

# Saúde suplementar no Brasil pela economia da saúde: a persistência do pensamento econômico neoclássico

*Medicina prepaga en Brasil por la economía de la salud: la persistencia del pensamiento económico neoclásico*

*Private health in Brazil by the health economics: the persistence of neoclassical economic thought*

**Recebido:** 12 out 2021

**Revisado:** 22 nov 2021

**Aceito:** 22 nov 2021

**Autor de correspondência:**

Áquilas Mendes

aquilasmendes@gmail.com

Jonas Sona de Miranda PIRES<sup>(1)</sup>

Leonardo CARNUT<sup>(2)</sup>

Áquilas MENDES<sup>(1,3)</sup>

**Como citar:** Pires JSM, Carnut L, Mendes Á. Saúde suplementar no Brasil pela economia da saúde: a persistência do pensamento econômico neoclássico. J Manag Prim Health Care. 2021;13:e021.

<https://doi.org/10.14295/jmphc.v13.1177>.

**Conflito de interesses:**

Os autores declaram não haver nenhum interesse profissional ou pessoal que possa gerar conflito de interesses em relação a este manuscrito.

**Copyright:** Este é um artigo de acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC-BY-NC). Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original.

<sup>(1)</sup> Departamento de Política, Gestão e Saúde, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>(2)</sup> Pós-graduação em Ensino em Ciências da Saúde, Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>(3)</sup> Departamento de Economia, Faculdade de Economia, Administração, Contábeis e Atuariais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo PUC SP, São Paulo, SP, Brasil.

## Resumo

Analisou-se a literatura específica em economia da saúde, publicada pela Associação Brasileira de Economia da Saúde – ABRES entre 2004 e 2012, que aborda o tema da Saúde Suplementar, realizando uma crítica à persistência da abordagem neoclássica nesse campo. Tratou-se de uma análise materialista-histórica da produção dessa associação sobre o tema. Tomou-se como material empírico o documento “A produção de conhecimento em economia da saúde: uma perspectiva bibliográfica (2004–2012)”, confeccionado em parceria com o Ministério da Saúde e a Organização Pan-americana de Saúde. Foram analisados 20 trabalhos, dos quais, 15 se localizavam na vertente econômica neoclássica. As principais categorias de análise foram: “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”. Em geral, os artigos não apresentam apenas um único fundamento ou conceito de uma determinada teoria econômica. Estudos sobre “regulação em saúde” são os mais frequentes e tendem a depositar muita confiança na capacidade do Estado de controlar o mercado. Há uma tendência minoritária de trabalhos sobre análise de concorrência, análises de desempenho e microgestão que apontam, desde aquele período, para a gênese de um discurso economicista neoclássico, que tende a ser o caminho da disputa do discurso científico atual da saúde suplementar no Brasil contemporâneo.

**Descritores:** Economia; Economia e Organizações de Saúde; Sistema Único de Saúde; Planos de Pré-Pagamento em Saúde; Conhecimento.



**Resumen**

Analizamos la literatura específica sobre economía de la salud, publicada por la Asociación Brasileña de Economía de la Salud – ABRES entre 2004 y 2012, que aborda el tema de la Salud Suplementaria (Medicina Prepaga), criticando la persistencia del enfoque neoclásico en este campo. Fue hecho un análisis histórico-materialista de la producción de esta asociación sobre el tema. Se utilizó como material empírico el documento “La producción de conocimiento en Economía de la Salud: Una perspectiva bibliográfica (2004–2012)”, elaborado en alianza con el Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud. Se analizaron 20 artículos, de los cuales 15 fueron ubicado en la vertiente económica neoclásica. Las principales categorías de análisis fueron: “regulación y microrregulación”, “control de costos y gastos”, “selección adversa”, “desempeño del mercado”, “información sobre beneficiarios de planes de salud” y “financiamiento del sistema privado”. En general, los artículos no solo presentan un fundamento o concepto único de una teoría económica determinada. Los estudios sobre “regulación en salud” son los más frecuentes y suelen depositar mucha confianza en la capacidad del Estado para controlar el mercado. Una tendencia minoritaria en los estudios sobre análisis de competencia, análisis de desempeño y microgestión apunta, desde ese período, a la génesis de un discurso economista neoclásico que tiende a ser el camino de disputa del discurso científico actual sobre salud suplementaria en el Brasil contemporáneo.

**Palabras-claves:** Economía; Economía y Organizaciones para la Atención de la Salud; Sistema Único de Salud; Planes de Salud de Prepago; Conocimiento.

**Abstract**

The specific literature on health economics, published by the Brazilian Association of Health Economics (*Associação Brasileira de Economia da Saúde – Abres*) between 2004 and 2012 was analyzed, which addresses the topic of Supplementary Health, criticizing the persistence of the neoclassical approach in this field. It was a materialist-historical analysis of the production of this association on the subject. The document “The production of knowledge in Health Economics: A bibliographic perspective (2004–2012)” was used as empirical material, prepared in partnership with the Ministry of Health and the Pan American Health Organization. 20 papers were analyzed, of which 15 were located in the neoclassical economic view. The main categories of analysis were: “regulation and micro-regulation”, “control of costs and expenses”, “adverse selection”, “market performance”, “information on beneficiaries of health plans” and “private system financing”. In general, the articles do not only present a single foundation or concept of an economic theory perspective. Studies on “health regulation” are the most frequent and they tend to place a lot of trust in the State's ability to control the market. A minority trend of works on competition analysis, performance analysis and micromanagement point, since that period, to the genesis of a neoclassical economist discourse that tends to be the path of dispute of the current scientific discourse on supplementary health in contemporary Brazil.

**Keywords:** Economics; Health Care Economics and Organizations; Unified Health System; Prepaid Health Plans; Knowledge.

**Introdução****Separando o ‘joio’ do ‘trigo’**

Mesmo sob o espinhoso caminho percorrido para a implementação do Sistema Único de Saúde – SUS, é necessário reconhecer que esse sistema é a mais importante conquista social pós-redemocratização. Contudo, cabe ressaltar que as dificuldades orçamentárias impostas ao sistema público de saúde – dentro de todo o contexto histórico vivenciado – têm sufocado seu caráter único. O contínuo embate promovido pelos acadêmicos progressistas e atores do movimento sanitário versus os setores mais reacionários e mercantilistas-liberais tencionou a saúde à lógica de mercado, tornando-a, cada um a seu

modo, motivo de infindáveis possibilidades de lucro. Por isso, neste estudo, apontar-se-ão 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, publicada pela Associação Brasileira de Economia da Saúde – Abres entre 2004 e 2012, cujos artigos abordam o tema de saúde suplementar realizando uma crítica à persistência da abordagem neoclássica nesse 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 colaborou para justificar a saúde (e o SUS) como objeto de mercantilização por esse mecanismo.

Desta forma, este estudo está organizado em quatro 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 da complexa combinação (ou mescla) entre público e privado sob o olhar regulatório da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Evidentemente, desde sua implementação, o SUS sofre o intenso assédio das forças privatizantes e segue sendo cronicamente subfinanciado pelo Estado como forma de ceder a essas pressões. A valer, convive-se com a dicotomia entre o asfiziado sistema público e o subvencionado sistema privado (pelo Estado), o que torna essa batalha desigual, controversa e compromete a busca da 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 os planos de saúde, tentando identificar a retórica científica hegemônica sobre o 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 dessa entidade: “A produção de conhecimento em economia da saúde: uma perspectiva bibliográfica (2004–2012)”.<sup>1</sup> Esse documento foi produzido pela Abres em parceria com o Ministério da Saúde – MS e a Organização Pan-americana de Saúde – OPAS.

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

Historicamente, pode-se 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,<sup>2</sup> parte da população era atendida por instituições e médicos filantropos, e, paralelamente a isso, o Estado fazia esporadicamente ações de saúde frente às 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,<sup>3</sup> 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 nessa área ocorreu em 1923, com a promulgação da Lei Eloy Chaves, determinando a criação de uma Caixa de Aposentadorias e Pensões para os trabalhadores de ferrovias.

Finkelman<sup>4</sup> 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.<sup>4, p. 237</sup>

Portanto, pode-se afirmar que a interação entre o público e o privado, que sempre foi estreita nos modelos de saúde nacional, já existe 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.<sup>5</sup>

Para Paim,<sup>6</sup> 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, e, 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, foi 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.

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 as atividades de imunização. No nível federal, o Ministério de Saúde chamava para si o controle infectoparasitário 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.<sup>7</sup>

Mas, como afirma Massako Iyda,<sup>8</sup> 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.**<sup>8, p. 69, grifo nosso</sup>

Em paralelo ao modelo de saúde estabelecido durante os anos de ditadura militar, ganham corpo os movimentos de resistência ao modelo biomédico e às formas privadas que mercadorizam a saúde, abrindo espaço para a 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. Esses militantes dedicaram-se ao ensino da medicina preventiva e social, onde nesse fértil campo para discussão lideraram o movimento de vanguarda que pleiteou a universalização da saúde na América Latina 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 essa 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.<sup>9</sup>

Menicucci<sup>10</sup> 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 aos serviços de saúde, rompendo, assim, com o modelo baseado na meritocracia da assistência à saúde – isto é, o acesso associado ao **mérito** do vínculo empregatício.

Santos<sup>11</sup> compreende que o subfinanciamento federal do SUS provocou a precarização das relações de trabalho em saúde, além da baixa remuneração dos seus trabalhadores, 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,<sup>11</sup> 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<sup>12</sup> 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.<sup>13</sup>

Quanto à organização e à estruturação burocrática do SUS, preconizou-se a descentralização da gestão, compreendida em três esferas de poder: federal, estadual e municipal. Obviamente, entre os entes federativos mencionados, o governo federal concentra mais recursos financeiros, assim como mais atribuições.<sup>14</sup>

Entretanto, o modelo de descentralização da saúde implementado no Brasil não é unanimidade entre os estudiosos da área. De acordo com Elias,<sup>15</sup> alguns pressupostos, como o fato de a esfera municipal de governo estar mais próxima da população, são positivos, 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 inviabiliza o cumprimento dos compromissos assumidos pelos municípios. Em concordância com Elias,<sup>15</sup> Mendes e Santos<sup>16</sup> 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 a 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 de a esfera municipal não mais contar com a coordenação central.

Luz<sup>17</sup> 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 esse 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.

### **Caminho da crítica pelo método materialista-histórico**

Perseguiu-se neste estudo o caminho proporcionado pelo método materialista-histórico, o qual se caracteriza pelo movimento do pensamento através da materialidade histórica da vida dos homens em sociedade, isto é, trata-se de descobrir (pelo movimento do pensamento) as leis fundamentais que definem a forma organizativa dos homens em sociedade através da história.

Isto posto, considera-se que o lugar da saúde suplementar, a partir do Sistema Único de Saúde como materialidade, teve como determinante a histórica relação anteriormente

apresentada. Essa foi essencial à permanência da saúde suplementar no SUS. Adiante, será demonstrada a persistência dessa determinação no discurso científico que a Abres adotou sobre o tema em sua compilação da área da Economia da Saúde no Brasil.

### **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 a consolidação do SUS, desenrolaram-se sob a desfavorável conjuntura econômica e política do Brasil dos anos 1990. Esta foi marcada pela inclinação privatizante e pela degradação da proteção social que vem na esteira da retomada liberal que atingiu a América Latina.

Chesnais<sup>18</sup> 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, Simmer e Oliveira,<sup>19</sup> diferentemente de Chesnais,<sup>18</sup> ao se concentrarem no estudo do caso brasileiro, direcionam o seu ensaio ao específico campo da saúde. Neste sentido, os autores buscam 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. Os autores trazem mais detalhes que problematizam esse 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.<sup>19, p. 10</sup>

Menicucci<sup>10</sup> pondera que, ao mesmo tempo 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 ações não foi capaz de se desmontar. Optou-se, dessa forma, por uma dupla trajetória: das assistências 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"),<sup>20</sup> uma miscelânea complexa e desigual entre o modelo público e o 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. Esse setor privado 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*).<sup>21</sup>

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 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.<sup>21</sup> 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.<sup>22</sup>

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 ANS; ainda, segundo Pietrobon,<sup>21</sup> a regulamentação do setor de saúde suplementar, exigida pela Constituição de 1988, surgiu tardiamente, após dez anos da instrumentalização do SUS pela Constituição Federal. De acordo com Pinto e Soranz,<sup>23</sup> 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 excluíam 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.<sup>23</sup>

Conforme Bahia e Scheffer,<sup>24</sup> no continente americano, Brasil, Canadá, Costa Rica e Cuba consideram que o direito à saúde é 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.<sup>24</sup> Para os autores, as principais diferenças entre planos e seguros de saúde são:

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.<sup>24, p. 428</sup>

Ainda, sobre esse assunto (Quadro 1), são apresentadas, de acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde,<sup>25</sup> as diferentes modalidades que constituem o campo da saúde suplementar, o tipo de gerenciamento e o público consumidor desse serviço de saúde privado.

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	Rede própria e credenciada.	Indivíduos e empresas.

Modalidade	Gerenciamento	Prestação de serviços	Usuários
	encontra-se no fato de que essas entidades são formadas por profissionais cooperados a ela.		
<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.

**Quadro 1.** Modelos/modalidades de prestação de saúde suplementar, seu gerenciamento, prestação e principais usuários segundo Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Série Saúde Suplementar.

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

O segmento privado representado pela saúde suplementar prosperou de maneira auspiciosa em todo o país. De acordo com a ANS,<sup>26</sup> 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, propôs-se a elaboração de uma tabela, a fim de se observar 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, com dados do Sistema de Informações de Beneficiários-SIB/ANS/MS. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>

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

Ano	Beneficiários em planos provados de assistência médica (em milhões)	Número de operadoras
2014	50,4	874
2015	49,2	828
2016	47,6	790
2017	47,1	766
2018	47,3	749

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

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 às 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 dessa observação, Rodrigues<sup>27</sup> 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 socialdemocrata 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.<sup>27, p. 38</sup>

As questões envoltas na expansão dos planos privados de saúde no Brasil estão, de certo modo, relacionadas às dificuldades orçamentárias impostas ao sistema público de saúde. Mais adiante, essa relação será importante para pavimentar o caminho ao subfinanciamento crônico do SUS evidenciado nos governos FHC-Lula-Dilma. Bahia<sup>28</sup> corrobora 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.<sup>28, p. 330</sup>

Os ataques direcionados aos SUS procedem de amplas frentes, de modo que essa 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 mais bem 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 (EC 95), sem dúvida, a mais brutal ofensiva do grande capital contra o trabalhador.

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

Antes de um aprofundamento nos trabalhos publicados pela 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<sup>29</sup> 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,<sup>29</sup> outra contribuição pode ser considerada como uma obra de referência para a construção da Economia da Saúde, que é o trabalho de Vianna *et al.*,<sup>30</sup> o qual, 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".<sup>29, p. 248</sup>

Então, quando e como surge a Abres? Com relação a essa matéria, mais uma vez, recorrer-se-á a Mendes e Marques,<sup>29</sup> 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<sup>i</sup> —, cujo objetivo era servir para iniciar profissionais de saúde, economistas e administradores nos principais temas da economia da saúde.<sup>29, p. 248</sup>

Portanto, já dilucidado o processo embrionário da Abres, este estudo retornará para a contemporaneidade, e a produção de conhecimento em economia da saúde pela Abres será revisada de forma sistemática, especificamente, no que tange às questões que envolvem a saúde suplementar e os 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 conhecimento em Economia da Saúde: uma perspectiva bibliográfica (2004–2012)”,<sup>1</sup> em parceria com o Ministério da Saúde e a Organização Pan-americana de Saúde.

## Resultados e Discussão

Ao inspecionar a produção de conhecimento em economia da saúde pela Abres, especificamente, sobre as questões que envolvem à saúde suplementar e os 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 24 artigos da Associação, que trazem à tona a discussão do mercado de saúde privado. Destes, quatro não puderam ser recuperados on-line, totalizando 20 trabalhos que foram analisados. Esses trabalhos foram separados conforme a proposta teórica, a vertente econômica utilizada pelos autores e o título do artigo, que podem ser vistos no Quadro 2.

Teoria/ Vertente	Ano	Autores	Título do artigo
Neoclássica	2004	Andreazzi MFS <i>et al.</i> <sup>31</sup>	Documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003
	2004	Bahia L, Simmer E, Oliveira DC <sup>19</sup>	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 <sup>47</sup>	Plano de saúde e a teoria da afirmação assimétrica
	2005	Nunes A <sup>48</sup>	Ensaio em economia da saúde. 2005. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília

<sup>i</sup>Piola S, Vianna SM. Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde. Brasília, DF: Ipea; 1995.

Teoria/ Vertente	Ano	Autores	Título do artigo
	2006	MS*/OPAS**/ Abres*** <sup>14</sup>	Beneficiários, operadoras e planos
	2007	Alves SL <sup>34</sup>	Saúde suplementar: evidências de seleção adversa após regulação
	2008	Ribeiro JM <i>et al.</i> <sup>37</sup>	Procedimentos e percepções de profissionais e grupos atuantes em mercados de planos de saúde no Brasil
	2009	ANS**** <sup>55</sup>	Atenção à saúde no setor suplementar: evolução e avanços do processo regulatório
	2009	Ribas BKC <sup>38</sup>	Processo regulatório em saúde suplementar: dinâmica e aperfeiçoamento da regulação para a produção da Saúde. 2009. Dissertação (Mestrado)
	2009	Ugá MAD <i>et al.</i> <sup>35</sup>	Mecanismos de microrregulação aplicados por operadoras de planos de saúde sobre hospitais privados
	2010	Dantas AT, Aguiar BS <sup>36</sup>	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 <sup>45</sup>	Análise econômica da interação entre a infraestrutura da saúde pública e privada no Brasil
	2010	ANS**** <sup>26</sup>	Experiências de financiamento da saúde dos idosos em países selecionados: relatório executivo. Rio de Janeiro
	2011	MS*/OPAS**/Abres*** /Conass***** <sup>25</sup>	Coleção para entender a gestão do SUS
	2012	ANS**** <sup>9</sup>	Glossário temático: saúde suplementar. 2. ed. Brasília
Economia Política	2004	Ocké-Reis CO <sup>56</sup>	Challenges of the Private Health Plans Regulation in Brazil. Rio de Janeiro, IPEA
	2006	Ocké-Reis CO <sup>57</sup>	Novos modelos de gestão na saúde privada. Rio de Janeiro: IPEA
	2007	Ocké-Reis CO <sup>58</sup>	Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde
	2011	Matos JBB <sup>59</sup>	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 <sup>33</sup>	Mensuração dos gastos tributários em saúde: 2003-2006. Brasília: IPEA

**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>ii</sup>

Notas: \*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: Elaborado pelos autores (2021).

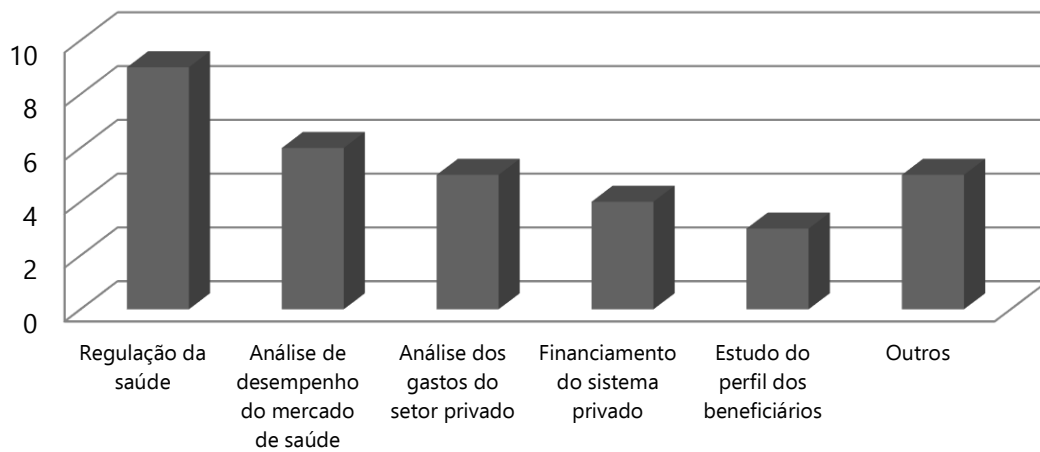
No geral, os autores e trabalhos considerados neoclássicos negligenciam a complexidade das relações sociais e suas interações com as questões que dizem respeito ao papel de protagonismo do Estado na formulação de políticas públicas. Entre os dezenove trabalhos que foram selecionados, apoiados em conteúdo 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 ao controle de custos, informações sobre o perfil dos beneficiários dos planos de saúde, seleção adversa, risco moral, 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, análise da estrutura produtiva em saúde.

Foram selecionados os artigos já reconhecidos por terem conteúdo econômico neoclássico, e divididos conforme as categorias que fazem parte da coluna de sustentação desse 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.

---

<sup>ii</sup>Apesar de 19 estudos constarem como pertencentes à vertente neoclássica, apenas 15 foram analisados. Assim, quatro estudos que tematizam a saúde suplementar e os planos privados de saúde que constam no documento não foram objetos de análise devido à incapacidade de recuperação on-line. São eles: Araújo AM (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’.





**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: Elaborados pelos autores (2021).

No Quadro 3, é possível identificar os quinze estudos que foram incluídos nesta análise e a relação entre os estudos e as categorias neoclássicas citadas.

Ano	Autores	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 <i>et al.</i> <sup>31</sup>	x	x							
2004	Godoy MR, Silva EM, Balbinotto Neto, G <sup>47</sup>		x	x	X				x	
2004	Bahia L, Simmer E, Oliveira DC <sup>19</sup>						x			
2005	Nunes A <sup>48</sup>									x
2006	MS*/OPAS**/Abres*** <sup>14</sup>					x				
2007	Alves SL <sup>34</sup>	x	x	x						
2008	Ribeiro JM <i>et al.</i> <sup>37</sup>	x	x		X	x	x			
2009	ANS <sup>55</sup>	x								
2009	Ribas BKC <sup>38</sup>	x								
2009	Ugá MAD <i>et al.</i> <sup>35</sup>	x					x			
2010	Dantas AT, Aguiar BS <sup>36</sup>	x	x			x	x			
2010	Nishijima M, Cyrillo DC, Biasoto Jr, G <sup>45</sup>	x								
2010	ANS <sup>****26</sup>				x					
2011	MS*/OPAS**/Abres***/Conas <sup>*****25</sup>	x	x				x	x		
2012	ANS <sup>****9</sup>				x					

**Quadro 3.** Cronologia da produção em economia neoclássica e suas principais categorias identificadas na produção científica da Abres (2004–2012). 2019

Notas: \*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: Elaborado pelos autores (2021).

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

Após o estudo e a triagem dos trabalhos publicados pela Abres, notou-se que a produção científica dos autores selecionados como neoclássicos 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 se quer dizer com isso é que os autores transitam entre os diversos caminhos da literatura apoiada em conceitos neoclássicos, e isso pode ser observado nos Quadros (1, 2, 3) que foram elaborados. Ao prosseguir, dedicar-se-á atenção, nesta parte, aos artigos que abordam as questões regulatórias e sobre a microrregulação.

Boa parte da produção literária produzida nesse 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 de 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, ele se iniciará por um capítulo do documento técnico citado anteriormente. Como indica Andreazzi,<sup>31</sup>, 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 da procura entre os agentes envolvidos no mercado de saúde.

Marinho<sup>32</sup> faz um alerta ao afirmar categoricamente, apoiado por Ocké-Reis e Santos,<sup>33</sup> 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 a que o autor se refere são retirados do fundo público e repassados à iniciativa privada.

Alves,<sup>34</sup> em sincronia com Andreazzi,<sup>31</sup> também manifesta o seu ponto de vista, pois reafirma, em seu artigo, a importância regulatória da ANS. Ao prosseguir, o autor conclui que entende “como desafios da saúde suplementar a baixa expansão da oferta, comparativamente à enorme demanda potencial por estes produtos”.<sup>34</sup>, 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.*,<sup>35</sup> assim como Alves,<sup>34</sup> analisou a microrregulação e as relações comerciais e contratuais entre hospitais e operadoras de planos de saúde. Nos conteúdos de origem regulatória, Dantas e Aguiar<sup>36</sup> concordam com Ribeiro *et al.*<sup>37</sup> Ribas<sup>38</sup> e Ugá *et al.*<sup>35</sup> ao analisarem as mudanças estruturais da saúde suplementar sob o olhar regulatório da ANS. Alves<sup>34</sup>

demonstra preocupação com a dificuldade de novos consumidores de adentrarem o mercado de saúde suplementar por causa dos consumidores de alto risco, que “poderiam expulsar do mercado os consumidores de baixo risco”,<sup>34, p. 03</sup> devido à assimetria na informação entre a empresa e o consumidor (seleção adversa). Em concordância com esses autores, Ribeiro *et al.*<sup>37</sup> também desenvolvem as questões relativas ao risco moral, à seleção adversa e à dinâmica de competição sob a lógica capitalista do mercado de saúde.

Entre os trabalhos e autores pesquisados para a presente discussão, Alves<sup>34</sup> 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”.<sup>34, p. 2</sup>

Porém, até que ponto o Estado se impõe frente ao mercado de saúde suplementar por meio da ANS? Para Ocké-Reis e Sophia,<sup>39</sup> essa 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.*<sup>37</sup> 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, questões que envolvem eficiência econômica e 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 norteamericana, 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 norteamericana 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.<sup>37, p. 1480</sup>

Ribeiro *et al.*<sup>37</sup> 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, Silva e Elias<sup>40</sup> entendem que o mecanismo de saúde dos EUA pertence à lógica da equivalência. Esse é um instrumento difundido em países onde o mecanismo dos planos e seguros é predominante, embora, ponderam os autores, a lógica da solidariedade seja 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<sup>41</sup> novamente contesta Ribeiro *et al.*<sup>37</sup> a respeito das questões que envolvem a capacidade regulatória da ANS. Esse autor menciona que a Agência Suplementar de Saúde não tem força para sequer garantir a prestação de serviços e a qualidade da atenção médica.

Gadelha<sup>42</sup> se aproxima das reflexões de Ocké-Reis e Sophia,<sup>39</sup> 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 os resultados não podem ser previstos como um simples modelo matemático. Em concordância com Gadelha,<sup>42</sup> Mendes *et al.*<sup>43</sup> citam Braga e Paula<sup>44</sup> 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, Silva e Elias,<sup>40</sup> a saúde segue sendo um campo de desentendimentos entre os diversos atores envolvidos, em que apenas por meio do papel do Estado seria possível permitir que as decisões cruciais para o setor não estejam ao alcance e sejam tomadas por terceiros, como se pode 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.<sup>40, p. 15</sup>

Mendes *et al.*<sup>43</sup> 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, na medida em que é, na verdade, o garantidor e cúmplice dessa barbárie.

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

Ribas,<sup>38</sup> 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 pontos 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”.<sup>38, p. 201</sup> Ribeiro *et al.*<sup>37</sup> corroboram o pensamento de Ribas,<sup>38</sup> demonstrando como a agenda política brasileira é voltada ao mercado de saúde suplementar envolvendo racionalização, barganha, regulação governamental e controle de custo.

Alves<sup>34</sup> faz uso de equações matemáticas para prever como as enfermidades acometem os usuários, assim como os riscos que resultam em custos prováveis para as seguradoras. Nishijima, Cyrillo e Biasoto Júnior<sup>45</sup> 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 a uma comparação entre os gastos públicos e privados.

As questões envoltas na análise de desempenho, concorrência e eficiência estão entre as mais frequentes nos debates promovidos pelos neoclássicos. Araújo<sup>46</sup> 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, essa não é a única, e cita, também, a formação dos monopólios, a falta de informação suficiente para o consumidor avaliar a qualidade do que lhe é oferecido para compra e as 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. Nesse sentido, Alves<sup>34</sup> 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 foi mencionado, dedicou-se aos aspectos contratuais que envolvem os planos privados e consumidores. Ribeiro *et al.*<sup>37</sup> 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,<sup>36</sup> em seu estudo, apresentam as questões relacionadas à regulação de saúde suplementar no Brasil gerida pela ANS, além de promoverem a discussão do desempenho do mercado de saúde suplementar sob o olhar regulatório da Agência Nacional de Saúde.

Godoy, Silva e Balbinotto Neto<sup>47</sup> comparam o que chamam de mercado de saúde com outros segmentos mercadológicos das economias capitalistas. Para isso, apontam, segundo eles, as falhas desse mercado, basicamente relacionadas à assimetria de informações, ao risco moral e à seleção adversa. Os autores não se sentem constrangidos por tratarem a saúde como um bem de consumo mercadológico, mas essa consiste em uma consideração secundária, haja vista toda análise economicista neoclássica impregnada nessas suas produções acadêmicas. Nunes,<sup>48</sup> 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<sup>49</sup> 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.<sup>49, p. 267</sup>

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, inicia-se por Mendes *et al.*,<sup>43</sup> que citam em seu artigo um elucidativo parágrafo sobre o real significado do termo princípio de concorrência, de referência autoral de Dardot e Laval:

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.<sup>43, p. 851</sup>

Prosseguiremos, então, na contramão dos trabalhos que induzem à mercantilização do SUS como um caminho obrigatório. Ocké-Reis,<sup>50</sup> Bahia<sup>28</sup> e Sestelo *et al.*<sup>51</sup> acompanham Mendes *et al.*<sup>43</sup> Para o primeiro, o mercado privado de saúde é demasiadamente patrimonialista e nega o princípio da universalidade de acesso à saúde. Ele estaria repleto de contradições, como exclusão de cobertura, seleção de risco, baixa remuneração dos prestadores e dupla militância dos médicos. Já para Bahia,<sup>28, p. 330</sup> “o crescimento das alternativas particulares, corporativas e meritocráticas desafia a construção de um sistema de proteção social universal”. Em convergência,<sup>28</sup> mas de maneira mais generalista, Sestelo *et al.*<sup>51</sup> 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 a saúde.

Em concordância com os argumentos de Mendes *et al.*,<sup>43</sup> Paulani<sup>52</sup> cita Belluzo 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<sup>50</sup> e Beluzzo<sup>53</sup>, porém, especificamente direcionados à economia da saúde, Viana, Silva e Elias<sup>40</sup> 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”.<sup>40, p. 19</sup> Na mesma linha de pensamento, Nogueira e Pires<sup>54</sup> compreendem que os imperativos macroeconômicos e as estratégias apoiadas, obviamente, por um vasto repertório acadêmico transformaram 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 de análises econômicas e matemáticas. No mais, compreendem a saúde como um produto destinado para um consumidor final. Os usuários são vistos nada mais do que como meros agentes econômicos.

Com efeito, evidencia-se que as análises dos referidos autores ignoram sistematicamente o verdadeiro papel que a saúde deveria ter, e colocam em posição de superioridade as relações mercadológicas, em detrimento da construção do bem público. Por fim, de maneira incisiva, bradam sistematicamente a quem for necessário que esse mercado está sob (pseudo) regulação estatal feita por uma autarquia, que praticamente serve aos interesses dos planos privados. Sabidamente, os agentes desse mercado não promovem e muito menos buscam equidade e universalidade do acesso e da oferta à saúde. Muito pelo contrário, perpetuam desigualdades e impedem a consolidação do SUS conforme descrito constitucionalmente.

### **Limitações do estudo**

Mesmo diante desses achados, é importante destacar os limites deste estudo. Uma vez que a pesquisa é concentrada entre o período de 2004 e 2012, há uma lacuna importante de conhecimento produzido pela Abres nos anos subsequentes que deve ser alvo de novas investigações. Entende-se que uma agenda de pesquisa pode ser aberta com novas iniciativas para os demais anos da produção intelectual da Abres, utilizando-se do mesmo percurso metodológico realizado neste trabalho.

### **Considerações finais**

O que a hegemonia do pensamento neoclássico tem a ver com interpretação sobre o subsistema privado de saúde no Brasil? Essa 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 que diz respeito à perda e à supressão de direitos, dos quais, a saúde é um deles. Isso não está desconectado do avanço do desemprego, do desmonte das leis trabalhistas, do congelamento do orçamento público em saúde e educação, da reforma da previdência, das agressões destinadas às Universidades Federais e públicas, do entreguismo do patrimônio público e nacional para as grandes multinacionais e da deterioração da imagem internacional do Brasil por um governo autoritário. Muito pelo contrário. Tais fatos apresentam-se organicamente associados.



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, tal pensamento vem dominando o campo da economia da saúde há mais de duas décadas, especificamente por parte dos 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 a desresponsabilização deste frente ao desafio da construção de um sistema de saúde pública universal, o qual tanto liberais quanto, em certa medida, a social-democracia ajudam a ratificar.

Assim, aproveita-se para realizar o debate e a contraposição por meio da economia política crítica frente aos trabalhos neoclássicos e para 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 2004–2012 é voltada ao campo da economia da saúde com conteúdo majoritariamente neoclássico.

## Contribuição autoral

O autor JSMP participou da concepção, do planejamento, da análise, da interpretação e da redação do trabalho; o autor LC participou da interpretação e da redação do trabalho; e o autor AM participou da interpretação e da redação do trabalho.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. A produção de conhecimento em economia da saúde: uma perspectiva bibliográfica (2004-2012) [Internet]. Brasília, DF: MS; 2013 [citado 13 dez 2021]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/producao\\_conhecimento\\_economia\\_saude\\_perspectiva.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/producao_conhecimento_economia_saude_perspectiva.pdf)
2. Carvalho G. A saúde pública no Brasil. *Estud Av.* 2013;27(78):7-26. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>.
3. Batich M. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. *Sao Paulo Perspect.* 2004;18(3):33-40. <https://doi.org/10.1590/S0102-88392004000300004>.

4. Finkelman J. Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
5. Médici AC. Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil. Rev Adm Publica. 1992;26(2):79-115.
6. Paim JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida-Filho N. Epidemiologia e Saúde. 6a ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 567-86.
7. Castelar RM, Mordelet P, Grabois V. Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro. Rio de Janeiro: Editora ENSP; 1993.
8. Iyda M. Cem anos de saúde pública no Brasil: cidadania negada. São Paulo: UNESP; 1994.
9. Ministério da Saúde (BR). Glossário temático: saúde suplementar. 2a ed. Brasília: MS; 2012.
10. Menicucci TMG. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias: Editora Fiocruz, 2007.
11. Santos NR. A reforma sanitária e o sistema único de saúde: tendências e desafios após 20 anos. Saude Debate. 2009;33(81):13-26.
12. Mendes ÁN. 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; 2016; Uberlândia. p. 1-25.
13. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). A atenção primária e as redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Conass; 2015.
14. Ministério da Saúde (BR). Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS; 2006.
15. Elias PE. Descentralização e saúde no Brasil: algumas reflexões preliminares. Saude Soc. 1996;5(2):17-34. <https://doi.org/10.1590/S0104-12901996000200003>.
16. Mendes ÁN, Souza SBS. Financiamento descentralizado da saúde: a contribuição dos municípios paulistas. Saude Soc. 2000;9(1-2):111-25. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902000000100009>.
17. Luz MT. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. Cien Saude Colet. 2000;5(2):293-312. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200006>.

18. Chesnais F. A mundialização do capital. São Paulo: Xamã; 1996.
19. Bahia L, Simmer E, Oliveira DC. Cobertura de planos privados de saúde e doenças crônicas: notas sobre utilização de procedimentos de alto custo. *Cien Saude Colet*. 2004;9(4):921-9. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000400013>.
20. Paim JS, Travasso C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8).
21. Pietrobon L, Prado ML, Caetano JC. Saúde suplementar no Brasil: o papel da agência nacional de saúde suplementar na regulação do setor. *Physis*. 2008;18(4):767-83. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000400009>.
22. Pereira-Filho LT. Iniciativa privada e saúde. *Estud Av*. 1999;13(35):109-16.
23. Pinto LF, Soranz DR. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2004;9(1):85-98. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000100009>.
24. Bahia L, Scheffer M. Planos e seguros privados de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 427-58.
25. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). *Saúde suplementar*. Brasília, DF: Conass; 2011. (Coleção para entender a gestão do SUS 2011; v. 12).
26. Agência Nacional de Saúde Suplementar (BR). *Experiências de financiamento da saúde dos idosos em países selecionados: relatório executivo*. Rio de Janeiro: ANS; 2010.
27. Rodrigues PHA. Desafios políticos para a consolidação do sistema único de saúde: uma abordagem histórica. *Hist Cien Saude Manguinhos*. 2014;21(1):37-60. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100003>.
28. Bahia L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Cien Saude Colet*. 2001;6(2):329-39. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000200005>.
29. Mendes Á, Marques RM. Sobre a economia da saúde: campos de avanço e sua contribuição para a gestão da saúde pública no Brasil. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. 2a. ed. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 247-81.

30. Vianna SM, Piola SF, Guerra AJT, Camargo SF. O financiamento da descentralização dos serviços de saúde: critérios para transferência de recursos federais para estados e municípios. Brasília, DF: Opas; 1990. (Série economia e financiamento).
31. Andreazzi MFS. Mercado de saúde suplementar: amplitudes e limites na arena da regulação. In: Montone J, Werneck AJ, organizadores. Documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003. Rio de Janeiro: MS; 2004. p. 121-46.
32. Marinho A. A crise do mercado de planos de saúde: devemos apostar nos planos populares nos planos populares ou no SUS?. *Planej Polit Publicas*. 2017;49:55-84.
33. Ocké-Reis CO, Santos, FP. Mensuração dos gastos tributários em saúde: 2003-2006. Brasília, DF: IPEA; 2011. (Texto para discussão; n. 1.637).
34. Alves SL. Saúde suplementar: evidências de seleção adversa após regulação. In: Encontro Nacional de Economia, 35a; 2007; Recife. Niterói: ANPEC; 2007 [citado 7 mar 2019]. Disponível em: <http://www.anpec.org.br/encontro2007/artigos/A07A081.pdf>
35. Ugá MAD, Vasconcellos MM, Lima SML, Portela MC, Gerschman S. Mecanismos de microrregulação aplicados por operadoras de planos de saúde sobre hospitais privados. *Rev Saude Publica*. 2009;43(5):832-38. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000053>.
36. Dantas A, Aguiar BS. 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, 15a, 2010. Uberlândia: SEP; 2010.
37. Ribeiro JM, Lobato LVC, Vaitsman J, Farias LO, Vasconcellos M, Hollanda E, et al. Procedimentos e percepções de profissionais e grupos atuantes em mercados de planos de saúde no Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2008;13(5):1477-87. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500013>.
38. Ribas BKC. Processo regulatório em saúde suplementar: dinâmica e aperfeiçoamento da regulação para a produção da Saúde [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2009.
39. Ocké-Reis CO, Sophia DC. Uma crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro: pela constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde. *Saude Debate*. 2009;33(81):72-9.

40. Viana ALD, Silva HP, Elias PEM. Economia política da saúde: introduzindo o debate. *Divulg Saude Debate*. 2007;(37):7-20.
41. Ocké-Reis CO. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2007;12(4):1041-50. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400025>.
42. Gadelha CAG. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2003;8(2):521-35. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000200015>.
43. Mendes Á, Ianni AMZ, Marques MCC, Ferreira MJ, Silva THS. A contribuição do pensamento da saúde coletiva à economia política da saúde. *Saude Soc*. 2017;26(4):841-60. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170748>.
44. Braga JCS, Paula SG. Saúde e previdência: estudos de política social. São Paulo: Hucitec; 1981.
45. Nishijima M, Cyrillo DC, Biasoto Júnior G. Análise econômica da interação entre a infraestrutura da saúde pública e privada no Brasil. *Econ Soc*. 2010;19(3):589-611. <https://doi.org/10.1590/S0104-06182010000300007>.
46. Araújo ÂM. 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]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2004.
47. Godoy MR, Silva EM, Balbinotto Neto, G. Plano de saúde e a teoria da afirmação assimétrica. In: Encontro Nacional de Economia Política, 9o; São Paulo. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 2004.
48. Nunes A. Ensaio em economia da saúde [tese]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2005.
49. Kupfer D. Padrões de concorrência e competitividade. In: Encontro Nacional de Economia, 20., Campos de Jordão, 1992. Brasília: Anpec; 1992. p. 261-281.
50. Ocké-Reis CO. O mercado de planos de saúde: o problema vira solução?. *Cien Saude Colet*. 2008;13(5):1398-408. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500003>.
51. Sestelo JAF, Souza LEPPF, Bahia L. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. *Cad Saude Publica*. 2013;29(5):851-66. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500004>.

52. Paulani LM. Economia e retórica: o capítulo brasileiro. *Braz J Polit Econ.* 2006;26(1):3-22. <https://doi.org/10.1590/S0101-31572006000100001>.
53. Belluzzo LG. Prefácio. In: Mantega G, Rego JM, organizadores. *Conversas com economistas brasileiros: II.* São Paulo: Editora 34; 1999.
54. Nogueira VMR, Pires DEP. Direito à saúde: um convite à reflexão. *Cad Saude Publica.* 2004;20(3):753-60. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000300012>.
55. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Atenção à saúde no setor suplementar: evolução e avanços do processo regulatório. Rio de Janeiro: ANS; 2009 [citado 13 dez 2021]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_setor\\_suplementar.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_setor_suplementar.pdf)
56. Ocké-Reis CO. Challenges of the private health plans regulation in Brazil. institute for applied economic research. Brasília, DF: Ipea; 2015 [citado 13 dez 2021]. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5001/1/DiscussionPaper\\_127.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5001/1/DiscussionPaper_127.pdf)
57. Ocké-Reis CO. *Novos modelos de gestão na saúde privada.* Rio de Janeiro: IPEA; 2006 [citado 13 dez 2021]. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td\\_1167.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1167.pdf)
58. Ocké-Reis CO. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. *Cien Saude Colet.* 2007;12(4):1041-1050. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400025>.
59. Matos JBB. *As transformações da regulação em saúde suplementar no contexto das mudanças do papel do estado [tese].* Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2011.

---

### Minicurrículo

---

**Jonas Sona de Miranda Pires** | <https://orcid.org/0000-0002-9343-6369>  
<http://lattes.cnpq.br/4769442599239241>

**Leonardo Carnut** | <https://orcid.org/0000-0001-6415-6977>  
<http://lattes.cnpq.br/2575803021196614>

**Áquilas Mendes** | <https://orcid.org/0000-0002-5632-4333>  
<http://lattes.cnpq.br/7310723011915165>