

---

**OS IMPACTOS DA CRISE ECONÔMICA BRASILEIRA NO SETOR DA SAÚDE SUPLEMENTAR****Jussara Maria Leal de Meirelles<sup>1</sup>****Mariana Forbeck Cunha<sup>2</sup>****Resumo**

A crise econômica brasileira vivenciada atualmente e intensificada após a crise mundial de 2008, impacta em diversos setores da sociedade, dentre eles o da saúde suplementar. A partir do método dedutivo de abordagem, interessa a este artigo a análise de alguns dos reflexos da crise econômica brasileira no setor da saúde suplementar. Para tanto, aborda-se inicialmente o histórico do setor no país, e, na sequência, será realizado o cotejo entre crise e a saúde suplementar, delineando-se alguns de seus reflexos e impactos, especialmente a redução no número de beneficiários e o aumento da judicialização das matérias envolvendo o setor.

**Palavras-chave:** Crise Econômica Brasileira; Saúde Suplementar; Agência Nacional de Saúde Suplementar; Teoria Econômica.

**INTRODUÇÃO**

A crise econômica brasileira, acentuada após a crise mundial de 2008, reflete até os dias de hoje na sociedade, tendo como um dos setores impactados o da saúde suplementar. A Constituição Federal de 1988 (CF/88) consignou em seu texto que o Estado tem a obrigação de promover os direitos sociais de todos os cidadãos brasileiros, em especial, o direito à saúde. Diante do cenário de déficit nas políticas públicas de saúde, a saúde suplementar passou a ser uma das possíveis alternativas na busca pela prestação de um serviço de melhor qualidade.

A saúde suplementar evoluiu no país com o aumento no número de beneficiários e melhoria nos serviços, sempre de acordo com a rigorosa fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Em dezembro de 2000 a quantidade total de beneficiários com contratos firmados com operadoras de planos de

---

<sup>1</sup> Professora Titular de Direito Civil, integrante do Programa de Pós-Graduação em Direito Econômico Socioambiental e do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Doutora em Direito das Relações Sociais pela Universidade Federal do Paraná. Pós-Doutorado no Centro de Direito Biomédico da Universidade de Coimbra-Portugal. E-mail: jumeirelles29@gmail.com

<sup>2</sup> Mestranda em Direito pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR, Curitiba, Paraná, Brasil). E-mail: mariana.fcunha@hotmail.com

saúde para assistência médica era de 30.966.522; e, em março de 2014, esse número aumentou consideravelmente, alcançando o total de 50.394.741 beneficiários em todo o país (ANS, 2016).

O presente estudo analisará de forma breve e pontual a crise econômica brasileira, passando pelo panorama geral da história acerca do surgimento e crescimento da saúde suplementar no país. Após essa etapa, os principais aspectos da regulação da econômica pelo Estado serão pontualmente verificados, com atenção especial à ANS, responsável pela regulação do setor da saúde suplementar no país. Superada a questão da regulação, será verificado o impacto da crise econômica brasileira na saúde suplementar, delineando-se alguns dos reflexos a partir de elementos da teoria econômica.

Para tanto, serão coletados e analisados dados obtidos diretamente da ANS, cotejados com uma ampla, mas não exaustiva, revisão bibliográfica quanto ao objeto analisado através do método dedutivo.

## UM BREVE PANORAMA DA CRISE ECONÔMICA BRASILEIRA

São diversas as crises econômicas já vivenciadas pelo mundo desde o início do capitalismo. Sabe-se que neste sistema, o capitalista investe capital (em sentido amplo) para produção de mercadorias e serviços que lhe trarão mais lucro.

Pode-se afirmar que as crises surgem quando a mercadoria já não mais cumpre sua finalidade, isto é, quando passa a ser preterida como elemento de demanda social, causando regressão à acumulação de capital. Trata-se de uma movimentação econômica cíclica, repetida de tempos em tempos, causando problemas que podem atingir não só uma economia local, mas, particularmente nestes tempos de economia global, o mundo todo, justamente como ocorreu em 2008.

Desse modo, de antemão, é importante delinear o surgimento e algumas das repercussões da crise de 2008 – em certa perspectiva, sentida ainda nos dias de hoje – para que, em momento posterior, seja contextualizado e discutido o momento experimentado atualmente pelo setor brasileiro da saúde suplementar.

A crise econômica de 2008, iniciada nos Estados Unidos e posteriormente propagada ao mundo, originou-se na bolha imobiliária estadunidense. Tida como uma das maiores crises mundiais desde a Grande Depressão de 1929, a grande quantidade de dinheiro injetado na economia americana no início do século XXI, causou o aumento na compra de imóveis próprios. Hipotecas e empréstimos passaram a ser concedidos com maior facilidade, diminuindo-se os critérios para sua obtenção.

Com o aumento dos juros, houve a queda na aquisição dos imóveis e, conseqüentemente, o preço começou a cair. O inadimplemento refletiu em todos os seguimentos da economia, como na bolsa de valores, seguradoras e concessão de créditos.

O processo de deflação dos ativos, por conta de fluxos de capitais internacionais interligados, trouxe uma

forte instabilidade financeira mundial, em especial nos países mais vulneráveis às taxas de câmbio variáveis e ao nível de confiança dos agentes financeiros (SANTINI, 2016, p. 26).

Como consequência da crise, verificou-se uma forte queda na demanda de bens de consumo duráveis (como móveis, eletrodomésticos e veículos), dando início a um período de recessão na concessão de crédito internacional e bancário, de tal monta que a atividade econômica global recuou 1,9% em 2009 e o desemprego aumentou nas principais regiões da economia mundial chegando a 10% nos Estados Unidos (SANTINI, 2016, p. 29).

No Brasil, a partir da crise de 2008, intensificada no terceiro trimestre de daquele ano, constatou-se a queda do Produto Interno Bruto (PIB) em 5,68% (FERREIRA, 2011, p. 62), a desaceleração econômica com desemprego maciço (demissões em massa) e o aumento da informalidade no mercado de trabalho (IAMAMOTO, 2013, p. 334), somados à desvalorização da moeda, o real.

Além disso, a extinção do crédito externo, a fuga dos investidores do país e a queda nas exportações contribuíram para que a instabilidade tomasse conta da economia brasileira.

Conforme ressalta Almeida (2015, p. 94), os grandes bancos brasileiros reduziram significativamente suas ofertas de crédito, afetando diretamente os bancos menores, que, por sua vez, são os responsáveis pelos financiamentos das pequenas empresas.

E a não concessão de crédito em uma sociedade na qual o consumo é uma de suas bases significa menos dinheiro em circulação, menos bens adquiridos e reflexos em todos os setores da economia.

A fim de reduzir os impactos da crise na economia, o governo brasileiro adotou diversas medidas para estimular o mercado interno, tais como aumento do crédito por intermédio dos bancos públicos, redução da taxa Selic e redução do imposto sobre produtos industrializados, o IPI (MATTEI, 2016, p. 339).

Mesmo diante de diversos mecanismos utilizados pelo Estado, a crise parece se prolongar até os dias atuais, ainda que incrementada por outros componentes. Um dos maiores impactos e de mais fácil visualização é o grande aumento no número de desempregados.

Acerca do tema, o Vieira (2016, p. 20) ressalta que:

Parece que o principal gatilho para o agravamento das condições sociais e da situação de saúde durante as crises econômicas é a perda do emprego e o aumento da taxa de desemprego. De um lado, a perda do emprego leva à redução da renda das famílias, às perdas financeiras e ao aumento do endividamento, resultando em empobrecimento, aumento dos divórcios, da violência e, conseqüentemente, das desigualdades sociais. Por outro lado, o aumento da taxa de desemprego parece atuar mais como fator estressante, causando insegurança quanto à manutenção do emprego.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no início da crise econômica brasileira em 2008, a taxa média de desemprego ficou em 7,2%; em 2009, esse número já havia subido para 8,1%, chegando ao menor índice já registrado, em 2014, de 4,8%. Após esse período de baixas sucessivas na taxa média

de desemprego, em 2015 o IBGE apontou como sendo de 8,5%, a taxa de desemprego, quase o dobro do observado no ano anterior. Em 2016, a situação é agravada e a taxa média de desemprego sobe para 11,5%, o que representa 12,3 milhões de brasileiros desempregados (IBGE, 2016).

Esse aumento do número de desempregados causou diminuição de circulação de renda, o que também traz impactos à área de saúde, em especial, à saúde suplementar, objeto de análise neste ensaio.

Isso se dá uma vez que há diminuição da possibilidade de as famílias efetuarem compra de medicamentos e de pagarem por serviços de saúde, aqui incluído o pagamento de planos privados de assistência à saúde.

Soma-se a isso o fato de que as demissões causam a perda dos benefícios empresariais de assistência à saúde, muitas vezes oferecidos pelos empregadores.

Ou seja, quanto maior o número de desempregados, menor a renda que circula no mercado e, por conseguinte, aquele serviço fundamental, direito social constitucionalmente garantido e prestado pelo ente privado mediante contraprestação mensal, é deixado de lado.

Posto isso, para que se analise de forma mais concreta alguns dos diversos impactos da crise à saúde suplementar, é necessário que seja traçado um panorama da saúde suplementar no Brasil e, em linhas gerais, seu histórico até os dias atuais. Cumprida essa etapa, em sendo a saúde suplementar regulada pela ANS, torna-se imprescindível a consideração do contexto e do papel de uma agência reguladora no país e, em particular, daquela que regula os planos de saúde no Brasil.

Delineados os pontos acima, ainda que sem esgotar o tema, caberá posteriormente a análise efetiva de alguns dos impactos da crise econômica brasileira na saúde suplementar.

## A SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

A saúde no Brasil foi substancial e formalmente alterada com a promulgação da CF/88, diante da maior preocupação com as questões sociais e da positivação da saúde como direito social universal.

Antes da CF/88, organizações privadas e públicas atuavam na saúde por meio do sistema de assistência médica da previdência social, com instituição de aposentadorias e pensões.

As empresas privadas que prestavam serviços de assistência médica utilizavam-se de uma das modalidades de prestação dos serviços de saúde, qual seja, o sistema de autogestão, utilizado de forma intensa até o final da década de 1950. Trata-se de modalidade de assistência à saúde na qual não há abertura de ofertas ao mercado, sendo adotado por algumas empresas como um benefício destas aos seus empregados (DUBIELA, 2013, p. 87-88).

Após a década de 1950, surgiram as operadoras que atuavam na medicina em grupo, modalidade na qual

a assistência à saúde é garantida por profissionais da saúde próprios ou credenciados (DUBIELA, 2013, p. 87-88).

O golpe militar de 1964 e as reformas subsequentes foram essenciais para impulsionar a expansão do sistema de saúde, tendo em vista o aumento nos investimentos em infraestrutura para melhoria e construção de hospitais.

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CBES), que surge em 1976, e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), fundada em 1979, foram fundamentais para a criação da base da reforma sanitária e das mudanças necessárias no país.

Foi realizado em 1978 o 1º Congresso Brasileiro de Medicina de Grupo, tendo como tema central dos debates o fortalecimento da relação entre as empresas médicas e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

O INAMPS foi uma autarquia federal criada pela Lei n. 6.439 de 1977 que instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), cuja responsabilidade era a assistência médica dos segurados. Foi extinto pela Lei n. 8.689 de 1993, e suas competências foram transferidas às instâncias federal, estadual e municipal gestoras do SUS, criado pela CF/88.

Em que pese os esforços da iniciativa privada, a questão acerca da saúde suplementar ainda demorou a ser solucionada. O primeiro passo concreto para a consolidação do sistema surge com o advento da CF/88, uma vez que a saúde recebe *status* de direito fundamental, conforme redação do art. 6º, sendo direito de todos e dever do próprio Estado, nos moldes do art. 196.

Sobre o tema, ressalta Pscheidt (2015, p. 44) que *“health is the main aspect for the welfare assurance and dignity of the human being, so that the state policy should have it as a priority, as recommended by the Article 196 of the Constitution”*.

O art. 197, CF, não excluindo a obrigatoriedade de prestação pelo Estado, prevê a possibilidade de execução e promoção de ações e serviços de saúde de forma complementar por terceiros, mediante a regulamentação, fiscalização e controle do Poder Público. No mesmo sentido é o art. 199 da CF que prevê que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”.

Consolida-se, então, mediante contrato de direito público ou convênio com o SUS, o sistema de saúde complementar no qual entidades privadas participam diretamente do sistema único, submetendo-se às suas normas e diretrizes com a ressalva de que o lucro não é fundamental nesta relação econômica instituída.

Há também a possibilidade de que a prestação de serviços se dê de forma particular (VITALIS, 2016, p. 280), como sendo a atuação de profissionais que estabelecem as condições de tratamento e sua própria remuneração, alcançando clientela própria e específica.

A saúde suplementar é outra forma de prestação dos serviços de saúde pela iniciativa privada. Com a

edição do Decreto-Lei n. 73/1996, foi instituída mais uma modalidade de prestação de serviços de saúde, qual seja, o seguro saúde, na qual as seguradoras foram autorizadas a desenvolver atividades de seguros na área de saúde, e não somente seguro de vida, com opção aos segurados de escolha de médicos e hospitais para prestação dos serviços, bem como a possibilidade de reembolso de despesas médicas realizadas (GODOY, 2008, p. 22).

Ainda que a saúde suplementar estivesse crescendo cada vez mais, recebendo a adesão de milhões de cidadãos brasileiros, a ausência de regulamentação específica fez crescer o número de reclamações dos consumidores por motivos contratuais como limitações de coberturas, exclusões indevidas de tratamentos, falta de coberturas, existência de carências, dentre outras questões (BRUNETTI, 2010, p. 14).

A aprovação da Lei n. 9.656/98, fruto de um trabalho conjunto de instituições como as Procuradorias e Secretarias de Proteção e Defesa do Consumidor (PROCONs), Ministério Público, Ministério da Saúde, e entidades de defesa do consumidor, trouxe a regulamentação específica do setor, carente de fiscalização.

As principais mudanças determinadas na Lei n. 9.656 e pelas medidas provisórias subsequentes, como mostra a Tabela 3, foram a subordinação da regulamentação dos planos de saúde ao Ministério da Saúde, a criação do Conselho de Saúde Suplementar e da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Essas posições eram reivindicadas pela articulação de usuários, movimentos de consumidores, entidades médicas, com o apoio parcial dos PROCONs e do CNS [Conselho Nacional de Saúde Suplementar] (CARVALHO, 2007, p. 217).

A fim de que fosse dada efetividade à Lei n. 9.656/98, foi criada a ANS em 2000, que alterou de forma substancial a regulação estatal da saúde suplementar, eis que necessária maior fiscalização no setor.

Para que se compreenda o papel da ANS na regulação estatal da saúde, aborda-se na sequência o papel das agências reguladoras no direito brasileiro, suas características, funções e objetivos, o que será melhor delineado a seguir.

### As agências reguladoras

Motivadas pelo novo papel de Estado Regulador, recentes reformas administrativas de fins dos anos 1990 e princípio deste século têm como novidade em termos de descentralização da atividade administrativa a criação das agências (FABRETTI, 2014, p. 32), dentre elas, as agências reguladoras.

As agências foram introduzidas no direito brasileiro por força da intensa globalização vindo diretamente do direito estadunidense, a chamada *Administrative Procedure Act*, lei de procedimento administrativo que, conforme ensina Di Pietro (2012, p. 521), define como sendo agência qualquer autoridade do Governo dos Estados Unidos que, na exclusão dos três poderes, é uma autoridade pública.

A transição entre Estado liberal e Estado de bem-estar social trouxe consigo novas preocupações, em especial quanto à prestação dos serviços pelo Estado que atendam as demandas dos cidadãos, buscando a

melhoria de suas vidas.

Contudo, a liberdade individual, pilar do Estado Social, não foi alcançada com êxito, tendo em vista a discrepância existente entre o desenvolvimento econômico desmedido dos Estados e os direitos individuais dos cidadãos, que não eram respeitados. Fazia-se necessária a intervenção do Estado na economia para promoção de justiça social.

Neste contexto surgem as agências reguladoras que passam a realizar uma função regulatória do Estado na economia, uma nova forma de intervenção. O Estado passa de produtor direto de bens e serviços para regulador e fiscalizador, consolidando a figura do “Estado Regulador”, atuante na economia.

A instituição do monopólio estatal da emissão de moeda (poder emissor), a consagração do poder de polícia e as codificações evidenciam a penetração do Estado na esfera econômica que, com a ampliação do escopo dos serviços públicos, assume de forma nítida o papel de agente regulador da economia (GRAU, 2012, p. 25).

A atuação estatal direta passa a ser exceção e a atuação indireta exercida através da normatização ou da regulação da economia. A CF/88 trouxe em seus artigos 173 e 174 a menção expressa acerca do “Estado Regulador”, podendo-se concluir que a norma engloba:

- (i) a gestão pública de atividades econômicas propriamente ditas (empresas estatais ou *régie directe*); (ii) a edição de normas jurídicas que visem a conformar a conduta dos agentes econômicos (no modo coativo ou através de incentivos); (iii) o Direito da ordenação social (disciplina, fiscalização e punição); (iv) o planejamento estatal da economia (MOREIRA, 2013, p. 104).

Segundo entendimento de Justen Filho (2002, p. 31), “o objetivo da regulação é conjugar vantagens provenientes da capacidade empresarial privada com a realização de fins de interesse coletivo”, em especial, atividades que apresentem relevância social.

Além da regulação econômica, o Estado passou também a regular as ações sociais, que, para Di Pietro (2004, p. 21), são formadas pelo conjunto de regras de conduta e de controle da atividade privada pelo Estado, com a finalidade de estabelecer o funcionamento equilibrado do mercado (econômico) e proteger o interesse público e os usuários dos serviços públicos exclusivos e não exclusivos do Estado (social).

As políticas públicas oriundas da atividade de regulação são concebidas, conforme esclarece Quadros da Silva (2014, p. 18), tendo como elemento central a atribuição da regulação econômica às entidades especializadas autônomas, independentes tecnicamente, como tentativa de evitar os indesejáveis vícios constatados na regulação tradicional e atual de forma eficaz na ordem econômica.

No direito brasileiro, o texto constitucional somente faz menção expressa às agências dos setores de telecomunicações (art. 21, XI, CF) e petróleo (art. 177, §2º, III, CF). Coube ao legislador infraconstitucional tratar das agências, denominadas de agências reguladoras, autarquias especiais com atributos de entidades independentes, quaisquer órgãos da Administração Direta ou Indireta com função de regular a matéria relativa à

área que lhe é afeta (DI PIETRO, 2012, p. 525).

Por este motivo, devem obedecer ao princípio da especialidade, vez que criadas com finalidade específicas e matérias definidas por lei, para regular/organizar determinado setor.

Possuem personalidade jurídica própria, distinta da entidade que as criou, direitos e obrigações próprios, natureza pública, e submetem-se ao regime jurídico de direito público quanto à criação, extinção, prerrogativas e controle (ROCHA, 2004, p. 2230).

Além das características supramencionadas, têm capacidade de autoadministração quanto às matérias específicas que a lei lhes determinar e, para isso, possuem patrimônio próprio (ROCHA, 2004, p. 223).

Importante ressaltar que as agências são constitucionalmente limitadas com base na legalidade, uma vez que devem observar o que fora previamente estabelecido tanto no texto da CF/88, quanto das leis infraconstitucionais e atos normativos.

Para Justen Filho (2002, p. 363), as agências possuem pessoal especializado nos conhecimentos relacionados ao de sua competência, a fim de assegurar sua autonomia em face de constrangimentos políticos do próprio Executivo. Ressalta, ainda, que esse pessoal possui todo o conhecimento necessário para fiscalizar a atuação dos sujeitos controlados.

As agências foram individualmente criadas a partir de 1996, e tiveram como diferencial a junção, em um único órgão, de matérias que antes eram tratadas de forma dispersa por órgãos autárquicos federais distintos.

Com a mera finalidade de ilustrar o processo de criação das agências reguladoras dedicadas a setores socioeconômicos estratégicos, menciona-se que a Lei n. 9.427/1996 instituiu a Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL) e a Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL); a Lei n. 9.472/1997 instituiu a Agência Nacional do Petróleo, Gás Natural e Biocombustíveis (ANP); a n. Lei 9.782/1999 instituiu a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); a Lei n. 9.961/2000 instituiu a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); a Lei n. 9.984/200 instituiu a Agência Nacional de Águas (ANA); a Lei n. 9.984/2000 instituiu a Agência Nacional de transportes Terrestres (ANTT) e a Agência Nacional de Transportes Aquaviários (ANTAQ); a Medida Provisória n. 2.228-1/2001 instituiu a Agência Nacional de Cinema (ANCINE); e, por fim, a Lei n. 11.182/2005 instituiu a Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC).

A cada dia mais comprova-se que a atividade regulatória interfere nas relações entre os consumidores/usuários de bens e serviços, em muitos casos com “desconfianças recíprocas e alegações de *déficit* democrático, de excesso de poderes, de risco de captura e até mesmo de ineficiência regulatória” (QUADROS DA SILVA, 2014, p. 20).

Complementando essa ideia, Nusdeo (2013, p. 220-221) ressalta que, além das causas supramencionadas, a juridificação da matéria com a multiplicação de normas legais e regulamentares, a busca dos



interesses próprios dos reguladores em detrimento aos interesses coletivos e, ainda, a existência de grupos de pressão são cruciais para o insatisfatório funcionamento do sistema e acirram as discrepâncias entre o setor privado e o público.

Em suma, as agências reguladoras, além de normatizarem questões relativas às suas competências, também fiscalizam e analisam as informações sobre o seguimento específico de sua atuação, influenciando na economia através da regulação econômica. Na saúde, a regulação se dá por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar, a ANS, tratada a seguir.

### A Agência Nacional de Saúde Suplementar

Dentre todas as agências criadas pelo Estado em meados da década de 1990, duas foram aquelas criadas a fim de tratar especificamente a questão da saúde, a ANS e ANVISA. Aqui, a fim de atender o objetivo deste artigo, a ANS será tratada de forma específica.

A ANS foi criada pela Lei n. 9.961/2000, sendo classificada como uma autarquia de regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades relacionadas à assistência suplementar de saúde, com vistas à promoção do interesse público (VITALIS, 2016, p. 281).

A ANS tem papel fundamental no funcionamento do sistema de saúde suplementar e sua importância é reconhecida já no artigo 1º da Lei n. 9.961/2000, definidor das funções da agência como “órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde”.

Em seu parágrafo único, mencionado artigo ressalta que é autarquia especial que possui “autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes”.

A Lei n. 9.656/1998 define que a atuação da ANS deverá ocorrer nos Planos Privados de Assistência à Saúde, Cooperativas, entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde. Sua finalidade institucional, conforme definido pelo art. 3º da Lei n. 9.656/1998 é de

promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

Desenvolve funções normativas (como estabelecer características gerais dos instrumentos contratuais, elaborar rol de procedimentos, dentre outros, mediante a edição de Resoluções Normativas – RN); funções inseridas no poder de polícia (como autorizar registros de novos planos, fiscalizar atividades das operadoras, aplicar penalidades, dentre outros); e funções de fomento e promoção da qualidade e competitividade do setor (estimular a competição, instituir regime de direção fiscal, zelar pela qualidade dos serviços, por exemplo).

É sua competência assegurar aos consumidores dos serviços prestados pelos planos de saúde a imposição de sanções para atos que contrariem a legislação e normativos próprios, garantindo, inclusive, o contato direto com os consumidores através de disque ANS, linha telefônica direta da agência que conecta os beneficiários/consumidores com o órgão ou os núcleos regionais (DUBIELA, 2013, p. 58).

Além de regular a relação privada existente entre consumidores e operadoras de planos e seguros de saúde, a função da ANS ultrapassa a tutela de proteção apenas dos consumidores e atinge a coletividade, em prol do equilíbrio da relação entre as duas partes, beneficiando individual e coletivamente os cidadãos (FABRETTI, 2014, p. 96).

As obrigações das empresas atuantes no setor perante a ANS são inúmeras, inclusive contábeis, sendo exemplo a obrigação de envio mensal de informações cadastrais do beneficiários e contabilidade, cujo objetivo primordial é reduzir a assimetria de informações entre o regulador e o regulado (GODOY, 2008, p. 28).

Mesmo a regulamentação tendo buscado proteger os consumidores, alguns efeitos adversos foram gerados como: (i) para as operadoras, o aumento dos custos de entrada e de operação no mercado que podem ter contribuído para a diminuição da concorrência e aumento do grau de concentração; (ii) para os consumidores, o aumento dos prêmios pode ter contribuído para a redução da participação relativa dos planos individuais em detrimento dos planos coletivos, cujos reajustes não são controlados pela ANS, o que pode explicar o aumento obrigatório da cobertura (GODOY, 2008, p. 48).

Em linhas gerais, a ANS atua como órgão regulador da atividade que envolve a saúde suplementar, fiscalizando rigidamente o setor, mantendo controle total acerca da quantidade de beneficiários, comercialização de planos, criação de novos planos, dentre outras medidas.

A saúde suplementar é hoje representada por cerca de 1.500 operadoras médicas e odontológicas sendo que, em 2006, foram 184 milhões de consultas e 6,7 milhões de internações, e a parcela da população brasileira coberta pela Saúde Suplementar era pouco menos do que 20% (ZIROLDO, 2013, p. 218).

Após a verificação de alguns aspectos da crise economia brasileira e da análise do papel da regulação estatal da econômica na saúde por meio das agências reguladoras, em especial a ANS, a próxima seção terá como objetivo o cotejo entre o contexto da crise e o cenário da saúde suplementar e a crise, delineando-se alguns de seus reflexos a partir do instrumental da teoria econômica.

## OS REFLEXOS DA CRISE ECONÔMICA NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Definida a função e o papel das agências reguladoras, especificamente da ANS, chega-se ao objetivo principal do presente ensaio, a análise da relação entre a crise econômica brasileira e a saúde suplementar, bem como alguns de seus reflexos.

Estabelecidas as linhas gerais da crise econômica brasileira, constatou-se que crises econômicas são cíclicas e, em muitos países, perpetuam-se durante anos. Verificou-se, ainda, a importância do direito à saúde, bem como que a promoção deste direito tem papel fundamental no desenvolvimento social e econômico do país.

Quando se fala de desenvolvimento, três premissas argumentativas devem ser observadas, conforme argumenta Suen (2016, p. 293), a fim de que sejam alcançadas a equidade social e a redução das diferenças regionais, setoriais ou sociais:

[1] O crescimento econômico não traz a redução das desigualdades por si só; [2] somente elevar os gastos sociais em um país não é o suficiente, mas, sim, torna-se necessário fazê-lo de forma a elevar a eficiência econômica, por meio da melhoria da alocação de recursos; [3] as propostas de desenvolvimento são focadas no investimento no “capital humano” e geração de conhecimento, reformas tributárias, previdenciárias e trabalhistas.

A promoção do desenvolvimento da área da saúde suplementar é papel do Estado, e, segundo entende Suen (2016, p. 295), a regulação econômica é uma das formas pelas quais o poder público busca “balancear aspectos de eficiência econômica e equidade em setores que a sociedade considera relevantes”.

No Brasil, a saúde suplementar consolida-se como sistema fundamental na economia e no desenvolvimento, eis que promove serviços de saúde com maior qualidade e eficácia do que o serviço público.

Diante da escassez na prestação do serviço público de saúde e do déficit de políticas públicas efetivas na área, o cidadão é forçado a realizar escolhas. A racionalidade traz ao cidadão a possibilidade de escolher entre o que lhe parece melhor, de maior qualidade, rapidez e eficiência.

Ao reagir à mudança das circunstâncias, o ser humano tenta extrair aquilo que, a seus olhos, parece o melhor. A hipótese baseia-se no que é conhecido, nas ciências sociais, como o modelo de escolha racional. Diante de um caso que precisa ser resolvido, a decisão, segundo o modelo da escolha racional, faz a pessoa inventariar os resultados desejados (valores), identificar as ações que podem ser tomadas na sua busca (opções); determinar em que medida cada ação contribui para o resultado desejado e a que custo (valorização) e adotar aquela que contribui mais (escolha) (MACKAAT, 2015, p. 31, grifo do autor).

Através do mecanismo da racionalidade limitada são calculados os custos e benefícios de cada ação ou decisão, ainda que não haja total a capacidade do cidadão de observar todas as possibilidades e conjecturas existentes quanto ao assunto (PESSALL, 2011, p. 82).

A análise acerca da eficiência das escolhas é objeto não só de estudo pela Economia, mas também pelo Direito, uma vez que as decisões refletem diretamente na alocação dos recursos disponíveis (BITTENCOURT, 2011, p. 30). O Direito interfere a fim de regular as regras do jogo, balizar comportamentos e suprimir eventuais falhas.

Qual é o papel do direito? O direito pode articular as regras desenvolvidas pelas partes em uma relação de cooperação de longo prazo e facilitar a sanção para que sejam respeitadas. O direito pode, ademais disso, sancionar o comportamento que consista em, dado um fundo de cooperação e confiança, burlar a vigilância do outro jogador. Falamos de um comportamento *estratégico* ou *oportunist*a que o direito deve, por missão, desencorajar (MACKAAY, 2015, p. 67, grifo do autor).

Com o crescimento do setor da saúde suplementar, grande parte da população opta pela contratação de um plano privado de assistência à saúde pagando por algo que, nos moldes da CF/88, deveria ser prestado gratuitamente pelo Estado. E o incremento do setor exige maior fiscalização do Estado mediante ações da ANS.

O Direito, muito além de um simples modo de organização das instituições e da sociedade em geral, também promove a proteção e regulação desta “sociedade privatizada do Estado”, coordenando a relação entre público e privado através do ordenamento (GABARDO, 2009, p. 67).

A fim de que a saúde suplementar atenda padrões mínimos de qualidade, criados e fiscalizados pelo Estado, a ANS atua de forma rigorosa estabelecendo, dentre outras questões, quais os serviços obrigatórios (constantes no rol de procedimentos de cobertura obrigatória), como se darão as contratações, e quais as cláusulas que devem reger o contrato firmado entre operadora e beneficiários.

Segundo dados da agência, em dezembro de 2000 haviam 30.966.522 beneficiários de planos de saúde. Esse número aumentou consideravelmente em janeiro de 2017, quando foram contabilizados 47.592.368 beneficiários em todo o país (ANS, 2017).

Contudo, no contexto da crise econômica vivenciada no país, pode-se verificar, pela análise de dados da própria ANS, que o setor vem sofrendo uma forte retração desde meados de 2015. A tabela abaixo demonstra a variação entre o número de beneficiários totais no país de março de 2011 a setembro de 2016 (ANS, 2016):

**Tabela 01 – Beneficiários de planos de saúde e taxa de crescimento anual do número de beneficiários de assistência médica com ou sem odontologia (março/2011-setembro/2016)**

Competência	Beneficiários	Taxa de Variação
Março/2011	45.539.694	
Março/2012	46.345.431	1,01%
Março/2013	47.841.419	1,03%
Março/2014	49.568.410	1,03%
Março/2015	50.156.074	0,001%
Março/2016	48.824.150	-1,02%
Setembro/2016	48.301.667	-1,01%

O número de adesões em março de 2016 foi de 3.147.313, sendo que o número de cancelamentos foi bem superior, de 3.747.542 (ANS, 2016).

Tem-se, então, que um dos impactos da crise econômica brasileira na saúde suplementar é a redução do número de beneficiários, motivada por fatores diversos, como o aumento do desemprego, que em 2016 alcançou a taxa média de 11,5%, um total de 12,3 milhões de pessoas (IBGE, 2016).

As causas de cancelamento são diferentes de acordo com as modalidades de contratação (individual ou coletiva), mas em 2007 estimou-se que 57,7% dos planos coletivos foram cancelados em virtude de desligamento

do vínculo laboral do beneficiário (GODOY, 2008, p. 35). Quanto aos planos individuais, Godoy (2008, p. 35) ressalta que os cancelamentos foram motivados por inadimplência.

O aumento no custo de uma opção, como o serviço de saúde suplementar aqui discutido, entendido como sendo o preço de um bem que se deseja *versus* o sacrifício para empreender essa ação, causa a redução das escolhas por essa opção (MACKAAY, 2015, p. 31), o que culmina no grande número de cancelamentos também dos planos individuais.

A relação entre crise econômica e saúde suplementar não se limita à redução do número de beneficiários, mas também a questões como judicialização da saúde e o risco moral da atividade.

Anteriormente, já foi mencionada a necessidade de que o beneficiário faça uma escolha ao contratar determinado plano, pois é preciso analisar o custo e o benefício entre prêmio e serviços a serem prestados.

Essa postura gera em grande parte da população a crença de que todo e qualquer serviço de saúde deverá obrigatoriamente ser prestado e de que a cobertura é ilimitada, ainda que o rol de procedimentos determinados pela ANS como de cobertura obrigatória seja público (ANS, 2016).

A aplicação do conceito da racionalidade limitada é aqui facilmente vislumbrada, uma vez que há adesão a determinado contrato sem que suas cláusulas sequer sejam lidas, ainda que impossíveis de serem negociadas (por se tratar de contrato de adesão regido pelo art. 54 e seguintes do Código de Defesa do Consumidor – CDC). E essa expectativa, quando frustrada, gera uma nova ação judicial.

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2017) aponta que entre 2010 e 2011 o número total de demandas informadas pelos Tribunais estaduais e federais que envolviam direto à saúde prestado pelo ente público e privado era de 240.980. Esse número em 2016 mais do que triplicou, chegando a 854.506 demandas (CNJ, 2017).

Trata-se de fenômeno cada vez mais frequente e com implicações visíveis na saúde suplementar, já que o aumento de demandas (que discutem liberação de procedimentos, reembolso de valores, limitação de reajustes, dentre outras matérias) impacta nos valores de mensalidades e traz a discussão do risco moral da saúde.

Nesse contexto, o risco moral pode ser compreendido como “um comportamento oportunista caracterizado pela tendência dos agentes econômicos de alterarem seu comportamento após o estabelecimento de um contrato” (GODOY, 2008, p. 59).

Essa conduta cria ineficiência econômica e, por conta da alteração do comportamento do beneficiário do plano de saúde que após a contratação muda seu padrão de consumo, gera o aumento das mensalidades.

Sobre o tema, ensina Mackaay (2015, p. 138) que:

O risco moral aparece cada vez que, em razão de fiscalização imperfeita, porque custosa para o segurador, o segurado se afasta do comportamento ajustado com o segurador, eventualmente de forma implícita, de modo a buscar vantagem para si, aumentando a

probabilidade ou a extensão do risco assumido pelo segurador. [...] É exemplo de comportamento oportunista. Em razão do risco moral, o segurador tem seus custos aumentados para todos os segurados e, em consequência, ajusta os prêmios.

Não se busca discutir no presente ensaio questões de mérito acerca do direito ou não dos beneficiários, partes em demandas em face de operadoras de planos de saúde. Aqui, somente será levantado o aumento no número de demandas envolvendo o direito à saúde durante a crise econômica brasileira, o que reflete na saúde suplementar diretamente no aumento dos cancelamentos e do valor dos prêmios.

A propositura de demandas envolvendo beneficiários e operadoras, relacionada com a busca pela justiça social a fim de promover uma menor desigualdade econômica entre as partes (GAROFALO, p. 292), tem como intuito rever a contratação realizada sob a ótica do Código de Defesa do Consumidor.

O grande número de liminares concedidas aumenta os custos de transação da própria operadora, prejudicando a todos os beneficiários, uma vez que a decisão judicial, ao ser proferida, tende a não levar em conta os custos do negócio.

Ao contrário das determinações da ANS, mediante redação de Resoluções Normativas baseadas em estudos técnicos acerca da dinâmica do setor de saúde suplementar, o Poder Judiciário analisa os processos e pedidos partindo da premissa da:

hipossuficiência técnica do consumidor (uma das facetas da assimetria de informação), e busca corrigir este desequilíbrio por meio da previsão de direitos compensatórios e, em especial, por meio da flexibilização como marco de interpretação dos contratos de consumo (TOKARS, 2011, p. 94).

Necessária seria a análise não só do benefício da demanda às partes litigantes, “mas também aos demais integrantes do corpo social, sejam essas consequências jurídicas ou econômicas, [e só assim] o julgador [conseguirá] uma distribuição muito mais eficiente dos recursos em litígio” (BITTENCOURT, 2011, p. 35).

Em existindo menos beneficiários da operadora, por força dos diversos cancelamentos, e sendo mantida a receita mensal de gastos somada aos valores devidos para cumprimento de decisões judiciais, não existe outra opção senão o aumento das mensalidades para manutenção da prestação do serviço.

Quanto ao tema, outros diversos aspectos da crise econômica brasileira na saúde suplementar poderiam também ser analisados com mais profundidade, como a influência da teoria dos jogos na dinâmica existente entre operadora, ANS e Poder Judiciário.

Para Mackaay (2015, p. 43), a teoria dos jogos, teoria das interações estratégicas em melhor definição, baseia-se na interação entre os seres humanos e na interpretação de seus comportamentos, a fim de que seja compreendida a tomada de decisões.

Aplica-se na interação existente entre operadora, ANS e Poder Judiciário, uma vez que dessa dinâmica surgem comportamentos imprevisíveis, como as decisões judiciais determinando a liberação de procedimentos cuja cobertura não é obrigatória, ainda que as regras do jogo tenham sido estabelecidas previamente pela ANS,

tomada como instituição formal.

Ainda, é objeto interessante de estudo, e que será apenas brevemente mencionado, o paradoxo existente entre a essencialidade do serviço de saúde e, em tempos de crise econômica, sua colocação como bem “supérfluo”.

Os dados obtidos diretamente na ANS demonstram que houve redução na quantidade de beneficiários por motivos de desemprego e inadimplência. Tal informação evidencia que, ainda que a saúde seja serviço essencial e um direito social constitucionalmente garantido, quando se trata de saúde suplementar o cidadão prefere não pagar e esperar que em caso de qualquer imprevisto, possa utilizar-se do sistema público.

Ressalta-se que as discussões supramencionadas merecem maior estudo e aprofundamento, o que não será realizado no presente ensaio, que teve como objeto suscitar a discussão do impacto da crise econômica brasileira na saúde suplementar, reconhecendo, ao final, que alguns dos seus reflexos são a diminuição do número de beneficiários (diante dos cancelamentos por inadimplência ou por desemprego) e o aumento da judicialização da matéria.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo propôs-se a analisar brevemente a crise econômica brasileira tendo como referencial inicial a crise mundial de 2008. Posteriormente, abordou-se um histórico da saúde suplementar no país, bem como as características principais das agências reguladoras, para que a análise da ANS, responsável pela regulação do setor de saúde suplementar, fosse melhor aprofundada.

Na aproximação do objetivo do presente ensaio, realizou-se o cotejo entre a crise econômica brasileira e a saúde suplementar, delineando-se dois reflexos em especial: a diminuição do número de beneficiários e o aumento da judicialização da matéria.

Após a análise dos dados obtidos e da literatura especializada, verifica-se que o sistema público de saúde no Brasil, o SUS, encontra-se há tempos prestando serviços de forma precária, sendo a saúde suplementar, por um grande período, a alternativa viável a diversos brasileiros que buscam a prestação de serviços de qualidade, com agilidade e eficiência.

Ainda que durante seguidos anos a saúde suplementar tenha sido uma boa e viável alternativa para os cidadãos, desde setembro de 2014 é evidente a redução nos números de beneficiários.

Os cancelamentos realizados durante o último triênio, oriundos da inadimplência ou do desemprego, revelam a intrínseca ligação entre a saúde suplementar e a crise econômica: quando há emprego e circulação de renda, a escolha pela saúde suplementar é uma ótima opção; em contrapartida, quando há desemprego e crise, a saúde suplementar é deixada de lado.

Esse comportamento social ressalta importante característica da sociedade brasileira: o consumo está

cada vez mais presente na vida dos brasileiros. A saúde, garantida constitucionalmente e de suma importância na vida de todos os cidadãos é, em tempos de crise econômica, o primeiro gasto “cortado” pelas famílias, passando a ser um “bem” supérfluo.

Quando o mecanismo da racionalidade limitada é utilizado para o cálculo dos custos e benefícios que envolvem a contratação de um plano de saúde, vê-se que cada vez mais a melhor opção é eliminar esse gasto.

Essa lógica pode ser utilizada tanto nas contratações individuais, quando famílias cancelam contratos por não terem condições de arcar com os prêmios mensais, bem como nas contratações coletivas, quando, ao ser desligado, o empregado perde todos os benefícios que possuía, dentre eles, o plano de saúde.

A consequência dessas condutas é que grande parte desses antes beneficiários da saúde suplementar passarão a ser usuários do SUS ou de serviços médicos particulares.

Não se objetivou analisar a crise do SUS, que desde sua criação é cada dia mais intensificada, mas não se pode deixar de mencionar que é evidente a migração ocorrida da saúde suplementar para o serviço público e, por conseguinte, o agravamento do déficit já vislumbrado há anos, inflando ainda mais um sistema que já não comporta todos os cidadãos que deveria.

Ao lado desta situação, vislumbra-se o aumento da judicialização e dos atritos entre os beneficiários e as operadoras. Dados revelaram que na última década houve um aumento significativo nas demandas envolvendo direito à saúde, dentre elas, a saúde suplementar.

Discussões quanto à liberação ou não de procedimentos e medicamentos, coberturas de serviços médicos e reajustes contratuais são usuais e apontam outro gargalo da crise econômica brasileira: litigar mostra-se uma saída para obter eventual prestação de serviço de saúde de forma ilimitada, mantendo-se um pagamento de mensalidade baixo.

O reflexo é visualizado em todos os âmbitos: pagam por este serviço todos os beneficiários, e não somente a operadora.

A maximização do bem-estar da parte via Poder Judiciário através da escolha feita pelo julgador é, individualmente, a melhor alternativa, a mais eficaz, o que não significa, na imensa maioria das vezes, a maximização do bem-estar da sociedade como um todo.

Se o número de beneficiários continuar a diminuir (ou seja, houver redução do recebimento das mensalidades) e o número de processos aumentar com a perpetuação da concessão de liminares ilimitadas (aumento dos custos de operação), o sistema da saúde suplementar não tardará a entrar em colapso.

A crise econômica brasileira poderá suavizar-se e até mesmo ser inteiramente superada em alguns anos, mas os reflexos no setor da saúde suplementar serão permanentes.

A questão da redução drástica no número de beneficiários e da judicialização excessiva devem ser pauta



de discussão conjunta entre sociedade, operadoras de planos de saúde, poder público, entidades de defesa dos consumidores e Poder Judiciário, a fim de que se encontre um caminho para a retomada de crescimento do setor e melhoria dos serviços, em prol do desenvolvimento social e econômico.

## THE IMPACTS OF THE BRAZILIAN ECONOMIC CRISIS IN THE SUPPLEMENTARY HEALTH SECTOR

### Abstract

The Brazilian economic crisis that has been experienced and intensified after the global crisis of 2008 has had an impact on several sectors of society, including supplementary health. From the deductive method of approach, this article is interested in the analysis of some of the reflexes of the Brazilian economic crisis in the supplementary health sector. In order to do so, the country's history of the sector is initially approached and, in the sequence, the comparison between crisis and supplementary health will be carried out, outlining some of its impacts, especially the reduction in the number of beneficiaries and the increase of the judicialization of matters involving the sector.

**Keywords:** Brazilian Economic Crisis; Supplementary Health; National Agency of Supplementary Health; Economic Theory.

### REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Caderno de Informação da Saúde Suplementar:** beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, 2016. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Perfil\\_setor/Caderno\\_informacao\\_saude\\_suplementar/Caderno\\_setembro\\_2016.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/Caderno_setembro_2016.pdf)>. Acesso em: 29 nov. 2016.

ALMEIDA, Charles Florczak. **A crise econômica de 2008 nas páginas da Folha de S. Paulo:** o conhecimento do jornalismo na era neoliberal. 2015. 218 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Comunicação) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, São Leopoldo, 2015.

BITTENCOURT, Mauricio Vaz Lobo. Princípio da Eficiência. In: **O que é análise econômica do direito:** uma introdução. Belo Horizonte: Fórum, 2011.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, 5 de outubro de 1988, Brasília, 1988.

\_\_\_\_\_. Lei n. 9.656. **Diário Oficial da União**, 03 de junho de 1998, Brasília, 1998.

\_\_\_\_\_. Lei n. 9.961. **Diário Oficial da União**, 28 de janeiro de 2000, Brasília, 2000.

\_\_\_\_\_. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Relatórios de cumprimento da Resolução CNJ n. 107.** Brasília, 2017. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/images/programas/forumdasaude/demandasnoatribunais.forumSaude.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

BRUNETTI, Lucas. **Assimetria de informação no mercado brasileiro de saúde suplementar**: testando a eficiência dos planos de cosseguero. 2010. 107 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

CARVALHO, Regina R. P.; FORTES, Paula A. C., GARRAFA, Volnei. Perspectiva bioética do modelo de assistência suplementar no Brasil. **Revista de Bioética**, ano 2013, v. 21, p.259-267.

COUTINHO, Diogo Rosenthal. A universalização do serviço público para o desenvolvimento como uma tarefa de regulação. In: **Regulação e desenvolvimento**. São Paulo: Malheiros Editores, 2002.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 25. ed.. São Paulo: Atlas, 2012.

\_\_\_\_\_. Limites da Função Reguladora das Agências diante do Princípio da Legalidade. In: **Direito Regulatório**: temas polêmicos. 2. ed., rev. e ampl. Belo Horizonte: Fórum, 2004.

DUBIELLA, Juliana Derviche. **A regulação do Estado na atividade econômica de prestação de serviço de saúde**. 2013. 146 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2013.

FABRETTI, Fernanda Massad de Aguiar. **A regulação estatal e o controle judicial da saúde suplementar como fatores de efetivação do direito à saúde**: direito social e do consumidor. 2014. 120 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2014.

FARIAS, Luís Otávio; MELAMED, Clarice. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ano 8, p. 585-598, 2003.

FERREIRA, Mariana Fialho. **Crises econômicas brasileiras**: persistência e profundidade das recessões e velocidade das recuperações. 2011. 67 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Econômicas) – Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

GABARDO, Emerson. **Interesse público e subsidiariedade**: o Estado e a sociedade civil além do bem e do mal. Belo Horizonte: Fórum, 2009.

GAROFALO, Gilson de Lima (coord.). **Fundamentos de teoria microeconômica contemporânea**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2016.

GODOY, Marcia Regina. **Regulamentação dos planos de saúde e risco moral**: aplicação da regressão quantílica para dados de contagem. 2008. 161 f. Dissertação (Mestrado em Economia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

GRAU, Eros. **A ordem econômica na Constituição de 1988**: interpretação e crítica. 15. ed., rev. e atual. São Paulo: Malheiros, 2012.

HECK, Joaquim. **Ensaio em economia da saúde**: análise da demanda no mercado de saúde suplementar utilizando um modelo econométrico de dados de contagem. 2012. 191 f. Dissertação (Mestrado em Economia) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2012.

IAMAMOTO, Marilda Villela. O Brasil das desigualdades: “questão social”, trabalho e relações sociais. **Revista SER Social**, Brasília, v.15, n. 33, p 261-384, jul./dez. 2013.

- JUSTEN FILHO, Marçal. **O direito das agências reguladoras independentes**. São Paulo: Dialética, 2002.
- MACKAAY, Ejan; ROUSSEAU, Stéphane. **Análise econômica do direito**. Tradução de Rachel Sztajn. São Paulo: Atlas, 2015.
- MATTEI, Lauro; RUCINSKI, Rafael. Impactos da crise econômica sobre a economia catarinense. **Revista GEOSUL**, Florianópolis, v. 31, n. 62, p. 337-366, jul./dez. 2016.
- MOREIRA, Egon Bockmann. Passado, presente e futuro da regulação econômica no Brasil. **Revista de Direito Público da Economia – RDPE**, Belo Horizonte, ano 11, n. 44, p. 87-118, out./dez. 2013.
- NUSDEO, Fábio. **Curso de economia**: introdução ao direito econômico. 7. ed., rev., atual. e ampl. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2013.
- PASSOS DE FREITAS, Vladimir (coord.). **Agências reguladoras no direito brasileiro**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2014.
- RIBEIRO, Marcia Carla Pereira; KLEIN, Vinicius (Coord.). **O que é análise econômica do direito**: uma introdução. Belo Horizonte: Fórum, 2011.
- PESSALI, Huáscar Fialho. Custos de Transação. In **O que é análise econômica do direito**: uma introdução. Belo Horizonte: Fórum, 2011.
- PORTANOVA, Rogério Silva; MEDEIROS, José Augusto. As Agências Reguladoras. Entre o velho, o novo e o que se anuncia: do paradigma econômico ao paradigma ecosófico. **Revista de Direito Econômico e Socioambiental**, Curitiba, v. 6, n. 2, p. 156-183, jul./dez. 2015.
- PSCHIEDT, Kristian Rodrigo. Social development and private health care system: three ways for success. **Revista de Direito Econômico e Socioambiental**, Curitiba, v. 6, n. 2, p. 29-49, jul./dez. 2015.
- QUADROS DA SILVA, Fernando. Agências Reguladoras: Um modelo em constante aperfeiçoamento. In: PASSOS DE FREITAS, Vladimir (coord.). **Agências reguladoras no direito brasileiro**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2014.
- ROCHA, Regina Bernardes. Órgãos Reguladores no Brasil. In: **Direito Regulatório**: temas polêmicos. 2. ed., rev. e ampl. Belo Horizonte: Fórum, 2004.
- SANTINI, João Carlos Lima. **A política fiscal do Estado brasileiro após 2008**: uma análise sob a perspectiva da crise do Estado-nação. 2016. 129 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.
- SZTAJN, Rachel; AGUIRRE, Basília. Mudanças institucionais. In: ZYLBERSZTAJN, Decio; SZTAJN, Rachel (Orgs.). **Direito & Economia**: análise econômica do direito e das organizações. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
- TOKARS, Fabio Leandro. Assimetria informacional. In: **O que é análise econômica do direito**: uma introdução. Belo Horizonte: Fórum, 2011.
- VIEIRA, Fabiola Sulpino. Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas? **Nota**

Técnica IPEA, Brasília, n. 26, 2016. Disponível em: <[http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7266/1/NT\\_n26\\_Disoc.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7266/1/NT_n26_Disoc.pdf)>. Acesso em: 15 fev. 2017.

VITALIS, Aline. Estado prestador *versus* Estado regulador: um diagnóstico do direito social à saúde no Brasil. **RIL Brasília**, ano 53, n. 210, abr./jun. 2016, p. 267-290.

ZIROLDO, Rodrigo Romera; GIMENES, Rafaela Okano; CASTELO JUNIOR, Clóvis. A importância da Saúde Suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil. **Revista o Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 37, ano 2013, p. 216-221.

*Trabalho enviado em 13 de novembro de 2017.*

*Aceito em 26 de janeiro de 2018.*