

Sessões Ordinárias  
Área 7: Estado, trabalho e políticas públicas

## A persistência neoclássica no estudo sobre o subsistema privado de saúde no Brasil

Leonardo Carnut<sup>1</sup>  
Jonas Sona de Miranda Pires<sup>2</sup>  
Áquilas Mendes<sup>3</sup>

**Resumo:** O artigo tem como objetivo foi analisar a literatura específica em economia da saúde, publicado pela Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres) entre 2004 e 2012, que abordam o tema de saúde suplementar realizando uma crítica à persistência da abordagem neoclássica neste campo. Este estudo está organizado em 4 partes. A primeira busca apresentar os contextos históricos que facilitam a compreensão do SUS atual, não deixando de lado a elucidação de definições que possam contribuir para o entendimento estrutural da saúde pública brasileira. A segunda parte trouxe esclarecimentos sobre o modelo de saúde suplementar, através de planos de saúde e a complexa combinação (ou mescla) entre público e privado sob o olhar regulatório da Agência Nacional de Saúde (ANS). A terceira parte realiza a revisão da produção de conhecimento em economia da saúde pela Abres, especificamente sobre as questões que envolvem a saúde suplementar e planos de saúde tentando identificar a retórica científica hegemônica sobre este tema criticando-a a luz da perspectiva da economia política.

**Palavras-chave:** Economia Política, Economia da Saúde, Sistema Único de Saúde, Seguros e Planos Privados de Saúde, Conhecimento.

### 1 Introdução

Mesmo sob o espinhoso caminho percorrido para a implementação do SUS, é necessário reconhecer que este sistema é a mais importante conquista social pós-redemocratização. Contudo, cabe ressaltar que as dificuldades orçamentárias impostas ao sistema público de saúde, e, dentro de todo este contexto histórico vivenciado tem sufocado seu caráter único. O contínuo embate promovido pelos acadêmicos progressistas e atores do movimento sanitário versus os setores mais reacionários e mercantilistas-liberais tencionaram a saúde à lógica de mercado tornando-a, cada um a seu modo, motivo de infindáveis possibilidades de lucro. Por isto, neste estudo, apontaremos o papel controverso da saúde suplementar e, também, como cada vez mais os planos e hospitais privados se fartam de fatias generosas do fundo público nacional.

Assim, o objetivo deste estudo é analisar a literatura específica em economia da saúde, publicado pela Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres) entre 2004 e 2012, que abordam o tema de saúde suplementar realizando uma crítica à persistência da abordagem neoclássica neste campo. Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi separar o ‘joio’ do ‘trigo’, como versa o adágio popular, ou seja, selecionar e quantificar os artigos, ensaios e teses que tratam da saúde privada com olhar fundamentado nas teorias neoclássica e de econômica política. A intenção é ajudar a compreender a retórica científica que ajudou a justificar a saúde (e o SUS) como objeto de mercantilização por este mecanismo.

---

<sup>1</sup>Professor Adjunto da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS).

<sup>2</sup>Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP).

<sup>3</sup>Professor Doutor Livre-Docente de Economia Política da Saúde da Faculdade de Saúde Pública (USP) e do Programa de Pós-Graduação em Economia Política (PUC-SP).

Desta forma, este estudo está organizado em 4 partes. A primeira busca apresentar os contextos históricos que facilitam a compreensão do SUS atual, não deixando de lado a elucidação de definições que possam contribuir para o entendimento estrutural da saúde pública brasileira. Nesta parte inicial, procurou-se por meio de uma revisão narrativa, discorrer brevemente sobre o modelo de saúde pública anterior à Constituição Federal de 1988. Assim, não foi deixado de lado o esforço dos intelectuais que idealizaram a reforma sanitária, bem como, a luta pela construção de um sistema de saúde que fosse universal e público.

A segunda parte deste estudo trouxe esclarecimentos sobre o modelo de saúde suplementar, através de planos de saúde e a complexa combinação (ou mescla) entre público e privado sob o olhar regulatório da Agência Nacional de Saúde (ANS). Evidentemente que, desde sua implementação, o SUS sofre o intenso assédio das forças privatizantes e segue sendo cronicamente subfinanciado pelo Estado como forma de ceder a estas pressões. A valer, convive-se com a dicotomia entre o asfixiado sistema público e o subvencionado sistema privado (pelo Estado), o que torna esta batalha desigual, controversa e compromete a busca pela universalização do sistema.

Posteriormente, na terceira parte deste estudo é realizada a revisão da produção de conhecimento em economia da saúde pela Abres, especificamente sobre as questões que envolvem a saúde suplementar e planos de saúde tentando identificar a retórica científica hegemônica sobre este tema. Para tal, foram selecionados trabalhos produzidos por autores que se dedicam ao estudo da economia da saúde e que foram compilados em uma clássica publicação desta entidade: “*A produção de conhecimento em Economia da Saúde Uma perspectiva bibliográfica (2004 – 2012)*”. Este documento foi produzido pela Abres em parceria com o Ministério da Saúde e a Organização Pan-americana de Saúde.

## **2 Saúde pública brasileira e o subsistema privado: determinantes históricos**

Historicamente, podemos dizer que é consenso entre os autores que se debruçam sobre o estudo do surgimento da Saúde Pública brasileira, que, assim como na maioria dos países, o Brasil teve a assistência à saúde originada a partir da filantropia. De acordo com Carvalho (2013), parte da população era atendida pelas instituições e médicos filantropos, e, paralelamente a isso, o Estado fazia esporadicamente ações de saúde frente às de epidemias, como ações de vacinação e de saneamento básico no final do século XIX e início do XX. Esse movimento esteve associado às atividades beneficentes e filantrópicas, principalmente de entidades ligadas a instituições religiosas, como por exemplo, a implementação das Santas Casas de Misericórdia.

Para Batich (2004), a participação do Estado na gerência no sistema de saúde assim como do sistema previdenciário brasileiro foi lenta e gradual. O autor descreve que o primeiro ato governamental

de intervenção nesta área ocorreu em 1923, com a promulgação da Lei Eloy Chaves<sup>4</sup>, determinando a criação de uma Caixa de Aposentadorias e Pensões para os trabalhadores de ferrovias.

Finkelman (2002) discorre em sua obra sobre a pressão exercida sobre o patronato pela classe trabalhadora, e como esta conquistou direitos trabalhistas e sociais ao longo da primeira metade do século XX, como pode ser visto abaixo em destaque:

Cada órgão estabelecia seu regulamento, que refletia parcialmente os anseios de cada segmento da classe trabalhadora e dependia da capacidade de receita disponível por meio das contribuições. Em substituição ao sistema extremamente fragmentário das CAPs, foram fundados os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), congregando o conjunto dos trabalhadores de um dado ofício ou setor de atividade. O primeiro Instituto, destinado aos funcionários públicos federais, foi criado em 1926, mais tarde denominado Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE). O último a ser criado foi o dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos (IAPFESP), em 1953. Na assistência à saúde, a maior inovação aconteceu em 1949, durante o segundo governo Vargas, quando foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU). A importância histórica desse evento decorre de três características inovadoras da iniciativa: o atendimento médico domiciliar até então inexistente no setor público, embora comum na prática privada; o financiamento consorciado entre todos os IAPs e, principalmente, o atendimento universal ainda que limitado aos casos de urgência (FINKELMAN, 2002, p. 237).

Portanto, pode-se afirmar que, a interação entre o público e o privado sempre foi estreita nos modelos de saúde nacional já se encontra desde seu nascedouro. A rede hospitalar privada, em meados dos anos 1950, era superior à rede pública existente nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e nos hospitais do Ministério da Saúde, dos estados e dos municípios. Contudo, seu custeio e financiamento eram cada vez mais patrocinados pelo poder público.

A relação público/privado manteve-se de dependência mútua no que se refere à oferta de saúde, como pode ser demonstrado pelo Plano de Metas para a Saúde, elaborado em 1963 como parte do Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico, onde se estimou que aproximadamente 62% do total de leitos hospitalares no Brasil eram provenientes da iniciativa privada e dependentes do auxílio financeiro da União para o seu custeio (MÉDICI, 1992, p.81).

Para Paim (2003), no Brasil, a ideia de integração das ações preventivas e curativas em redes regionalizadas e hierarquizadas foi experimentada entre as décadas de 1960-70 e inspirou o Projeto Montes Claros, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (Piass), como também o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde e o Plano de Reorientação da Assistência da saúde no âmbito da Previdência Social. Contudo, para o autor apenas no início da década de 1980 que o princípio da integralidade se tornou mais explícito com o programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAIM, 2003).

---

<sup>4</sup>O seguro social surgiu no Brasil em 1923 com a promulgação, pelo Presidente Artur Bernardes, da Lei nº 4.682 de 24 de janeiro, de autoria do Deputado Eloy Chaves. Com esta lei ficou instituído o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs), que atendeu, em um primeiro momento, aos trabalhadores ferroviários e, posteriormente, aos marítimos e estivadores. Ao final de 1932, existiam 140 CAPs com quase 19 mil segurados ativos, 10.300 aposentados e aproximadamente 8.800 pensionistas. Entre as prestações oferecidas aos segurados das CAPs, constavam, além das de natureza previdenciária, a assistência médica e o fornecimento de medicamentos (FINKELMAN, 2002, p. 237).

A organização sanitária brasileira, até a década de 1980, caracterizou-se pela diversidade de instituições prestadoras de serviços de saúde e pela profunda dicotomia observada entre as práticas de promoção e prevenção de saúde. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais arcavam com os programas educacionais e atividades de imunização. No nível federal, o Ministério de Saúde chamava para si o controle infecto parasitário de maior relevância, como tuberculose, hanseníase, malária e Doença de Chagas. Competia à estrutura previdenciária o atendimento de seus pacientes específicos, (segurados da Previdência Social), e aos hospitais universitários cabia o atendimento às doenças mais complexas, assim como uma parcela de internações dos pacientes não segurados (CASTELAR; GRABOIS, 1993).

Mas como afirma Massako Iyda (1994), é pertinente lembrar que vários autores que descrevem esse período não apresentam a devida precisão analítica sócio-histórica. Segundo a própria autora, tem-se que:

O predomínio da assistência médico-hospitalar privada mostra o equívoco de alguns autores brasileiros que afirmam que esta se expande pós-64. Realmente neste período, verifica-se uma nova expansão, cujo caráter mais empresarial corresponde às novas condições da sociedade brasileira; contudo, a rede privada **sempre foi dominante e privilegiada pelos regimes governamentais** (IYDA, 1994, p. 69) [grifo nosso]

Em paralelo ao modelo de saúde estabelecido durante os anos de ditadura militar, ganham corpo os movimentos de resistência ao modelo biomédico e as formas privadas que mercadorizam a saúde, abrindo espaço para constituição do movimento pela Reforma Sanitária no Brasil. Os especialistas e intelectuais combativos aos regimes que adensavam a privatização da saúde, inclusive aqueles de regime ditatorial militar, foram, em toda América Latina encabeçados por: Juan César Garcia, Asa Cristina Laurell, Jaime Breilh, Cecilia Donangelo e Sérgio Arouca. Estes militantes dedicaram-se ao ensino da medicina preventiva e social, onde nesse fértil campo para discussão lideraram este movimento de vanguarda que pleiteou a universalização da saúde na latinoamérica e também no Brasil.

Finalmente, com a redemocratização do país, a Constituição Federal de 1988, trouxe em seu artigo 196, a questão da saúde como um direito de todos os cidadãos e impõe ao Estado o dever de assumir esta obrigação, caracterizando assim a primeira experiência brasileira de uma política social de caráter universal. A novidade da Constituição para os brasileiros, diz respeito à garantia da extensão da prestação de saúde a todos, independentemente, da situação dos vínculos empregatícios do trabalhador. Portanto, desde então, cabe ao Estado cuidar da assistência pública, da elaboração de normas de proteção à saúde e da prestação de assistência médica e hospitalar mediante políticas sociais e econômicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Menicucci (2003) concorda que a nova Carta Constitucional acrescentou importantes inovações ao estabelecer o direito à saúde, sendo definidos novos princípios e diretrizes para orientar a política voltada ao setor. O novo paradigma constitucional alterou significativamente o padrão anterior, pois garantiu o acesso universal, igualitário e gratuito às ações e serviços de saúde, rompendo assim com o modelo

baseado na meritocracia da assistência à saúde – isto é, o acesso vinculado ao “mérito” do vínculo empregatício<sup>5</sup>.

Santos (2009) compreende que o subfinanciamento federal ao SUS provocou a precarização das relações de trabalho em saúde, além da baixa remuneração aos trabalhadores do SUS, forçando as terceirizações e abrindo campo para as Organizações Sociais de Saúde (OSS), e, segundo o autor, consolidando o fenômeno da privatização por dentro do SUS. Ainda de acordo com Santos (2009), a atual política de asfixiamento financeiro do sistema atinge os três níveis de atenção em saúde de forma desigual: muito mais a Atenção Básica, menos a assistência de média complexidade e quase nada na alta complexidade, o que inviabiliza o cumprimento das diretrizes constitucionais voltadas ao setor saúde.

Mesmo sendo cronicamente subfinanciado (MENDES, 2015) e sob assédio do mercado e dos grupos políticos interessados na mercantilização da saúde, o SUS conseguiu sobreviver. Para se ter uma ideia do que ele representa, de acordo com o Ministério da Saúde, em 2014, o sistema possuía 6,1 mil hospitais credenciados, 45 mil unidades de atenção primária e 30,3 mil Equipes de Saúde da Família (ESF). O modelo brasileiro de atenção à saúde pública é um dos maiores do mundo. O sistema realiza aproximadamente 2,8 bilhões de procedimentos ambulatoriais por ano, 19 mil transplantes, 236 mil cirurgias cardíacas, e quase 10 milhões de procedimentos de quimioterapia e radioterapia, além de 11 milhões de internações hospitalares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Quanto à organização e estruturação burocrática do SUS, preconizou-se pela descentralização da gestão, compreendida em três esferas de poder (federal, estadual e municipal), obviamente que, entre os entes federativos mencionados, o governo federal concentra mais recursos financeiros, assim como mais atribuições, como pode-se ler abaixo:

Um dos princípios básicos da estruturação burocrática do SUS é a descentralização da sua gestão, que compreende três esferas de poder: federal, estadual e municipal, abrangendo na lógica dessa concepção o Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, com efeito, cada um desses organismos possui diferentes atribuições conforme as diferentes especificidades da estruturação do poder nas diferentes localidades do território nacional. Partindo do princípio de uma estruturação federativa, o governo federal concentra obviamente mais recursos assim como atribuições, especialmente os financeiros. A municipalização é entendida como um processo da mencionada descentralização da gestão pública, na caracterização do governo local, onde se localiza a população a ser assistida. A conjunção de políticas públicas entre os entes federativos é processual e apoia-se na gestão participativa que é condicionada por fatores estruturais, como a capacidade de gasto, ou político-administrativa, fator institucional que reflete a importância das instituições envolvidas nas políticas públicas e programas sociais sob a égide das regras constitucionais assim como a sua operacionalidade e por fim a ação política que acaba envolvendo os vários níveis de governo e as relações destes com a sociedade. No que se refere especificamente à operacionalização do SUS, a descentralização de sua gestão esteve sob influência dos fatores supramencionados, entretanto, o corolário para o seu avanço foi o aprofundamento das relações entre Estado, sociedade e demais entes federativos diante da concretização da maturidade do debate afim de se atingir consensos por meio dos conselhos dos gestores estaduais e municipais de saúde – Conass e Conasems. (MINISTÉRIO DA SAÚDE,

---

<sup>5</sup>De acordo com Fleury e Ouverney (2008), o sistema bismarckiano implementado na Alemanha tem como característica principal a cobertura de grupos ocupacionais por meio de uma relação contratual. Para os autores, este sistema segue com a premissa dos princípios da solidariedade e os valores meritocráticos, por meio do qual os indivíduos deverão receber compensações sociais proporcionais a suas contribuições ao seguro.

2006, p. 26).

Entretanto, o modelo de descentralização da saúde implementado no Brasil não é unanimidade entre os estudiosos da área. De acordo com Elias (1996), alguns pressupostos como o fato da esfera municipal de governo estar mais próxima da população é algo positivo, porém, o autor questiona sobre a capacitação técnica da esfera local para exercer as atribuições que lhe são conferidas, dentro de uma realidade imposta caracterizada pela escassez de recursos financeiros que inviabilizam o cumprimento dos compromissos assumidos pelos municípios. Em concordância com Elias (1996), Mendes e Santos (2000), afirmam que o processo de descentralização, implicou aos municípios alocar recursos próprios em saúde, principalmente após o (sub)financiamento crescente dos recursos federais, agravado a partir de 1993 forçando-os à saídas privadas de prestação de serviços com isso, de acordo com os autores, além da obrigação financeira, recai sobre os ombros do município a total responsabilidade da gestão dos serviços de saúde com o agravante da esfera municipal não mais contar com a coordenação central.

Luz (2000) compreende que, paradoxalmente, o modelo de descentralização da saúde brasileira contempla os anseios dos governos neoliberais da década de 1990, pois, pode-se dizer que a União transfere responsabilidades para os estados e municípios no sentido de se eximir, e, poder de certa maneira cobrar dessas unidades incumbências referentes às funções delegadas, sendo este fenômeno mais um elemento que proporcionou um peso à gestão municipal forçando-a a conveniar-se com o subsistema privado por falta de capacidade instalada. Quanto a este paradoxo, a autora afirma:

O núcleo central do Estado faz o que pode para livrar-se do ônus político, social e econômico crescente que representam saúde e previdência, transferindo para unidades periféricas do poder público as funções e sobretudo, as responsabilidades concernentes a essas funções. Esta delegação, prevista num instrumento de descentralização de política pública como é o SUS, torna-se uma forma de o Estado central desincumbir-se das funções que lhe foram constitucionalmente atribuídas. Entretanto, o “repasso” dos recursos necessários para o desempenho dessas funções não se faz no mesmo ritmo nem com a mesma presteza que lhe são repassadas as obrigações (LUZ, 2000, p.304).

### **3 Saúde suplementar e planos de saúde: o ‘amigável’ intruso**

As indiscutíveis conquistas sociais dos brasileiros com a promulgação da nova Constituição Federal de 1988, assim como o desenvolvimento e consolidação do SUS se desenrolaram sob a desfavorável conjuntura econômica e política do Brasil dos anos 1990. Esta foi marcada pela inclinação privatizante e degradação da proteção social que vem na esteira da retomada liberal que atingiu a América Latina.

Chesnais (1996) assinala com lucidez sobre esse momento histórico no mundo ao descrever que as políticas de liberalização vieram acompanhadas de privatizações, desmantelamento de conquistas sociais e aprofundamento da desigualdade social. O recém-nascido SUS, não ficou imune a esse processo e as forças privatizantes assim como os interesses mercadológicos na saúde prevaleceram, com isso, o sistema de saúde com foco no mercado subsidiado ganhou fôlego sendo impulsionado pelo Estado. Bahia (2005),

diferentemente de Chesnais (1996), ao se concentrar no estudo do caso brasileiro, direciona o seu ensaio ao específico no campo da saúde. Neste sentido, a autora busca compreender como o mercado e as proposições liberais e privatizantes se apresentavam como alternativa anteposta à premissa básica do SUS que é a universalização dos cuidados de saúde. A autora traz mais detalhes que problematizam este quadro:

No final da década de 80, as evidências sobre a importância do “mercado” para a assistência à saúde de parcela significativa da população adquiriram especial dramaticidade quando arroladas para justificar as proposições neoliberais privatizantes. Seus formuladores nutridos da “realidade” de um sistema já privado consideravam que bastava regulamentar a oferta de assistência privada, através da transferência da contribuição previdenciária para as empresas que comercializam planos de saúde. O modelo chileno era apontado como paradigma de modernidade e eficiência por referência à falência do sistema público brasileiro. Os adeptos da privatização argumentavam que, ficando livre de uma parte da demanda, o SUS poderia dedicar seus recursos integralmente à assistência dos pobres. A focalização da assistência anteposta à universalização se apresentava como alternativa racional à insensatez da manutenção de um financiamento público obrigatório para quem não utilizava o SUS e podia pagar planos/seguros saúde (BAHIA, 2005,p 10).

Menicucci (2003) pondera que ao mesmo tempo em que se realizou verdadeiramente a reforma do sistema de saúde brasileiro com o advento do SUS, as mudanças, por mais contraditórias que pareçam, foram limitadas pela antiga estrutura institucional pré-SUS, cujo peso histórico de suas ações não foi capaz de desmontar-se. Optou-se, dessa forma, por uma dupla trajetória, a da assistência pública e privada, como a última não foi regulamentada adequadamente, preservou-se a continuidade do sistema anterior.

Na prática, foi construído no Brasil um *sistema híbrido de saúde* (ou também conhecido como “dual”) (PAIM et al., 2011), uma miscelânea complexa e desigual entre o modelo público e privado. Com a reforma sanitária e o próprio advento do SUS, os sistemas privados e filantrópicos não foram incorporados ou estatizados, ao contrário, foram alimentados e desenvolvidos pelo Estado. Este setor privado<sup>6</sup> permanece dividido em dois subsetores: o subsetor de saúde suplementar (composto pelos planos e seguros privados de saúde) e o subsetor clássico e liberal (composto por serviços particulares autônomos, caracterizados por clientela própria, em que os profissionais da saúde de maneira autônoma estabelecem suas agendas, as condições de tratamento e remuneração e os pacientes acessam por ‘desembolso direto’ – *out-of-pocket*) (PIETROBON et al., 2008).

A base de sustentação econômica do mercado de planos e seguros privados de saúde se dá por meio de um mecanismo de cooperação voluntária conhecido como mutualismo, onde muitos indivíduos contribuem para que alguns poucos possam utilizar os recursos de um fundo mútuo, administrado por operadoras de planos, para o pagamento das despesas médicas, realizadas direta ou indiretamente. Mediante um plano ou seguro privado de saúde, o consumidor é capaz de estabilizar a variação de sua

<sup>6</sup>O histórico da prestação privada de saúde remonta as empresas de medicina de grupo que surgiram nos Estados Unidos por volta de 1920, no Brasil, as primeiras empresas de medicina de grupo surgiram na década de 1960 para atender, em princípio, aos trabalhadores do ABC paulista. As indústrias multinacionais que ali se instalavam, diante das deficiências da saúde pública, preocuparam-se em buscar outros meios para propiciar atendimento médico aos seus empregados (PEREIRA FILHO, 1999).

renda diante de eventos inesperados que possam afetar a sua saúde física e, por consequência, a sua saúde financeira.

No que tange aos profissionais prestadores de assistência da iniciativa privada, estes, são credenciados pelos planos e seguros de saúde ou pelas cooperativas médicas, serviços próprios dos planos e seguros de saúde, serviços conveniados ou contratados pelo subsistema (PIETROBON et al., 2008). As cooperativas médicas, são regidas e organizadas sob as leis do cooperativismo, oferecem assistência aos associados por meio de contratos coletivos, familiares e individuais que prescindem da figura do sócio majoritário ou controlador, de modo que os lucros de suas operações são divididos entre os cooperativados médicos e outros profissionais da área de saúde (PEREIRA FILHO, 1999).

Já a saúde suplementar é composta pelos serviços financiados pelos planos e seguros de saúde com financiamento privado, entretanto, o setor é beneficiado por subsídios públicos e regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar<sup>7</sup> (ANS); ainda segundo Pietrobon (2008), a regulamentação do setor de saúde suplementar, exigida pela Constituição de 1988, surgiu tardiamente<sup>8</sup>, após dez anos da instrumentalização do SUS pela Constituição Federal. De acordo com Pinto e Soranz (2014), antes da lei 9.656/98 não era prevista cobertura mínima definida para os planos de saúde, sendo esta estipulada unicamente entre os contratos firmados entre as operadoras e as pessoas que desejassem adquirir um plano. Os autores ainda prosseguem ao esclarecer que as operadoras privadas de saúde excluía de seus contratos os portadores de doenças crônico-degenerativas, infecciosas e limitavam os tratamentos de alto custo. Outras práticas comuns e despropositadas eram as restrições contratuais quanto à idade dos usuários (PINTO; SORANZ, 2004).

Conforme Bahia e Scheffer (2012), no continente americano, o Brasil, Canadá, Costa Rica e Cuba, consideram que o direito à saúde é um direito universal, sendo que, para outros países existem normas específicas que legitimam a segmentação dos seus sistemas de saúde. Todavia, ao contrário dos países citados, no Brasil, o sistema público convive com o mercado privado de planos e seguros de saúde (BAHIA; SCHEFFER, 2012). Para os autores, as principais diferenças entre planos e seguros de saúde são:

---

<sup>7</sup>Criada a partir de setor específico do Ministério da Saúde, coube à ANS cumprir a Lei nº 9.656, editada em junho de 1998. A Agência nasceu pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, como instância reguladora de um setor da economia sem padrão de funcionamento. A exceção ficava por conta do seguro de assistência à saúde e das seguradoras, sob o controle econômico-financeiro da Superintendência de Seguros Privados (Susep). A saúde suplementar passou a conviver com o sistema público, consolidado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), nascido a partir da Constituição Federal de 1988 (<http://www.ans.gov.br/aans/historico>).

<sup>8</sup>Na conjuntura internacional dos anos noventa, onde o papel do Estado nas políticas de proteção social deteriora-se após uma onda neoliberal que atinge em cheio a América Latina, houve de fato um rápido crescimento da Saúde Suplementar, a princípio, desordenado e desregulado. Como resposta a este processo, o Congresso Nacional aprova a Lei 9.656/98 e, posteriormente, por meio da Lei n. 9.961/2000, cria-se a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), possibilitando assim, que a nova Agência regulamentasse o mercado, exigindo regras de competição mais claras, garantias de superação de restrições assistências existentes em contratos como era o caso da negativa de atendimento a pacientes portadores de HIV, idosos e pacientes que requeriam hospitalização mais prolongada (CONASS, 2007).

- 1- Quanto à natureza das empresas que comercializam os contratos, as seguradoras integram o sistema financeiro, enquanto as empresas de planos são regidas por outro ordenamento jurídico e tributário;
- 2- Em decorrência da natureza do contrato de seguro, os seguros de saúde necessariamente admitem a livre escolha dos prestadores de serviços mediante reembolso, enquanto para as empresas de planos de saúde a modalidade de reembolso é opcional (BAHIA; SCHEFFER, 2012, p. 428).

Ainda, sobre este assunto (quadro 1) é apresentado de acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2007) as diferentes modalidades que constituem o campo da saúde suplementar, o tipo de gerenciamento, e o público consumidor deste serviço de saúde privado:

**Quadro 1.** Modelos/modalidades de prestação de saúde suplementar, seu gerenciamento, prestação e principais usuários

Modalidade	Gerenciamento	Prestação de serviços	Usuários
<b>Medicina de Grupo</b>	Empresas privadas, proprietários ou sócios de unidades e complexos hospitalares	Unidades próprias de saúde, com os profissionais de saúde possuindo vínculo empregatício nas empresas de medicina de grupo, ou através de unidades credenciadas por esta.	Indivíduos ou empresas assegurados por planos de saúde
<b>Seguro de Saúde</b>	Seguradoras: inicialmente era exclusivamente de indenização (reembolso), com a criação da Susep (Seguro de Assistência Médica), durante a década de 1980, o objeto da apólice converteu-se na garantia de assistência médica.	Por lei, não cabe à seguradora, fazer prestação direta de serviços.	Indivíduos e empresas
<b>Cooperativas médicas</b>	Entidade organizacional que administra os planos. A diferença encontra-se no fato de que essas entidades são formadas por profissionais cooperados a ela	Rede própria e credenciada	Indivíduos e empresas
<b>Autogestão</b>	Organizados diretamente pelos próprios empregados, por meio de caixas de assistência ou pelas próprias empresas e associações ou fundações em que os sócios organizam uma entidade sem fins econômicos para a assistência em saúde	Os provedores dos serviços assistenciais são médicos, hospitais e unidades de apoio diagnóstico e terapêutico geralmente credenciados.	empregados de empresas e muitas vezes seus familiares

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Saúde Suplementar. Brasília: CONASS, 2007.

O segmento privado representado pela saúde suplementar prosperou de maneira auspiciosa em todo o país. De acordo com a ANS (2019), atualmente são 47,36 milhões de usuários de planos de assistência, desse montante, cerca de 30 milhões participam de convênios empresariais, oferecidos pelos empregadores aos seus funcionários. Os demais são clientes de planos individuais, familiares ou coletivos por adesão (formados por profissionais liberais que atuam no mesmo ramo, organizados em sindicatos ou associações). Com efeito, propusemos a elaboração de uma tabela, afim de observarmos com mais clareza os números publicados pela ANS. Portanto, observa-se na tabela 1, o número de usuários do sistema de saúde suplementar, da mesma forma, nota-se o aumento da concentração do segmento com a menor participação de operadoras ao longo dos anos do estudo.

**Tabela 1.** Número de beneficiários do sistema de saúde suplementar em comparação ao número de operadoras.

Ano	Beneficiários em planos provados de assistência médica (em milhões)	Número de operadoras
-----	---	----------------------

2008	41.4	1135
2009	42.5	1095
2010	44.9	1045
2011	46.0	1015
2012	47.8	962
2013	49.4	920
2014	50.4	874
2015	49.2	828
2016	47.6	790
2017	47.1	766
2018	47.3	749

Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários-SIB/ANS/MS. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>

Desde a década de 1960, trabalhadores de estatais, bancários, e algumas instituições do governo federal já possuíam planos de saúde. Esse modelo incutiu equivocadamente nos sindicatos e trabalhadores em geral a ideia de que o maior benefício destinado para as categorias representadas pelas entidades sindicais seria a cobertura hospitalar por algum tipo de seguro de saúde. Por outro lado, não houve de fato a construção coletiva com os trabalhadores e sindicatos para o fortalecimento de um sistema público e universal no Brasil. A respeito desta observação, Rodrigues (2014) pondera o seguinte:

O SUS decorre de sua frágil base de sustentação social em meio aos trabalhadores, particularmente junto a suas organizações sindicais. Ao contrário do que ocorreu em diversos países do mundo, nos quais os sistemas públicos de saúde de caráter social-democrata contaram com amplo apoio dos trabalhadores, através dos partidos e sindicatos que os representam, no Brasil, diversas medidas do regime militar, tratadas adiante, contribuíram para promover o gradual afastamento dos trabalhadores organizados do sistema público de saúde do ponto de vista político e ideológico. Isso restringiu a base social de apoio do SUS principalmente aos movimentos sociais urbanos. Essa frágil base de sustentação social do sistema público de saúde está associada à outra circunstância histórica: a existência no país de um dos maiores setores privados de saúde de todo o mundo (RODRIGUES, 2013, p. 38).

As questões envoltas à expansão dos planos privados de saúde no Brasil estão de certo modo relacionadas às dificuldades orçamentárias impostas ao sistema público de saúde fomentadas a insuficiência deste por meio do subfinanciamento crônico do SUS tornou-se frequente. Bahia (2001) corrobora com a afirmação de que o desenvolvimento do setor privado perturba a construção da universalidade do sistema público:

Dois enunciados, articulados entre si, explicam usualmente a expansão dos planos privados de saúde no Brasil. Em uma primeira instância insuficiências do SUS são associadas à expansão da assistência médica suplementar evocando os avanços das políticas de corte neoliberal. Essa equação, por sua vez, remete questões tanto às proposições reformistas universalistas quanto às políticas assistenciais seletivas. Por um lado, o crescimento das alternativas particulares, corporativas e meritocráticas desafiam a construção de um sistema de proteção social universal e redistributivo, por outro, evidencia perspectivas para a regulação de uma segmentação já consolidada (BAHIA, 2001, p. 330).

Os ataques direcionados aos SUS procedem de amplas frentes, por certo, esta tem se mostrado uma batalha desigual. O subfinanciamento crônico imposto ao sistema tornou-o deficiente para cobrir os mínimos requisitos necessários para a oferta integral de saúde. A renúncia fiscal promovida por estados, união e municípios, vem desviando recursos financeiros que poderiam ser melhor aplicados na saúde, sem

embargo, conseguiriam levar oxigênio para o setor que segue asfixiado pelas políticas públicas de saúde no Brasil. Irrefutavelmente, outro fator desconcertante para a saúde é a Emenda Constitucional nº 95<sup>9</sup> (EC 95), sem dúvida, a mais brutal ofensiva do grande capital contra o trabalhador.

#### **4 A produção de conhecimento em economia da saúde: o caso da Abres**

Antes de nos aprofundarmos nos trabalhos publicados pela Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), faz-se necessário um breve contexto histórico sobre o seu surgimento e antes disso, reconhecer a parceria entre a Economia e a Saúde Pública no Brasil. Sobre este último aspecto, Mendes e Marques (2012) julgam que o impulso inicial foi dado pela equipe do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), pois, segundo os autores, “o Ipea desenvolveu o método de apuração do gasto social federal, ao final dos anos 1980”. Contudo, para Mendes e Marques (2012), outra contribuição pode ser considerada como uma obra de referência para a construção da Economia da Saúde, esta, é o trabalho de Vianna et al. (1990)<sup>10</sup>, que de acordo os pesquisadores, “avalia a aplicabilidade dos critérios do artigo 35 da Lei Orgânica da Saúde, suas implicações na equidade e prevê possíveis alterações no fluxo dos recursos descentralizados” (MENDES; MARQUES, 2012, p. 248).

Então, quando e como surge a Abres? Em relação a esta matéria, mais uma vez recorreremos a Mendes e Marques (2012) que esclarecem:

Em junho de 1989, foi realizado, na Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), o I Seminário sobre Economia e Financiamento da Saúde. Naquele momento, formulou-se a proposta de formação da Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), a qual foi criada cinco meses depois, quando da realização, em Brasília, do I Workshop Internacional sobre o campo da Economia da Saúde. Em 1992, por ocasião do II Workshop sobre Economia da Saúde, realizado em São Paulo, viabiliza-se a edição de um livro luso-brasileiro sobre economia da saúde — publicado em 1995 pelo Ipea e organizado por Piola & Vianna (1995)<sup>11</sup> —, cujo objetivo era servir para iniciar profissionais de saúde, economistas e administradores nos principais temas da economia da saúde (MENDES; MARQUES, 2012, p. 248)

Portanto, já dilucidado o processo embrionário da Abres, retomaremos para a contemporaneidade, e será revisada de forma sistemática a produção de conhecimento em economia da saúde pela Abres, especificamente sobre as questões que envolvem à saúde suplementar e planos de saúde. A Abres com o objetivo de realizar a primeira sistematização do conteúdo sobre economia da saúde produzida por autores brasileiros até aquele momento inédita no país produziu o documento intitulado: “*A produção de*

<sup>9</sup>A implementação do teto para os gastos públicos federais, consolidada pela Emenda Constitucional de n. 95, instituiu um novo regime fiscal que irá vigorar durante os próximos 20 (vinte) com corte de investimento público em saúde e educação. A draconiana proposta feita por um governo ilegítimo foi causa de indignação da sociedade civil, desencadeou greves e ocupações estudantis que ocorreram nas escolas e universidades públicas de todo o país. No entanto, sua aprovação foi ratificada pelo Congresso, sem diálogo com a sociedade civil. Com efeito, a medida se trata de mais uma tentativa das forças do capital, nacional e supranacional, para manter o Brasil no seu permanente Estado de exceção econômica (MARIANO, 2017).

<sup>10</sup>Vianna S. M. et al. O financiamento da descentralização dos serviços de saúde: critérios para transferência de recursos federais para estados e municípios. Série Economia e Financiamento, Brasília: Opas, 1990.

<sup>11</sup>Piola, S. & Vianna, S. M. Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: Ipea, 1995.

*conhecimento em Economia da Saúde Uma perspectiva bibliográfica (2004 – 2012)*” em parceria com o Ministério da Saúde e a Organização Pan-americana de Saúde.

Ao inspecionar a produção de conhecimento em economia da saúde pela Abres, especificamente sobre as questões que envolvem à saúde suplementar e planos de saúde, evidenciou-se a preponderância numérica dos artigos e trabalhos acadêmicos que possuem lastro no pensamento econômico neoclássico. Numa primeira etapa, foram selecionados vinte e quatro artigos desta publicação que trazem à tona a discussão do mercado de saúde privado. Esses trabalhos foram separados conforme a proposta teórica e vertente econômica utilizada pelos autores e o título do artigo da produção que podem ser vistos no quadro 2.

**Quadro 2.** Teoria/Vertente econômica, ano, autores, artigo e objetivos dos estudos que tematizam a saúde suplementar e os planos privados de saúde na produção científica da Abres (2004-2012). 2019.<sup>12</sup>

Teoria/Vertente	Ano	Autores	Título do artigo
Neoclássica	2004	Andreazzi MFS et al.	Documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003
	2004	Bahia L, Simmer E, Oliveira DC	Cobertura de planos privados de saúde e doenças crônicas: notas sobre utilização de procedimentos de alto custo
	2004	Godoy MR, Silva EM, Balbinotto Neto, G.	Plano de saúde e a teoria da afirmação assimétrica
	2005	Nunes A	Ensaio em economia da saúde. 2005. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília
	2006	MS*/OPAS**/ Abres***	Beneficiários, operadoras e planos
	2007	Alves SL	Saúde suplementar: evidências de seleção adversa após regulação
	2008	Ribeiro JM et al.	Procedimentos e percepções de profissionais e grupos atuantes em mercados de planos de saúde no Brasil
	2009	ANS****	Atenção à saúde no setor suplementar: evolução e avanços do processo regulatório
	2009	Ribas BKC	Processo regulatório em saúde suplementar: dinâmica e aperfeiçoamento da regulação para a produção da Saúde. 2009. Dissertação (Mestrado)
	2009	Ugá MAD et al.	Mecanismos de microrregulação aplicados por operadoras de planos de saúde sobre hospitais privados
	2010	Dantas AT, Aguiar BS	Regulação de saúde suplementar no Brasil: análise da estrutura e do desempenho do setor a partir da criação da ANS
	2010	Nishijima M, Cyrillo DC, Biasoto JR	Análise econômica da interação entre a infraestrutura da saúde pública e privada no Brasil
	2010	ANS****	Experiências de financiamento da saúde dos idosos em países selecionados: relatório executivo. Rio de Janeiro
	2011	MS*/OPAS**/ Abres***/ Conass*****	Coleção para entender a gestão do SUS
	2012	ANS****	Glossário temático: saúde suplementar. 2. ed. Brasília
Economia Política	2004	Ocké-Reis CO	Challenges of the Private Health Plans Regulation in Brazil. Rio de Janeiro, IPEA.
	2006	Ocké-Reis CO	Novos modelos de gestão na saúde privada. Rio de Janeiro: IPEA.
	2007	Ocké-Reis CO	Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde
	2011	Matos, JBB	As transformações da regulação em saúde suplementar no contexto das crises e mudanças do papel do Estado. 2011. Tese (Doutorado).
	2011	Ocké-Reis CO, Santos FP	Mensuração dos gastos tributários em saúde: 2003-2006. Brasília: IPEA.

\*Ministério da Saúde

\*\*Organização Pan-Americana de Saúde

\*\*\* Associação Brasileira de Economia da Saúde

\*\*\*\*Agência Nacional de Saúde Suplementar

\*\*\*\*\*Conselho Nacional de Secretários de Saúde

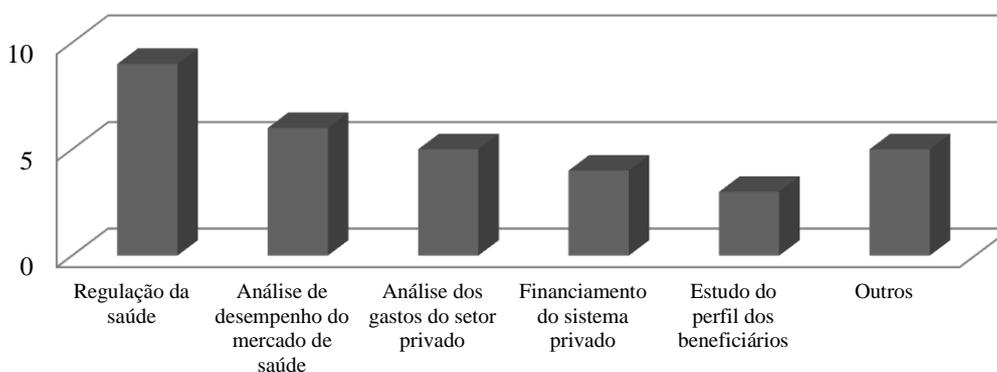
Fonte: Publicações Abres 2004-2012

<sup>12</sup>Apesar de 19 estudos constarem como pertencentes à vertente neoclássica, apenas 15 foram analisados. Assim, 4 estudos que tematizam a saúde suplementar e os planos privados de saúde que constam no documento não foram objetos de análise devido a incapacidade de recuperação *online*. São eles: Araújo ÂM (2004). A regulação do mercado de saúde suplementar no Brasil: barreiras à entrada e à saída de operadoras de planos privados de assistência à saúde. 2004; ANS (2009) Caderno de Informação de Ressarcimento e Integração com o SUS. Rio De Janeiro; Tiburi MF (2009). O cenário da saúde suplementar: a relação entre planos de saúde e medicina baseada em evidências sob a perspectiva econômica. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*, São Paulo, v. 1, n. 3, dez. e, por fim, o trabalho conjunto entre MS/OPAS/Abres/Conass (2011) nomeado ‘Atlas Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar’.

No geral, os autores e trabalhos considerados neoclássicos negligenciam a complexidade das relações sociais e suas interações com as questões que dizem respeito ao papel de protagonismo do Estado na formulação de políticas públicas. Dentre os dezenove trabalhos que foram selecionados apoiados em conteúdo neoclássico, houve a prevalência de artigos que abordam o estudo das políticas regulatórias implementadas no mercado de Saúde pela ANS. Outros temas que também foram frequentemente abordados, dizem respeito à alocação de recursos e controle de custos, informações sobre o perfil dos beneficiários dos planos de saúde, seleção adversa<sup>13</sup>, risco moral<sup>14</sup>, contraprestações e despesas das operadoras, taxa de sinistralidade das operadoras de planos privados de saúde, informações sobre o processo de ressarcimento ao SUS, origem das fontes de remuneração dos procedimentos de alto custo, e, por fim, a análise da estrutura produtiva em saúde.

Selecionamos os artigos já reconhecidos por terem conteúdo econômico neoclássico, e os dividimos conforme as categorias que fazem parte da coluna de sustentação deste pensamento econômico, como: “regulação e microrregulação”, “controle de custos e despesas”, “seleção adversa”, “desempenho do mercado”, “informações sobre os beneficiários dos planos de saúde” e “financiamento do sistema privado”. A fim de facilitar a visualização das diferentes categorias que tratam de questões que são específicas nos trabalhos com conteúdo neoclássico, apresenta-se o gráfico 1.

**Gráfico 1.** Principais categorias neoclássicas dos estudos sobre o tema planos de saúde e saúde suplementar da publicação sobre a produção do conhecimento em economia da saúde no Brasil, ABRES (2004-2012). 2019.



Fonte: Abres

No quadro 2 é possível identificar os quinze estudos que foram incluídos nesta análise e a relação entre os estudos e as categorias neoclássicas citadas.

<sup>13</sup>A “seleção adversa” ocorre quando existe assimetria na informação entre a empresa e o consumidor no que diz respeito ao risco que este representa para a empresa. Este é um problema clássico do mercado de seguros, mas também ocorre no setor de planos odontológicos, bem como no setor de planos médicos, pela similaridade destes no que concerne ao risco (ALVES, 2004, p. 255).

<sup>14</sup>“Risco moral” ocorre quando em determinadas situações, a condição de perfeita competição – racionalidade – não acontece e, então, deparamo-nos com o que é chamado de “risco moral”. O “risco moral” pode ocorrer em sistemas de saúde baseados em seguro privado ou público e também naqueles sistemas que cobrem totalmente os gastos com cuidados de saúde. Nestes casos, existiria uma tendência a ocorrer excesso de demanda, pois o consumidor e o produtor mudam a sua atitude em relação à necessidade de cuidados de saúde, já que as despesas estão completamente cobertas (DORNELES, 2002, p. 127).

**Quadro 2.** Cronologia da produção em economia neoclássica e suas principais categorias identificadas na produção científica da Abres (2004-2012). 2019

Ano	Autores	Título do artigo	Principais categorias neoclássicas									
			Regulação e microrregulação	Análise e desempenho do mercado	Seleção adversa	Financiamento	Beneficiários /usuários da saúde suplementar	Controle de custos/despesas	Taxa de sinistralidade	Risco moral	Concorrência perfeita	
2004	Andreazzi MFS et al.	Documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003	x	x								
2004	Godoy MR, Silva EM, Balbinotto Neto, G.	Plano de saúde e a teoria da afirmação assimétrica		x	x	x					x	
2004	Bahia L, Simmer E, Oliveira DC	Cobertura de planos privados de saúde e doenças crônicas: notas sobre utilização de procedimentos de alto custo							x			
2005	Nunes A	Ensaio em economia da saúde. 2005. Tese (Doutorado) – UNB										x
2006	MS*/OPAS**/ Abres***	Beneficiários, operadoras e planos						x				
2007	Alves SL	Saúde suplementar: evidências de seleção adversa após regulação	x	x	x							
2008	Ribeiro JM et al.	Procedimentos e percepções de profissionais e grupos atuantes em mercados de planos de saúde no Brasil	x	x		x		x	x			
2009	ANS*	Atenção à saúde no setor suplementar: evolução e avanços do processo regulatório	x									
2009	Ribas BKC	Processo regulatório em saúde suplementar: dinâmica e aperfeiçoamento da regulação para a produção da Saúde. 2009. Dissertação (Mestrado)	x									
2009	Ugá MAD et al.	Mecanismos de microrregulação aplicados por operadoras de planos de saúde sobre hospitais privados	x						x			
2010	Dantas AT, Aguiar BS	Regulação de saúde suplementar no Brasil: análise da estrutura e do desempenho do setor a partir da criação da ANS	x	x				x	x			
2010	Nishijima M, Cyrillo DC, Biasoto JR	Análise econômica da interação entre a infraestrutura da saúde pública e privada no Brasil	x									
2010	ANS****	Experiências de financiamento da saúde dos idosos em países selecionados: relatório executivo. Rio de Janeiro				x						
2011	MS*/OPAS**/ Abres***/ Conass*****	Coleção para entender a gestão do SUS	x	x					x	x		
2012	ANS****	Glossário temático: saúde suplementar. 2. ed. Brasília				x						

\*Ministério da Saúde

\*\*Organização Pan-Americana de Saúde

\*\*\* Associação Brasileira de Economia da Saúde

\*\*\*\*Agência Nacional de Saúde Suplementar

\*\*\*\*\*Conselho Nacional de Secretários de Saúde

Fonte: Publicações Abres 2004-2012

## 4.1 Discussão

### 4.1.1 A crítica da economia política sobre a produção neoclássica em saúde suplementar e planos privados de saúde

Após o estudo e a triagem dos trabalhos publicados pela Abres, notou-se que os autores selecionados como neoclássicos e sua produção científica é de certa forma composta por textos em que prevalece a heterogeneidade, ou seja, os artigos não apresentam apenas um único fundamento ou conceito de uma determinada teoria econômica. O que queremos dizer com isso é que os autores transitam entre os diversos caminhos da literatura apoiada em conceitos neoclássicos, e, isso podemos observar nos quadros que foram elaborados. Ao prosseguir, dedicaremos atenção, nessa parte aos artigos<sup>15</sup> que abordam as questões regulatórias e sobre a microrregulação<sup>16</sup>.

Boa parte da produção literária produzida neste campo, conta também com material elaborado pela própria ANS, como, a título de exemplo, o acordo com os documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003, publicados em 2004. Este trabalho se ocupa com matérias a respeito da regulação da saúde e sobre as falhas do mercado com relação à assimetria de informações entre clientes, operadoras e provedores de serviço.

Portanto, começaremos por um capítulo deste documento técnico citado anteriormente, como indica Andreazzi (2004, p. 58): “no que se refere ao mercado de saúde suplementar, a ação regulatória se reveste de importância capital em virtude da defesa da concorrência no mercado”. Em outra passagem, a autora menciona que a ANS por meio da regulação torna possível a mediação da oferta e a procura entre os agentes envolvidos no mercado de saúde.

Marinho (2017) nos alerta ao afirmar categoricamente, apoiado por Ocké-Reis e Santos (2011), que a efetivação da saúde suplementar no Brasil ocorre por meio dos pesados subsídios (renúncia fiscal ou gasto tributário) repassados ao setor. Esses pesados subsídios que o autor se refere são retirados do fundo público e repassados para a iniciativa privada.

---

<sup>15</sup>A categoria ‘regulação’ encontra-se largamente utilizada na Administração Pública, nas Ciências Sociais e na Economia. Segundo Boyer (1990), seria a “conjunção dos mecanismos que viabilizam a reprodução do conjunto do sistema, em função do estado das estruturas econômicas e das formas sociais”. No setor saúde, este termo, além de se referir aos macroprocessos de regulamentação, também define os mecanismos utilizados na formatação e no direcionamento da assistência à saúde propriamente dita (ANDREAZZI, 2004). Contudo o problema da escola da regulação, conforme descreve Husson (2019, p. 180) reside em externalizar “... toda a dinâmica social [...] ... e o modo de regulação torna-se uma convenção comparável às regras de trânsito. A teoria da regulação é, portanto, dividida entre duas posições simétricas que consistem em dizer, por vezes, que o ‘mau capitalismo prevalece sobre o bom’, e às vezes para mostrar que existem apenas os capitalismo concretos que são construídos a partir uma combinatória a qual se pode mobilizar à vontade”.

<sup>16</sup>Traçado um paralelo com o disposto por Santos e Merhy (2006), pode-se dizer que a regulação do sistema de saúde é o análogo (se não, o codenome) da macrorregulação na saúde. A regulação da atenção à saúde equivaleria a um tipo de regulação intermediária, ou quiçá uma “mesorregulação”, aos quais os autores supracitados não fazem referência e por fim, a *regulação assistencial*, traduzida nos termos dos autores por microrregulação. Essa é a ênfase quando se trata dos estudos de regulação na saúde suplementar e planos de saúde.

Alves (2007) em sincronia com Andreatzi (2004) também manifesta o seu ponto de vista, pois, em seu artigo reafirma a importância regulatória da ANS. Ao prosseguir, o autor conclui “como desafios da saúde suplementar a baixa expansão da oferta, comparativamente à enorme demanda potencial por estes produtos” (ALVES, 2007, p. 3).

Alguns trabalhos enveredaram para as questões contratuais ou de microrregulação, isto é, do controle de um agente econômico sobre outro. O artigo produzido por Ugá et al. (2009), assim como Alves (2007) estudaram a microrregulação e as relações comerciais e contratuais entre hospitais e operadoras de planos de saúde. Nos conteúdos de origem regulatório, Dantas e Aguiar (2010) concordam com Ribeiro et al., (2008), Ribas (2009) e Ugá et al. (2009), ao analisarem as mudanças estruturais da saúde suplementar sob o olhar regulatório da ANS. Alves (2007) demonstra preocupação com o fato da dificuldade de novos consumidores adentarem no mercado de saúde suplementar por causa dos consumidores de alto risco, que “poderiam expulsar do mercado os consumidores de baixo risco” (ALVES, 2007, p. 03), devido à assimetria na informação entre a empresa e o consumidor (seleção adversa). Em concordância com estes autores, Ribeiro et al. (2008) também desenvolvem as questões envoltas ao risco moral, seleção adversa e a dinâmica de competição sob a lógica capitalista do mercado de saúde.

Dentre os trabalhos e autores pesquisados para nossa discussão, Alves (2007), revela-se como um grande entusiasta e provavelmente o maior idealista das ações regulatórias promovidas pela ANS. De acordo com o autor, o “espírito da lei atuou no sentido de aumentar a rede de proteção aos consumidores de planos de saúde”. Em destaque, ressaltamos um trecho do trabalho de Alves (2007) que corrobora com o que foi mencionado neste parágrafo:

Pode-se dizer que o “espírito da lei” atuou no sentido de aumentar a rede de proteção aos consumidores desses planos, principalmente os individuais, por meio da regulação e fiscalização das atividades das operadoras bem como pelo desenho dos contratos oferecidos após a regulamentação [...]. De forma geral, a regulamentação do setor procurou conciliar a garantia assistencial, através do aumento das coberturas obrigatórias, com a garantia de prestação continuada dos serviços, através da regulação econômico-financeira. Somente para facilitar a exposição, esta seção está dividida em quatro subseções que envolvem as principais mudanças de concepção trazidas pelo novo marco legal (ALVES, 2007, p. 02; 06).

Porém, até que ponto o Estado se impõe frente ao mercado de saúde suplementar por meio da ANS? Para Ocké-Reis (2009) esta é, em certa medida, uma questão provocativa sobre as pré-condições que o Estado possui no sentido de subordinar o mercado às diretrizes das políticas de saúde com base no interesse público.

Ribeiro et al. (2008) retomam o discurso ortodoxo, mencionando praticamente quase todas as categorias neoclássicas dos trabalhos de economia de saúde, publicados pela Abres e coletados neste estudo, ao se aprofundarem no estudo do regime regulatório promovido pela ANS. Abordam,

também, as questões envolvidas à eficiência econômica, qualidade em mercados de planos de saúde, e fazem uma comparação com a experiência da saúde privada estadunidense. A respeito do seu estudo comparativo, e de seu aparente contentamento com a disseminação de empresas de saúde de médio porte nos Estados Unidos, o autor esclarece:

Têm sido perseguidas, de modo mais típico, na experiência norte-americana, a disseminação de empresas intermediárias (entre consumidores e prestadores de serviços) e o estabelecimento de porta de entrada e integração vertical formam parte das conhecidas estratégias de *managed care*. O conhecimento da matriz norte-americana de planos de saúde é relevante para compreender as estratégias observadas no Brasil. A assistência à saúde nos Estados Unidos, ao contrário da maioria dos países de alta renda, se caracteriza por elevada participação de empresas de pré-pagamento na contratação ou provisão de serviços, embora a participação governamental seja substantiva. O aprendizado institucional a partir desta experiência é relevante ao ambiente de saúde suplementar no Brasil. Na Europa, tecnologias de gestão clínica e de controle de custos têm sido disseminadas no setor público na forma de atenção primária (RIBEIRO, 2008, p. 1480)

Ribeiro et al. (2008) mencionam a controversa experiência estadunidense para promover a saúde suplementar no Brasil, como forma de contenção aos argumentos privatistas e sobre o “bom papel” regulatório promovido pela ANS. Ainda sobre esse aspecto, Viana e Silva (2007), entendem que o mecanismo de saúde dos EUA pertence à lógica da equivalência. Este é um instrumento difundido em países em que o mecanismo dos planos e seguros é predominante, embora, ponderam, que a lógica da solidariedade é majoritária nos sistemas Beveridgianos ou universalistas, como são os sistemas de saúde da Europa do Norte. A lógica equivalente é excludente.

De qualquer forma, Ocké-Reis (2007) novamente contesta Ribeiro et al. (2008), a respeito das questões que envolvem a capacidade regulatória da ANS. Esse autor menciona que Agência Suplementar de Saúde não tem força para sequer garantir a prestação de serviços e a qualidade da atenção médica.

Gadelha (2003) se aproxima das reflexões de Ocké-Reis (2009), quando questiona a hegemonia do enfoque neoclássico da economia aplicado na saúde e contesta a ideia de racionalização por meio de um suposto controle do mercado, pois, segundo o autor, mesmo sendo racionais, os agentes econômicos são limitados em sua capacidade cognitiva, uma vez que, numa economia monetária e permeada por múltiplas variáveis, as decisões ou resultados não podem ser previstos como um simples modelo matemático. Em concordância com Gadelha, Mendes et al. (2017) citam Braga e Paula (1981) ao criticarem os autores economistas neoclássicos por sua visão tecnicista, baseada em modelos abstratos que não consideram a história e as relações humanas.

Para Viana e Silva, (2007) à saúde segue sendo um campo de desentendimentos entre os diversos atores envolvidos em que apenas por meio do papel do Estado seria possível não permitir que as decisões cruciais para este setor não estejam ao alcance e tomadas por terceiros, como podemos conferir no trecho destacado:

[...] objeto de conflitos entre o provedor, o usuário, o pagador e os governantes. As instâncias decisórias são constituídas por redes de instituições, representando uma complexa constelação de atores. As mudanças promovem alterações nas relações de poder e na autoridade dessas instituições, e nos seus interesses. A reforma significa o momento de reconstrução da autoridade pública na saúde. Esse aspecto implica em reforçar o papel do Estado nos processos de reforma, de modo a não permitir que nenhum ator tenha o domínio (hegemonia) das decisões políticas (VIANA; SILVA, 2007, p. 15).

Mendes et al. (2017) não são tão otimistas no que diz respeito ao papel do Estado. Para os autores, na atual crise do capitalismo, o Estado impõe políticas de austeridade inspiradas na visão neoclássica, que sustentam “a racionalidade neoliberal,” estruturando e organizando não apenas a ação dos governantes, mas até a conduta dos governados. Evidentemente que, os autores estão corretos quando evidenciam que o Estado não é a vítima de um processo econômico neoliberal, este, na verdade, é o garantidor e cúmplice dessa barbárie.

#### *4.1.2 Concorrência, análises de desempenho e discurso economicista*

Ribas (2009), em sua dissertação de mestrado, trabalha a concepção dos progressos obtidos no setor de saúde suplementar desde a criação da ANS. A autora pondera os diferentes elementos em que acredita que houve avanços, como: “no estabelecimento de condições de ingresso e operação, comunicação e informação, monitoramento econômico-financeiro, regulação de preço e, redução dos impactos da assimetria informacional das operadoras e consumidores” (p.201). Ribeiro et al. (2008), corroboram com o pensamento de Ribas (2009), para os autores, no Brasil, demonstrando como a agenda política brasileira é voltada ao mercado de saúde suplementar envolvendo racionalização, barganha, regulação governamental e controle de custo.

Alves (2007) faz uso de equações matemáticas para prever como as enfermidades que acometem os usuários, assim como os riscos que impactam em custos prováveis para as seguradoras. Nishijima et al. (2004) realizaram em sua pesquisa estudos de probabilidade e estimativas econométricas para avaliar se os consumidores de planos de saúde privados tiveram mais acesso aos bens de assistência pública. Os autores também abordam as questões regulatórias da saúde suplementar. Outro aspecto relacionado refere-se à questão do levantamento de gastos da saúde no Brasil e comparação entre os gastos públicos e privados.

As questões envoltas a análise de desempenho, concorrência e eficiência estão entre as mais frequentes nos debates promovidos pelos neoclássicos. Araújo (2004) debruça-se no estudo do mercado de saúde e suas especificidades, como oferta e demanda. De acordo com o autor, as falhas de competição são um tipo de distorção, porém, não é a única, e cita também a formação dos monopólios, falta de informação suficiente para o consumidor avaliar a qualidade do que lhe é

oferecido para compra e assimetrias entre os atores envolvidos. Sobre esse aspecto, defende de maneira genérica “algum tipo” de regulamentação estatal para o setor.

É com naturalidade que alguns dos trabalhos estudados fizeram uso de ferramentas matemáticas características das análises neoclássicas. Neste sentido, Alves (2007) utilizou-se de uma minuciosa análise de organogramas e fluxos de capital com a intenção de investigar as questões relacionadas à ineficiência do mercado no setor saúde. O autor, como já mencionado também, se dedicou em aspectos contratuais que envolvem os planos privados e consumidores. Ribeiro et al. (2008) vão na mesma toada, utilizando em seu trabalho modelos abertamente neoclássicos, com temas que abordam o risco moral, seleção adversa e a análise de microgestão.

Dantas e Aguiar (2010), em seu estudo, apresentam as questões envoltas à regulação de saúde suplementar no Brasil gerida pela ANS, além disso, promovem a discussão do desempenho do mercado de saúde suplementar sob o olhar regulatório da Agência Nacional de Saúde.

Godoy et al. (2004) comparam o que chamam de mercado de saúde com outros segmentos mercadológicos das economias capitalistas. Para isso apontam, segundo eles, as falhas deste mercado, basicamente relacionadas à assimetria de informações, risco moral e seleção adversa. Os autores não se sentem constrangidos por tratar a saúde como um bem de consumo mercadológico, mas, também, esta é uma consideração secundária, haja a vista, toda a análise economicista neoclássica impregnada nesta produção acadêmica dos autores. Nunes (2005), por exemplo, argumenta em sua tese de doutorado as especificidades mercadológicas da saúde, assim como, os conceitos de concorrência perfeita e alocação de recursos. O termo concorrência perfeita, utilizado pelo autor, é claramente relacionado com a ortodoxia microeconômica, a valer, é uma direção conceitual complexa para os estudiosos não economistas e não adeptos ao neoclassicismo. Portanto, apoiado sob a análise neoclássica, Kupfer (1992) elucida o termo conceitual “concorrência perfeita”:

A construção do conceito de concorrência encerra uma grande complexidade. Desde as noções que lhe são preliminares como as de firma, indústria e mercado, - tanto mais recheadas de ambiguidades quanto mais se queira aproximá-las da realidade - até a identificação das variáveis básicas descritivas das estruturas dos mercados e das condutas das empresas, a noção de concorrência apresenta-se como um objeto analítico que insiste em se situar além da capacidade explicativa das formulações teóricas disponíveis. Na tradição neoclássica, baseada no atomismo, a teoria da firma está, de modo geral, subordinada à determinação da existência de um vetor de preços que compatibilize as decisões individuais. Em particular, com algumas suposições acerca das preferências dos agentes e das características das técnicas produtivas, e supondo-se que os agentes são tomadores de preços, garante-se a existência desse vetor. Neste nível de abstração, é justificável a adoção da hipótese de concorrência perfeita, formalmente similar à suposição de que todos os agentes sejam tomadores de preço. Desde a sua formulação pioneira, o modelo de concorrência perfeita foi alvo de severo questionamento, em particular, no que toca a baixa aderência de suas premissas à realidade econômica observada. Do debate quanto à existência de preferência dos consumidores, de funções de produção com rendimentos constantes de escala, de estruturas oligopolistas estáveis e outras, foram surgindo diversas revisões das proposições neoclássicas originais (KUPFER, 1992, p. 267).

A crítica ao movimento de mercantilização da saúde, ao discurso economicista, que se utiliza de termos como concorrência ou de elaborados modelos matemáticos na produção da economia da saúde será realizada por meio de autores economistas políticos. Nessa sequência, iniciaremos por Mendes et al. (2017), que citam em seu artigo um elucidativo parágrafo sobre o real significado do termo “princípio de concorrência” de referência autoral de Dardot e Laval (2016):

O neoliberalismo é a razão do capitalismo contemporâneo que determina um novo modo de governo dos homens de acordo com o princípio universal da concorrência, implicando redução dos direitos sociais, inclusive no tocante à política de saúde, em cujo interior se intensificam mecanismos de mercantilização presentes no contexto dos países capitalistas centrais e periféricos, como o Brasil (MENDES et al., 2017, p. 851).

Prosseguiremos então na contramão dos trabalhos que induzem à mercantilização do SUS como um caminho obrigatório, Ocké-Reis (2008); Bahia (2001) e Sestelo et al. (2013) acompanham Mendes et al. (2017). Para o primeiro, o mercado privado de saúde é demasiadamente patrimonialista, e, nega o princípio da universalidade de acesso à saúde. Este está repleto de contradições, como a exclusão de cobertura, seleção de risco, baixa remuneração dos prestadores e dupla militância dos médicos. Já para Bahia (2001, p. 330), “o crescimento das alternativas particulares, corporativas e meritocráticas desafia a construção de um sistema de proteção social universal”. Em convergência com Bahia (2001), mas de maneira mais generalista, Sestelo et al. (2013) compreendem que o SUS surge entre as décadas de 1980 e 1990 sob um cenário de viés ideológico neoliberal com a redução do papel do Estado como provedor direto dos direitos sociais incluindo à saúde.

Em concordância com os argumentos de Mendes et al. (2017), Paulani (2006), cita Belluzo (1999) na crítica ao discurso economicista e sua pretensa cientificidade. Segundo a autora, os constrangimentos de natureza ideológica são parte de uma retórica que o mercado e os neoclássicos utilizam como as armas para se fazerem ouvir. Em concordância com Paulani (2006) e Beluzzo (1999), porém, especificamente direcionado à economia da saúde, Viana e Silva (2007) marcam a sua contraposição ao neoclassicismo ao manifestarem a necessidade de se retomar a discussão conjunta entre desenvolvimento econômico e social como única forma de fugir, das amarras do economicismo. Para os autores, “o pensamento dominante atual na área da economia, naturaliza o movimento de avanço das normas da mercantilização e da concorrência em todas as esferas da vida” (VIANA; SILVA, 2007, p.19). Na mesma linha de pensamento, Nogueira e Pires (2004), compreendem que os imperativos macroeconômicos e estratégias apoiadas obviamente por um vasto reportório acadêmico transformou a saúde em um objeto de consumo.

Constata-se, que os diferentes autores rotulados como ortodoxos, liberais ou neoclássicos, manifestam de maneira singular em suas produções acadêmicas o pensamento hegemônico

econômico liberal, por isso, trazem em suas análises e com naturalidade as questões mercadológicas direcionando-as para a saúde. Obviamente, escrevem sobre conceitos econômicos usuais, como oferta e demanda, mas também trazem em seus trabalhos complexas e elaboradas equações travestidas em análises econômicas e matemáticas. No mais, compreendem a saúde como um produto destinado para um consumidor final; os usuários são vistos nada mais como meros agentes econômicos. Com efeito, evidencia-se que, as análises destes autores ignoram sistematicamente o verdadeiro papel que à saúde deveria ter, colocam em superioridade as relações mercadológicas em detrimento da construção do bem público. Por fim, de maneira incisiva, bradam sistematicamente a quem for necessário, que este mercado está sob (pseudo) regulação estatal feita por uma autarquia, que praticamente serve aos seus interesses dos planos privados. Sabidamente, os agentes deste mercado não promovem e muito menos buscam equidade e universalidade ao acesso e a oferta à saúde, muito pelo contrário, perpetuam desigualdades e impedem a consolidação do SUS conforme descrito constitucionalmente.

## **5 Breves considerações finais**

O que a hegemonia do pensamento neoclássico tem a ver com interpretação sobre o subsistema privado de saúde no Brasil? Esta questão não está desconectada do todo social. A produção de conhecimento no capitalismo, especialmente em sua fase contemporânea, tem sido uma grande arma do capital no diz respeito a perda e supressão de direitos dos quais a saúde é um deles. Isto não está desconectado com o avanço do desemprego, desmonte das leis trabalhistas, congelamento do orçamento público em saúde e educação, reforma da previdência, agressões destinadas às Universidades Federais e públicas, entreguismo do patrimônio público e nacional para as grandes multinacionais e deterioração da imagem internacional do Brasil, por um governo autoritário. Muito pelo contrário, apresenta-se organicamente associada.

No que diz respeito à saúde pública, o seu processo de privatização permanece estimulado pelos ajustes fiscais permanentes, desmontando o Estado, atualmente em ritmo acelerado, e, ganhando respaldo acadêmico pelos pensadores da escola neoclássica conforme este estudo pode comprovar. Na realidade, este pensamento vem dominando o campo da economia da saúde há mais de duas décadas, especificamente os interessados em aprofundar os seus estudos nas questões que tratam dos temas acerca da saúde suplementar, como: financiamento do setor, regulação, inconformidades, risco às operadoras, benefícios e comportamento dos usuários. O endosso da interpretação neoclássica sobre o subsistema privado aqui analisado reforça, em grade medida como a história contemporânea demonstra o inevitável desmonte do Estado, como o desfinanciamento e

desresponsabilização deste, frente o desafio da construção de um sistema de saúde pública universal, no qual tanto liberais quanto, em certa medida a social-democracia ajuda a ratificar.

Assim, aproveitamos para realizar o debate e a contraposição por meio da economia política crítica frente aos trabalhos neoclássicos e desconstruir o discurso mercadológico que tomou para si boa parte da produção científica do campo da economia da saúde. Foi possível evidenciar que a imensa maioria dos trabalhos acadêmicos publicados pelo estudo da Abres entre 2004-2011, é voltado ao campo da economia da saúde com conteúdo majoritariamente neoclássico.

Por certo, faz-se necessário uma profunda reflexão sobre a formação dos profissionais da saúde nas demandas referentes às políticas de saúde pública, do mesmo modo que, é insuficiente nas questões envoltas à economia de saúde. No que toca à formação dos jovens economistas, esta segue o padrão imposto pelo mercado. Em que pese que a reformulação dos currículos dos cursos de Economia vem desde os anos 1960, desvencilhando-os das disciplinas de sociologia e direito, que as universidades dos Estados Unidos foram e são campos de treinamento e aprofundamento das teorias neoliberais para muitos jovens economistas estrangeiros que levaram aquilo que aprenderam para os seus países de origem, é essencial realizar a crítica contumaz à hegemonia deste pensamento econômico tem vinculação com o tipo de formação que estes futuros profissionais recebem em suas graduações e pós-graduações.

Portanto, foi diante desse cenário que elaboramos a crítica desse trabalho, especificamente ao campo da economia da saúde, majoritariamente dominado pelo pensamento neoclássico, especialmente quando se discute a temática da saúde suplementar e planos de saúde. Por sua vez, compreendemos que o pensamento neoclássico e liberal permanecerá hegemônico entre os autores e economistas que se aventuram pelo campo da economia da saúde enquanto os cursos de graduação forem direcionados para contemplar as necessidades do capitalismo contemporâneo.

## **Referências**

- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Experiências de financiamento da saúde dos idosos em países selecionados: relatório executivo. Rio de Janeiro, 2010. 44 p. Edição. 1, semestre 2011.
- ALVES, Sandro Leal. Estimando seleção adversa em planos de saúde. *Selecta*, Brasília, v. 5, n. 3, p. 253-283, 2004.
- ALVES, Sandro Leal. Saúde suplementar: evidências de seleção adversa após regulação. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 35., 2007, Recife. [Anais...]. Niterói: ANPEC, 2007. Acesso em 07, mar 2019. Disponível em: <http://www.anpec.org.br/encontro2007/artigos/A07A081.pdf>
- ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky. Mercado de Saúde Suplementar: amplitudes e limites na arena da regulação. In: MONTONE, Januário; WERNECK, Antônio Joaquim Werneck (orgs.). Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2004. p. 121-46.

- ARAÚJO, Ângela Maria. A regulação do mercado de saúde suplementar no Brasil: barreiras à entrada e à saída de operadoras de planos privados de assistência à saúde. 2004. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, ENSP, Rio de Janeiro, 2004.
- BAHIA, Ligia; SIMMER, Elaine; OLIVEIRA, Daniel Canavese de. Cobertura de planos privados de saúde e doenças crônicas: notas sobre utilização de procedimentos de alto custo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 921-929, 2004.
- BAHIA, Ligia; SCHEFFER, Mario. Planos e Seguros Privados de Saúde. In: GIOVANELLA, Ligia et al. (org). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz: Cebes, 2012. p. 427-458.
- BAHIA, Ligia. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 329-339, 2001.
- BAHIA, Ligia. Planos e Seguros Saúde: padrões e mudanças das relações entre o público e o privado no Brasil. Tese de doutorado – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Dezembro de 1999).
- BELLUZZO, Luiz Gonzaga. Prefácio. In: REGO, José Márcio; MANTEGA, Guido (org.). *Conversas com Economistas Brasileiros II*. São Paulo: Editora 34, 1999.
- BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Rosângela Maria. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 380-98, 1996.
- BOSCHETTI, Ivanete. *Assistência social e trabalho no capitalismo*. São Paulo: Cortez, 2016.
- BOYER Robert. *A teoria da regulação: uma análise crítica*. São Paulo: Nobel, 1990.
- BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sérgio Góes de. *Saúde e Previdência*. Estudos de Política Social. São Paulo: Hucitec, 1981.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Glossário temático: saúde suplementar*. 2 ed. Brasília, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Saúde Suplementar*. Brasília: CONASS, 2007.
- CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.
- CASTELAR, Rosa Maria; MORDELET, Patrick; GRABOIS, Victor. *Gestão hospitalar – Um desafio para o hospital brasileiro*. Rio de Janeiro: Editora ENSP; 1993.
- CHESNAIS, François. *A Mundialização do Capital*. São Paulo: Xamã, 1996.
- CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Saúde suplementar*. Brasília, 2011. 148 p. (Coleção para entender a gestão do SUS 2011, v. 12).
- DANTAS, A; AGUIAR, B. S. Regulação de saúde suplementar no Brasil: análise da estrutura e do desempenho do setor a partir da criação da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). In: *Encontro Nacional de Economia Política*, 15., 2010. [anais...]. Uberlândia: SEP, 2010.
- ELIAS, Paulo Eduardo. Descentralização e saúde no Brasil: algumas reflexões preliminares. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 17-34, 1996.
- FLEURY, Sonia; OUVÉNEY, Assis Malfort. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Ligia et al (orgs). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p.23-64.
- FINKELMAN, Jacobo. *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

- GADELHA, Carlos Augusto Grabois. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 8, p. 521-535, 2003.
- GODOY, Márcia Regina; SILVA, E. N.; BALBINOTTO NETO, Giácomo. Plano de saúde e a teoria da afirmação assimétrica. In: Encontro nacional de economia política, 9. 2004, São Paulo. [anais...]. São Paulo: PUC, 2004.
- HUSSON, Michel. A escola dos regulacionistas – De Marx à Fundação Saint-Simon: um caminho sem volta? *Verinotio - Revista on-line de Filosofia e Ciências Humanas*, Rio das Ostras – RJ, v. 25, n. 1, p. 172-185, 2019.
- KUPFER, David. Padrões de concorrência e competitividade. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 20, Campos de Jordão, 1992. Anais. Brasília: Anpec, 1992. p. 261-281.
- LUZ, Madel Therezinha. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 293-312, 2000.
- MARIANO, Cynara Monteiro. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. *Revista de Investigações Constitucionais*, v.4, n.1, p. 259-281, 2017.
- MARINHO, Alexandre. S crise do mercado de planos de saúde: devemos apostar nos planos populares nos planos populares ou no SUS?. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, v. 49, p. 55-84, 2017.
- MATOS, João Boaventura Branco de. As transformações da regulação em saúde suplementar no contexto das crises e mudanças do papel do Estado. 2011. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), 2011.
- MENDES, Áquilas Nogueira; Suzana B. de Souza. Financiamento descentralizado da saúde: a contribuição dos municípios paulistas. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 9, n. 1-2, p. 111-125, 2000.
- MENDES, Áquilas Nogueira. O subfinanciamento e a mercantilização do SUS no contexto do capitalismo contemporâneo em crise. In: II Seminário Nacional de Teoria Marxista: O capitalismo e suas crises, 2015.
- MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias: Editora Fiocruz:2007
- Ministério Da Saúde/Organização Pan-Americana Da Saúde/Associação Brasileira De Economia Da Saúde Caderno De Informação Da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde, 2006. Trimestral. Substituição de: Caderno de Informação de Beneficiários, Operadoras e Planos: dados do setor.
- NISHIJIMA, Marislei; CYRILLO, Denise Cavallini; BIASOTO JÚNIOR, Geraldo. Análise econômica da interação entre a infraestrutura da saúde pública e privada no Brasil. *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 19, n. 3, p. 589-611, 2010.
- NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; PIRES, Denise Elvira Pires de. Direito à saúde: um convite à reflexão. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 753-760, 2004.
- NUNES, André. Ensaio em economia da saúde. 2005. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília, 2005.
- OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Challenges of the Private Health Plans Regulation in Brazil. Rio de Janeiro, IPEA, mar. 2004. (Texto para discussão, n. 1013).
- OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Novos modelos de gestão na saúde privada. Rio de Janeiro: IPEA, fev. 2006. (Texto para discussão nº 1.167).
- OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 1041-1050, 2007.

- OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; SANTOS, Fausto Pereira dos. Mensuração dos gastos tributários em saúde: 2003-2006. Brasília: IPEA, jul. 2011. (Texto para discussão, n. 1.637).
- OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. O mercado de planos de saúde: o problema vira solução? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1398-1408, 2008.
- OCKÉ-REIS Carlos Octávio, SOPHIA, Daniela Carvalho. Uma crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro: pela constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 72-79, 2009.
- PAIM, Jairnilson da Silva. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA-FILHO, Naomar. *Epidemiologia & Saúde*. Medsi: Rio de Janeiro. 6a. ed., 2003, p. 567-586.
- PAIM, Jairnilson da Silva et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, United Kingdom, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.
- PAULANI, Leda Maria. Economia e retórica: o capítulo brasileiro. *Revista de Economia Política*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 3-22, 2006.
- PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise do; CAETANO, João Carlos. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 767-783, 2008.
- PINTO, Luiz Felipe; SORANZ, Daniel Ricardo. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 85-98, 2004.
- Portal Da Saúde. Financiamento do SUS, Introdução; disponível em: [http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops/mais\\_sobresiops/5983-financiamento-do-sus-introducao](http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops/mais_sobresiops/5983-financiamento-do-sus-introducao), 2014.
- RIBAS, Barbara Kirschner Corrêa. Processo regulatório em saúde suplementar: dinâmica e aperfeiçoamento da regulação para a produção da Saúde. 2009. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba (PR), 2009.
- RIBEIRO, José Mendes et al. Procedimentos e percepções de profissionais e grupos atuantes em mercados de planos de saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1477-1487, 2008.
- RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 37-60, 2014.
- SANTOS, Nelson Rodrigues dos. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. *Saúde em Debate*, v. 33, n. 81, p. 13-26, 2009.
- SANTOS, Fausto Pereira dos, MERHY, Emerson Elias. Public regulation of the health care system in Brazil - a review. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, Botucatu – SP, v. 10, n. 19, p.25-41, 2006.
- SETELO, José Antônio de Freitas. Planos de saúde e dominância financeira: EDUFBA, 2018.
- SETELO, José Antônio de Freitas, SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de, BAHIA Ligia. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 851-866, 2013.
- UGÁ, Maria Alicia Domínguez et al.. Mecanismos de microrregulação aplicados por operadoras de planos de saúde sobre hospitais privados. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 832-838, 2009.
- VIANA, Ana Luiza D'Ávila; SILVA, Hudson Pacífico da; ELIAS, Paulo Eduardo. Economia política da saúde: Introduzindo o debate. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 37, p. 7-20, 2007.