

MARIA EUGÊNIA FERRAZ DO AMARAL BODRA

**Regulação da Saúde Suplementar
à Luz dos Princípios de Direito Econômico Sanitário**

Tese de Doutorado

Orientador: Prof. Titular Dr. Fernando Mussa Abujamra Aith

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE DIREITO

São Paulo – SP

2020

MARIA EUGÊNIA FERRAZ DO AMARAL BODRA

**Regulação da Saúde Suplementar
à Luz dos Princípios de Direito Econômico Sanitário**

Tese apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Direito, da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutora em Direito, na área de concentração Direitos Humanos, sob orientação do Prof. Titular Dr. Fernando Mussa Abujamra Aith.

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE DIREITO
São Paulo – SP
2020**

Catálogo da Publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo

Bodra, Maria Eugênia Ferraz do Amaral
Regulação da saúde suplementar à luz dos princípios
de Direito Econômico Sanitário ; Maria Eugênia Ferraz
do Amaral Bodra ; orientador Fernando Mussa Abujamra
Aith -- São Paulo, 2020.

150

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em
Direitos Humanos) - Faculdade de Direito,
Universidade de São Paulo, 2020.

1. Direito Econômico. 2. Direito Sanitário. 3.
Princípios. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Plano de
Saúde. I. Aith, Fernando Mussa Abujamra, orient. II.
Título.

Nome: BODRA, Maria Eugênia Ferraz do Amaral.

Título: *Regulação da saúde suplementar à luz dos princípios
de Direito Econômico Sanitário*

Tese apresentada à Faculdade de Direito da
Universidade de São Paulo como exigência parcial para
obtenção do título de Doutra em Direito.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Ao André e à Clarice,
meus grandes amores.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, caro Prof. Dr. Fernando Aith, muito obrigada! Pela confiança, pelo respeito aos meus objetivos e inúmeras dúvidas, pela paciência (sei que foi necessária!) e pelo gigantesco aprendizado.

À queridíssima Profa. Dra. Sueli Dallari, muito obrigada! Pelas longas e prazerosas conversas (de uma riqueza...!) e pela acolhida carinhosa em momentos felizes e em momentos difíceis.

À querida amiga e parceira Profa. Dra. Marina de Neiva Borba, muito obrigada! Pela surpreendente e verdadeira amizade que proporcionou tanto apoio e tanto conhecimento.

Aos professores Dr. Diogo R. Coutinho, Dr. Henrique Moraes Prata e Dra. Anna Lygia Costa Rego, pelas preciosas contribuições em um momento tão importante! Absolutamente fundamentais.

Algumas disciplinas foram especialmente enriquecedoras. Obrigada aos professores que se dedicam de forma magistral aos seus ofícios e verdadeiramente ampliam horizontes: Prof. Dr. Ronaldo Porto Macedo, Prof. Dr. Álvaro de Vita e Prof. Dr. Conrado Hubner Mendes.

Alguns encontros foram divinamente orquestrados pelo universo. Obrigada, Prof. Dr. Alessandro Octaviani, Prof. Dr. Lucas Petroni e Profa. Dra. Lenir Santos, pela generosidade em compartilhar tanta sabedoria.

Por fim, obrigada aos palestrantes e participantes do Grupo de Estudos de Direito Sanitário e a todos aqueles que trabalham pelo Centro de Estudos de Direito Sanitário da USP.

Ao meu pai e à minha mãe, obrigada pelo apoio inquestionável a tudo.

BODRA, Maria Eugênia Ferraz do Amaral. *Regulação da saúde suplementar à luz dos princípios de Direito Econômico Sanitário*. 2020. 150 f. Tese (Doutorado em Direitos Humanos) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

RESUMO

Grande parte da regulação atual sobre o mercado de planos de saúde tem por fim a proteção do consumidor e do sistema financeiro nacional, bem como a redução das falhas desse mercado. A pergunta que se coloca nesta tese é: uma regulação distributiva para o mercado de planos de saúde encontra amparo no arcabouço jurídico constitucional existente? Para respondê-la, foram definidos três objetivos específicos. O primeiro é identificar os princípios constitucionais que norteiam a atividade privada de saúde no País. A partir de artigo, ainda inédito, escrito por esta autora em conjunto com a Profa. Dra. Sueli Dallari e trazido a esta tese no Capítulo 1, conclui-se que: (i) a atuação estatal no tocante aos serviços privados (fiscalização, regulação e controle) é norteada pelos princípios constitucionais previstos no art. 196 da Constituição Federal (CF/88) e (ii) tal atuação deve dialogar constantemente com os princípios constitucionais previstos no art. 198 da CF/88, no sentido de contribuir para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e jamais prejudicá-lo. A Constituição não apresenta lacunas quanto a esses princípios, e o setor privado está inserido na lógica constitucional do Direito Sanitário. Antes de tratar do segundo objetivo, descrevem-se, no Capítulo 2, as regras que hoje regulam o setor. O segundo objetivo é identificar se, do ponto de vista constitucional, há um diálogo entre os princípios do Direito Econômico e aqueles do Direito Sanitário apontados no Capítulo 1. Por meio de um diálogo entre os referenciais teóricos de Fabio Konder Comparato (1978; 2013) sobre Direito Econômico, de Eros Roberto Grau (2003; 2004; 2018) sobre Direito Econômico na CF/88 e de Sueli Dallari (2010, 2018) e Fernando Aith (2007; 2017) sobre Direito Sanitário, em conjunto com o conteúdo do Capítulo 1, com referências à teoria de Amartya Sen (2004), constata-se que há um diálogo profícuo entre esses dois ramos do Direito Constitucional (Capítulo 3, Seção 3.2). O terceiro objetivo é identificar como a regulação distributiva é compreendida por teóricos do Direito que são referência em “regulação de atividades econômicas” (Capítulo 3, Seção 3.3). Para tanto, são utilizados os referenciais teóricos de dois importantes professores da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo (USP) sobre Direito Econômico: Calixto Salomão Filho (2008) e Diogo R. Coutinho (2014; 2019). Observa-se que ambos trazem elementos fortes para fundamentar uma regulação distributiva. Conclui-se que cabe a cada sociedade definir os contornos dos “mercados” que deseja permitir e das “eficiências” que deseja produzir, o que, no caso do Brasil, está estabelecido, de modo geral, nos princípios do Direito Econômico Sanitário Constitucional. Por fim, a pergunta de pesquisa é respondida no Capítulo 4: a regulação distributiva para o mercado de planos de saúde encontra amparo no arcabouço jurídico constitucional brasileiro, sendo necessária a elaboração de uma política distributiva. Apontam-se três princípios constitucionais que devem nortear a construção dessa política: princípio da democracia sanitária; princípio da igualdade e equidade, ou solidariedade; e princípio da liberdade.

Palavras-Chave: Plano de Saúde. Seguro Saúde. Saúde Suplementar. Regulação do Mercado. Princípios. Direito Econômico. Direito Sanitário. Sistema Único de Saúde.

BODRA, Maria Eugênia Ferraz do Amaral. *Regulation of the health insurance market in Brazil in light of the principles of Economic and Health Law*. 2020. 150 f. Doctoral Dissertation (Doctorate in Human Rights) – School of Law, Universidade de Sao Paulo, Sao Paulo, 2020.

ABSTRACT

Most of the current Brazilian regulation on the health insurance market is aimed at protecting the consumer and the national financial system, as well as reducing the shortcomings of this market. This doctoral dissertation poses the following research question: Does a distributive regulation for the health insurance market find support in the Brazilian constitutional framework? Three specific objectives were outlined to answer this question. The first objective is to identify the constitutional principles that guide the voluntary health insurance activity in the country. Based on an unpublished article coauthored with Professor Sueli Dallari and reproduced in Chapter 1, it is concluded that: (i) state action regarding private services (i.e., supervision, regulation, and control) is guided by the constitutional principles provided for in Article 196 of the Federal Constitution (CF/88), and (ii) such action must constantly respond to the constitutional principles provided for in Art. 198 in order to contribute to, rather than undermine, the implementation of the Brazilian Unified Health System (SUS). There are no loopholes regarding such principles in the Constitution, and the private sector is embedded in the constitutional logic of Health Law. Before addressing the second objective, Chapter 2 describes the current rules for the voluntary health insurance sector in Brazil. The second objective is to identify, from a constitutional point of view, whether there is an interface between the principles of Economic Law and those of Health Law pointed out in Chapter 1. Drawing on the theoretical frameworks provided by Fabio Konder Comparato (1978; 2013) on Economic Law, by Eros Roberto Grau (2003; 2004; 2018) on Economic Law in the CF/88, and Sueli Dallari (2010, 2018) and Fernando Aith (2007; 2017) on Health Law, along with the contents of Chapter 1 and references to Amartya Sen (2004), it appears that there is a fruitful interface between these two branches of Constitutional Law (Chapter 3, Section 3.2). The third objective is to identify how distributive regulation is understood by legal theorists of “regulation of economic activities” (Chapter 3, Section 3.3). To this end, the theoretical framework provided by two important professors of the School of Law, Universidade de Sao Paulo (USP), are used to discuss Economic Law and regulation: Calixto Salomão Filho (2008) and Diogo R. Coutinho (2014; 2019). Both provide strong elements to support distributive regulation. In conclusion, each society is supposed to outline and define the “markets” it wishes to allow and the “efficiencies” it wishes to produce, which, in Brazil, is generally established in the Constitutional Principles of Health and Economic Law. Finally, the research question is answered in Chapter 4: distributive regulation for the health insurance market finds support in the Brazilian constitutional framework, but it still requires a distributive policy. Three constitutional principles should guide the making of such a policy: principle of health democracy; principle of equality and equity, or solidarity; and principle of freedom.

Keywords: Health Insurance. Voluntary Health Insurance. Health Insurance Market. Market Regulation. Principles. Economic Law. Health Law. Brazilian Unified Health System.

BODRA, Maria Eugênia Ferraz do Amaral. *Regulación del mercado de seguros médicos en Brasil a la luz de los principios del Derecho Sanitario Económico*. 2020. 150 f. Tesis (Doctorado en Derechos Humanos) - Facultad de Derecho, Universidad de Sao Paulo, Sao Paulo, 2020.

RESUMEN

Gran parte de la regulación actual sobre el mercado de seguros médicos tiene como objetivo la protección del consumidor y del sistema financiero brasileño, así como la reducción de las fallas que presenta este mercado. La pregunta que se expone en esta tesis es la siguiente: ¿Una regulación distributiva para el mercado de seguros de salud encuentra amparo en el marco jurídico-constitucional brasileño? Para responderla, fueron definidos tres objetivos específicos. El primero es identificar los principios constitucionales que guían la actividad privada del área de salud en Brasil. A partir del artículo, aún inédito, escrito por la que suscribe junto con la profesora Dra. Sueli Dallari y citado en esta tesis en el Capítulo 1, se concluye lo siguiente: (i) la actuación estatal en lo referente a los servicios privados (fiscalización, regulación y control) es guiada por los principios constitucionales previstos en el artículo 196 de la Constitución Federal (CF/88) y (ii) tal actuación debe dialogar permanentemente con los principios constitucionales previstos en el art. 198 de la CF/88 para contribuir y no perjudicar jamás a la implementación del Sistema Único de Salud (SUS). La Constitución no presenta lagunas acerca de estos principios y el sector privado está incluido en la lógica constitucional del Derecho Sanitario. Antes de tratar del segundo objetivo, se describen, en el Capítulo 2, las reglas que actualmente regulan al sector. El segundo objetivo es identificar si desde el punto de vista constitucional existe un diálogo entre los principios del Derecho Económico y los del Derecho Sanitario apuntados en el Capítulo 1. Mediante un diálogo entre las referencias teóricas de Fabio Konder Comparado (1978; 2013) sobre Derecho Económico, de Eros Roberto Grau (2003; 2004; 2018) sobre Derecho Económico en la CF/88 y de Sueli Dallari (2010; 2018) y Fernando Aith (2007; 2017) sobre Derecho Sanitario, en conjunto con el contenido del Capítulo 1, con referencias a la teoría de Amartya Sen (2004), se constata que existe un diálogo fructífero entre estas dos ramas del Derecho Constitucional (Capítulo 3, Sección 3.2). El tercer objetivo es identificar cómo la regulación distributiva es comprendida por teóricos del derecho que son referencia en “regulación de actividades económicas” (Capítulo 3, Sección 3.3). Para ello, son utilizadas las referencias teóricas de dos importantes profesores de la Facultad de Derecho de la Universidad de Sao Paulo (USP) sobre Derecho Económico: Calixto Salomão Filho (2008) y Diogo R. Coutinho (2014; 2019). Se observa que ambos traen fuertes elementos para fundamentar una regulación distributiva. Se concluye que le compete a cada sociedad definir los límites de los “mercados” que desea permitir y la “eficiencia” que desea producir, lo cual, en el caso de Brasil, está establecido, de modo general, en los principios del Derecho Económico Sanitario Constitucional. Finalmente, la pregunta de la investigación está respondida en el Capítulo 4: la regulación distributiva para el mercado de seguros médicos o los también llamados planes privados de medicina encuentra amparo en el marco jurídico-constitucional brasileño, siendo necesaria la elaboración de una política distributiva. Se destacan tres principios constitucionales que deben guiar la construcción de esta política: principio de la democracia sanitaria; principio de la igualdad y la equidad, o solidaridad; y el principio de la libertad.

Palabras clave: Plan de Salud. Seguro médico. Seguro Médico Privado. Regulación de Mercado. Principios de Derecho Económico. Derecho de Salud. Sistema Único de Salud Brasileño.

LISTA DE SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
Abramge	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
AMB	Associação Médica Brasileira
ANS	Agência Nacional de Saúde
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CADE	Conselho Administrativo de Defesa Econômica
CBHI	Community-Based Health Insurance (Seguro de Saúde Comunitário)
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEDEPLAR	Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional
CF	Constituição Federal
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CIEFAS	Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde
CMED	Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNSP	Conselho Nacional de Seguros Privados
COAPS	Contratos Organizativos de Ação Pública da Saúde
CONSU	Conselho de Saúde Suplementar
ESF	Estratégia da Saúde da Família
FDUSP	Faculdade de Direito da USP
FSP/USP	Faculdade de Saúde Pública
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISSN	Número Internacional Normalizado para Publicações Seriadas (International Standard Serial Number)
NHS	National Health Service
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OEA	Organização dos Estados Americanos
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
OPS	Operadoras de Planos de Saúde
PHI	<i>Private Health Insurance</i> (Seguro de Saúde Privado)
PIB	Produto Interno Bruto
QUALISS	Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviço na Saúde Suplementar

RN	Resolução Normativa
Samu	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBDC	Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência
SDE	Secretaria de Direito Econômico
SN	Súmula Normativa
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
TCC	Termos de Cessação de Conduta
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UHC	<i>Universal Health Coverage</i> (Cobertura Universal de Saúde)
Unidas	União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VHI	<i>Voluntary Health Insurance</i> [Seguro Voluntário de Saúde]
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
Pergunta de Pesquisa e Objetivos	24
Método e Organização do Trabalho	25
1 A SAÚDE E A INICIATIVA PRIVADA NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988: PRINCÍPIO JURÍDICOS	31
1.1 Contexto Sociopolítico Subjacente à Edição dos Art. 196 a 200 da CF/88	31
1.2 Teorias Jurídicas sobre a Saúde na CF/88	39
2 REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR	49
2.1 Características Econômicas do Mercado de Planos ou Seguros de Saúde	51
2.2 A Lei nº 9.656/1998 (Lei dos Planos de Saúde) e a Lei nº 9.961/2000 (ANS) e seus desdobramentos	55
2.2.1 Normas Constitutivas	56
2.2.2 Normas de Proteção ao Sistema Financeiro Nacional	60
2.2.3 Normas de Proteção ao Consumidor	61
2.2.4 Normas de Indução	66
2.2.5 Norma Distributiva	67
2.3 O Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE)	68
3 O DIREITO ECONÔMICO SANITÁRIO CONSTITUCIONAL	77
3.1 O Direito Sanitário	77
3.2 O Direito Econômico Sanitário Constitucional	80
3.3 Duas Dimensões da Regulação da Atividade Econômica	86
3.3.1 Teoria de Calixto Salomão Filho	86
3.3.2 Teoria de Diogo R. Coutinho	89
3.4 Considerações Preliminares	98
4 POLÍTICA DISTRIBUTIVA E PRINCÍPIOS DO DIREITO ECONÔMICO SANITÁRIO	101
4.1 Democracia Sanitária como Princípio Aplicado ao Direito Econômico Sanitário	106
4.2 Igualdade e Equidade ou Solidariedade	110
4.2.1 Igualdade essencial do ser humano	114
4.2.2 Da progressividade como tema de regulação do setor privado	115
4.2.3 Distribuição de “resultados de saúde”	122
4.2.4 Distribuição de “recursos de saúde”	125
4.3 Liberdade	127
4.3.1 Liberdade da sociedade	128
4.3.2 Liberdade de iniciativa econômica e defesa do consumidor	129
CONSIDERAÇÕES FINAIS	133
REFERÊNCIAS	137

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde foi idealizado para funcionar como os sistemas nacionais de saúde estabelecidos em outros contextos (e.g., o britânico *National Health Service* – NHS), ou seja, financiado com recursos públicos provenientes de impostos gerais e inserido no sistema de seguridade social. Nesse modelo, o Estado presta a maior parte dos serviços de saúde; por isso, tem capacidade de controlar os custos do serviço e definir os serviços que serão prestados à coletividade. Esse modelo ainda hoje é reconhecido como mais eficiente e equânime.¹

Do ponto de vista jurídico, a Lei nº 8.080/1990² (que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes) e a Lei nº 8.142/1990³ (que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS – e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde) regulamentaram o sistema em conformidade com os princípios constitucionais sobre a saúde, especialmente aqueles dispostos nos art. 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 (CF/88)⁴. Nos últimos 30 anos, o SUS avançou em diversas frentes: (i) universalização, com a ampliação de atendimentos e de estabelecimentos de saúde; (ii) organização, com a municipalização e, em seguida, a regionalização da saúde; (iii) contribuição para a melhoria dos indicadores de saúde da população, especialmente daquela mais vulnerável, por meio, por exemplo, da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e de Programas de Combate à AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida).⁵

¹ LOBATO; GIOVANELLA, 2012, p. 109; MATHAUER; KUTZIN, 2018, p. 1.

² BRASIL, 1990b.

³ BRASIL, 1990c.

⁴ BRASIL, 1998.

⁵ “Os avanços produzidos pelo SUS em quase três décadas são inquestionáveis (PAIM *et al.*, 2011). A ampliação de cobertura da atenção básica para mais de 73% da população, a Estratégia Saúde da Família, reforçada pelo Programa Mais Médicos; os cuidados na saúde bucal por meio do Brasil Sorridente; o programa de vacinas e medicamentos; o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu-192), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) são alguns exemplos. O SUS oferece o maior sistema público de transplantes do mundo e um sistema público de sangue e hemoderivados extremamente seguro. Destaca-se, ainda, a reforma psiquiátrica, cuidando aos *[sic]* transtornos mentais e pessoas em uso abusivo de álcool e drogas em liberdade e com dignidade”. (REIS *et al.*, 2016, p. 122)

Em paralelo, a iniciativa privada se organizou, ao longo desses anos, por meio de serviços prestados diretamente ao consumidor, serviços complementares ao SUS e serviços de planos ou seguros de saúde. O mercado de planos de saúde foi regulado por meio da Lei nº 9.656/1998⁶ e, posteriormente, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS – Lei nº 9.961/2000)⁷. Houve um avanço inequívoco na compreensão do funcionamento do setor desde então. Foram instituídas principalmente normas com a finalidade de proteção do consumidor, de redução de falhas de mercado e de proteção do sistema financeiro nacional (*e.g.*, garantias financeiras).

Atualmente, o mercado de planos de saúde oferece coberturas individualizadas (baseadas na demanda individual por procedimentos) e agrupadas em segmentos específicos (*e.g.*, ambulatorial e hospitalar), com grau significativo de diferenciação entre si em razão dos prestadores que cada plano de saúde referencia. Predominam, nesse mercado, beneficiários de alta renda e em fase ativa. Especialmente em razão do crescimento desse mercado, o financiamento privado hoje ultrapassa o financiamento público no gasto total de saúde.⁸ Como resultado, o sistema de saúde tornou-se duplicado, com ampla interdependência entre os setores público e privado⁹.

Os setores público e privado compartilham tanto estabelecimentos de saúde como a força de trabalho em saúde (médicos, enfermeiros e demais profissionais da saúde). Pesquisa baseada nos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) aponta que, no tocante ao atendimento, prevalece o uso “misto” nos estabelecimentos de saúde (*i.e.*, hospitais, unidades de serviço de apoio de diagnose e terapia, prontos-socorros). As exceções são as Unidades Básicas de

⁶ BRASIL, 1998.

⁷ BRASIL, 2000a.

⁸ Vide nota 283.

⁹ A classificação da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) prevê quatro categorias para seguros privados: duplicado, primário, suplementar e complementar. É duplicado o seguro privado de saúde que oferece coberturas já providas pelo sistema público. É primário o seguro privado de saúde que consiste na única opção ofertada. O primário pode ser substitutivo, quando o seguro privado de saúde substitui o sistema público, ou principal, quando o sistema público não existe. É complementar quando se destina a pagar integralmente ou em parte custos residuais. É suplementar quando fornece cobertura não fornecida pelo sistema público. O seguro privado brasileiro, na classificação da OCDE, é um sistema mais próximo do duplicado do que do suplementar. Cf. WERNECK, 2010, p.12/13.

Saúde (UBS), que são quase exclusivamente públicas (99,2%), e as clínicas, que são em sua maioria privadas (86,8% em 2017).¹⁰

Esse compartilhamento sem regras “permite aos prestadores a livre busca pela otimização da receita, combinando diferentes formas de trabalho, seja para o setor público, seja para o privado”¹¹. Em outras palavras, a distribuição dos serviços de saúde do SUS é, em grande parte, definida fora das legítimas instâncias decisórias do próprio SUS. Definem essa distribuição fatores como a lacuna de procedimentos efetivamente acessados pelos beneficiários de planos de saúde, as estratégias individuais de usuários do SUS e do mercado de planos, a atuação de prestadores de serviço de saúde (*i.e.*, unidades de diagnose, hospitais e médicos) e, como já é amplamente conhecido, o Poder Judiciário.

No tocante à distribuição de serviços de saúde, apontam-se a dificuldade dos usuários em acessar a média complexidade no SUS e a alta complexidade no mercado de planos de saúde.¹² Em razão dessas dificuldades, constatam-se a “facilitação” ou a “intermediação” dos médicos que atuam nos dois setores, bem como a existência de um saber leigo dos usuários (que já foram ou ainda são beneficiários de planos de saúde) determinante na elaboração de suas próprias linhas de cuidado ao transitarem entre o SUS e o mercado de planos de saúde¹³. Também há dados indicando que os beneficiários de planos de saúde utilizam o SUS de modo diverso daqueles que não são beneficiários de planos – por exemplo, internações, partos cesáreos e alguns atendimentos de alta complexidade são proporcionalmente mais utilizados por beneficiários de planos de saúde.¹⁴

O fenômeno da dupla porta também já foi objeto de pesquisas. Em uma, por exemplo, observou-se que a distribuição de leitos não se dá com base na finalidade de atender à demanda ou à necessidade de saúde, mas sim com base na fonte de financiamento, de modo que o fenômeno da dupla porta no sistema hospitalar brasileiro (via SUS ou planos de saúde) agrava os problemas de acesso

¹⁰ VIACAVA *et al.* (2018) identificaram os estabelecimentos de saúde com base no atendimento, utilizando os seguintes critérios: “SUS” é aquele que atende exclusivamente ao SUS; “Privado” é aquele que atende “particular” ou “plano”; e “Misto” é aquele que atende a “SUS/particular”, “SUS/plano” e “SUS/particular/plano”.

¹¹ SANTOS, I., 2011, p. 2749.

¹² MENESES, 2017, p. 2018 e 2019.

¹³ MENESES, 2017, p. 2021.

¹⁴ SANTOS, I. 2011, p. 2748.

aos leitos.¹⁵ Em outra, explica-se que a racionalidade do mercado afeta a racionalidade do SUS, já que crises constantes são geradas em razão de fatores como a ociosidade de equipamentos e da capacidade instalada dos setores privados, os preços inadequados e outros elementos derivados da lógica da competição (mercado), contrária à lógica da regionalização (SUS).¹⁶

No tocante à alocação da força de trabalho em saúde, constata-se uma série de desigualdades. Apesar do seu crescimento nos últimos 30 anos e do alto percentual de participação dos profissionais de saúde no SUS, já se identificaram a multiplicidade de formas de contratação e as marcantes desigualdades regionais na sua distribuição como parte do conjunto de desigualdades sociais, econômicas e espaciais.¹⁷

O ressarcimento ao SUS é a única norma de natureza distributiva prevista na Lei de Planos de Saúde.¹⁸ Referido dispositivo determina que as operadoras de planos de saúde ressarcirão ao SUS os serviços que forem prestados por este aos beneficiários daqueles que, por contrato, teriam direito de

¹⁵ “A tendência contemporânea de busca por novas formas de financiamento, com a adoção de múltiplas fontes de pagamento, mostrou-se real para a rede hospitalar brasileira, conformando um cenário caracterizado pela dupla porta de entrada: via SUS ou planos de saúde. Além disso, as desigualdades na oferta de leitos não SUS e a não complementariedade com a oferta de leitos SUS indicam que esta rede não se distribui com a missão principal de atender à demanda e que, além disso, não parece haver coordenação entre os segmentos público e privado. Ainda que a maior concentração de leitos para internação esteja nas regiões mais ricas, onde também se encontra a maior parte dos beneficiários de planos de saúde, certamente a desigualdade de distribuição dos serviços e a não complementariedade dos segmentos público e privado afetam a oferta, que por sua vez afeta o acesso aos serviços de saúde.” (MACHADO; MARTINS; LEITE, 2015, p. 49).

¹⁶ “A ociosidade de equipamentos e capacidade instalada de determinados serviços privados e, por vezes, os preços inadequados de remuneração dessa oferta, em alguns casos excessiva e superposta – por referir-se a uma demanda relativamente restrita –, é um fator gerador de crises constantes de parte dessa rede de serviços. As consequências na prática de uma racionalidade que estimula a competição entre estabelecimentos semelhantes entre si pelas oportunidades oferecidas pelo mercado, contrária à da regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, são sobejamente conhecidas.” (BAHIA, 2006, p. 165)

A lógica de regionalização do SUS será tratada no Capítulo 4.

¹⁷ Cf. VIACAVA *et al.*, 2018, p. 1755/1757.

“Os duplos e triplos vínculos dos médicos, as reivindicações pela diminuição informal das jornadas de trabalho do pessoal de enfermagem e até de servidores que desempenham funções administrativas, de 40 para 30 horas, e a contratação de pessoal terceirizado são reflexo e potencializam o empresariamento da saúde. A precarização dos vínculos, a informalidade das formas de recrutamento de pessoal, por vezes permeáveis ao nepotismo, e as nomeações políticas para os ocupantes de cargos técnicos nas instituições públicas tornam quase inexecutáveis a dedicação e o compromisso dos servidores públicos com a implementação de um SUS universal.” (BAHIA, 2006, p. 166-167)

¹⁸ BRASIL, 1998. O ressarcimento e sua natureza distributiva serão tratados no Capítulo 4 desta tese.

ter recebido tais serviços da rede da operadora contratada.¹⁹ No entanto, o ressarcimento ao SUS só veio a ter sua constitucionalidade reconhecida pelo Supremo Tribunal Federal (STF) em 2018²⁰ e, ainda assim, permanece objeto de inúmeras discussões (e.g., no tocante aos critérios de cálculo dos valores devidos pelas operadoras) nas esferas administrativa e judicial²¹.

Por esses e outros motivos (como o já amplamente debatido e conhecido subfinanciamento do SUS), a alta desigualdade social e econômica do País ainda determina de forma preponderante a desigualdade em saúde, a despeito da instituição do SUS e do reconhecimento da saúde como direito. Também por todos esses motivos, não se pode dizer que o SUS tenha se consolidado como principal protagonista na estratégia da saúde, do País.

Acerca desse ponto, cabe dizer que a utilização do SUS pelas classes sociais de maior renda é fator importante tanto para a promoção do reconhecimento social do SUS como para a ampliação do apoio político necessário à sua efetivação. No entanto, a duplicação do sistema traz o risco de que o apoio dessas classes se limite ao aprimoramento dos serviços prestados pelo mercado de planos de saúde, mesmo que os serviços do SUS também sejam por elas utilizados, causando inclusive distorções na sua distribuição, como aquelas aqui apontadas.

Além disso, como dito, outras razões – de natureza política, econômica e sociais – têm sido apontadas para a crise do SUS, todas elas, de certa forma, entrelaçadas. Podem-se citar: (i) os efeitos perversos do subfinanciamento público²², especialmente por parte da União ao longo de todo esse período; (ii) a ausência do apoio da classe trabalhadora ao SUS, que, a partir da década de 1990, passa a comprar planos de saúde²³; (iii) a onda neoliberal que atingiu o País na década de 1990, justamente quando o sistema foi reconhecido e deveria ter sido construído²⁴; (iv) o enfraquecimento do apoio ao SUS pelos profissionais de

¹⁹ O ressarcimento e sua natureza distributiva serão tratados no Capítulo 4 desta tese.

²⁰ BRASIL, 2018.

²¹ ANS, 2019.

²² REIS *et al.*, 2016, p. 123/124.

²³ PAIM, 2008, p. 205/273.

²⁴ Na década de 1990, o Banco Mundial defende a adoção de políticas macroeconômicas que prejudicam os sistemas de saúde. Nesse sentido, cf. PAIM, 2008, p. 211/218.

saúde²⁵; e (v) o fortalecimento de planos e prestadores privados que articulam seus interesses em defesa da iniciativa privada.

Lobato e Giovanella definem “sistemas de saúde” como o resultado de um conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos relacionados à saúde de uma população. Se, por um lado, todos os sistemas apresentam certa forma de organização (e.g., rede de serviços, financiamentos); por outro, sistemas de saúde não podem ser separados da sociedade em que se encontram, pois fazem parte da sua dinâmica social²⁶, e a dinâmica desses sistemas está sempre relacionada a outros sistemas sociais de determinado tempo e lugar²⁷.

Nesse cenário, é natural que a discussão atual sobre a natureza jurídica da saúde ganhe relevância. É objeto de debate se saúde é direito, tal qual reconhecido na CF/88, ou se é mercadoria, tendo em vista o fortalecimento do mercado de planos de saúde.²⁸ Na perspectiva jurídico-constitucional, pode-se dizer que as normas constitucionais são claras no sentido de que a saúde é direito e de que a saúde é também livre à iniciativa privada, ou seja, é também mercadoria. No entanto, embora tenha instituído o SUS, a CF/88 não traz um modelo específico no tocante à relação público-privado do sistema.

Todos esses apontamentos sinalizam a necessidade de uma ampliação da “regulação” jurídica da distribuição de saúde, a fim de que não fique restrita aos serviços prestados diretamente pelo Poder Público nem ao âmbito do SUS. É esse o objeto a ser tratado na presente tese.

Pergunta de Pesquisa e Objetivos

Diante da realidade supramencionada, faz-se a seguinte pergunta de pesquisa: uma regulação distributiva para o mercado de planos de saúde encontra amparo no arcabouço jurídico constitucional existente? Para responder a essa

²⁵ PAIM, 2008, p. 283.

²⁶ LOBATO; GIOVANELLA, 2012, p. 107.

²⁷ LOBATO; GIOVANELLA, 2012, p. 109.

²⁸ A discussão acerca da saúde como direito ou como mercadoria é atual e não trivial. No entanto, não é este o foco desta tese. Cabe apenas mencioná-la, já que a sua existência reforça a relevância dos objetivos aqui propostos.

pergunta de pesquisa, foram delineados três objetivos específicos, distribuídos em dois capítulos desta tese:

- 1) identificar os princípios constitucionais que norteiam a atividade privada de saúde no País (Capítulo 1);
- 2) identificar e delimitar o sub-ramo de Direito Econômico Sanitário na CF/88 (Capítulo 3, Seção 3.2); e
- 3) utilizar os referenciais teóricos de dois importantes autores – Calixto Salomão Filho e Diogo R. Coutinho (Capítulo 3, Seção 3.3) –, para identificar como a regulação distributiva é compreendida por teóricos do Direito que são referência em “regulação de atividades econômicas”.

Método e Organização do Trabalho

Esta tese encontra-se dividida em quatro capítulos. O primeiro busca responder à seguinte pergunta, referente ao primeiro objetivo específico:

A CF/88 aponta os princípios que devem nortear a atividade privada de saúde no País, ou há lacunas sobre o tema?

Para responder a essa pergunta, foi feita uma pesquisa descritiva sobre os art. 196 a 200 da CF/88. Essa pesquisa, realizada em duas etapas, consta no artigo “A saúde e a iniciativa privada na Constituição Federal de 1988: princípios jurídicos”, de autoria de Maria Eugênia Ferraz do Amaral Bodra e Sueli Gandolfi Dallari²⁹, inserido nesta tese como Capítulo 1, já que ainda aguarda publicação.

A primeira etapa teve como base o contexto social e político que ensejou a edição desses artigos. A metodologia empregada foi de levantamento documental a partir da Ata da Subcomissão de Saúde da Assembleia Constituinte³⁰, seguida de reflexão a partir do referencial teórico de Martin Loughlin³¹.

²⁹ O artigo, no prelo, “A saúde e a iniciativa privada na Constituição Federal de 1988: princípios jurídicos”, de autoria de Maria Eugênia Ferraz do Amaral Bodra e Sueli Gandolfi Dallari, foi aprovado, em 2 de setembro de 2019, para publicação pela *Revista de Direito Sanitário* (ISSN impresso: 1516-4179; ISSN eletrônico: 2316-9044). Está transcrito, com algumas modificações, no Capítulo 1.

³⁰ BRASIL, 1987.

³¹ LOUGHLIN, 2010.

A segunda etapa foi de natureza jurídico-doutrinária. Por meio do sítio eletrônico da Faculdade de Saúde Pública (USP)³², foram selecionados artigos científicos a partir: (i) da base de dados Lilacs, empregando-se os descritores de assunto “constituição e estatutos” e “direito a saúde”; (ii) do Portal de Busca Integrada, empregando-se as palavras “constituição” e “direito a saúde” (refinada por tipo de recurso “artigos” e “revistas revisadas por pares”); (iii) da base de dados Scopus, empregando-se os termos “*constitution*” e “*right to health*”; e (iv) da base de dados Web of Science, empregando-se as palavras “*constitution*” e “*right to health*”. Também foi feita pesquisa com as palavras “constituição” e “saúde” no banco de dados Iusdata da Biblioteca da Faculdade de Direito da USP, acessado pelo sítio eletrônico da Faculdade de Direito (FDUSP)³³. Por fim, foi feita pesquisa no banco de dados bibliográficos da USP, DEDALUS, acessado pelo sítio eletrônico da Faculdade de Direito (FDUSP), e no sítio eletrônico da *Revista de Direito Sanitário*³⁴, da USP, com os termos “saúde e relevância pública” e “saúde e iniciativa privada”. No DEDALUS, foi feita pesquisa adicional com as palavras “saúde” e “privado”, tendo sido examinadas dissertações e teses.

O segundo capítulo busca responder à seguinte pergunta, cuja resposta é necessária para atender aos demais objetivos específicos desta tese:

Qual a natureza das normas que regulam o mercado de planos de saúde?

Nesse capítulo, descrevem-se as principais características da atual regulação do mercado de planos de saúde. A regulação da Agência Nacional de Saúde (ANS) e da Lei dos Planos de Saúde³⁵ é organizada em cinco grupos de normas, conforme suas finalidades: (i) normas constitutivas; (ii) normas de proteção ao sistema financeiro nacional; (iii) normas de proteção ao consumidor; (iv) normas de indução; e (v) norma distributiva. Em seguida, é apresentada uma descrição sucinta da regulação promovida pelo Conselho Administrativo de Defesa

³² Disponível em: <http://www.biblioteca.fsp.usp.br/>. Data de acesso: 23 jul. 2019.

³³ Disponível em: <http://www.direito.usp.br/>. Data de acesso: 23 jul. 2019.

³⁴ Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan>. Data de acesso: 23 jul. 2019.

³⁵ BRASIL, 1998.

Econômica (CADE), a partir da Lei nº 12.529/2011³⁶ e de dois Cadernos do CADE³⁷ sobre o setor de saúde suplementar. Esse capítulo disponibiliza ao leitor – especialmente àquele que desconhece a atual regulação sobre o mercado de planos de saúde – a natureza das principais normas vigentes, apontando a quase ausência de normas distributivas sobre esse setor.

O terceiro capítulo busca responder a duas perguntas. A primeira, referente ao segundo objetivo específico, é:

Há um diálogo entre os princípios constitucionais do Direito Econômico e do Direito Sanitário?

Busca-se identificar se, do ponto de vista constitucional, há um diálogo entre os princípios do Direito Econômico – ramo no qual está inserida a regulação das atividades econômicas e dos serviços públicos – e os princípios de Direito Sanitário apontados no Capítulo 1. A metodologia utilizada é a construção de um diálogo entre determinados teóricos – Fabio Konder Comparato³⁸, sobre Direito Econômico; Eros Roberto Grau³⁹ sobre Direito Econômico na CF/88; e Sueli Dallari⁴⁰ e Fernando Aith⁴¹, sobre Direito Sanitário⁴² – e o conteúdo do Capítulo 1, com referências à teoria de Amartya Sen⁴³.

A segunda pergunta do Capítulo 3, referente ao último objetivo específico, é:

Como a regulação distributiva é compreendida por teóricos do direito que são referência em “regulação de atividades econômicas”?

³⁶ BRASIL, 2011b.

³⁷ CADE, 2015; 2018.

³⁸ COMPARATO, 1978; 2013.

³⁹ GRAU, 2003; 2004; 2018.

⁴⁰ DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010.

⁴¹ AITH, 2007; 2017.

⁴² “O Direito Sanitário é o ramo do Direito que disciplina as ações e serviços públicos e privados de interesse à saúde, formado pelo conjunto de normas jurídicas – regras e princípios –, que tem como objetivos a redução de riscos de doenças e de outros agravos e o estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.” (AITH, 2007, p. 137)

⁴³ SEN, 2004.

Para identificar como a regulação distributiva é compreendida por teóricos do direito que são referência em “regulação de atividades econômicas”, recorre-se a dois importantes teóricos da Faculdade de Direito da USP no âmbito do Direito Econômico: (i) Calixto Salomão Filho⁴⁴, que trata da regulação dos setores de saúde e educação; e (ii) Diogo R. Coutinho⁴⁵, que traz o contexto no qual se deu o debate sobre a regulação de serviços públicos na década de 1990, bem como o processo em que se deu a conexão da ideia de “regulação” com a promoção do livre mercado e a busca pela “eficiência” e “competitividade”⁴⁶. A metodologia consistiu na interpretação dos referenciais de análise desses autores em interface com dois autores estrangeiros: Debra Satz⁴⁷ e Ha Joon Chang⁴⁸.

O quarto capítulo busca responder à seguinte pergunta, referente ao objetivo geral:

Uma regulação distributiva para o mercado de planos de saúde encontra amparo no arcabouço jurídico constitucional existente?

Por fim, no Capítulo 4, conjugam-se os fundamentos e as conclusões dos capítulos anteriores. A partir daí, apontam-se, de forma introdutória, os elementos para a elaboração de uma política distributiva que regule o mercado de planos de saúde a partir de três princípios constitucionais. A metodologia se baseia na interpretação e no diálogo entre os referenciais teóricos⁴⁹ indicados ao longo da tese, que proporcionam e conferem sentido próprio à área de interseção das disciplinas de Direito Econômico e de Direito Sanitário e aos elementos introdutórios da política distributiva ora defendida.

O marco teórico utilizado é essencialmente jurídico, composto, em sua maioria, por teorias produzidas por professores de Direito da Universidade de São

⁴⁴ SALOMÃO FILHO, 2008.

⁴⁵ COUTINHO, 2014.

⁴⁶ Nas palavras do autor: “[...] identificar, o fio condutor que, por uma certa trilha da *law and economics*, liga a ideia de eficiência à noção, mais concreta, de regulação.” (COUTINHO, 2014, p. 17)

⁴⁷ SATZ, 2010.

⁴⁸ CHANG, 2002.

⁴⁹ Em especial, COMPARATO, 1978, 2013; GRAU, 2003, 2004, 2018; DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010; AITH, 2007, 2017; SALOMÃO FILHO, 2008; COUTINHO, 2014; 2019; SEN, 2004. Ao final, na elaboração dos princípios, recorre-se também a SILVA, V., 2002, 2009.

Paulo. Outrossim, a teoria de Amartya Sen⁵⁰ – especialmente a sua distinção entre “recursos de saúde” e “resultados de saúde” – é de natureza filosófica e dialoga diretamente tanto com os dispositivos previstos na CF/88, especialmente com o art. 196, quanto com as referências empíricas que ilustram toda a narrativa desenvolvida ao longo do texto.

Esta tese tem contornos definidos. Está centrada na apresentação de uma solução jurídica que possa contribuir para a distribuição igualitária de saúde, com o fim de favorecer a progressão da efetivação desse direito. Não se imagina que um problema tão complexo seja resolvido apenas por meio da solução aqui apontada. É importante trazer contribuições adicionais, inclusive jurídicas, para um debate que já conta com amplas e ricas contribuições de diversas outras áreas do conhecimento.

⁵⁰ SEN, 2004.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De um lado, há de se admitir que o consenso estabelecido pela CF/88, por meio dos art. 196 a 200, não impôs um modelo específico de sistema público-privado de saúde. De outro, há de se reconhecer também que a concepção de saúde, como direito, foi consolidada no Brasil – haja vista, por exemplo, a crescente judicialização sobre esse tema. Isso, porém, não quer dizer que o direito à saúde tenha sido efetivado (vejam-se as dificuldades de se garantir um financiamento público adequado, de se implementar as regiões de saúde etc.).

Parte desse problema se deve à adoção de um sistema duplicado gerador de desigualdades, conforme foi demonstrado nesta tese. Se, de um lado, a experiência internacional sinaliza que sistemas públicos são mais eficazes na garantia e na oferta de serviços de saúde universais; de outro, constata-se o crescente fortalecimento do setor privado de saúde no Brasil. Nesse contexto, inicialmente, esta tese buscou identificar os princípios que norteiam a regulação do mercado de planos de saúde a partir do arcabouço constitucional vigente.

Foram apontados os princípios constitucionais que devem nortear a atividade privada de saúde no País, com base em uma pesquisa descritiva sobre os art. 196 a 200 da CF/88, que considera tanto o contexto social e político que ensejou a edição desses dispositivos como a doutrina jurídica construída sobre eles. Conclui-se que a atuação estatal no tocante aos serviços privados (fiscalização, regulação e controle) é norteada pelos princípios constitucionais previstos no art. 196 da CF/88 e pelo diálogo constante com os princípios constitucionais previstos no art. 198 da CF/88, no sentido de contribuir para a implementação do Sistema Único de Saúde e jamais prejudicá-lo.

A leitura conjunta dos dispositivos constitucionais que tratam da Saúde e da Ordem Econômica forma a moldura Direito Econômico Sanitário Constitucional. Dessa leitura se depreende que se deve promover a igualdade em “recursos de saúde” e em “resultado de saúde” como parte da finalidade de Direito Econômico, no tocante à redução das desigualdades sociais e regionais, e como parte do próprio fundamento da República, calcado na “dignidade da pessoa humana” (Capítulo 3).

A partir dos princípios de direito econômico sanitário, é possível seguir caminhos regulatórios mais amplos e ousados. É possível romper barreiras

jurídicas e sociais historicamente estabelecidas. É possível envolver e pactuar com o setor privado questões e princípios de justiça e de distribuição.

Demonstrou-se também que teóricos da “Regulação Econômica” estão afinados com teóricos do “Direito Econômico Sanitário Constitucional”. Já se reconhece que objetivos de natureza econômica são tão legítimos quanto objetivos de natureza social, especialmente objetivos distributivos, em razão das especificidades de cada País quanto aos seus princípios jurídicos e de economia política, ou seja, quanto àqueles valores que dizem respeito à sua coesão social. Mais do que isso, pode-se afirmar que todos os contornos dos mercados são definidos previamente pela sociedade, já que mercados são construções sociais que dependem do estabelecimento de condições prévias, inclusive da coação jurídica, para existirem.

Em outras palavras: é necessário definir as condições prévias que promoverão a “eficiência” desse mercado, para se progredir rumo à realização da *igualdade essencial do ser humano* e concretização do direito à saúde. Cabe destacar também que a ordem constitucional veda expressamente a “regressividade” na distribuição de saúde e que, portanto, normas desse tipo são inconstitucionais.

Por isso, é fundamental tratar dos desdobramentos do princípio da liberdade. A sua compreensão reforça a importância da atenção que se deve dar às decisões políticas e sociais, aos valores e princípios que pautam e modulam os mercados. Além disso, cabe destacar que os princípios de direito econômico sanitário permitem uma ampla participação social na construção desse sistema. A palavra construção aqui não é arbitrária: pode-se afirmar que hoje não existe um sistema público-privado organizado nem pautado por princípios claros. É preciso construí-lo; e fazer isso em um País altamente desigual, de dimensão continental, só é possível por meio de ampla participação popular – daí a importância de um princípio tão caro ao Direito Sanitário, que é o princípio da Democracia Sanitária. É imprescindível ampliar as formas de participação democrática, levando dados sociais e econômicos, parâmetros técnicos adequados e atualizados sobre saúde, além de outros elementos, às diversas comunidades e mercados existentes no Brasil.

Por fim, o que se procura ressaltar é que a saúde de todos (dentro das limitações daquilo que a própria comunidade deve formular como possível) é o resultado da ação de uma ampla gama de serviços e políticas articuladas para essa finalidade. E é assim que a saúde é reconhecida pela CF/88: como valor e como sistema que integra a seguridade social, fundamentado no princípio da solidariedade. Ou seja, a assistência curativa é apenas uma das atribuições do Sistema Único de Saúde, e a realização do direito de todos depende do bom funcionamento de um amplo conjunto de políticas e serviços, que inclui também a regulação do mercado de planos de saúde.

Há, portanto, fundamentos normativos e fáticos que justificam uma regulação econômica (normas que promovam a redução das falhas de mercado), uma regulação social (normas que protejam o consumidor e o sistema financeiro nacional) e uma regulação distributiva (normas que promovam a distribuição de “resultado de saúde” e de “recursos de saúde”) do mercado de planos de saúde. As discussões que pautam toda essa regulação não podem prescindir dos princípios de Direito Econômico Sanitário ora apresentados nem de outros elementos sociais, econômicos e jurídicos importantes a esse ramo do Direito que não foram tratados aqui (*e.g.*, construção do complexo industrial da saúde, tendência de financeirização do setor privado de saúde, conhecimentos existentes sobre gestão e administração de serviços de saúde, e sistema de direito tributário e financeiro).

Reconhecendo a complexidade desses desafios, é necessário iniciar a discussão e a implementação de uma política distributiva de “recursos de saúde” e de “resultado de saúde” para regular a atuação do mercado de planos de saúde considerando os princípios de direito econômico sanitário, a partir de dados, informações e balizas técnicas a serem organizados para essa finalidade. Portanto, com fundamento no Direito Econômico Sanitário Constitucional, especialmente no art. 196 e no art. 170, inc. VII, da CF/88, é necessário iniciar o processo para o debate de uma lei ordinária que institua uma política pública dessa natureza. A identificação do arcabouço teórico constitucional apresentado aqui autoriza e impõe a elaboração dessa política distributiva.

Foi apresentada uma solução jurídica que pode contribuir para a distribuição igualitária de saúde e favorecer a progressão da efetivação desse

direito. Não se imagina que um problema tão complexo seja resolvido apenas por meio da solução apontada aqui. Mas iniciar esse debate, reconhecendo-se a legitimidade e a necessidade da construção desta política, é um passo importante.

Por fim, conclui-se que os objetivos específicos da pesquisa foram atingidos e que a resposta ao objetivo geral é positiva, ou seja, uma regulação distributiva para o mercado de planos de saúde encontra amparo no arcabouço jurídico constitucional brasileiro. Esta tese apresenta também uma conclusão normativa: identifica não só os fundamentos jurídicos que justificam uma política distributiva para o mercado de planos de saúde, como também os princípios constitucionais que devem orientar essa política. Espera-se que, a partir daqui, horizontes mais amplos possam ser perseguidos no desenvolvimento de pesquisas sobre regulação do mercado de planos de saúde.

REFERÊNCIAS

AITH, Fernando Mussa Abujamra. *Curso de direito sanitário*. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

AITH, Fernando Mussa Abujamra. *Direito à saúde e democracia sanitária*. São Paulo: Quartier Latin, 2017.

AKERLOF, George A. The market for “lemons”: qualitative uncertainty and the market mechanism. *Quarterly Journal of Economics*, Cambridge/MA, v. 84, n. 3, p.488-500, ago. 1970. DOI: <https://doi.org/10.2307/1879431>.

ALEXY, Robert. Zum Begriff des Rechtsprinzips. In ALEXY, Robert. *Recht, Vernunft, Diskurs*, Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1995.

ANDRADE, José Maria Arruda de; PINTO, Alexandre Evaristo. Da livre iniciativa na Constituição Federal de 1988. In: NUSDEO, Fábio (Coord.). *A ordem econômica constitucional*. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2019. p. 91-110.

ANDRADE, Mônica Viegas; MAIA, Ana Carolina; RIBEIRO, Mirian Martins; LIMA, Helena Wajnman; CARVALHO, Lucas Resende de. *Estrutura de concorrência no setor de operadoras de planos de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: ANS, CEDEPLAR/UFGM, OMS, OPAS, 2015.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Resolução Normativa – RN nº 39, de 27 de outubro de 2000. Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mzgw>. Acesso em: 18 dez. 2019.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 65, de 16 de abril de 2001. Dispõe sobre as sociedades seguradoras especializadas em saúde. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzU2>. Acesso em: 18 dez. 2019.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Resolução Normativa – RN nº 137, de 14 de novembro de 2006. Dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTEwNw==>. Acesso em: 18 dez. 2019.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Resolução Normativa – RN nº 148, de 3 de março de 2007. Altera a Resolução Normativa – RN nº 124, de 30 de março de 2006; a RN nº 128, de 18 de maio de 2006; a RN nº 129, de 18 de maio de 2006; a RN nº 137, de 14 de novembro de 2006; a RN nº 94, de 23 de março de 2005; a RN nº 112, de 28 de agosto de 2005; a RN nº 67, de 4 de fevereiro de 2004; a RN nº 26, de 1 de abril de 2003; a RN nº 19, de 11 de dezembro de 2002; e a Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 77, de 17 de julho de 2001. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=ODQz>. Acesso em: 18 dez. 2019.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Resolução Normativa – RN nº 195, de 14 de julho de 2009a. Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Disponível em:

<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OA==>. Acesso em: 18 dez. 2019.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Resolução Normativa – RN nº 196, de 14 de julho de 2009b. Dispõe sobre a Administradora de Benefícios. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OQ==>. Acesso em: 18 dez. 2019.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Resolução Normativa – RN nº 200, de 13 de agosto de 2009. Altera as Resoluções Normativas nos 195, de 14 de julho de 2009 e 162, de 17 de outubro de 2007. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ4NA==>. Acesso em: 18 dez. 2019.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Resolução Normativa – RN nº 242, de 7 de dezembro de 2010. Dispõe sobre a participação da sociedade civil e dos agentes regulados no processo de edição de normas e tomada de decisão da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS mediante a realização de consultas e audiências públicas, e câmaras técnicas. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTYxNg==>. Acesso em: 18 dez. 2019.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Resolução Normativa – RN nº 259, de 17 de junho de 2011a. Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa – IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO. Disponível em: <http://ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTc4Mw==>. Acesso em: 18 dez. 2019.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Súmula Normativa SN nº 19, de 28 de julho de 2011b. Disponível em: <http://ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTc4Mw==>. Acesso em: 18 dez. 2019.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Resolução Normativa DC/ANS nº 272 de 20, de outubro de 2011c. Altera a Resolução Normativa – RN nº 137, de 14 de novembro de 2006, que dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar; altera RN nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde; e dá outras providências. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=114955>. Acesso em: 18 dez. 2019.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa – RN nº 386, de 9 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa de Qualificação de Operadoras e dá outras providências. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzEwMA==>. Acesso em: 29 ago. 2019.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa – RN nº 405, de 9 de maio de 2016. Dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS; revoga a Resolução Normativa – RN nº 267, de 24 de agosto de 2011, com exceção do art.44-B incorporado à RN nº 124, de 30 de março de 2006; e revoga também a RN nº 275, de 1º de novembro de 2011, a RN nº 321, de 21 de março de 2013, a RN nº 350, de 19 de maio de 2014, e a Instrução Normativa – IN nº 52, de 22 de março de 2013 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, e dá outras providências. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzEwMA==>. Acesso em: 29 ago. 2019.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa – RN nº 423, de 11 de maio de 2017a. Altera a Resolução Normativa – RN nº 386, de 9 de outubro de 2015, que dispõe sobre o Programa de Qualificação de Operadoras. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzQyMw==>. Acesso em: 29 ago. 2019.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Relatório descritivo do GT de planos acessíveis ANS*, 22 de agosto de 2017b. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/VERSÃO_FINAL_RELATORIO_DESCRITIVO_GT_ANS_PROJETO_PLANO_DE_SAUDE_ACESSIVEL_FINAL_.pdf. Acesso em: 29 ago. 2019.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa ANS nº 438, de 3 dezembro de 2018a. Dispõe sobre a regulamentação da portabilidade de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde, revoga a Resolução Normativa – RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, que dispõe sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e sem a imposição de cobertura parcial temporária, e revoga os artigos 1º, 3º, 4º e 7º e o §2º do artigo 9º, todos da RN nº 252, de 28 de abril de 2011, que dispõe sobre as regras de portabilidade e de portabilidade especial de carências. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzY1NA==>. Acesso em: 29 ago. 2019.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Programa de qualificação de operadoras, 2018b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/qualificacao-ans>. Acesso em: 11 jul. 2019.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa – RN nº 441, de 19 de dezembro de 2018c. Estabelece critérios para cálculo do reajuste máximo das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde individuais ou familiares, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Disponível em:

http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/56126019/do1-2018-12-20-resolucao-normativa-rn-n-441-de-19-de-dezembro-de-2018-56125847. Acesso em: 11 jul. 2019.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Dados e indicadores do setor. 2019. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/integracao-e-ressarcimento-ao-sus>. Acesso em: 18 dez. 2019.

ARAÚJO, Luiz Alberto David. O conceito de “relevância pública” na Constituição Federal de 1988. *Revista de Direito Sanitário*, v. 5, n. 2, p. 90-97, jul. 2004. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v5i2p90-97>.

ARROW, K., Uncertainty and the welfare economics of medical care, *The American Economic Review*, Pittsburgh, v. 53, n. 5, p. 941-973, 1963.

BAHIA, Ligia. Avanços e percalços do SUS: a regulação das relações entre o público e o privado. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 159-1702006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462006000100010>.

BALDWIN, Robert; CAVE, Martin. *Understanding regulation: theory, strategy and practice*. Oxford: Oxford University Press, 1999.

BODRA, Maria Eugênia Ferraz do Amaral. O contrato coletivo empresarial de assistência à saúde. In: COELHO, Fabio Ulhoa (Org.). *Tratado de direito comercial*. 1.ed. São Paulo: Saraiva, 2015. v. 5, p. 452-483.

BRASIL. Lei nº 4.595, de 31 de dezembro de 1964. Dispõe sobre a política e as instituições monetárias, bancárias e creditícias; cria o conselho monetário nacional e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 31 dez. 1964.

BRASIL. Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971. Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 16 dez. 1971.

BRASIL. Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985. Disciplina a ação civil pública de responsabilidade por danos causados ao meio-ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico (VETADO) e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 24 jul. 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final: 8ª Conferência Nacional de Saúde*, 14-21 mar. 1986. Brasília: MS, 1986. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 4 jan. 2020.

BRASIL. Senado Federal. Assembleia Nacional Constituinte. Ata da 1ª reunião (instalação) da Subcomissão de Saúde, Seguridade, e meio ambiente, realizada dia 7 de abril de 1987. Disponível em: http://www.senado.leg.br/publicacoes/anais/constituente/7b_Subcomissao_De_Saude,_Seguridade_E_Meio_Ambiente.pdf. Acesso em: 21 ago. 2018.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Senado: Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 7.1.2020.

BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 12 set. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 set. 1990b.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 31 dez. 1990c.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, Seção 1, p. 1, 4 jun. 1998.

BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 29 jan. 2000a.

BRASIL. Lei nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000. Aprova o Regulamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 6 jan. 2000b.

BRASIL. Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 28 ago. 2001.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. *Diário Oficial da União*, Brasília, 11 jan. 2002.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 29 jun. 2011.

BRASIL. Lei nº 12.529, de 30 de novembro de 2011. Estrutura o Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência; dispõe sobre a prevenção e repressão às infrações contra a ordem econômica; altera a Lei nº 8.137, de 27 de dezembro de 1990, o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 – Código de Processo Penal, e a Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985; revoga dispositivos da Lei nº 8.884, de 11 de junho de 1994, e a Lei nº 9.781, de 19 de janeiro de 1999; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2 dez. 2011b.

BRASIL. Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, com a redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, para tornar obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviços. *Diário Oficial da União*, Brasília, 25 jun. 2014.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário RE nº 597.064 AgR-ED /RJ – Rio de Janeiro. Relator: Ministro Dias Toffoli. Pesquisa de Jurisprudência, 12 maio 2017. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/pesquisarJurisprudencia.asp>. Acesso em: 5 jan. 2018.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1931/DF – Distrito Federal. Relator: Ministro Marco Aurélio. Pesquisa de Jurisprudência, Acórdãos, 7 fev. 2018. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/pesquisarJurisprudencia.asp>. Acesso em: 5 jan. 2018.

CADE – CONSELHO ADMINISTRATIVO DE DEFESA ECONÔMICA. *Cadernos do CADE: mercado de saúde suplementar – condutas*. Brasília: DEE, 2015. http://www.cade.gov.br/aceso-a-informacao/publicacoes-institucionais/dee-publicacoes-anexos/copy_of_cadernos-do-cade-2013-mercado-de-saude-suplementar-condutas-2013-2015.pdf. Acesso em: 14 ago. 2019.

CADE – CONSELHO ADMINISTRATIVO DE DEFESA ECONÔMICA. *Cadernos do CADE: atos de concentração nos mercados de plano de saúde, hospitais e medicina diagnóstica*. Brasília: DEE, 2018. Disponível em: <http://www.cade.gov.br/aceso-a-informacao/publicacoes-institucionais/publicacoes-dee/cadernos-do-cade-atos-de-concentracao-nos-mercados-de-planos-de-saude-hospitais-e-medicina-diagnostica.pdf/view>. Acesso em: 13 ago. 2019.

CADE – CONSELHO ADMINISTRATIVO DE DEFESA ECONÔMICA. Resolução nº 22, de 19 de junho de 2019. Aprova o Regimento Interno do Conselho Administrativo de Defesa Econômica. Disponível em: <http://www.cade.gov.br/assuntos/normas-e-legislacao/resolucao/resolucao-no-22-de-19-de-junho-de-2019/view>. Acesso em: 5 jan. 2020.

CARVALHO, Vinicius Marques de. As finalidades da defesa da concorrência: uma leitura a partir da ordem econômica constitucional. *In: NUSDEO, Fábio (Coord.). A ordem econômica constitucional*. São Paulo: Thompson Reuters Brasil, 2019. p. 199-222.

CHANG, Ha-Joon. *The role of social policy in economic development*. Some theoretical reflections and lessons from East Asia. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development, 2002. Disponível em: [http://unrisd.org/80256B3C005BCCF9/\(httpAuxPages\)/D7A4D3693E1D5EBDC1256C77003A0FBE/\\$file/chanlong.pdf](http://unrisd.org/80256B3C005BCCF9/(httpAuxPages)/D7A4D3693E1D5EBDC1256C77003A0FBE/$file/chanlong.pdf). Acesso em: 16 out. 2019.

CIRNE LIMA, Roy. *Princípios de Direito Administrativo*. 5. ed. São Paulo: Ed. RT, 1982.

CNJ – CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. *Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução*. Relatório analítico propositivo. Brasília INSPER – Instituto de Ensino e Pesquisa, CEPEDISA – Centro de Estudos e Pesquisas em Direito Sanitário, 2019.

COASE, Ronald H. The problem of social cost. *Journal of Law and Economics*, Chicago, v. 3, p. 1-44, out. 1960. DOI: <https://doi.org/10.1086/466560>.

COMPARATO, Fábio Konder. *Ensaio e pareceres de direito empresarial, o indispensável direito econômico*. Rio de Janeiro: Forense, 1978.

COMPARATO, Fábio Konder. *A afirmação histórica dos direitos humanos*. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

COSTA, T. A. D. *O Cálculo atuarial aplicado aos planos de saúde: aplicação aos dados da Cassi*. Brasília, 1999.

COUTINHO, Diogo R. *Direito e economia política na regulação de serviços públicos*. São Paulo: Saraiva, 2014.

COUTINHO, Diogo R. A MP da liberdade econômica e a mão invisível. *Jota, online*, 28 maio 2019. Disponível em: <https://www.jota.info/tributos-e-empresas/regulacao/a-utopia-do-laissez-faire-28052019>. Acesso em: 28 outubro 2019.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Basta! Nenhuma Inconstitucionalidade é Conveniente! *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 7-10, mar.-jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v19i1p7-10>

DALLARI, Sueli Gandolfi, NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. *Direito Sanitário*. São Paulo: Ed. Verbatim, 2010.

DAROS, Raphaella Fagundes; GOMES, Rafael da Silveira; SILVA, Fabio Hebert da; LOPES, Tatiana Coelho. A satisfação do beneficiário da saúde suplementar sob a perspectiva da qualidade e integralidade, *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 525-547, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200010>.

DUGUIT, Léon. *Traité de Droit Constitutionnel*. 3. ed. Paris: E. de Boccard, 1928.

FERRAZ, Antônio Augusto Mello de Camargo; BENJAMIN, Antônio Herman de Vasconcellos e. O conceito de “relevância pública” na Constituição Federal. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 77-89, jul. 2004. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v5i2p77-89>.

FLEURY, S. M. (Org.). *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos, 1997.

FOSTER, Christopher. *Privatization, public ownership and regulation of natural monopoly*. Oxford: Blackwell, 1992.

FRANCO, Tulio Batista, MAGALHÃES Jr., Helvécio Miranda. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. *In*: MERHY, Emerson Elias; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda; RIMOLI, Josely; FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderley Silva (Org.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

FURQUIM DE AZEVEDO, Paulo; FÁGA DE ALMEIDA, Sílvia; COSTA ITO, Nobuiuki; BOARATI, Vanessa; RAIZ MORON, Caroline; INHASZ, William; ROUSSET, Fernanda. *A cadeia de saúde suplementar no Brasil: avaliação de falhas de mercado e propostas de políticas*. São Paulo: INSPER, 2016.

GALGANO, Francesco. *Il diritto privato fra codice e costituzione*. BOLONHA: Zanichelli, 1979.

GERSCHMAN, Sílvia; UGÁ, Maria Alicia D.; PORTELA, Margareth; LIMA, Sheyla Maria Lemos. O papel necessário da Agência Nacional de saúde suplementar na regulação das relações entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 463-476, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000200004>.

GRAU, Eros Roberto. Constituição e serviço público. *In*: GRAU, Eros Roberto; GUERRA FILHO, Willis Santiago. *Direito Constitucional Estudos em Homenagem a Paulo Bonavides*. 1. ed., 2. tiragem. São Paulo: Malheiros, 2003. p. 249-267.

GRAU, Eros Roberto. O conceito de “relevância pública” na Constituição de 1988. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 68-76, jul. 2004. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v5i2p68-76>

GRAU, Eros Roberto. *A ordem econômica na Constituição de 1988*. 19. ed. ver. e atual. São Paulo: Malheiros, 2018.

IESS – INSTITUTO DE ESTUDO DE SAÚDE SUPLEMENTAR – IESS. Área temática. Modelos de remuneração de prestadores. 2019. Disponível em: https://www.iess.org.br/?p=area_tematica. Acesso em: 18 set. 2019.

IDEC – INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. Planos Coletivos. 2019. Disponível em: <https://idec.org.br/planos-de-saude/planos-coletivos>. Acesso em: 18 set. 2019.

JOWETT, Matthew; KUTZIN, Joseph. *Raising revenues for health in support of UHC: strategic issues for policy makers*. Health Financing Policy Brief No. 1: World Health Organization. Geneva: WHO, 2015.

KILL, Astrid. What characterises the privately insured in universal health care systems? A review of the empirical evidence. *Health Policy*, v. 106, n. 1, p. 60-75, 2012. DOI: 10.1016/j.healthpol.2012.02.019.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de saúde: Origens, Componentes e Dinâmica. *In*: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de;

CARVALHO, Antonio Ivo de. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p.107-140.

LOPES, José Reinaldo de Lima. *As palavras e a lei*. Direito, ordem e justiça na história do pensamento jurídico moderno. São Paulo: Ed.34/Edesp, 2004.

LOUGHLIN, Martin. What is constitutionalization? *In: DOBNER, Petra; LOUGHLIN, Martin. The twilight of constitutionalism*. Oxford: Oxford University Press, 2010. Chapter 3, E-book.

MACHADO, Juliana Pires; MARTINS, Mônica; LEITE, Iuri da Costa. O mix público-privado e os arranjos de financiamento hospitalar no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 39-50, dez. 2015. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005245>.

MACKAAY, Ejan. History of law and economics. *In: Encyclopedia of Law and Economics Website*, 1999. Disponível em: www.encyclo.findlaw.com/tablebib.html. Acesso em: 10 jan. 2019.

MALTA, Deborah Carvalho; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista; JORGE, Alzira de Oliveira; COSTA, Mônica Aparecida. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 433-444, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000200019>.

MARQUES, Cláudia Lima; LOPES, José Reinado de Lima; PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos (Org.). *Saúde e Responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.

MATHAUER, Inke; KUTZIN, Joseph. Voluntary health insurance: potentials and limits in moving towards UHC. *Health Financing Policy Brief*, WHO – World Health Organization, n. 5, 2018, p. 1. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274317/WHO-HIS-HGF-PolicyBrief-18.5-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 30 out. 2019.

MATHAUER Inke; MATHIVET, Benoit; KUTZIN, Joseph. *Community based health insurance: How can it contribute to progress towards UHC?* WHO: Geneva, 2017.

McCRUDDEN, Christopher. *Social policy and economic regulators: some issues from the reform of utility regulation, regulation and deregulation*. Oxford: Oxford Clarendon, 1999.

MENDONÇA, Elvino de Carvalho; REIS, Marcel Stenner dos; MENDONÇA, Rachel Pinheiro de Andrade. Fusões e aquisições, concentração industrial e a eficiência técnica: evidências empíricas para a indústria de transformação brasileira. *In: ENCONTRO ANPEC, 2008. Anais...* [s.l.]: ANPEC, 2008. Disponível em: www.anpec.org.br/encontro2008/artigos/200807211113060-.pdf. Acesso em: 02 jan. 2020.

MENESES, Consuelo Sampaio; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; ANDREAZZA, Rosemarie; CARAPINHEIRO, Graça; ANDRADE, Maria da Graça Garcia;

SANTIAGO, Silvia Maria; ARAÚJO, Eliane Cardoso; SOUZA, Ana Lúcia Medeiros; REIS, Denizi Oliveira; PINTO, Nicanor Rodrigues da Silva; SPEDO, Sandra Maria. O agir leigo e a produção de mapas de cuidado mistos público-privados. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 2013-2024, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.14822016>.

MINHOTO, Laurindo Dias. Paradoxos da proteção jurídica da saúde. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 49-62, nov. 2007-fev.2008. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v8i3p49-62>.

MNOOKIN, Robert H.; KORNHAUSER, Lewis. Bargaining in the shadow of the law: the case of divorce. *Yale Law Journal*, v. 88, n. 5, p. 950-997, abr. 1979. DOI: <https://doi.org/10.2307/795824>.

MONTAÑO, Elisabete Lira Quelhas; TROCCOLI, Francisco Torres; FREITAS, Carolina Regina Teixeira de. Aproximação do setor público do setor privado visando o fortalecimento do SUS, Cadernos Iber-Americanos de Direito Sanitário, Brasília, v. 2, n. 2, p. 617-624, jul. /dez. 2013. DOI: 10.17566/ciads.v2i2.109

MOREIRA, Egon Bockmann. O artigo 175 da Constituição: a lógica econômica da prestação de serviços públicos. In: NUSDEO, Fábio (Coord.). *A ordem econômica constitucional*. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2019. p. 269-292.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. *SUS: o desafio de ser único*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575415276>.

OCTAVIANI, Alessandro. Atuação do Estado em relação à economia dos seguros privados: pensando a partir de Eros Grau. In: COSTA, José Augusto Fontoura; ANDRADE, José Maria Arruda de; MATSUO, Alexandra Mery Hansen (Org.). *Direito: teoria e experiência – estudos em homenagem a Eros Roberto Grau*. São Paulo: Malheiros, 2013, v.1, p. 1211-1251.

OGUS, Anthony. *Regulation: legal form and economic theory*. Oxford: Oxford university Press, 1994.

OEA – ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. Convenção Americana de Direitos Humanos, de 22 de novembro de 1969. Disponível em: https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_americana.htm. Acesso em: 15 nov. 2019.

OEA – ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales – "Protocolo de san salvador", de 17 de novembro de 1988. Disponível em: http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/e.Protocolo_de_San_Salvador.htm. Acesso em: 15 nov. 2019.

OECD – ORGANISATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT. *The OECD health project – private health insurance in OECD countries*. Paris: OECD, 2004.

OECD - – ORGANISATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT; EUROSTAT; WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *A system of health accounts*: 2011 Edition. Geneva: OECD Publishing, 2011.

OECD – ORGANISATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT. Health Spending. 2019. Disponível em: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>. Acesso em 15 nov. 2019.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, de 10 de dezembro de 1948. Disponível em: https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf. Acesso em: 15 nov. 2019.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Adotado pela Resolução nº 2.200-A (XXI) da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 16 de dezembro de 1966 e ratificada pelo Brasil em 24 de janeiro de 1992. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econômicos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2019.

PAIM, Jairnilson Silva. *Reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. 2011. *The Lancet*, on-line, p. 11-31, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf. Acesso em: 4 jan. 2020.

PASQUALOTO, A. A regulamentação dos planos e seguros de assistência à Saúde: uma interpretação construtiva. In: MARQUES, Cláudia Lima; LOPES, José Reinado de; PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos (Org.). *Saúde e responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999. p. 55.

PINDYCK, Robert. S., RUBINFELD, Daniel L. Microeconomia. Tradução de Eleutério Prado, Thelma Guimarães e Luciana do Amaral Teixeira. 7. ed. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2010

PINHEIRO, Maria do Carmo Gomes; ROMERO, Luiz Carlos. Saúde como matéria de Direito Constitucional no Brasil, *Caderno Ibero-Americano de Direito Sanitário*, Brasília, v.1, n. 2, p. 47-71, jul.-dez. 2012. DOI: <https://doi.org/10.17566/ciads.v1i2.45>.

PINTO, Élide Graziane. Prestação de contas nos repasses ao terceiro setor reclama revisão profunda. *Consultor Jurídico*, 22 out. 2019. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2019-out-22/contas-vista-prestacao-repasses-terceiro-setor-requer-revisao-profunda>. Acesso em: 22 out. 2019

POSNER, Richard A. *Economic analysis of law*. Boston: Little Brown, 1972.

PLURALL. Ministro anuncia ideias para baratear planos de saúde, 23 ago. 2019. Disponível em: <http://plurall.com.br/plurall/ministro-anuncia-ideias-para-baratear-planos-de-saude/>. Acesso em: 27 ago. 2019.

PÓ, Marcos Vinicius Pó; ABRUCIO, Fernando Luiz. Desenho e funcionamento dos mecanismos de controle e accountability das agências reguladoras brasileiras: semelhanças e diferenças. *RAP – Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 679-98, jul.-ago. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-76122006000400009>.

PORTELA, Margareth Crisóstomo; LIMA, Sheyla Maria Lemos; FERREIRA, Vanja Maria Bessa; ESCOSTEGUY, Claudia Caminha; BRITO, Cláudia; VASCONCELLOS, Maurício Teixeira Leite de. Diretrizes clínicas e outras práticas voltadas para a melhoria da qualidade assistencial em operadoras de planos de saúde sob a perspectiva dos seus dirigentes no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 253-266, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200004>.

PORTELA, Margareth Crisóstomo; LIMA, Sheyla Maria Lemos; UGÁ, Maria Alícia Dominguez; GERSCHMAN, Silvia; VASCONCELLOS, Maurício Teixeira Leite de. Estrutura e qualidade assistencial dos prestadores de serviços hospitalares. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 399-408, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200019>.

PREKER, Alexander S; Zweifel, Peter; Schellekens Onno P. *Global market place for private health insurance: strength in numbers*. Washington DC: World Bank, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1596/978-0-8213-7507-5>.

PROSSER, Tony. *Law and the regulators*. Oxford: Oxford Clarendon, 1997.

REIS, Ademar Arthur Chioro; SÓTER, Ana Paula Menezes; FURTADO, Lumena Almeida Castro; PEREIRA, Silvana Souza da Silva. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS, *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. especial, p. 122-135, dez. 2016.

SALOMÃO FILHO, Calixto. *Regulação da atividade econômica: princípios e fundamentos jurídicos*. 2. ed. São Paulo: Malheiros, 2008.

SAMPAIO, Tércio. A economia e o controle do Estado. *O Estado de S. Paulo*, 4 jun. 1989.

SANTOS, Isabela Soares. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2743-2752, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600013>.

SANTOS, Lenir, Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1281-1289, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26392016>.

SARLET, Ingo. A Influência dos direitos fundamentais no direito privado: notas sobre a evolução brasileira. In: SALES, Gabrielle Bezerra; GONÇALVES, Camila Figueiredo Oliveira; CASTILHO, Natalia Martinuzzi (Org.). *A concretização dos direitos fundamentais na contemporaneidade*. 1. ed. Fortaleza: Boulesis Editora, 2016. p. 17-53.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988. *Revista de Direito do Consumidor*, n. 67, p. 125-172, 2008. Disponível em: https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/O_direito_a_saude_nos_20_anos_da_CF_coletanea_TAnia_10_04_09.pdf. Acesso em: 23 jul. 2019.

SATZ, Debra. *Why some things should not be for sale – the moral limits of markets*. New York: Oxford University Press, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195311594.001.0001>.

SCHEFFER, Mário César (Coord.) Grupo de estudos sobre planos de saúde (GEPS – DMP/FM-USP). Disponível em: <https://sites.usp.br/geps/>. Acesso em: 13 jan. 2020.

SEN, Amartya. Why health equity? In: ANAND, Sudhir; PETER, Fabienne; SEN, Amartya. *Public health, ethics and equity*. New York: Oxford University Press, 2004, p. 21-33.

SCHOUERI, Luís Eduardo. *Direito tributário*. 8. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

SESTELO, José Antônio de Freitas; SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de; BAHIA, Lígia. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 851-866, maio 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500004>.

SILVA, José Afonso da. *Comentário contextual à constituição*. 4. ed. São Paulo: Malheiros, 2007.

SILVA, Virgílio Afonso da. O proporcional e o razoável. *Revista dos Tribunais*, São Paulo, v. 798, p. 23-50, 2002.

SILVA, Virgílio Afonso da. *Direitos fundamentais: conteúdo essencial, restrições e eficácia*. São Paulo: Malheiros, 2009.

THOMSON, Sarah; MOSSIALOS, Elias. *Private health insurance in the European Union*. Brussels: European Commission, 2009.

TRETTEL, Daniela Batalha. *Planos de saúde e envelhecimento populacional: um modelo viável?* 2015. 131 f. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

UGÁ, Maria Alicia; VASCONCELLOS, Miguel Murat; LIMA, Sheyla Maria Lemos; PORTELA, Margareth Crisóstomo; GERSCHMAN, Silvia. Mecanismos de microrregulação aplicados por operadoras de planos de saúde sobre hospitais privados. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 832-838, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000053>.

VIACAVA, Francisco; OLIVEIRA, Ricardo Antunes Dantas de; CARVALHO, Carolina de Campos; LAGUARDIA, Josué; BELLIDO, Jaime Gregório. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018.

VIANA, Ana Luiza D'Avila; BOUSQUAT, Aylene; PEREIRA, Ana Paula Chancharulo de M.; UCHIMURA, Liza Yurie Teruya; ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; MOTA, Paulo Henrique dos Santos; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva; FERREIRA, Maria Paula. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 413-422, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>.

VIEIRA Junior, Wilson Marques; MARTINS, Monica. Idosos e planos de saúde no Brasil: análise das reclamações recebidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3817-3826, dez. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152012.11082014>.

WERNECK, Heitor Franco. Os seguros privados de saúde no Brasil: uma análise taxonômica a partir da OCDE. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, 2010. (Textos para Discussão nº 02). Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Textos_para_discussao_02.pdf. Acesso em 24 out. 2019.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The Constitution of the World Health Organization*, opened for signature July 22, 1946, 62 Stat. 2679, 14 U.N.T.S. 186. Geneva: WHO, 1946.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World health report 2010*. Health systems financing. The path to universal coverage. Geneva: WHO, 2010.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Constitution, 2018a. Disponível em: <http://www.who.int/about/who-we-are/en/>. Acesso em: 26 jun. 2018.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Social Determinants – About, 2018b. Disponível em: http://www.who.int/social_determinants/about/en/ Acesso em: 26 jun. 2018

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. About WHO. Constitution of WHO. Principles. 2018c. Disponível em: <http://www.who.int/about/mission/en/>. Acesso em: 29 mar. 2018.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Health Workforce, 2019. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=tab_1. Acesso em 24 out. 2019.