

**REVISTA BRASILEIRA DE POLÍTICAS PÚBLICAS**  
**BRAZILIAN JOURNAL OF PUBLIC POLICY**

**A regulação da saúde  
suplementar no Brasil:**  
perspectivas e ameaças

**The adjustment of  
supplementary health in Brazil:**  
perspectives and threats

Carlos Marden Cabral Coutinho

Taís Vasconcelos Cidrão

**VOLUME 8 • Nº 3 • DEZ • 2018**  
**DOSSIÊ ESPECIAL : POLÍTICAS PÚBLICAS**  
**E O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL**

# Sumário

<b>I. DIREITO À SAÚDE E POLÍTICAS.....</b>	<b>13</b>
<b>AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NOS 30 ANOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: HISTÓRIAS, PROPOSTAS E DESAFIOS.....</b>	<b>15</b>
Márcia Araújo Sabino de Freitas e Maria Rizeide Negreiros de Araújo	
<b>DIREITO À SAÚDE PARA O RESIDENTE FRONTEIRIÇO: DESAFIO PARA A INTEGRALIDADE DO SUS .35</b>	
Fabília Helena Linhares Coelho da Silva Pereira, Livia Maria de Sousa e Tarin Cristino Frota Mont Alverne	
<b>MEDIDAS PROVISÓRIAS E POLÍTICAS PÚBLICAS: UMA ANÁLISE DO PAPEL DO CONGRESSO NACIONAL NAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO GOVERNO DILMA (2011-2016).....</b>	<b>55</b>
Clóvis Alberto Bertolini de Pinho	
<b>OS LIMITES E A EXTENSÃO DA DEFESA DE DIREITOS FUNDAMENTAIS POR MEIO DE INSTRUMENTOS PROCESSUAIS DE COGNIÇÃO ESTREITA: MANDADO DE SEGURANÇA E O CASO DA SAÚDE .....</b>	<b>76</b>
Héctor Valverde Santana e Roberto Freitas Filho	
<b>DESENHANDO MODELOS DE SISTEMAS DE DISPUTAS PARA A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: PROPOSIÇÕES ACERCA DA POLÍTICA PÚBLICA DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PELO VIÉS DO DIÁLOGO INSTITUCIONAL .....</b>	<b>102</b>
Mônica Teresa Costa Sousa e Maíra Lopes de Castro	
<b>O ACCOUNTABILITY DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE E A ATUAÇÃO INSTITUCIONAL NO ESTADO DO CEARÁ.....</b>	<b>125</b>
Mariana Dionísio de Andrade, Beatriz de Castro Rosa e Eduardo Régis Girão de Castro Pinto	
<b>PRIVACIDADE RELACIONAL NO AMBULATÓRIO DE ONCOGENÉTICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE .....</b>	<b>146</b>
Leonardo Stoll de Moraes, Patrícia Ashton-Prolla, José Roberto Goldim e Márcia Santana Fernandes	
<b>ANÁLISE DA EFETIVIDADE DA POLÍTICA DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SANTOS.....</b>	<b>175</b>
Renato Braz Mehanna Khamis, Lígia Maria Comis Dutra e Thays Costa Nostre Teixeira	
<b>II. DIREITO À SAÚDE E JUDICIALIZAÇÃO .....</b>	<b>193</b>
<b>ATUAÇÃO DA DEFENSORIA PÚBLICA PARA A GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE: A JUDICIALIZAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE ACESSO À SAÚDE .....</b>	<b>195</b>
Ramiro Nóbrega Sant’Ana	

<b>A JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO AOS MEDICAMENTOS EM BELO HORIZONTE: UMA QUESTÃO SOBRE EQUIDADE.....</b>	<b>213</b>
Kammilla Éric Guerra de Araújo e Carlota Quintal	
<b>THE COURTS AND THE DELIVERY OF MEDICINES BY UNIFIED HEALTH SYSTEM IN BRAZIL: RECENT DEVELOPMENTS IN A DIFFICULT RELATIONSHIP BETWEEN JUDGES AND POLICY-MAKERS.....</b>	<b>237</b>
Eduardo Rocha Dias e Gina Vidal Marcílio Pompeu	
<b>DIREITO, SAÚDE E SUICÍDIO: IMPACTOS DAS LEIS E DECISÕES JUDICIAIS NA SAÚDE DOS JOVENS LGBT .....</b>	<b>251</b>
Bruno Rafael Silva Nogueira Barbosa e Robson Antão de Medeiros	
<b>A DESPROTEÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR E SUA JUDICIALIZAÇÃO .....</b>	<b>290</b>
Renata Salgado Leme e Luiz Pinto de Paula Filho	
<b>A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SOB O OLHAR DA ANÁLISE ECONÔMICA DO DIREITO: UM EXAME DOS INCENTIVOS AO AJUIZAMENTO E À SOLUÇÃO EXTRAJUDICIAL DE CONFLITOS .....</b>	<b>308</b>
Victor Aguiar de Carvalho	
<b>III. DIREITO À SAÚDE E AS INSTITUIÇÕES DE REGULAÇÃO.....</b>	<b>327</b>
<b>A REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: PERSPECTIVAS E AMEAÇAS .....</b>	<b>329</b>
Carlos Marden Cabral Coutinho e Taís Vasconcelos Cidrão	
<b>OS MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS).....</b>	<b>343</b>
Natasha Schmitt Caccia Salinas e Fernanda Martins	
<b>PAPEL INSTITUCIONAL DOS CANAIS DE RECLAMAÇÃO PARA A RESOLUÇÃO EXTRAJUDICIAL DE CONFLITOS SOBRE PLANOS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE COMPARADA .....</b>	<b>370</b>
Rafaela Magalhães Nogueira Carvalho, Antônio José Maristrello Porto e Bruno Araujo Ramalho	
<b>MEDICAMENTOS SEM REGISTROS NA ANVISA: UMA ABORDAGEM INSTITUCIONAL .....</b>	<b>395</b>
Igor De Lazari, Sergio Dias e Carlos Bolonha	
<b>A SUSTENTABILIDADE ECONÔMICO-FINANCEIRA DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE DIANTE DA CONCESSÃO INDISCRIMINADA DE TUTELAS DE URGÊNCIA NO BRASIL.....</b>	<b>410</b>
Álisson José Maia Melo e Nathalia Aparecida Sousa Dantas	
<b>PROHIBITION TO ADD AROMA AND FLAVOR TO SMOKING PRODUCTS: WHAT IS THE LIMIT OF THE REGULATORY POWER OF THE BRAZILIAN HEALTH REGULATORY AGENCY? .....</b>	<b>435</b>
Joedson de Souza Delgado e Ivo Teixeira Gico Júnior	

# A regulação da saúde suplementar no Brasil: perspectivas e ameaças\*

## The adjustment of supplementary health in Brazil: perspectives and threats

Carlos Marden Cabral Coutinho\*\*

Taís Vasconcelos Cidrão\*\*\*

### RESUMO

O presente trabalho, por meio de pesquisa bibliográfica e, principalmente, documental. Este artigo teve como objetivo a investigação e o estímulo ao debate acerca da intervenção estatal (mais especificamente da regulamentação) na(da) Saúde Suplementar no Brasil, importante setor da economia privada que beneficiou mais de 70 milhões de pessoas em 2017. Para tanto, foram coletados dados específicos fornecidos por órgãos públicos, agências, bem como instituições privadas especializadas na temática. Por se tratar de um setor extremamente complexo, dinâmico e com muitas assimetrias informacionais, muito há de ser discutido acerca dos desafios e novas propostas sobre a regulação do sistema privado de saúde que garantam para os próximos anos a preservação da qualidade prestacional bem como a sua sustentabilidade (inclusive financeira). Portanto, foram apurados os custos gerados pela intervenção para as instituições privadas, chegando-se à conclusão de que a intensa regulação pode vir a tornar o mercado de planos de saúde não atrativo (para as operadoras, consumidores e também para a população SUS-dependente).

**Palavras-chave:** Saúde. Saúde suplementar. Brasil. Eficiência de mercado. Lei nº 9.656/98.

### ABSTRACT

The present work, through bibliographical and mainly documentary research (through specific data provided by public agencies, agencies, as well as private and specialized institutions), aims to investigate as well as stimulate the debate about state intervention (more specifically of regulation) in Supplementary Health in Brazil, an important sector of the private economy that has benefited more than 70 million people in 2017. Because it is an extremely complex and dynamic sector with many informational asymmetries, there will be a lot to be discussed about the challenges and new proposals about the regulation of the private health system that will ensure the preservation of quality of service as well as its sustainability (including financial) for the coming years. Therefore, the costs generated by the intervention for private institutions were calculated, and it was concluded that intense regulation may make the health insurance market unattractive (for operators, consumers and also for the SUS dependent population).

\* Recebido em 01/09/2018  
Aprovado em 30/09/2018

\*\* Procurador Federal. Especialista em Direito Processual Civil e Mestre em Ordem Jurídica Constitucional pela Universidade Federal do Ceará. Doutor em Direito Processual pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Pós-doutorando em Estado, Constituição e Democracia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. E-mail : carlosmardenc@hotmai.com

\*\*\* Mestranda em Direito pelo Programa de Mestrado em Direito do Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS). Graduada em Direito pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Especialista em Direito e Processo Constitucionais pela UNIFOR. E-mail: taisvcidrao@hotmail.com

**Keywords:** Health. Supplementary health. Brazil. Market efficiency. Law nº 9.656/98.

## 1. INTRODUÇÃO

A atenção dada à saúde no Brasil foi profundamente redimensionada com o advento da Constituição de 1988. O art. 196 da Constituição teve a pretensão de dar maior visibilidade à saúde, tendo, inclusive, a previsto como um direito de todos e, ao mesmo tempo, um dever do Estado, devendo ser garantido mediante políticas sociais e econômicas. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 1990 e a regulamentação dos planos de saúde em 1998 também foram marcos importantes sobre a temática. Ainda, o texto constitucional também estatuiu, em seu artigo 199, a assistência à saúde como de livre iniciativa privada. Isso significa que instituições privadas também poderão participar, de forma complementar ao SUS e segundo as diretrizes deste, da prestação do serviço de saúde no país.

A Saúde Suplementar no Brasil é o nome dado à atividade que envolve o mercado de planos de saúde de assistência médica de saúde no país. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar<sup>1</sup>, esse setor da economia é responsável pela cobertura de 47,6 milhões de brasileiros beneficiários da assistência médica com ou sem odontologia e 22,4 milhões de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos, totalizando 70 milhões de brasileiros beneficiados, o que representa uma média de 33,48% da população brasileira<sup>2</sup>. Em contrapartida, essa cobertura, no ano 2000, era de apenas 32 milhões de beneficiários<sup>3</sup>.

Não há consenso em relação à economia da saúde sobre quais serviços deveriam ser acobertados pelo sistema público de saúde e quais deveriam ser destinados à área privada. Mesmo em países marcados pelo intenso destaque dos sistemas públicos, o crescimento do mercado privado da saúde é progressivo, de forma que a interação entre os setores público e privado é vantajosa na medida em que apoia as políticas de saúde, cada qual com suas respectivas tarefas. As várias experiências ao redor do mundo garantem que não exista um conjunto típico de cobertura ideal para cada setor (público ou privado), muito embora exista certo “padrão” para delegar ao setor público a cobertura dos indivíduos de alto custo (como idosos e/ou pessoas com deficiências crônicas)<sup>4</sup>.

Nesse cenário, a discussão sobre a (des)regulamentação do mercado consiste em um dos temas mais relevantes da atualidade, pois afeta grande proporção da população; não somente a brasileira, mas de outras nacionalidades. O Brasil é amplamente reconhecido (inclusive internacionalmente) pela sua alta regulação dos mercados de serviços e planos de saúde, e pela burocracia. Por essa razão, uma investigação mais acurada sobre o papel da regulação se faz premente. Será mesmo que a acentuada regulação é um fator positivo? Será que existe um ponto de equilíbrio entre a regulação e eficiência de mercado no que diz respeito à saúde no Brasil? É por meio de pesquisa bibliográfica e principalmente documental (por intermédio de dados específicos fornecidos por órgãos públicos, agências, bem como instituições privadas especializadas na temática) que se pretende investigar as peculiaridades da Saúde Suplementar no país.

Como será demonstrado no decorrer do trabalho, o setor privado de saúde é de grande relevância para uma parcela significativa da população (famílias e também empresas), sendo responsável por mais da metade do gasto com saúde no país. É um setor da economia responsável por enorme produção de renda, empregos e também desenvolvimento tecnológico, logo, as vantagens econômicas não devem ocultar, completamente, a sua relevância social.

1 AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Caderno de Informação da Saúde Suplementar*. 2017. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em: 30 jul. 2018.

2 BANCO MUNDIAL. *Population*. 2017. Disponível em: <<https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?locations=BR>>. Acesso em: 30 jul. 2018.

3 AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Caderno de Informação da Saúde Suplementar*. 2017. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em: 30 jul. 2018.

4 ALVES, Sandro Leal. *Fundamentos, regulação e desafios da saúde suplementar no Brasil*. Rio de Janeiro: Funenseg, 2015. p. 35.

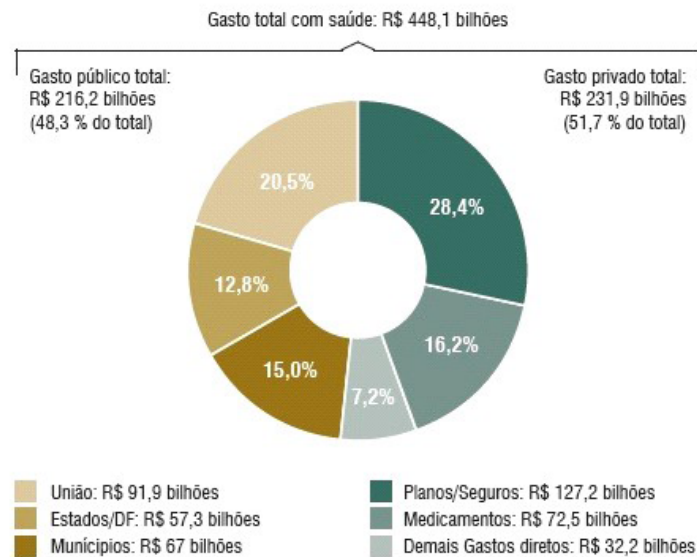
## 2. A IMPORTÂNCIA DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

Em virtude da regulamentação da Saúde Suplementar ser ainda relativamente nova no Brasil, considerando-se que a própria Agência Nacional de Saúde Suplementar dispõe de apenas 18 anos de existência, é natural que o processo regulatório sofra constantes alterações até conseguir se ajustar em um ponto que proporcione bons resultados. É interessante perceber que a expressão “bons resultados” dizem respeito a interesses concorrentes dos beneficiários e das operadoras de planos de saúde.

Se faz necessário enfatizar o fato de que a saúde no Brasil exerce um papel importantíssimo dentro da seara econômica (muitas vezes esquecido em detrimento da sua importância social). Em julho de 2011, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) publicou a Recomendação nº 36 (inspirada na Recomendação nº 31), que trouxe regramentos para os julgamentos das demandas de saúde que envolvem a saúde suplementar, tais como a inclusão nos Comitês Executivos Estaduais de “um representante dos planos de saúde suplementar no intuito de fomentar o debate com as operadoras diante dos dados constantes em seus arquivos”<sup>5</sup>. Segundo cartilha publicada pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) acerca da Judicialização da Saúde no Brasil, foram detectados 26.838 processos relacionados à saúde, dos quais 10.940 foram relacionados à saúde pública, enquanto 9.485 processos dizem respeito à saúde suplementar (a diferença na somatória possivelmente diz respeito a processos que correm em segredo de justiça — que, em alguns casos, são contabilizados, porém, não exibidos — e à existência de processos listados repetidamente, o que influencia o número total de processos filtrados)<sup>6</sup>.

A saúde no Brasil é uma temática sensível, os números não representam sistemática sustentável. Os gastos totais com saúde têm crescido nos últimos anos. Em 2015 alcançou 9,7% do Produto Interno Bruto (PIB) do país, 51,8% deste advém do setor privado<sup>7</sup>. Muito embora os gastos sejam colossais, eles não são suficientes para cumprir as previsões materiais constitucionais.

**Gráfico 1:** Gasto total com saúde no Brasil e sua divisão entre público e privado (% em bilhões) – 2014.



Fonte: ALVES, Sandro Leal. *Fundamentos, regulação e desafios da saúde suplementar no Brasil*. Rio de Janeiro: Funenseg, 2015.

5 CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. *Recomendação N° 36 de 12 de julho de 2011*. Publicada no DJ-e nº 129/2011 em 14 de julho de 2011, p. 3-4. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=1227>>. Acesso em: 18 jul. 2018.

6 ASENSI, Felipe Dutra; PINHEIRO, Roseni (Coords.). *Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência*. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015.

7 ALVES, Sandro Leal. *Fundamentos, regulação e desafios da saúde suplementar no Brasil*. Rio de Janeiro: Funenseg, 2015.

O Gráfico 1 demonstra, claramente, a importância do setor privado para o financiamento da despesa com saúde no Brasil. Segundo Alves<sup>8</sup>, o setor de saúde complementar contribui para a economia e para o bem-estar da população, sem prejuízo de outras, das seguintes maneiras: a) melhoria do capital humano (saúde e produtividade da população). A relação saúde-desenvolvimento deve ser tida como interrelacionada (recíproca). Sob essa perspectiva, o enfoque da saúde é compreendido como parte integrante do capital humano, assim como a educação. Isso significa dizer que, quanto mais investimentos em capital humano (como educação e saúde), mais efeitos positivos refletirão em cima da renda e produtividade. Quanto mais eficientes (e inteligentes) forem os investimentos, maiores serão os ganhos que repercutem na seara econômica (*spill over effects*). Em outras palavras, “pessoas saudáveis produzem mais e melhor e esse efeito se estende ao desenvolvimento do país”<sup>9</sup>; b) Estímulo à geração de renda ao longo da cadeia produtiva. O atendimento dos beneficiários dos planos de saúde representa a principal receita dos hospitais privados.

Segundo pesquisa da Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP)<sup>10</sup>, 93,3% do total da receita dos hospitais filiados em 2016 originaram-se das operadoras de planos de saúde, enquanto esse percentual era de 91,5% em 2014 e 92,4% em 2015. A contribuição do setor privado também reflete na geração de empregos; c) Melhoria da eficiência econômica. A saúde suplementar, tanto quanto o setor de seguros, é responsável pela diluição dos riscos inerentes à vida humana. Sem os seguros, cada indivíduo teria de se responsabilizar por sua própria proteção. Com o surgimento do setor securitário, cada atividade pode se concentrar na sua respectiva atividade econômica (indústria, comércio, serviços etc.), deixando para o setor de seguros a sua especialidade: a administração de riscos. Dessa forma, os benefícios advindos da especialização e divisão do trabalho suportam e justificam a existência de seguros.

### 3. A INTERVENÇÃO ESTATAL NA SAÚDE

A discussão acerca do que se deve permanecer (ou se deve permanecer alguma coisa) em relação à gestão estatal constitui debate latente, seja nos países europeus em que o fornecimento público é bastante presente, seja nos Estados Unidos da América (principalmente após a reforma conhecida como ObamaCare, que levou o assunto “saúde” para o centro das discussões políticas e debates partidários) ou até mesmo no Brasil. É claro que o volume total de gastos varia no tempo e no espaço de acordo com as preferências de utilização/escolha de cada economia/Estado, fazendo com que cada decisão seja tomada em razão da escolha de Administradores/Governantes para melhor prover o serviço de saúde de saúde para a população.

O fato de o Brasil ser reconhecido como um país com elevada carga tributária, bem como por ter um Estado “grande” em termos de intervenção estatal, dá subsídios para a criação de uma imagem típica dos dogmas ideológicos do Século XIX de que o país não consegue extrair todo o potencial produtivo do setor privado, pois a livre iniciativa ainda é vista com reservas<sup>11</sup>.

A regulamentação se mostra, portanto, uma questão técnico-econômica. A temática é amplamente discutida por especialistas nos mais diversos aspectos da vida social, a saber: como deve ser a regulação realizada pelo Estado? Quais as formas possíveis e, dentre elas, qual melhor se propõe a resolver as problemáticas da área da saúde especificamente? A melhor solução encontrada por outros países pode ser importada para o Brasil? Em que intensidade ela deve se dar?

Segundo análise de Sandro Leal Alves<sup>12</sup>, as decisões acerca das regulamentações no Brasil (não exclusi-

8 ALVES, Sandro Leal. *Fundamentos, regulação e desafios da saúde suplementar no Brasil*. Rio de Janeiro: Funenseg, 2015.

9 ALVES, Sandro Leal. *Fundamentos, regulação e desafios da saúde suplementar no Brasil*. Rio de Janeiro: Funenseg, 2015.

10 ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP). *Observatório 2017*. 9. ed. 2017. p. 139. Disponível em: <<http://anahp.com.br/produtos-anahp/observatorio/observatorio-2017>>. Acesso em: 14 jul. 2018.

11 ALVES, Sandro Leal. *Fundamentos, regulação e desafios da saúde suplementar no Brasil*. Rio de Janeiro: Funenseg, 2015.

12 ALVES, Sandro Leal. *Fundamentos, regulação e desafios da saúde suplementar no Brasil*. Rio de Janeiro: Funenseg, 2015.

vamente no setor da saúde suplementar) são emanadas sem que haja um estudo prévio que consiga, efetivamente, mensurar os custos e benefícios inerentes à regulação ou sem identificar as reais falhas que se procuram corrigir com as políticas de saúde no país. Isto sugere a falta de prudência dos chamados *policy-makers*. No que diz respeito à saúde, alguma intervenção estatal pode ser justificada levando-se em consideração o alto valor intrínseco relacionado a esse princípio específico.

Um estudo realizado por Philip Musgrove<sup>13</sup> reconhece cinco formas de intervenção estatal no setor da saúde, quais sejam:

1) A disseminação da informação. Essa perspectiva inclui a publicização dos riscos do tabagismo à população, bem como a criação de uma disciplina de “higiene pessoal” nas escolas públicas, por exemplo. A informação, no entanto, não necessariamente será direcionada aos consumidores, o Governo também poderá investir na informação para distribuidores e planos de saúde na medida em que conduz pesquisas e fornece informações sobre novos padrões de doenças e/ou riscos de novos procedimentos.

2) Regulação da atividade propriamente dita. Essa regulação pode se dar desde a profissão médica (e outras áreas da saúde), inclusive por meio de licenças e criação de Conselhos, até a regulamentação de funcionamento de hospitais privados, seus requisitos mínimos de funcionamento etc., passando pela regulação, é claro, dos planos de saúde.

3) Obrigatoriedades. O Governo obriga agentes a fazer algo e quase sempre a pagar por isso. A conformidade com a lei (ou, para usar um termo mais atual, *compliance*) também gera custos substanciais ao setor privado, o qual deve, em algumas situações, inclusive, pagar seguros de saúde para seus empregados.

4) Financiamento do serviço de saúde. Essa quarta forma de intervenção normalmente se dá por meio da criação de taxas ou impostos (tributação em geral). Pode-se incluir nessa forma de “financiamento da saúde pública” a maior tributação em produtos como álcool e tabaco. Taxar essas mercadorias reduziria, de uma forma geral, o seu consumo, o que traria efeitos positivos para a saúde em médio e em longo prazo.

5) Produção de serviços de saúde pelo Estado propriamente dito. Em países não tão desenvolvidos, essa tarefa normalmente é de responsabilidade dos Ministérios da Saúde. Em outros países, entretanto, a atividade, apesar de financiada pelo poder público, poderá ser fornecida tanto pelo setor privado, segundo regras estabelecidas em acordos anteriormente firmados (contratos), como pelo setor público.

Percebe-se, portanto, que a intervenção estatal poderá se dar de diferentes maneiras, desde a mais “*soft*” até a mais intervencionista. Às operadoras de plano de saúde cabe se adequarem à realidade do país, mesmo que isso ofereça riscos à atividade. A exposição aos diferentes riscos de mercado é um custo inerente da atividade privada. As incertezas causadas pela dinâmica social são fatores que contribuem para a geração de utilidades e inutilidades para os indivíduos. Isso significa dizer que, no caso de materialização, podem gerar ganhos (utilidades) e perdas (inutilidades) físicas e monetárias. Há muito tempo, as sociedades vêm se ajustando e criando novas formas de diminuir os riscos das atividades, mitigá-los ou até mesmo transferi-los para terceiros. Esse terceiro é justamente o mercado securitário, um instrumento desenvolvido para atender uma demanda específica, qual seja, a redução de riscos.

Entretanto, para que um determinado seguro seja viável, pelo menos do ponto de vista econômico-financeiro, é necessário que o risco a ser coberto seja segurável. Alves<sup>14</sup> entende por risco segurável aquele que atenda exigências mínimas, como: o risco deve ser bem definido e mensurável, o fato do risco ser acidental, (o sinistro deve se dar de forma aleatória<sup>15</sup>), os segurados não podem intencionalmente concorrer

13 MUSGROVE, Philip. Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns. In Health. *Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper*. World Bank. Jul. 1996. p. 6-7. Disponível em: <<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/13656/292900Musgrove0public1private1whole.pdf;sequence=1>>. Acesso em: 30 jul. 2018.

14 ALVES, Sandro Leal. *Fundamentos, regulação e desafios da saúde suplementar no Brasil*. Rio de Janeiro: Funenseg, 2015.

15 A respeito dessa questão, cabe, de forma excepcional, o entendimento da súmula 610 do Superior Tribunal de Justiça, que entende: “O suicídio não é coberto nos dois primeiros anos de vigência do contrato de seguro de vida, ressalvado o direito do ben-



para a ocorrência do sinistro, a possibilidade dos segurados de serem afetados pelo sinistro simultaneamente deve ser mínima, bem como a ocorrência de um infortúnio sobre um segurado não deve impactar a probabilidade de ocorrência para outros segurados (ficando claro que o mútuo de riscos não alcança os riscos catastróficos), o valor da indenização deve ter um valor máximo previamente estabelecido, dentre outros.

Pode-se dizer que os planos de saúde fazem parte do mercado securitário na medida em que há a transferência do risco mediante pagamento. No dinâmico mercado da saúde, as práticas concorrenciais (e também anticoncorrenciais), a crescente judicialização juntamente à variação dos custos médico-hospitalares obrigam as operadoras de saúde a absorverem os novos desafios, o que implica que elas devem, constantemente, estar se reinventando e se adequando às novas circunstâncias mercadológicas. Só assim se pode fazer uma avaliação econômico-financeira sensata que envolva, por um lado, eficiência, e de outro, a relação risco-retorno.

O problema de assimetria de informação é uma das falhas de mercado. Talvez (apenas) isso seja motivo suficiente para se demandar alguma intervenção estatal (seja por regulamentação ou outra forma). Porém, deve-se ressaltar, também, que a doutrina dá ênfase às falhas de governo. Isso significa que, não raro, as consequências da regulamentação, mesmo com o intuito de corrigir as falhas de mercado, acabam piorando o cenário inicial. A título de exemplo de incertezas de mercado, as distorções do processo de envelhecimento populacional e seus reflexos no âmbito da saúde suplementar no Brasil foram consideradas. É o que se passa a investigar.

### 3.1. Regulamentação da faixa etária e seus custos para operadoras

Antigamente, isto é, anteriormente à Lei nº 9.656/1998, não havia regulação própria no que diz respeito ao estabelecimento de faixas etárias com sua respectiva regulação. Portanto, tudo aquilo que porventura viesse a ser acordado e previsto no contrato era válido. Entre o período de janeiro de 1999 e janeiro de 2004, ficaram estabelecidas pela Resolução CONSU 06/98 sete faixas etárias, quais sejam: 0 a 17 anos, 18 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos, 70 anos ou mais. Além disso, a resolução ainda determinava que o preço referente à última faixa poderia ser até o limite de seis vezes maior que o preço da faixa inicial.

Com o advento do Estatuto do Idoso em 2004, por meio da Lei nº 10.741/2003, ficou estabelecido que idosos são “pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos”<sup>16</sup>. Também foi prevista, em seu art. 15, § 3º, a proibição de caráter discriminatório pelos planos de saúde em razão da idade. *Verbis*:

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

§ 3º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.<sup>17</sup>

Em 2003, a Agência Nacional de Saúde redefiniu, por meio Resolução Normativa nº 63, em seu artigo 2º, 10 faixas etárias (0 a 18 anos, 19 a 23 anos, 24 a 28 anos, 29 a 33 anos, 34 a 38 anos, 39 a 43 anos, 44 a 48 anos, 49 a 53 anos, 54 a 58 anos e 59 anos ou mais). Ainda, em consonância à Resolução CONSU 06/98, o valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa.

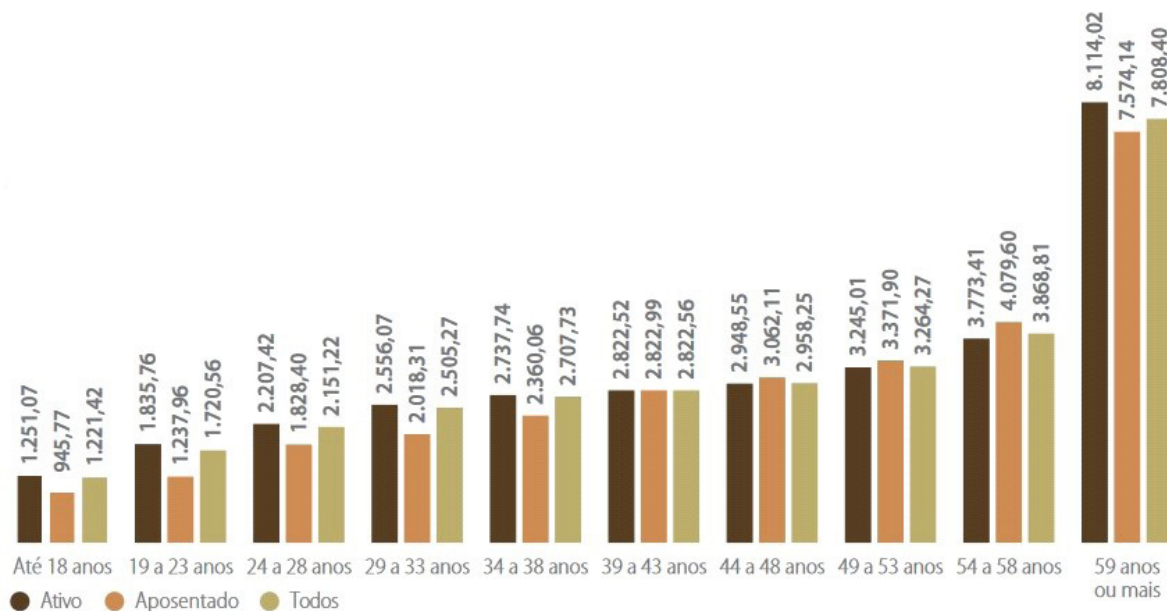
eficiário à devolução do montante da reserva técnica formada”.

16 BRASIL. *Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003*. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/Ccivil\\_03/Leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm)>. Acesso em: 5 jul. 2018.

17 BRASIL. *Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003*. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/Ccivil\\_03/Leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm)>. Acesso em: 5 jul. 2018.

É interessante perceber que uma pesquisa realizada pela União Nacional das Instituições das de Auto-gestão em Saúde (UNIDAS) (entidade associativa sem fins lucrativos que retrata o segmento de autogestão no Brasil, que representa em média 5 milhões de beneficiários atendidos por planos de assistência à saúde) e publicada em 2016 informa, conforme Gráfico 2, que a variação do custo das contribuições entre a primeira e a última faixa etária foi de 6,4 vezes para os ativos. Apesar de próximo ao valor estipulado em lei, ainda assim o percentual está em desconformidade com a legislação emitida pela Agência Nacional de Saúde. Essa diferença, entretanto, no que diz respeito aos aposentados, alcançou uma variação de custos de 8 vezes.

**Gráfico 2:** Despesa anual per capita (R\$) – média por categoria de beneficiário e faixa etária



Fonte: UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE. *Pesquisa UNIDAS 2016*. p. 60. Disponível em: <<https://www.unidas.org.br/uploads/381282c1e3907d8430d669d4b1582f66.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2018.

Casos que envolvem informação assimétrica entre compradores e vendedores, ou seja, quando as partes não possuem o mesmo acesso a informações de mercado, podem gerar resultados não desejáveis, tais casos são conhecidos como “seleções adversas”. Como explica Alves:

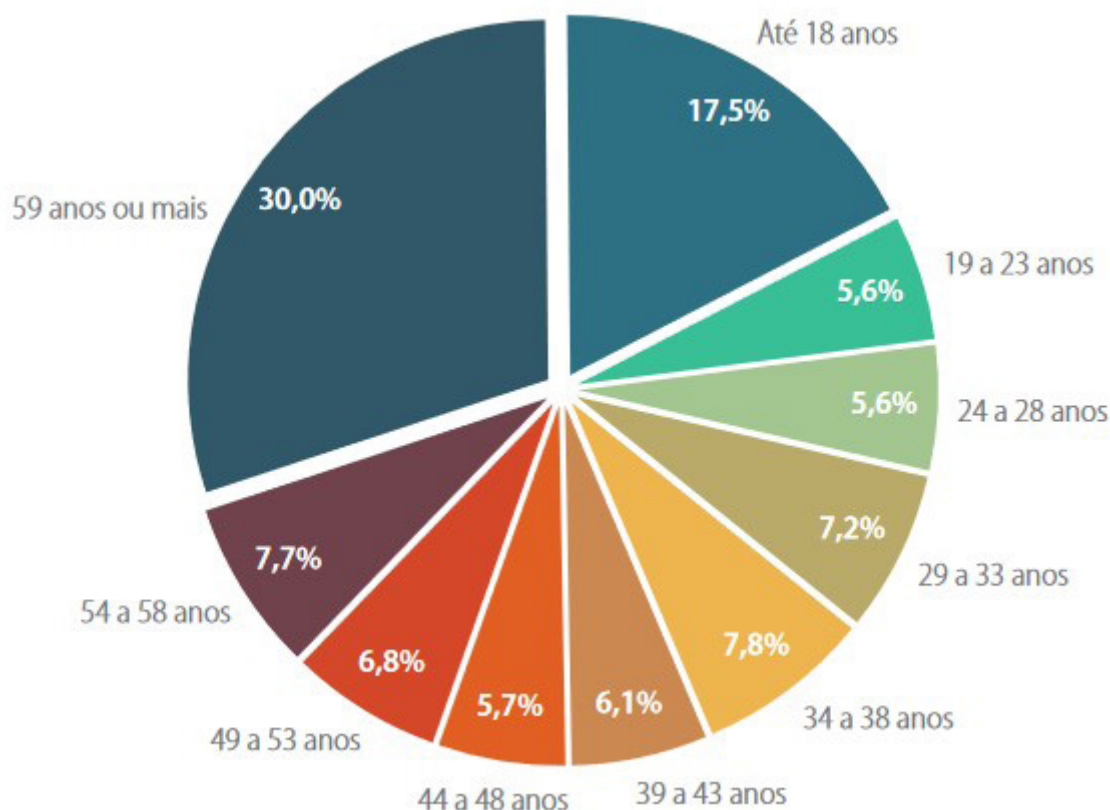
No caso dos planos de saúde, por exemplo, se a operadora não consegue distinguir *a priori* a condição de saúde dos consumidores e estabelecer um preço baseado na condição de saúde média da população, aqueles com boa condição de saúde possivelmente não comprarão o plano por acharem que o preço é alto em comparação ao que poderiam utilizar. Por outro lado, para as pessoas com condição de saúde ruim, o preço pode ser baixo, considerando que eles têm grandes chances de utilizarem o plano. Ao final, os consumidores de baixo risco desistirão de comprar o plano de saúde enquanto os de alto risco comprarão. Para equilibrar financeiramente o plano, a operadora deve reajustar para cima os preços, pois mais indivíduos de alto risco passam a contratar. Em consequência, cria-se uma espiral inflacionária nos preços, expulsando os indivíduos de baixo risco e atraindo os de alto risco. O limite, o plano de saúde é inviabilizado. (grifos no original).<sup>18</sup>

Uma das formas de lidar com essa adversidade ocorre por meio da seleção de riscos (*cream skimming*) a fim de diminuir a assimetria da informação. Segundo o art. 14 da Lei nº 9.656/1998, ninguém poderá ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde em razão da idade ou da condição de deficiente físico, as operadoras encontraram uma solução (legal) que é a diferenciação dos preços por idade por meio do estabelecimento de faixas etárias, o que reduz os riscos do estabelecimento de um preço médio

18 ALVES, Sandro Leal. *Fundamentos, regulação e desafios da saúde suplementar no Brasil*. Rio de Janeiro: Funenseg, 2015.

para todos. Como dito por Alves, a proporção deve ser mantida no limite de que deve permanecer atrativa para os jovens ao mesmo tempo que consiga se ajustar aos riscos advindos de se ter muitos beneficiários com faixa etária mais elevada. Essa proporção (ponto ótimo) deve ser constantemente revista para garantir a sustentabilidade do sistema. Isso significa que os reajustes de faixas etárias iguais ou superiores a 60 anos de idade criados antes do Estatuto do Idoso foram diluídos entre os 10 reajustes hoje previstos em lei de tal forma que os prejuízos causados pelos avanços de idade dos beneficiários sejam pagos “com antecedência”.

**Gráfico 3:** Distribuição dos beneficiários por faixa etária



Fonte: UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE. *Pesquisa UNIDAS 2016*. p. 22. Disponível em: <<https://www.unidas.org.br/uploads/381282c1e3907d8430d669d4b1582f66.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2018.

A proporção entre o número de jovens e o número de idosos deve sempre se manter atrativa para o plano de saúde sob pena de inviabilizar completamente sua atividade. No Brasil, as perspectivas para a saúde suplementar não são amistosas<sup>19</sup>, tendo em vista previsões demográficas que chegaram à conclusão de que “em 1960, o Brasil tinha pouco mais de 3 milhões de idosos. Em 2010, já eram quase 20 milhões. Nesses 50 anos, ao mesmo tempo em que a população se urbanizou, na taxa de fecundidade houve redução de mais de seis filhos, em média, por mulher, pra menos de dois”<sup>20</sup>.

Poderá ocorrer o que se denomina de seleção adversa em casos nos quais a operadora não consegue distinguir o real estado de saúde do beneficiado a respeito da contratação e conseqüentemente as suas probabilidades de uso do plano. Este é um risco que as operadoras correm principalmente quando da contratação de planos individuais (e esse é um dos fatores que elevam seu preço, muito mais do que planos coletivos). O

19 Considerando-se que a tendência demográfica da população é envelhecer e, que, conseqüentemente, haverá mais idosos, considerados a faixa etária “mais cara” para as operadoras de planos de saúde.

20 G1. *Brasil envelhece e é preciso se preparar cada vez mais cedo*. 2 jan. 2017. Disponível em: <<http://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2017/01/brasil-envelhece-e-e-preciso-se-preparar-cada-vez-mais-cedo.html>>. Acesso em: 2 ago. 2018.

estabelecimento de um preço médio (baseado na média do risco da população) naturalmente atrairá aqueles com maior probabilidade de utilizarem o plano, enquanto, para os que possuem “baixo risco”, simplesmente não valeria a pena contratar o mesmo plano pelo fato de ser muito oneroso. Ao final, se se contratassem mais beneficiários de alto risco, essa atividade inviabilizaria o mercado privado tendo em vista a impossibilidade de diluição dos riscos.

Apesar de a lei permitir a diferenciação por idade, ela é completamente silente no que diz respeito a outros aspectos que refletem no risco, tais como: gênero, local de residência, profissão, entre outros. Se houvesse o estabelecimento de uma mensalidade única para todos, isso significaria que os jovens estariam pagando, de forma geral, mensalidade muito maior do que efetivamente estariam usufruindo, tendo em vista que a utilização dos planos de saúde nessa faixa etária é baixa. Portanto, poucos jovens estariam dispostos a contratar o plano de saúde, diferentemente dos idosos, que sairiam beneficiados. Nesse caso, “o ‘prêmio nivelado’ traz como consequência a seleção adversa não sendo possível, em um mercado privado, seu oferecimento”<sup>21</sup>.

Feitas essas considerações gerais acerca da intervenção do Estado na saúde, com ênfase em sua regulamentação e que custos esta última poderia gerar para as operadoras de plano de saúde, cumpre-se verticalizar um pouco mais o estudo, delimitando o tema para uma investigação a nível de Brasil.

#### 4. PERSPECTIVAS PARA A SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

Não raro, as regulamentações expedidas pelos governos, a respeito da busca da proteção do indivíduo — especialmente, para esse caso, do idoso —, cria falhas de mercado (ou, simplesmente, externalidades negativas), que podem ser definidas como consequências de segunda (terceira, quarta...) ordem que não foram intencionalmente planejadas, mas que podem influenciar o mercado de maneira geral.

A criação das faixas etárias é uma delas, pois onera, demasiadamente, o custo de planos de saúde dos mais jovens a respeito da busca pela compensação (diluição) do custo. O financiamento da saúde de um indivíduo com idade mais avançada é, por óbvio, mais caro. Esse custo “extra” é pago também pelas contribuições dos mais jovens que, possivelmente, não permanecerão na carteira de clientes daquele determinado plano de saúde até que atinja uma idade tal ou situação de saúde específica que “compense” o seu investimento *a priori* realizado. Esse tipo de postura adotada pelas operadoras como forma de sobrevivência, apesar de respeitar a equidade intergeracional, pode inibir (ou dificultar o acesso) (d)a clientela jovem mais saudável, que, como dito anteriormente, poderá levar os planos de saúde à falência.

Esse somente foi um exemplo de como a regulamentação da saúde complementar pode influenciar o mercado negativamente. Porém, existem outras regulamentações, tais como o artigo 8º da Lei nº 9.656/98 que estabelece “alguns” requisitos para o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde (sem prejuízos de outros posteriores que poderão vir a ser determinados pela Agência Nacional de Saúde), são eles: a) registro nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, b) descrição pormenorizada dos serviços de saúde próprios oferecidos e daqueles a serem prestados por terceiros, c) descrição de suas instalações e equipamentos destinados a prestação de serviços, d) especificação dos recursos humanos qualificados e habilitados, e) com responsabilidade técnica de acordo com as leis que regem a matéria, f) demonstração da capacidade de atendimento em razão dos serviços a serem prestados, g) demonstração da viabilidade econômico-financeira dos planos privados de assistência à saúde oferecidos, respeitadas as peculiaridades operacionais de cada uma das respectivas operadoras, dentre outros. Esses critérios, ainda, são revisados e reavaliados a cada quatro anos<sup>22</sup>. Há, também, critérios a serem obedecidos caso a operadora

21 ALVES, Sandro Leal. *Fundamentos, regulação e desafios da saúde suplementar no Brasil*. Rio de Janeiro: Funenseg, 2015. p. 53.

22 ALVES, Sandro Leal. *Entre a proteção e a eficiência: evidências de seleção adversa no mercado brasileiro de saúde suplementar*

decida encerrar suas atividades, caso em que deverá requerer autorização para tanto, mediante, é claro, o cumprimento de outros requisitos previstos no §3º do art. 8.

Percebe-se, então, que as operadoras tentam se adaptar às exigências regulatórias emitidas pelas entidades de saúde competentes para se manter atrativas para o mercado. Dentre os planos que possivelmente podem ser ofertados estão os individuais, familiares, coletivos por adesão ou empresarial, planos com cobertura ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetria e odontológica.

A regulamentação, especialmente dos planos de saúde, procura proteger (muitas vezes sem sucesso) o cidadão contra ações fraudulentas e/ou abusivas das operadoras com a justificativa de nivelar a informação assimétrica e, em última instância, com a utilização do caráter “quase absoluto” do Direito à saúde. Essa forma de intervenção, muitas vezes, como demonstrado no exemplo da divisão por faixas etárias, não são medidas satisfatórias em longo prazo.

Talvez soluções menos agressivas ao sistema privado conseguissem atingir melhores resultados, a exemplo da implantação da coparticipação. A saber, existe um instituto dentro do mercado de seguros chamado “risco moral” (ou *moral hazard*), que é justamente a possibilidade do indivíduo de, após contratar o seguro de saúde, adquirir hábitos menos saudáveis e menos prudentes aumentando, assim, a sua probabilidade de utilização do plano, ou seja, aumentar o risco. “A sobreutilização, ou utilização desnecessária, motivada pela presença de um contrato de seguro de saúde a materialização do risco moral”<sup>23</sup>.

Na saúde, uma possível solução para a diminuição do efeito do risco moral é o estabelecimento da coparticipação, que fomenta o compartilhamento de risco. Ao se cobrar uma quantia quando da ocorrência do sinistro, o indivíduo incorre no custo, o que muito provavelmente gera uma postura mais conservadora por parte dele. Em outras palavras:

A utilização de sistemas de *Bonus Males* e em outros segmentos de seguro serve para reduzir o componente de risco moral do comportamento dos segurados. Em suma, agrava-se o prêmio de segurados de intensa utilização (*malus*) e bonifica-se aqueles de menor utilização concedendo descontos (*bonus*)<sup>24</sup>.

A Agência Nacional de Saúde, em junho deste ano, publicou, no Diário oficial, a Resolução Normativa nº 433<sup>25</sup>, que atualizava as regras para aplicação da coparticipação e franquia no que diz respeito aos planos de saúde. A norma previa um percentual máximo a ser cobrado do contribuinte para a realização de procedimentos, além de isentar a sua incidência (de coparticipação e franquia) em mais de 250 procedimentos (tais como exames preventivos, tratamento de doenças crônicas etc.). Para além desses benefícios, a supracitada regulamentação traria a possibilidade de “descontos” ou “bônus” para aqueles consumidores que mantivessem bons hábitos de saúde. Esse tipo de norma supriria algumas lacunas e conseguiria oferecer mínimo de previsibilidade, clareza e segurança jurídica aos consumidores. Entretanto, em setembro desse mesmo ano, a Resolução Normativa 434<sup>26</sup> revogou, na íntegra, a Resolução Normativa 433.

O *trade-off*, em relação ao serviço público de saúde, ou seja, aquele que envolve a população SUS-dependente, é relativamente controlado por outro fator a não ser o de compartilhamento de custos. Isto é, a população somente não usa mais o sistema público de saúde devido às deficiências inerentes a ele, ou seja, atendimento custoso em decorrência do excesso de demanda, falta de medicamentos, falta de leitos, longa

após a regulamentação. II Prêmio SEAE de monografias em defesa da concorrência e regulação econômica. Brasília: SEAE/Ministério da Fazenda, 2007. p. 07. Disponível em: <<https://escholarship.org/uc/item/5448c57k>>. Acesso em: 26 jul 2018.

23 ALVES, Sandro Leal. *Fundamentos, regulação e desafios da saúde suplementar no Brasil*. Rio de Janeiro: Funenseg, 2015. p. 61.

24 ALVES, Sandro Leal. *Fundamentos, regulação e desafios da saúde suplementar no Brasil*. Rio de Janeiro: Funenseg, 2015. p. 62.

25 AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. *Resolução Normativa – RN nº 433*, de 27 de junho de 2018. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzU5NA==>>. Acesso em: 1 out. 2018.

26 AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. *Resolução Normativa – RN nº 434*, de 3 de setembro de 2018. Revoga a Resolução Normativa – RN nº 433, de 27 de junho de 2018. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzYxMg==>>. Acesso em: 1 out. 2018.

espera em filas, dentre outros<sup>27</sup>. Ou seja, o sistema acaba filtrando, naturalmente, a sobreutilização. Mas, ainda assim, o sistema público de saúde não consegue ser efetivo. Outro fator que poderá ser levado em consideração para essa assertiva é o fato de que, segundo a OMS, apenas 3,6% do orçamento federal brasileiro foi utilizado na Saúde no ano de 2018, enquanto a média mundial é de 11,7%. Esse mesmo estudo aponta que o gasto com saúde no Brasil é cerca de 4 a 7 vezes menos do que outros países que adotam o sistema universal de saúde, como o Reino Unido e França<sup>28</sup>.

Atualmente, com a política de custo monetário marginal igual a zero nos planos de saúde, o indivíduo não tem incentivos o bastante para racionalizar a sua demanda, gerando, assim, o risco moral, ou seja, a utilização desmedida do plano de saúde. Ao fazer isso, ou seja, alterando as probabilidades de utilização, ele (o indivíduo) está alterando características essenciais do risco que o torna indenizável. O compartilhamento de riscos é uma alternativa para atenuar os efeitos do “risco moral”. Pesquisas recentes no âmbito da *behavioral economics* demonstram que esses mecanismos são eficazes para a redução dos prejuízos causados aos planos de saúde. Quanto maior a carta de cobertura (do setor público tanto quanto do setor privado), maior será o estímulo ao risco moral e as suas perdas relacionadas. “Para ampliar coberturas e benefícios, a seguradora ou o governo sacrifica controle sobre os efeitos do risco moral sobre os custos”<sup>29</sup>.

Tendo isso em vista, percebe-se que a regulamentação da saúde no Brasil, mesmo que intensa (ou talvez justamente por causa disso), não consegue solucionar os problemas da saúde no país. A regulamentação pode ser, então, considerada como uma faca de dois gumes, na qual de um lado tem-se os interesses do mercado e, do outro, os interesses sociais envolvidos na problemática.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde suplementar ocupa um papel de destaque para a economia e para o desenvolvimento da sociedade brasileira como um todo, representando mais da metade dos gastos com saúde no país. Portanto, propôs-se, no presente artigo, avaliar e ao mesmo tempo questionar a regulação dos planos de saúde no Brasil. Será que realmente é efetiva? O grande objetivo consistiu em colocar em destaque a ânsia regulatória sobre o mercado dos planos de saúde (em nome da proteção do consumidor) em detrimento da eficiência do mercado.

Espera-se, portanto, que visões ultrapassadas, segundo as quais a iniciativa privada não é vista com bons olhos, evoluam e consiga possibilitar que o mercado possa trazer de fato os melhores benefícios para a população brasileira sem que para isso precise estar sujeita a regulamentações intensas. O mercado da saúde suplementar no Brasil enfrenta grande dilema regulatório com o crescimento, cada vez maior, da proteção ao consumidor, o que pode acabar com a sustentabilidade do sistema.

A proteção do consumidor brasileiro, por meio da regulação de mercado, poderá causar consequências mediatas e não previstas (externalidades negativas), como no caso estudado acerca da criação das faixas etárias dentro do plano de saúde. Consumidores diante de um cenário de incertezas e de possível ineficiência mercadológica (mercado pouco atrativo) se sentem desincentivados e também se veem obrigados a pagar por planos de saúde caros (caros porque essa foi uma das saídas encontradas pelos próprios planos de sobreviver à regulação estatal). Um mercado ineficiente não tem condições de atender às necessidades da

27 PREITE SOBRINHO, Wanderley. *Falta de médicos e de remédios: 10 grandes problemas da saúde brasileira*. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/listas/falta-medico-e-dinheiro-10-grandes-problemas-da-saude-no-brasil.htm>>. Acesso em: 1 out. 2018.

28 PREITE SOBRINHO, Wanderley. *Falta de médicos e de remédios: 10 grandes problemas da saúde brasileira*. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/listas/falta-medico-e-dinheiro-10-grandes-problemas-da-saude-no-brasil.htm>>. Acesso em: 1 out. 2018.

29 ALVES, Sandro Leal. *Fundamentos, regulação e desafios da saúde suplementar no Brasil*. Rio de Janeiro: Funenseg, 2015. p. 70.

população tanto em termos de qualidade de serviço prestado como em termos de preço ofertado.

O legislador tem justificado sua atuação sobre o mercado sob o argumento de que o direito à saúde é um “direito de todos e um dever do estado”. Por ser um direito social muito sensível, tem grande apelo por parte da população. Com a regulação crescente envolvendo as operadoras de saúde, o mercado poderá se tornar ineficiente na medida em que todos os envolvidos no processo da saúde complementar (operadora e consumidor) sairiam perdendo, inclusive a população SUS-dependente. Isso porque, com a diminuição significativa da oferta privada da saúde, a demanda pelo âmbito público consequentemente aumentaria, e, é claro, não suportaria a nova demanda “extra”.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Caderno de Informação da Saúde Suplementar*. 2017. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em: 30 jul. 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. *Resolução Normativa nº 63 de 22 de dezembro de 2003*. Define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NzQ4>>. Acesso em: 16 jul. 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. *Resolução Normativa – RN nº 433*, de 27 de Junho de 2018. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzU5NA==>>. Acesso em: 1 out. 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. *Resolução Normativa – RN nº 434*, de 3 de setembro de 2018. Revoga a Resolução Normativa – RN nº 433, de 27 de junho de 2018. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzYxMg==>>. Acesso em: 1 out. 2018.

ALVES, Sandro Leal. *Entre a proteção e a eficiência: evidências de seleção adversa no mercado brasileiro de saúde suplementar após a regulamentação*. II Prêmio SEAE de monografias em defesa da concorrência e regulação econômica. Brasília: SEAE/Ministério da Fazenda, 2007. Disponível em: <<https://escholarship.org/uc/item/5448c57k>>. Acesso em: 26 jul. 2018.

ALVES, Sandro Leal. *Fundamentos, regulação e desafios da saúde suplementar no Brasil*. Rio de Janeiro: Funenseg, 2015.

ASENSI, Felipe Dutra; PINHEIRO, Roseni (Coords.). *Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência*. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP). *Observatório 2017*. 9. ed. 2017. Disponível em: <<http://anahp.com.br/produtos-anahp/observatorio/observatorio-2017>>. Acesso em: 14 jul. 2018.

BANCO MUNDIAL. *Population*. 2017. Disponível em: <<https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?locations=BR>>. Acesso em: 30 jul. 2018.

BORELLI, Elizabeth et al. Evolução do Mercado Segurador e Crescimento Econômico no Brasil. *Redeva*, v. 2, n. 2, p. 21-36, jul./dez. 2015.

BRASIL. *Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003*. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/Ccivil\\_03/Leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm)>. Acesso em: 5 jul. 2018.

BRASIL. *Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998*. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/Ccivil\\_03/leis/L9656.htm](http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L9656.htm)>. Acesso em: 31 jul. 2018.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. *Súmula nº 610*. O suicídio não é coberto nos dois primeiros anos de vigência do contrato de seguro de vida, ressalvado o direito do beneficiário à devolução do montante da reserva técnica formada. Disponível em: <<https://ww2.stj.jus.br/jurisprudencia/externo/informativo/?acao=pesquisar&livre=suic%EDdio+seguro+de+vida&operador=e&b=INFJ&thesaurus=JURIDICO>>. Acesso em: 30 ago. 2018.

CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU). *Resolução nº 06 de 3 de novembro de 1998*. Dispõe sobre critérios e parâmetros de variação das faixas etárias dos consumidores para efeito de cobrança diferenciada, bem como de limite máximo de variação de valores entre as faixas etárias definidas para planos e seguros de assistência à saúde. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzEy>>. Acesso em: 1 jul. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. *Recomendação Nº 36 de 12 de julho de 2011*. Publicada no DJ-e nº 129/2011 em 14 de julho de 2011, p. 3-4. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=1227>>. Acesso em: 18 jul. 2018.

G1. *Brasil envelhece e é preciso se preparar cada vez mais cedo*. 2 jan. 2017. Disponível em: <<http://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2017/01/brasil-envelhece-e-e-preciso-se-preparar-cada-vez-mais-cedo.html>>. Acesso em: 2 ago. 2018.

MUSGROVE, Philip. Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns In Health. *Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper*. World Bank. Julho 1996. Disponível em: <<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/13656/292900Musgrove0public1private1whole.pdf;sequence=1>>. Acesso em: 30 jul. 2018.

PREITE SOBRINHO, Wanderley. *Falta de médicos e de remédios: 10 grandes problemas da saúde brasileira*. UOL notícias. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/listas/falta-medico-e-dinheiro-10-grandes-problemas-da-saude-no-brasil.htm>>. Acesso em: 1 out. 2018.

UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE. *Pesquisa UNIDAS 2016*. Disponível em: <<https://www.unidas.org.br/uploads/381282c1e3907d8430d669d4b1582f66.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2018.



Para publicar na revista Brasileira de Políticas Públicas, acesse o endereço eletrônico [www.rbpp.uniceub.br](http://www.rbpp.uniceub.br)  
Observe as normas de publicação, para facilitar e agilizar o trabalho de edição.