distribuição de bem-estar às pessoas.**

O sistema visa à redução das desigualdades sociais e econômicas, mediante política de redistribuição de renda. É uma forma de tentar alcançar a justiça social” (MARTINS, Sérgio Pinto. **Direito da seguridade social**. São Paulo, Atlas, 2015, p. 61 - destaques nossos).

Por fim, relativamente ao custeio da seguridade social, nele incluído o sistema único, estabelece o art. 195 da Constituição que a “Seguridade Social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios”, o que deve ser realizado de forma proporcional e equânime. Conforme se vê, o espírito que permeia e rege todo o sistema é o da cooperação, da solidariedade e da atuação no sentido da redução de desigualdades sociais, buscando-se conferir a todos idênticas oportunidades de acesso aos benefícios. Daí resulta ser extremamente incoerente pretender instituir um procedimento que promova exclusão, segregação e diferenciação com base em fatores unicamente econômicos. A par disso, verifica-se que

“[a] Constituição Federal conferiu dimensão nacional à saúde determinando a instituição do Sistema Único de Saúde – SUS de cunho descentralizado visando à oferta e atendimento

integral à população.

[...]

A regulação, fiscalização e controle das ações de saúde estão disciplinadas pela legislação infraconstitucional – Lei Orgânica de Saúde. Neste particular aspecto, cumpre realçar as leis n. 8.080/90 e 8.142/90, que veiculam normas gerais em matéria de saúde, de onde se pode retirar a noção do SUS como o ‘o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações públicas mantidas pelo Poder Público’ (NASCIMENTO, Carlos Valder do. Direito Fundamental à Saúde. In: **Tratado de Direito Constitucional**. MARTINS, Ives Gandra da Silva, MENDES, Gilmar Ferreira; NASCIMENTO, Carlos Valder do (coord.) São Paulo, Saraiva, 2012. v. 2. p. 398).

O Sistema Único, como se extrai do excerto, destina-se à oferta e ao atendimento integral de saúde à população, não sendo razoável, nem admissível, seu emprego como forma de obter crédito para lograr atendimento diferenciado. A rede pública está obrigada a prestar a assistência propriamente dita; lançar mão dela com o intuito de obter auxílio para o custeio de assistência particular implica evidente e intolerável desvio de finalidade.

A Administração Pública, é de notório conhecimento, pauta-se, em seus atos, pela legalidade estrita. Disso infere-se uma conclusão bastante simples e lógica: ao Estado somente é dado praticar algo quando tal se encontre expressamente autorizado por lei. Ora, **não é possível vislumbrar** na Constituição, tampouco na legislação infraconstitucional pertinente à regulamentação do direito à saúde, **qualquer autorização, implícita ou explícita**, para a instituição da diferença de classe ou da possibilidade de atendimento por médico particular no âmbito do SUS.

Tudo o que se tem são os atos normativos aqui questionados, os quais, por sinal, vedam os procedimentos cuja liberação se pretende alcançar. Lei autorizante, todavia, não há.

De outro giro, no que tange à autonomia da vontade e à força

vinculante dos contratos, cumpre salientar que a adesão dos nosocômios privados ao Sistema Único de Saúde não é obrigatória – dá-se por meio de convênios e efetiva-se de maneira estritamente voluntária, mediante ciência prévia não apenas das disposições regulamentares que regem a rede pública de atendimento, mas também dos próprios preceitos da Lei nº 8.080/90, motivo pelo qual, também por essa óptica, não assiste razão ao recorrente, uma vez que, ao aderir ao SUS, demonstra anuência com as regras de vigência – inclusive aquelas impugnadas na presente lide.

Por fim, os motivos de ordem prática declinados nestes autos pelos recorridos, bem como os argumentos deduzidos por todos os interessados que tomaram parte na audiência pública promovida em maio de 2014 não podem ser desprezados.

De fato, o risco de pacientes serem forçados a pagar a diferença para receber tratamento é real, tal qual a possibilidade, aventada pela Advocacia-Geral da União, de que, em caso de escassez de vagas, a disponibilidade para pagamento da diferença seja adotada como fator determinante na escolha daquele que será atendido. As chances de os hospitais priorizarem a assistência segundo critérios que não guardam qualquer correlação com o perigo à saúde do paciente são, instituída a diferença de classe, nada desprezíveis.

Outra possível consequência nefasta e possível da adoção da “diferença de classe” seria o incentivo velado a sua institucionalização pela possível piora das condições das enfermarias e das estruturas hospitalares, de maneira a constranger os indivíduos a procurarem por condições mais dignas, ainda que pagas. Além disso, não se pode eliminar a possibilidade de ocorrer superdimensionamento dos preços das acomodações superiores, de forma a que os usuários do Sistema Único de Saúde arquem integralmente com os custos do tratamento.

Nem mesmo o argumento de que a diferença de classes leva a uma maior disponibilidade de vagas nas enfermarias se sustenta, visto que, para cada estabelecimento de saúde, há um limite para o número de pessoas admitidas, lembrando que mesmo aquele que passa para acomodações superiores continuaria sendo contabilizado como paciente

do sistema público de saúde.

A corroborar esse temores, rememoro as reflexões apresentadas pelo respeitado especialista que dedicou sua vida à medicina e é grande conhecedor das vicissitudes do sistema público de saúde brasileiro. Transcrevo trecho da manifestação proferida pelo eminente Professor e Doutor Raul Cutait por ocasião da audiência pública por mim levada a cabo:

“Acho importante que se discuta uma situação que, no passado, foi aceitável, fez parte da evolução, e que, de certa forma, está-se tentando recriar, que é uma categoria especial dentro do SUS, um serviço público, único; é como se estivesse se criando agora uma primeira classe dentro do SUS, o que, por princípio, incomoda-me. O SUS é regido, como todos sabem, pela universalidade, pela equidade; o SUS não consegue oferecer nenhuma dessas suas premissas, nenhum desses dois princípios da forma desejada, basicamente porque o seu financiamento está aquém do necessário, muito aquém; basicamente porque o modelo de gestão que se aplica, ele restringe, limita, engessa, tira a eficácia, a eficiência. Então, nós temos um contexto no país, onde o modelo criado é bom, mas o seu dia a dia ainda está longe do desejado, embora, sem dúvida – como o Dr. Adib Jatene gosta de repetir -, muito melhor do que há 20, 25 anos atrás. Então, acho que esse é o nosso atual cenário.

[...]

Se nós formos analisar o que aconteceu com os leitos SUS contratados no sistema privado, eles foram diminuindo, diminuindo, diminuindo, por quê? Porque, para o hospital privado lucrativo, não interessa ter leito SUS, apenas como uma alternativa última; se ele puder preencher esses leitos com pacientes privados, ele vai conseguir ter uma lucratividade maior, que faz parte do negócio, é aceitável, é legítimo; mas o paciente SUS não é a prioridade desse grupo de pacientes.

Ora, como é que eu vejo a situação que aqui está sendo colocada? Eu vejo quase como uma alternativa, uma porta de

entrada diferente, onde os hospitais privados conseguiriam preencher alguns desses quartos e criando uma via expressa, talvez de internação, que tem seus vieses éticos e morais, no meu modo de ver, porque, a partir do momento em que o indivíduo está num quarto privado, ele certamente se sente como um paciente privado. Se ele estiver usando o Sistema SUS como um todo, onde todos sabem, para pedir um exame, às vezes demoram dias, todos nós sabemos que alguns doentes ficam estacionados, aguardando um exame, aguardando o seu resultado durante um, dois, três, cinco dias – isto é muito comum no Sistema, uma vez o paciente internado. E as diárias? O indivíduo vai continuar pagando enquanto ele está lá, todos esses dias, esperando, ou ele vai reclamar, porque, afinal, ele está pagando?

Então, nós estamos misturando coisas aqui que não devem ser misturadas. O paciente SUS é um paciente SUS. Eu adoraria que a situação fosse muito diferente do que é em muitos lugares do País.

Então, a briga não é para contemporizar alguma situação, a briga é para que o Sistema consiga mais recursos. O nosso País gasta quase 40% do seu dinheiro, do seu PIB, em rolagem de dívida, encargos etc. Se a gente pudesse tirar 10% disso e jogar na saúde, já estaríamos dobrando, dobrando, o que o SUS tem, por ano, para gastar.

[...]

Eu estou lembrando de um paciente, quando eu era Secretário de Saúde, visitando um dos hospitais da periferia de São Paulo. Aparece-me um pai com seu filho no colo, uma criança de uns cinco anos, seis anos, e me fala assim – ele me encontrou por um acaso, enquanto eu fazia muita visita aos hospitais: meu filho está com apendicite, Doutor, e esse é o terceiro hospital que eu venho e dizem que não tem vaga para operá-lo. Óbvio que eu interfeiri para que ele pudesse ser atendido. **Mas aí eu fico pensando, e se ele ouvisse a seguinte frase: olha, nós não temos vaga, mas os quartos privados têm uma meia dúzia aqui ainda vazios, talvez você pudesse usar**

um deles, e claro que isso tem uma taxa diária que tem que ser cobrada. Olha o conflito que se gera, olha o conflito. Eu acho que esse conflito é Ética, e, portanto, essa proposta de uma categoria especial, para mim, é desconcertante. Eu não me sinto nem um pouco confortável com a mistura de sistemas diferentes dentro da estrutura do SUS. Que se brigue para melhorar o SUS, que se brigue para que o atendimento, de um modo geral, possa ter outra cara em vários locais, mas não contemporizar uma ação que beneficia, talvez, vários pacientes, com certeza, hospitalais.

[...]

Finalmente, faz parte desta discussão, o papel dos médicos.

[...]

Agora, o médico poder cobrar à parte, ora, cobrar duas vezes pela mesma coisa – o Estado paga a ele e ele ainda cobra do doente -, é um mix que não combina! É antiético, na minha leitura. É antiético! O indivíduo, se ele está vivendo, tratando os seus pacientes à base de um salário, é assim que ele tem de viver; se ele não aceitar, ele que peça demissão, vá procurar fazer outra coisa. Mas essa é a postura correta e ética do médico. Ele cobrar à parte ... aliás, nós vivemos isso no país há uns dez anos atrás, e foi uma situação horrorosa, porque muita gente, até conhecida, estava fazendo essa espécie de dupla porta em algumas atividades cirúrgicas, em especial.

Então, esse outro lado do médico, por mais que eu queira defender a minha categoria e acho que ela esta sendo sacrificada, não vejo isso como uma forma correta de melhorar a remuneração mensal de qualquer colega de profissão.”

A “diferença de classe” não se coaduna, portanto, com o ordenamento constitucional. E a este último também não se adéqua a possibilidade de o paciente ser atendido, no sistema único, por médico de sua confiança, mediante o pagamento de uma remuneração extra – tal inadequação se deve às mesmas razões elencadas para a internação em acomodações diferenciadas.

Se é defeso estabelecer diferenciação de acomodações no seio do sistema público de saúde, o mesmo se diga quanto ao atendimento médico. Nada impede que, como forma de manutenção da relação de confiança médico-paciente, o indivíduo seja tratado pelo especialista que o acompanha, desde que o faça de forma privada e às suas expensas. Na rede pública, contudo, sendo igualitário o tratamento, igualitário será também o atendimento médico – ao internar-se pelo SUS, o indivíduo aceita todo o pacote, inclusive a assistência por profissional da rede pública. Na rede do SUS, o indivíduo deve ser atendido por profissional do SUS; ademais, nada impede que a propalada relação médico-paciente seja construída também com o novo profissional que acompanhará o cidadão.

Ressalte-se que permitir o acompanhamento por médico particular via Sistema Único de Saúde é injusto e desleal com os próprios profissionais da rede pública, que se submetem a concursos e todos os demais requisitos exigidos para ingresso em cargos ou empregos públicos. Não deixa de ser uma forma de burlar os requisitos para ingresso no serviço estatal, possibilitando que aqueles que fornecem seus préstimos por vias oblíquas e não legalmente previstas auferam grandes benefícios, sobretudo econômicos, ao arrepio daqueles que ingressaram de forma regular, tão qualificados quanto os primeiros, os quais restarão desvalorizados e privados da percepção de vantagens financeiras extras.

Ademais, o argumento da autonomia da vontade, invocado anteriormente, se aplica novamente. Pessoa alguma é obrigada a atender no sistema público de saúde; ao decidir fazê-lo, todavia, deve se submeter a suas regras, ao regime jurídico específico, inclusive àquelas relativas à remuneração.

O mesmo se diga quanto ao argumento da autonomia no exercício da profissão. Não se está aqui a negá-la; entretanto, autonomia não significa liberdade absoluta para proceder como bem aprouver. Qualquer profissional submete-se, no exercício de suas funções, à regulamentação competente, seja ela proveniente do Estado propriamente considerado, seja das autarquias regulamentadoras e fiscalizadoras da profissão.

Assim, nesse caso, a autonomia deve ser compreendida à luz das regras que regem o sistema de saúde, não podendo ser exercida à revelia delas. Evidentemente, se o médico atua no regime privado, sua liberdade de atuação é maior; no regime público, entretanto, essa também está, observadas as naturais limitações, preservada. Proibir que o atendimento se faça por médico estranho aos quadros do SUS e mediante remuneração extra não violenta a autonomia profissional; a um porque não há vedação a que paciente e médico acertem a melhor forma de conduzir o tratamento, desde que isso não se dê no âmbito da rede pública de atendimento; a dois porque, se de um lado, há autonomia, de outro, há o regramento da Sistema Único de Saúde, de prévio conhecimento do profissional, com o qual esse, ao ingressar no serviço, anui de livre e espontânea vontade, o que não deixa de ser também um exercício das autonomias profissional e privada; a três porque o regulamento do SUS não abole totalmente a autonomia, mas sim estabelece restrições em decorrência da própria natureza de seus préstimos.

No que tange ao pedido de declaração da desnecessidade de triagem prévia em postos de saúde antes da internação pela rede pública, reitero todos os argumentos anteriormente expendidos acerca da igualdade de acesso ao sistema público de saúde e da não ocorrência de violação da autonomia profissional do médico. Saliento que, ao argumento jurídico soma-se ainda argumento de ordem fática, o qual vem robustecer o primeiro: não se pode ignorar o risco de, ao se tolerar que o próprio médico do paciente autorize e determine a internação, ocorra o desrespeito à ordem das filas, podendo alguns pacientes com melhor condição econômico-financeira passar à frente dos demais, relegando os mais necessitados a um atendimento mais precário e moroso.

Não se desconhece, no entanto, alguns precedentes desta Suprema Corte que estariam relacionados ao tema da “diferença de classe”. Chamo a atenção para aqueles casos excepcionais em que a Corte garantiu o tratamento diferenciado, a despeito da proibição do pagamento a título de complementação aos hospitais, por internação de pacientes em quartos ou apartamentos particulares. Comprovam o quanto afirmado o RE nº

228.750/RS, Rel. Min. **Sepúlveda Pertence**, o RE nº 261.268/RS, Rel. Min. **Moreira Alves**, o RE nº 596.445/RS, Rel. Min. **Celso de Mello**, o RE nº 496.244/RS, Rel. Min. **Eros Grau**, o RE nº 428.648/RS, Rel. Min. **Cezar Peluso**, o RE nº 601.712/RS, Rel. Min. **Ayres Britto**, o RE nº 255.086/RS, Rel. Min. **Ellen Gracie**, o RE nº 603.855/RS, Rel. Min. **Cármem Lúcia**, o RE nº 452.245/RS, Rel. Min. **Sepúlveda Pertence** e o RE nº 334.356/RS, Rel. Min. **Carlos Velloso**.

Ocorre que todos esses julgados dizem respeito a casos individuais, nos quais foram analisadas as necessidades de internação privativa ou as condições especiais em face da situação clínica em que se encontravam pacientes específicos. Além do mais, grande parte desses casos se deram na fase de implementação do SUS, logo após a Constituição Federal de 1988.

A autorização para um atendimento diferenciado deveu-se muito mais às especificidades de cada um dos casos concretos do que propriamente a um convencimento quanto à adequação desse procedimento às características do Sistema Único de Saúde, de um modo geral considerado. Portanto, não há precedente específico desta Corte a vincular o resultado deste julgamento.

A hipótese aqui analisada é, em tudo, diferente, uma vez que objetiva a liberação do sistema de atendimento com “diferença de classe” não apenas em ocasiões pontuais e singulares, mas também de modo amplo e irrestrito. Não bastasse isso, observo que, nos julgamentos invocados, estava-se a lidar com casos de pessoas que, por motivos de saúde, demandavam um internamento em condições diferenciadas, ao passo que, nestes autos, o único condicionante seria o próprio desejo do paciente. Por fim, saliento que as decisões elencadas foram, todas elas, exaradas no bojo de ações singulares, enquanto este recurso extraordinário foi manejado nos autos de uma ação civil pública calcada em discussão sobre direitos transindividuais. A análise e a compreensão hão de ser, portanto, diferenciados.

Não se está, com todos esses argumentos, defendendo a qualidade do serviço público de saúde pública nos dias atuais. Sem dúvida, a

eficiência do sistema exige melhor gestão pública e adequados financiamento e custeio. O que não se admite é que o atendimento à população observando a “diferença de classe” possa ser concebida como modalidade de uma melhor prestação de serviços à sociedade.

Não se nega também que a saúde pública possa ser complementada pela iniciativa privada.

Conforme salientado por Fernando Borges Mânica, em trabalho acadêmico, a própria Constituição Federal faz referência expressa à participação privada no sistema público de saúde e,

“com isso, a delimitação do caráter complementar de participação da iniciativa privada na prestação de serviços públicos de saúde implica a análise do alcance do conteúdo constitucional da complementaridade, a qual deve ter como referencial tanto (i) o texto da Constituição, quanto (ii) as condições históricas, sociais e econômicas atuais e aquelas existentes no momento de elaboração do texto constitucional” (Participação privada na prestação de serviços públicos de saúde. **In:** Tese de Doutorado. Curso de Pós-Graduação em Direito na Universidade de São Paulo, 2009).

A Constituição Federal, portanto, ao disciplinar o direito à saúde, oferece expressamente a possibilidade de modernização da Administração Pública por meio da **participação consensual e negociada da iniciativa privada** tanto na gestão de determinadas unidades de saúde quanto na prestação de atividades específicas de assistência à saúde.

Essa parceria fica evidente na leitura dos arts. 197 e 199, § 1º, da Constituição Federal, a saber:

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

(...)

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.”

A complementaridade do setor privado na área da saúde pública, inclusive, é reconhecida pelo Ministério da Saúde, que, em seu manual sobre doutrinas e princípios, elaborado pela Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, reconhece ter a Constituição Federal definido que, quando houver insuficiência do setor público e for necessária a contratação de serviços privados, isso se deve dar sob três condições:

“1a. - celebração de contrato, conforme as normas de direito público, ou seja, interesse público prevalecendo sobre o particular;

2a. - a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS. Prevalecem, assim, os princípios da universalidade, equidade, etc., como se o serviço privado fosse público, uma vez que, quando contratado, atua em nome deste;

3a. - a integração dos serviços privados deverá se dar na mesma lógica organizativa do SUS, em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços. Dessa forma, em cada região, deverá estar claramente estabelecido, considerando-se os serviços públicos e privados contratados, quem vai fazer o que, em que nível e em que lugar.

Dentre os serviços privados, devem ter preferência os serviços não lucrativos, conforme determina a Constituição.

Assim, cada gestor deverá planejar primeiro o setor público e, na sequência, complementar a rede assistencial com o setor privado, com os mesmos concertos de regionalização, hierarquização e universalização.

Torna-se fundamental o estabelecimento de normas e procedimentos a serem cumpridos pelos conveniados e contratados, os quais devem constar, em anexo, dos convênios e

contratos” (vide ABC do SUS – Doutrina e Princípios. Brasília: Ministério da Saúde, 1999).

A ação complementar não implica que o privado se torne público ou que o público se torne privado. Cuida-se de um processo político e administrativo em que o Estado agrega novos parceiros com os particulares, ou seja, com a sociedade civil, buscando ampliar, completar, ou intensificar as ações na área da saúde.

Não significa, sob o espectro constitucional, que somente o poder público deva executar diretamente os serviços de saúde - por meio de uma rede própria dos entes federativos -, tampouco que o poder público só possa contratar instituições privadas para prestar atividades meio, como limpeza, vigilância, contabilidade, ou mesmo determinados serviços técnicos especializados, como os inerentes aos hemocentros, como sustentado por parte da doutrina².

Conforme salientado por Geisa de Assis Rodrigues,

“as instituições privadas têm liberdade para prestar serviços de saúde. Podem atuar de forma complementar ao SUS ou não. As que complementam as atividades do Poder Público no SUS estão plenamente sujeitas às suas regras, sendo preferencialmente de fins não lucrativos ou entidades filantrópicas. Os serviços prestados por meio de convênio ou contrato público são remunerados, observando os critérios fixados pela Direção nacional do SUS e aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde. É importante ressaltar que os valores são estabelecidos através de um ato administrativo complexo, ou seja, só é fixado quando definido pelo Ministro da Saúde e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, como determina a lei” (op. cit. p. 330).

Sobre a necessidade de se observar o **iter** a ser trilhado para se

2 Vide quando à primeira tese, WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e federação na constituição brasileira**. Rio de Janeiro: Lumens Juris, 2004. p. 199 e, quanto à segunda, DI PIETRO, Maria Sylvia. **Parcerias na administração pública**. São Paulo: Atlas, 2012. p. 232).

chegar ao montante da remuneração, assim já decidiu o Colendo Superior Tribunal de Justiça:

“Esta remuneração, à obviedade, há de ser paga pelo poder público ao particular colaborador, desde que comprovadas as despesas, os serviços e uma vez apresentado o demonstrativo econômico-financeiro a garantir, inclusive, a qualidade dos serviços executados, havendo que se resguardar sempre o equilíbrio econômico e financeiro” (STJ - Resp. 995003, Primeira Turma, Rel. Min. **José Delgado**, DJ de 5/3/08).

Isso não implica que haja supremacia da Administração sobre o particular, que pode atuar, em parceria com o setor público, obedecendo sempre, como mencionado, os critérios da consensualidade e da aderência às regras públicas. Como se constata pelas exitosas experiências em países como Alemanha, Canadá, Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, dentre outros, na área da saúde, importantes requisitos das parcerias, como contratualização, flexibilidade, possibilidade de negociação, consensualismo, eficiência e colaboração são fundamentais para que os serviços possam ser prestados de forma ao menos satisfatória.

Dessa perspectiva, como já escreveu Mânica:

“[P]ode-se concluir que a assistência prestada por meio da iniciativa privada deve complementar as atividades de competência do SUS, as quais não podem ser integralmente executadas por terceiro. Tal entendimento veio ao encontro do que dispõe ao artigo 197, que não faz qualquer balizamento à possibilidade de participação privada na prestação de serviços. Assim, quando a Constituição Federal menciona a complementaridade da participação privada no setor de saúde, ela determina que a participação da iniciativa privada deve ser complementar ao SUS, incluídas todas as atividades voltadas à prevenção de doenças e à promoção, proteção e recuperação da saúde, dentre as quais aquelas de controle e fiscalização”

(Fernando Borges Mânica, op. cit., p. 7).

Entretanto, essa complementariedade não autoriza que se desconfigure a premissa maior na qual se assenta o serviço de saúde pública fixada pela Carta Maior: **o Sistema Único de Saúde orienta-se, sempre, pela equanimidade de acesso e de tratamento**; a introdução de medidas diferenciadoras, salvo em casos extremos e justificáveis, é absolutamente inadmissível.

A diferença de classe, o atendimento por médico privado e a dispensa da triagem prévia ao internamento não se enquadram nessas raras exceções; permiti-los seria aceitar a instituição de privilégios odiosos, desprovidos de qualquer respaldo constitucional. Esforços no sentido da promoção da universalidade e da igualdade de acesso ao Sistema Único de Saúde são deveras bem-vindos; esforços em sentido oposto, como os que aqui se pretende implementar, são intoleráveis à luz da Constituição da República.

Segue assim a tese para a aprovação: **é constitucional a regra que veda, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a internação em acomodações superiores, bem como o atendimento diferenciado por médico do próprio Sistema Único de Saúde (SUS) ou por conveniado, mediante o pagamento da diferença dos valores correspondentes.**

Por todo o exposto, nego provimento ao recurso extraordinário.

É o meu voto.