

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP

INSTITUTO DE ECONOMIA

**REGULAÇÃO ECONÔMICA DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO
BRASIL**

Dissertação apresentada ao Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas como pré-requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Economia Social e do Trabalho, sob orientação do Professor Doutor Pedro Luiz Barros Silva

HUDSON PACÍFICO DA SILVA

Campinas, dezembro de 2003

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO DO INSTITUTO DE ECONOMIA

Si38r Silva, Hudson Pacifico da..
Regulação economica do mercado de saude suplementar no
Brasil / Hudson Pacifico da Silva. -- Campinas, SP : [s.n.], 2003.

Orientador: Pedro Luiz Barros Silva.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campi-
nas. Instituto de Economia.

1. Agencia Nacional de Saude Suplementar. 2. Politica de
saude - Brasil. 3. Seguro saude – Regulamentação - Brasil. I.
Silva, Pedro Luiz Barros. II. Universidade Estadual de
Campinas. Instituto de Economia. III. Titulo.

Dave
3412/04

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas e instituições que colaboraram para a realização da dissertação. Em especial:

Ao professor Pedro Luiz, pela oportunidade profissional, confiança e orientação do trabalho.

Aos professores Geraldo Biasoto Junior e Nilson do Rosário Costa, pelas valiosas idéias e sugestões, que muito contribuíram para alcançar os resultados obtidos.

Aos professores Geraldo Di Giovanni e Sônia Draibe, pela constante preocupação em formar pesquisadores comprometidos com o desenvolvimento das políticas sociais no Brasil.

À Regina Faria, pelo aprendizado e amadurecimento profissional.

Aos colegas e professores do curso de Mestrado em Economia Social e do Trabalho, pelo convívio e estímulo intelectual.

À Nanda, Débora, Jane, Tereza, Juliana, Camila, Angélica, Regina Hirata, Bia, Milko, Rogério, Alessandro, Serginho e Thaís, pela força e amizade.

A todos os profissionais do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da UNICAMP, pelo apoio e auxílio em diversas situações.

Ao Instituto de Economia da UNICAMP, por todas as facilidades disponibilizadas (salas de estudo, computadores, impressoras, biblioteca, etc.).

À FAPESP, pela concessão de bolsa de estudo em apoio às atividades de pesquisa que resultaram na dissertação.

Ao Rogério, pelo estímulo e compreensão.

À minha família, pelo apoio em todos os momentos.

E a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para tornar tudo isso possível.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	01
1. ESTADO, REGULAÇÃO E SAÚDE.....	05
1.1. Mudanças Recentes nas Funções do Estado Contemporâneo	05
1.2. Bases Teóricas da Regulação.....	16
1.3. Especificidades do Setor Saúde	31
2. EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL: SISTEMAS DE SAÚDE E REGULAÇÃO	41
2.1. Estados Unidos da América.....	45
2.2. Argentina	56
2.3. Chile.....	82
2.4. Colômbia.....	104
3. SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: TRAJETÓRIA E CARACTERIZAÇÃO	121
3.1. Expansão da Saúde Suplementar no Brasil	121
3.2. O Mercado Brasileiro de Saúde Suplementar.....	136
3.3. Oferta e Demanda por Planos Privados de Assistência à Saúde.....	160
4. REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL	181
4.1. Construção do Marco Jurídico da Regulação	182
4.2. Breve Caracterização da Legislação	189
4.3. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS	203
4.4. Fragilidades.....	216
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	225
BIBLIOGRAFIA	229

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Capítulo 1

Quadro 1.1: Principais características dos modelos de governança	14
Quadro 1.2: Falhas na regulação por propriedade pública e por delegação	23
Quadro 1.3: Comparação dos modelos de regulação: <i>deterrence</i> x <i>compliance</i>	24
Quadro 1.4: Características do ambiente regulatório	27
Quadro 1.5: Falhas na relação entre as empresas seguradoras e os usuários	37

Capítulo 2

Quadro 2.1: Tentativas de reforma do sistema de saúde dos EUA	51
Quadro 2.2: Tipos de Organizações Gerenciadoras de Saúde nos EUA	52
Quadro 2.3: Principais itens submetidos à regulação estadual nos EUA	61
Quadro 2.4: Instrumentos utilizados para regulação do setor saúde nos EUA.....	64
Quadro 2.5: Fontes de financiamento do sistema de saúde argentino.....	77
Quadro 2.6: Fragilidades do sistema de saúde chileno.....	98
Quadro 2.7: Tipos de subsídios públicos no sistema de saúde chileno	104
Quadro 2.8: Estrutura do sistema de saúde colombiano.....	111
Quadro 2.9: Os direitos no Sistema de Seguridade Social da Colômbia.....	118
Tabela 2.1: Indicadores demográficos e sócio-econômicos (2001)	42
Tabela 2.2: Cobertura da população não-idosa dos EUA, por faixa de renda, segundo o tipo de cobertura (2000)	55
Tabela 2.3: Cobertura da população não-idosa dos EUA, por grupo populacional, segundo o tipo de cobertura (2000)	56
Tabela 2.4: Indicadores de gasto com saúde nos EUA (1960-2000)	58
Tabela 2.5: Indicadores de gasto público e privado com saúde nos EUA (1960-1996)	59
Tabela 2.6: Estratificação das Obras Sociais Sindicais e de Pessoal de Direção, por faixa de contribuição (1999)	74
Tabela 2.7: Indicadores de gasto do sistema de saúde argentino (1997)	78
Tabela 2.8: Distribuição da população beneficiária das ISAPREs e do FONASA por faixa etária (1998)	93
Tabela 2.9: Fontes de financiamento do sistema de saúde chileno (1974-1998)	94

Capítulo 3

Quadro 3.1: Caracterização das empresas operadoras de planos privados de assistência à saúde no Brasil	140
Tabela 3.1: Distribuição dos usuários da autogestão e do valor médio do custo per capita mensal, segundo a faixa etária (2000-2002)	145
Tabela 3.2: Evolução do segmento de medicina de grupo no Brasil (1998-2001)	148
Tabela 3.3: Distribuição do prêmio total e da sinistralidade acumulada do mercado segurador por ramo de seguro no Brasil (2002)	157
Tabela 3.4: Prêmio ganho pelas seguradoras especializadas em saúde no Brasil (2002)	158
Tabela 3.5: Distribuição regional das operadoras com registro provisório e operadoras ativas na ANS (2002)	162
Tabela 3.6: Distribuição das operadoras por origem dos dados, segundo o tipo de operadora (2001-2002)	163
Tabela 3.7: Distribuição das operadoras e usuários segundo o tipo de operadora (2001)	164
Tabela 3.8: Faturamento das empresas operadoras e valor médio anual por operadora e por usuário (2002)	167
Tabela 3.9: População coberta por seguros e planos de saúde no Brasil, segundo a PNAD, a ANS e entidades representativas das operadoras	169
Tabela 3.10: População residente, usuários de planos privados de assistência à saúde e cobertura do mercado de saúde suplementar (2002)	170
Tabela 3.11: População residente, por cobertura de plano de saúde e situação de titular ou dependente, segundo o gênero e os grupos de idade (1998)	172
Tabela 3.12: Distribuição dos titulares de planos de saúde, segundo a situação de ocupação na semana de referência e a forma de acesso (1998)	174
Tabela 3.13: Distribuição dos titulares de planos de saúde por tipo de plano, segundo os ramos de atividade de trabalho (1998)	175
Tabela 3.14: Distribuição dos titulares de planos de saúde por classe de rendimento mensal familiar, segundo as classes de valor mensal desembolsado para pagamento da mensalidade do plano (1998)	177
Tabela 3.15: Distribuição dos titulares de planos de saúde, segundo o responsável pelo pagamento do plano e o pagamento adicional pelo serviço (1998)	178

Capítulo 4

Quadro 4.1: Aspectos regulamentados durante o segundo ciclo de regulamentação da saúde suplementar.....	188
Quadro 4.2: Etapas de construção do marco jurídico e regulatório do mercado brasileiro de saúde suplementar.....	189

Quadro 4.3: Arcabouço normativo do mercado brasileiro de saúde suplementar: legislação principal, regulamentações complementares e outras normas.....	191
Quadro 4.4: Segmentação dos planos de saúde, segundo a forma e a data de contratação, cobertura assistencial, abrangência geográfica do plano e organização da rede de serviços	195
Quadro 4.5: Requisitos necessários para autorização de funcionamento e encerramento das atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde	200
Quadro 4.6: Classificação dos indicadores de desempenho para o período 2002-2003.....	208
Quadro 4.7: Avaliação das metas pactuadas para o ano de 2002	213
Tabela 4.1: Normas produzidas pela ANS nos anos de 2000, 2001 e 2002.....	214
Tabela 4.2: Dados relativos ao sistema de ressarcimento ao SUS em julho de 2001 e novembro de 2002	216
Tabela 4.3: Conhecimento da existência da ANS pelos usuários dos planos de saúde (2001-2002)	222

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Capítulo 1

Figura 1.1: Poder de mercado de acordo com o tipo de estrutura predominante	18
Figura 1.2: Pirâmide de hierarquia da coação regulatória	28

Capítulo 2

Figura 2.1: Esquema de opções de acesso ao sistema de saúde chileno	90
Figura 2.2: Estrutura do Sistema Nacional de Saúde da Colômbia, vigente até 1993	107
Figura 2.3: Colômbia: estrutura de subcontas do Fundo de Solidariedade e Garantia	114
Gráfico 2.1: Gasto total com saúde per capita e como % do PNB (2000)	43
Gráfico 2.2: Participação do gasto público e privado no gasto total (2000)	44
Gráfico 2.3: Participação do gasto com planos de saúde no gasto total privado (2000)	45
Gráfico 2.4: Cobertura dos planos de saúde entre a população coberta por planos coletivos nos EUA (1988-2001)	54
Gráfico 2.5: Distribuição do gasto com saúde nos EUA por origem do gasto (2000)	57
Gráfico 2.6: Distribuição do gasto com saúde nos EUA por tipo de serviço (2000)	57
Gráfico 2.7: Distribuição da população da Argentina por cobertura de saúde (1997)	76
Gráfico 2.8: Distribuição regional da cobertura do setor público (FONASA) e do setor privado (ISAPREs) no Chile (1998)	92
Gráfico 2.9: População coberta pelo sistema de saúde colombiano (1999)	112

Capítulo 3

Figura 3.1: Esquematização do sistema de saúde brasileiro.....	144
Gráfico 3.1: Distribuição geográfica dos usuários dos planos de autogestão (2000)	154
Gráfico 3.2: Financiamento dos planos de autogestão (2000)	146
Gráfico 3.3: Formas de pagamento dos planos de autogestão (2000)	146
Gráfico 3.4: Distribuição geográfica dos usuários da medicina de grupo (2002)	150
Gráfico 3.5: Distribuição geográfica dos usuários da Unimed (1998)	152
Gráfico 3.6: Proporção de médicos cooperados à Unimed (1998)	153
Gráfico 3.7: Proporção de prêmios arrecadados pelas seguradoras no segmento saúde (2003)	159
Gráfico 3.8: Quantidade de operadoras por faixa de usuários (2001)	165

Gráfico 3.9: Curva de distribuição dos usuários por operadoras ativas (2001)	166
Gráfico 3.10: Distribuição de usuários de planos privados de assistência à saúde por tipo de operadora, segundo diferentes fontes (2001-2002)	171
Gráfico 3.11: População coberta por plano de saúde segundo a auto-avaliação do estado de saúde (1998)	173
Gráfico 3.12: População coberta por plano de saúde segundo as classes de rendimento familiar mensal (1998)	176
Gráfico 3.13: Titulares de planos de saúde com cobertura para consultas, internações hospitalares e exames complementares, segundo o gênero e a faixa etária (1998)	179
Gráfico 3.14: Titulares de planos de saúde com cobertura para consultas, internações hospitalares e exames complementares, segundo as classes de rendimento mensal familiar e as classes de desembolso mensal para pagamento da mensalidade do plano (1998)	180

Capítulo 4

Figura 4.1: Estrutura organizacional da ANS – primeira gestão (2000-2003)	206
Gráfico 4.1: Evolução do coeficiente de denúncias dos usuários e da taxa de operadoras fiscalizadas pela ANS (2000-2002)	215

RESUMO

O presente trabalho analisa os mecanismos adotados pela esfera pública para regular o mercado de saúde suplementar no Brasil. Para tanto, resgata o debate sobre as mudanças nas funções do Estado contemporâneo e suas relações com os principais conceitos da teoria econômica sobre o tema da regulação e as especificidades do setor saúde; apresenta um levantamento dos sistemas de saúde e da regulação da saúde suplementar em quatro países representativos da recente experiência internacional no continente americano; identifica a trajetória de expansão da saúde suplementar no Brasil, procurando caracterizar o perfil da oferta e da demanda por planos privados de assistência à saúde; e discute o processo de construção da política regulatória, identificando as principais inovações trazidas pela legislação nacional. Os resultados do trabalho mostram que, apesar de diversos avanços obtidos no período 1998-2003, a regulação do mercado brasileiro de saúde suplementar não foi capaz de equacionar positivamente diversas questões importantes, conformando um conjunto amplo de desafios estratégicos que precisam ser encaminhados com urgência pelo setor público no sentido de garantir a própria sustentabilidade do mercado.

INTRODUÇÃO

A regulação do mercado privado de assistência à saúde (saúde suplementar) constitui um dos temas de fundamental importância no debate atual acerca dos rumos do sistema de saúde no Brasil, seja pelas dimensões do mercado, que abrange mais de duas mil empresas operadoras de planos privados de assistência à saúde, oferecendo cobertura para cerca de 25% da população brasileira e mobilizando mais de R\$ 20 bilhões por ano, seja porque se trata de um setor da atividade econômica que apresenta uma série de problemas estruturais relativos à coletivização dos riscos, ao acesso aos produtos e serviços ofertados e aos custos a eles relacionados.

Além disso, a experiência brasileira na criação de instituições voltadas para a regulação econômica de mercados privados é recente, sendo que as primeiras agências reguladoras foram criadas somente a partir da segunda metade da década de 1990, em meio ao processo de privatização dos mercados de energia elétrica, telecomunicações e petróleo. No âmbito da saúde, as duas agências existentes são ainda mais recentes, sendo que a Agência Nacional de Saúde Suplementar, órgão criado para regular as operações do mercado privado de assistência à saúde, iniciou suas atividades há pouco mais de três anos.

O objetivo geral da dissertação consiste em realizar um diagnóstico da regulação do mercado brasileiro de saúde suplementar face aos principais conceitos da teoria econômica sobre o tema da regulação e à experiência internacional de países selecionados, tendo como pano de fundo a trajetória e a caracterização da saúde suplementar no Brasil. Mais especificamente, trata-se de identificar os mecanismos utilizados pelo setor público para regular o mercado brasileiro de saúde suplementar, enfatizando seus alcances e limites.

Três hipóteses de trabalho nortearam o desenvolvimento da pesquisa:

1. O setor saúde, do ponto de vista econômico, apresenta características próprias que o distinguem das demais áreas da atividade econômica – grande envolvimento do setor público, forte presença de eventos de incerteza, assimetria de informações entre ofertantes e demandantes, e grande volume de externalidades, implicando custos e benefícios de difícil mensuração – e deve ser analisado levando em consideração sua própria especificidade;

2. O mercado de saúde suplementar caracteriza-se por ser um mercado imperfeito e, como tal, não pode ser operado livremente, demandando regras para preservar o interesse público e para garantir a relação entre consumidores, operadores e prestadores de serviço; e
3. O desempenho da política adotada para regular, controlar e fiscalizar o mercado de saúde suplementar depende, de um lado, da adequação entre o modelo de regulação adotado e as características da saúde suplementar no Brasil e, de outro, dos instrumentos operacionais e institucionais desenvolvidos para esta finalidade.

A estrutura da dissertação contempla quatro capítulos e um item para as considerações finais. O primeiro capítulo aborda os aspectos mais gerais da questão regulatória, identificando, de um lado, as razões do fortalecimento da função reguladora do Estado no âmbito das reformas ocorridas a partir da década de 1970, e, de outro, a relação entre os principais conceitos econômicos que justificam a intervenção pública nos diferentes mercados através dos mecanismos de regulação, assim como as especificidades do setor saúde, especialmente do mercado de assistência à saúde.

O capítulo dois traz a análise da experiência internacional – segunda etapa da pesquisa – mediante o estudo de quatro países selecionados, representativos de diferentes padrões de sistemas de saúde, e inclui uma descrição das características dos sistemas de saúde desses países, abrangendo seus antecedentes, estrutura atual, financiamento e cobertura, assim como as políticas de regulação adotadas em cada caso.

O terceiro capítulo focaliza o mercado brasileiro de saúde suplementar, procurando identificar sua trajetória de constituição e consolidação, assim como as características das principais modalidades de operadoras que atuam no setor. Apresenta, ainda, dados quantitativos que possibilitam identificar o perfil dos usuários de planos privados de assistência à saúde e das empresas responsáveis por sua operação.

O quarto e último capítulo, de natureza mais descritiva, trata especificamente da questão da regulação da saúde suplementar no Brasil, incluindo uma discussão sobre as etapas de construção do marco legal da regulação e uma breve caracterização da legislação que regulamenta o setor, identificando suas principais inovações. A Agência Nacional de Saúde Suplementar, órgão criado para regular, normatizar, controlar e fiscalizar as atividades de

assistência suplementar à saúde, constitui objeto de discussão e análise deste capítulo, que também identifica um conjunto de fragilidades que podem comprometer a eficácia da regulação e, em última instância, a própria sustentabilidade do mercado.

As principais conclusões são apresentadas no item de considerações finais.

1. ESTADO, REGULAÇÃO E SAÚDE

O objetivo deste primeiro capítulo é identificar as relações entre as recentes mudanças nas funções do Estado contemporâneo, as justificativas para a adoção de políticas públicas regulatórias e as necessidades de regulação do mercado de saúde suplementar. A metodologia utilizada consistiu principalmente de pesquisa documental, procurando identificar as diversas interpretações existentes na literatura sobre os temas analisados, especialmente no que diz respeito à questão da regulação – tipos e modelos de regulação, características do ambiente regulatório, especificidade das agências, possíveis falhas, etc.

Inicialmente, procurou-se realizar uma discussão a respeito das principais características da chamada Reforma do Estado, destacando as mudanças relacionadas com o modo de intervenção estatal na atividade econômica, em especial a transformação de seu papel regulador, mediante a atuação cada vez mais freqüente das agências reguladoras independentes. Em seguida, foram identificadas as bases teóricas da regulação econômica, enfatizando as razões que justificam a adoção dos mecanismos de regulação pública nos diferentes mercados, assim como seus alcances e limites. Por fim, incorporando contribuições da Economia da Saúde, foram analisadas as principais características do setor saúde, buscando identificar em que medida essas características implicam um tipo diferenciado de atuação por parte da esfera pública.

1.1. Mudanças recentes nas funções do Estado Contemporâneo

O conjunto das transformações ocorridas no âmbito do Estado nos últimos vinte anos está relacionado à crise de um determinado padrão de intervenção estatal, que se consolidou após a Segunda Guerra Mundial e entrou em declínio a partir da década de 1970, por conta da perda de dinamismo das principais economias ocidentais. Este padrão foi marcado por políticas ativas de intervenção estatal, com o objetivo de promover a necessária acumulação de capital para o crescimento econômico, seja através do manejo das políticas monetária, fiscal e cambial, seja mediante a realização de investimentos públicos diretos. Além disso, a montagem de uma ampla rede de proteção social nos principais países avançados representou uma tentativa de assegurar níveis mínimos de equidade através de políticas

públicas de transferência de renda, possibilitando a conjunção positiva de crescimento econômico e redistribuição.

Do ponto de vista teórico, essa inflexão na forma de atuação do Estado representou questionar os fundamentos da teoria *keynesiana* e de sua variante, a chamada Economia do Desenvolvimento. Partindo da premissa da incapacidade dos mecanismos de mercado para realizar a formação de capital necessária para o desenvolvimento econômico, assim como do reconhecimento da importância da dimensão e composição dos investimentos, essas teorias defendiam a adoção de políticas econômicas ativas a fim de maximizar a taxa de inversão e otimizar a composição dos investimentos. Dessa forma, o Estado deveria atuar diretamente no sentido de promover e regular o processo de desenvolvimento econômico, criando assim as condições necessárias para a industrialização e o crescimento.

Com o surgimento do processo de estagflação nos anos 70 (baixo crescimento econômico combinado com altas taxas de inflação), as políticas econômicas de natureza *keynesiana* passaram a ser duramente criticadas. Em sua essência, essas críticas enfatizavam a ineficiência da intervenção estatal na atividade econômica, identificando a imperfeição do Estado como parte fundamental do problema. Essa imperfeição, por sua vez, estava associada à própria natureza do Estado, constituído por um grande número de atores com interesses próprios e comportamento caracterizado por estratégias de maximização de interesses pessoais, tornando o próprio Estado refém desses interesses, nem sempre coincidentes com os interesses da sociedade. Além disso, o Estado não teria sido capaz de realizar adequadamente os investimentos necessários em setores onde possui vantagens comparativas, tais como atividades de segurança e serviços de utilidade pública, ao mesmo tempo em que sua participação em atividades em que o mercado apresenta maiores vantagens teria representado um desvio prejudicial de recursos. Dessa forma, o Estado não seria capaz, por sua própria natureza, de fornecer os recursos necessários ao adequado desenvolvimento da atividade econômica, assim como sua presença contribuiria para a perda de eficiência no funcionamento dos setores onde não apresenta vantagens comparativas.

Mais recentemente, novas abordagens teóricas recolocaram o Estado como variável central para o processo de desenvolvimento econômico e social, como parece indicar as

recomendações do Banco Mundial em seus diversos relatórios de desenvolvimento ao longo da década de 1990. Refletindo a discussão dos anos 70 e 80 sobre as imperfeições do Estado, o Relatório de 1991 enfatizava que a atuação do Estado deveria ser complementar à atuação do mercado, ao mesmo tempo em que sua intervenção na atividade econômica deveria ser limitada para não criar situações que conduzissem ao fracasso, tais como políticas protecionistas, repressão financeira e controle de preços. Em 1993, ao analisar os processos de crescimento e desenvolvimento de países asiáticos, o relatório daquele ano apresentou uma mudança em sua abordagem sobre o papel do Estado, na medida que reconhecia que intervenções estatais seletivas no mercado poderiam beneficiar seu funcionamento e ter efeitos positivos no crescimento econômico. A idéia do Estado como parceiro eficaz no processo de desenvolvimento dos países foi retomada em 1997, mediante a atuação em três níveis diferentes de funções, substituindo a questão da dimensão do Estado pela questão da eficácia. Finalmente, o Relatório de 1999/2000, ao abordar as recentes mudanças decorrentes do processo de globalização econômica, reconheceu que os governos desempenhavam um papel fundamental no desenvolvimento dos países e que não havia um conjunto simples de regras a ser seguido, dada a grande diversidade de capacitações existentes em cada país, seu nível de desenvolvimento, condições externas, etc. Dessa forma, como mostra a evolução das abordagens do Banco Mundial, cuja síntese é representativa do pensamento econômico dominante, é possível identificar uma tentativa de reinterpretação da participação do Estado no processo de desenvolvimento econômico e social dos diferentes países, apontando para uma retomada da importância do papel do Estado nesse processo, assim como o reconhecimento de que uma forma equivocada de intervenção pode ser altamente prejudicial.

Contudo, se é verdade que o Estado continua possuindo importância no processo de desenvolvimento sócio-econômico das nações, é preciso reconhecer que, com a consolidação do processo de globalização econômica, ocorreu uma certa redução da autonomia das políticas públicas estatais, com claras implicações sociais e políticas.

Martins (1996) identifica que a globalização pode ser entendida como o resultado da multiplicação e da intensificação das relações que se estabelecem entre os diferentes agentes econômicos situados nos mais diferentes pontos do espaço mundial e que, para avançar, requer a abertura dos mercados nacionais e a supressão de barreiras à livre

movimentação dos capitais. O processo de globalização da economia pode ser descrito então como um fenômeno cuja natureza repousa sobre o predomínio dos mecanismos de mercado sobre os fatores constitutivos da vida sociocultural, tendo como pré-requisito a liberdade de movimento de todos os agentes econômicos em escala global. Não se refere, portanto, a relações entre nações, mas a forças supranacionais, em especial aquelas associadas ao capital financeiro, que condicionam o funcionamento das sociedades nacionais.

De acordo com Plihon (1995), as próprias políticas macroeconômicas pró-mercado, que substituíram as políticas de natureza *keynesiana* e foram implementadas pela maioria dos países desenvolvidos a partir da década de 70, estão na origem do crescimento do processo de globalização financeira e dos desequilíbrios internacionais. Isso significa que as políticas públicas desses países tiveram uma grande responsabilidade pelas mudanças que desestabilizaram a economia mundial, na medida em que privilegiaram os interesses do capital financeiro em detrimento das conquistas sociais obtidas no período anterior. Plihon destaca que a mudança de direção das políticas econômicas foi marcada pelo rigor monetário e pelo rigor salarial, objetivando reduzir e controlar o processo de estagflação que passou a caracterizar as economias centrais no último quartel do século XX. Para alcançar esse objetivo, o aumento das taxas de juros e a desaceleração do consumo foram variáveis fundamentais, implicando, de um lado, desaceleração da acumulação do capital produtivo e, de outro, crescimento dos déficits públicos e da dívida pública, maior liberalização financeira para atrair capitais, aumento do capital financeiro especulativo e conseqüente instabilidade financeira. Nesse sentido, a lógica da especulação, motivada pelas políticas econômicas ortodoxas, passou a prevalecer sobre a lógica da produção. O resultado de todo esse processo, destaca o autor, foi a impotência das autoridades monetárias nacionais diante do grande capital financeiro.

Outro ponto importante a ser destacado é que essas transformações ocorridas no âmbito do Estado colocaram em discussão a pertinência dos sistemas de proteção social que haviam sido consolidados durante o século XX. Para Mérrien (1994), a crise financeira do Estado, impondo limitações para a base de financiamento dos gastos sociais, estaria na origem da chamada crise do Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*), cujo desenvolvimento

histórico pode ser decomposto em três períodos distintos: (1) construção e desenvolvimento; (2) estabilidade; e (3) crise.

A fase de construção teria tido seu início no final do século XIX, podendo ser descrita como uma fase de emergência e de elaboração de novos paradigmas das políticas sociais. Praticamente todos os países desenvolvidos da época teriam empreendido uma reflexão sobre as novas maneiras de tratar os problemas sociais conhecidos, tais como a indigência, a velhice, a saúde pública, acidentes do trabalho, entre outros. Tratava-se de uma fase de experimentação e de formulação de políticas, onde os *experts* estavam divididos sobre os limites da proteção social, as categorias sociais que deveriam ser beneficiadas, o montante das contribuições, os riscos que deveriam ser cobertos, o modo de gestão do sistema, etc. O Estado progressivamente passou a tomar um número significativo de iniciativas para promover a proteção social dos trabalhadores e dos mais pobres, suplantando os agrupamentos privados na esfera da reprodução social e tendo reconhecimento da sociedade, apesar de resistências iniciais.

Segundo Mérrien, vários teriam sido os motivos que conduziram os diferentes Estados a colocar a questão das políticas sociais na agenda governamental – vontade de conter a pressão operária, de aportar uma resposta ao crescimento dos críticos, de reforçar uma estratégia clientelista, melhorar a produtividade da força de trabalho, etc. – e não se pode reduzir o processo a um único motivo. As diferenças entre os diversos países seriam outro aspecto a ser ressaltado nesse período, notadamente as diferenças entre o modelo alemão, o caso britânico, o caso francês, o modelo americano e o caso sueco, revelando a existência de caminhos diferentes.¹

A segunda fase – estabilização – teria começado após a Segunda Guerra Mundial, tendo sido marcada pela ampliação dos mecanismos de proteção social em praticamente todos os países desenvolvidos, amparada por políticas econômicas keynesianas de gastos públicos e situação de pleno emprego. Se antes da guerra a proteção social havia sido totalmente

¹ Como destaca Arretche (1995), existem diversas teorias explicativas a respeito da origem e do desenvolvimento do Estado de Bem-Estar Social nos países centrais, podendo ser classificadas, para fins de análise, em dois grandes grupos: (1) teorias cujos condicionantes principais são de ordem econômica, envolvendo a questão da industrialização e da necessidade de acumulação de capital, e (2) teorias que enfatizam a predominância de condicionantes de ordem político-institucional, abrangendo a idéia de ampliação de direitos (civis, políticos e sociais), acordos envolvendo capital e trabalho, mobilizações da classe trabalhadora e configurações históricas particulares de estruturas estatais e instituições políticas.

orientada em direção a grupos específicos, tais como os indigentes ou os trabalhadores abaixo de um certo nível de renda, após a guerra a proteção social estendeu-se progressivamente a todas as camadas da população na maioria dos países desenvolvidos: primeiro aos assalariados e, em seguida, aos não-assalariados. Esta “revolução” na concepção de proteção social teria sido fortemente influenciada pela ação de William Beveridge na Inglaterra e a criação do Sistema Nacional de Saúde (NHS), em 1946, marcando o aspecto universalista das políticas sociais do período. Na França, por sua vez, o plano de Seguro Social de 1945 procurou estender os benefícios ao conjunto da população através de um fundo único, cuja gestão era feita por organizações sindicais e patronais. Mas foi na Suécia que efetivamente instituiu-se um modelo redistributivo de proteção social, permanecendo até recentemente como um ideal de conciliação dos princípios da economia de mercado e da justiça social. Enfim, durante todo esse período, os diferentes Estados de Bem-Estar Social, com exceção dos EUA, tiveram em comum o objetivo de realizar a prática de uma cobertura social cada vez mais extensa.

Finalmente, a fase da crise dos sistemas de proteção social teria iniciado na década de 80, com a ascensão do pensamento econômico de natureza neoliberal, colocando em xeque a pertinência do modelo “keynesiano”. A crise financeira do Estado teria ocorrido sobre uma renovação das doutrinas liberais, abalando a legitimidade das suas formas anteriores de desenvolvimento. Tratava-se de uma nova situação, caracterizada pela emergência de problemas globais e não setoriais, que exigiam novas soluções. Ao mesmo tempo, a evolução das estruturas demográficas teria sido responsável por agravar a fragilidade financeira dos Estados.

Esta visão da crise é compartilhada por autores como Esping-Andersen (1997), cuja análise identifica a existência de falhas estruturais no próprio modelo de Estado de Bem-Estar Social, cuja consolidação teria ocorrido em um momento específico do processo de desenvolvimento econômico dos países centrais. Dessa forma, mudanças recentes no perfil do mercado de trabalho, com impactos significativos sobre o aumento da taxa de desemprego e a deterioração da qualidade dos vínculos empregatícios, e mudanças demográficas e sociais, decorrentes do processo de envelhecimento populacional, alterações no perfil da estrutura familiar, maior participação feminina no mercado de

trabalho, entre outras, configurariam uma situação de novos riscos e necessidades cujos sistemas de proteção social não seriam mais capazes de atender.

Apesar do constrangimento financeiro imposto às políticas sociais por conta das mudanças na política econômica das últimas décadas, diversos autores questionam o suposto dismantelamento dos sistemas de proteção social dos países centrais em função das políticas de ajuste macroeconômico. Já no final da década de 1980, Draibe e Henrique (1988), em artigo onde analisam a contribuição de diversos autores para o entendimento da crise do *Welfare State*, chamam a atenção para a necessidade de um tratamento mais autônomo da questão, identificando a existência de diferentes interpretações para os determinantes da crise. Para essas autoras, a crise do Estado de Bem-Estar Social precisa ser entendida não apenas como uma crise de natureza fiscal, mas também como uma crise decorrente da interação de múltiplas causas: perda de eficácia social das políticas; excessiva centralização dos processos decisórios; burocratização dos programas sociais; perda de legitimidade e baixa capacidade de resistência da opinião pública; colapso do pacto político do pós-guerra sobre o qual repousava os sistemas de proteção social que haviam se consolidado nos países centrais; incapacidade das políticas sociais de responder aos novos valores das “sociedades pós-industriais”; etc. Além disso, argumentam que o *Welfare State* não estaria passando de fato por uma crise, mas sofrendo mudanças em sua natureza: “os problemas enfrentados atualmente pelo Estado Benfeitor dizem respeito muito mais a pressões por sua mudança, que propriamente a uma crise ou esgotamento de uma dada forma de intervenção social do Estado” (Draibe e Henrique, 1988:56).

Seguindo essa mesma linha de raciocínio, Pierson (1995) sustenta que o alto grau de consolidação dos benefícios sociais nos países centrais – grau de enraizamento das políticas sociais nas diferentes sociedades – possibilitou a formação de uma ampla rede de interesses que foi capaz de minimizar ou mesmo neutralizar as tentativas de mudanças propostas pela agenda de reforma dos anos 90, centrada na adoção de políticas sociais focalizadas, controle do gasto público e mercantilização das condições de acesso. Essa ampla coalizão, formada sobretudo pela burocracia estatal, pelos prestadores de serviços e pelos beneficiários das políticas sociais, mediante a constatação de que as alterações propostas implicariam perdas concentradas e benefícios difusos, teria conseguido vetar a implantação

das reformas, garantindo assim a sustentabilidade dos benefícios sociais, de modo que não teria ocorrido um desmantelamento do sistema de proteção social.

De todo modo, o ponto a ser ressaltado é que as recentes mudanças no papel do Estado implicaram transformações também no âmbito das políticas sociais e no próprio padrão de *Welfare State* consolidado no período do pós-guerra nos principais países desenvolvidos, ainda que essas transformações possam não representar um verdadeiro esgotamento desse padrão.

No bojo das recomendações referentes às necessidades de mudança nas funções do Estado, de modo a torná-lo mais eficiente na adoção de políticas capazes de promover simultaneamente a justiça social e a manutenção dos direitos de propriedade e dos contratos, Bresser Pereira (1997), analisando a chamada crise do Estado e as alternativas para seu enfrentamento, destaca a existência de quatro questões que devem ser enfrentadas no processo de reconstrução do Estado: (1) a delimitação do tamanho do Estado; (2) a redefinição do seu papel regulador; (3) o fortalecimento da capacidade de implementar adequadamente as políticas formuladas pelo Estado (*governance*); e (4) o aumento da capacidade política de governar (*governabilidade*). Essas quatro questões seriam justificadas pela própria crise do Estado, cujas manifestações mais evidentes seriam a crise fiscal, o esgotamento do modo de intervenção estatal na atividade econômica e a superação da forma burocrática de administrar o Estado.

Segundo Bresser Pereira, a redução do tamanho do Estado deve ser feita mediante programas de privatização de empresas estatais que atuam nas atividades de produção de bens e serviços para o mercado, transferência de serviços sociais e científicos para o setor público não estatal (*publicização*) e terceirização das atividades auxiliares e de apoio. De modo semelhante, a redefinição do papel regulador do Estado está associada, de modo geral, à adoção de mecanismos que reduzam o custo do cumprimento das regulamentações para o setor privado, ao mesmo tempo em que se busca tornar mais transparentes as regras de funcionamento dos mercados, estimulando assim sua eficiência. Já a questão da governança estatal, que diz respeito ao fortalecimento das condições financeiras e administrativas para implementar ações, implica resolver a crise fiscal do Estado, fortalecer as instituições públicas responsáveis pela formulação e execução de políticas, assim como

pelas atividades de regulação, e tornar a administração pública mais moderna e eficiente. Finalmente, o aumento da governabilidade, expressa na capacidade política para governar, deve ser alcançado através de instrumentos que sejam capazes de elevar a legitimidade do Estado perante a sociedade e da adequação das instituições políticas para a intermediação dos interesses.

Como pode ser deduzido a partir dessas recomendações, a reconstrução do Estado deve ser entendida como um processo de redefinição de seu papel na sociedade e de delimitação de sua área de atuação. Trata-se, portanto, da progressiva substituição do Estado intervencionista por um Estado regulador ou, dito de outra forma, de uma alteração da própria forma de regulação, uma vez que a regulação baseada na propriedade pública estatal, historicamente adotada por muitos países para o desenvolvimento de setores caracterizados como monopólios naturais, passou a ser substituída pela regulação por delegação, na qual o poder decisório é delegado para instituições independentes, como é o caso das agências reguladoras, que formulam e aplicam regras para o funcionamento desses mercados, agora sob propriedade privada.

De acordo com Majone (1999), o processo de fortalecimento do Estado regulador pode ser identificado como uma mudança do próprio modelo de governança, cujas características de funcionamento seriam bastante distintas daquelas presentes no Estado positivo (intervencionista). As limitações orçamentárias, por exemplo, constituiriam uma das diferenças cruciais entre as políticas reguladoras e aquelas que envolvem o dispêndio direto de recursos, na medida em que a elaboração de regras não é afetada diretamente pelas limitações orçamentárias, diferentemente dos gastos públicos. De fato, “o orçamento público é uma limitação leve que se impõe aos formuladores de regras, porque o custo real dos programas não é absorvido pelos reguladores, mas por aqueles que têm de obedecer à regulação” (Majone, 1999:15). A decorrência dessa característica é que, no Estado regulador, a arena do processo orçamentário é substituída pela arena do processo regulatório como principal fonte de conflito.

Outra diferença importante seria a atuação de novas estruturas organizacionais e novos arranjos institucionais, tais como as agências reguladoras e as instâncias de supervisão sobre as decisões das agências (tribunais e comissões parlamentares). Dessa forma, novos

atores passariam a adquirir importância fundamental na arena política, implicando fortalecimento dos profissionais responsáveis pela formulação e execução das regras (técnicos, especialistas e reguladores), assim como por aqueles que devem examinar judicialmente os conflitos decorrentes das decisões das agências (juizes). A interação desses atores no novo quadro institucional seria marcada, por sua vez, por uma atuação de natureza mais pluralista, em oposição ao comportamento corporativista predominante no Estado positivo. Com base nessas características, o Quadro 1.1 sintetiza as principais diferenças entre o Estado positivo e o Estado regulador.

Quadro 1.1

Principais características dos modelos de governança

Item	Modelos de Governança	
	Estado Positivo	Estado Regulador
Principais funções	Redistribuição, estabilização macroeconômica	Correção de falhas de mercado
Instrumentos	Tributação (ou tomar fundos emprestados) e gastos	Formulação de regras
Arena principal de conflito político	Alocações orçamentárias	Revisão e controle da formulação de regras
Instituições características	Congresso, departamentos ministeriais, empresas nacionais, serviços de bem-estar social	Comissões parlamentares, agências e comissões independentes, tribunais
Atores-chave	Partidos políticos, funcionários públicos, grupos corporativos	Movimentos em prol de questões singulares, agências reguladoras, peritos, juizes
Estilo de políticas	Discricionário	Limitado por regras, legalista
Cultura de políticas	Corporativista	Pluralista
Responsabilização política	Direta	Indireta

Fonte: Majone (1999).

No Brasil, essa mudança de orientação nas funções do Estado entrou para a agenda governamental e ganhou força sobretudo a partir da década de 1990, com os processos de reforma administrativa e de privatização de empresas estatais. Já em 1995, o *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado* (Mare, 1995), identificava a existência de quatro setores do Estado brasileiro que demandavam algum tipo de transformação:

- Núcleo Estratégico: corresponde ao governo, em sentido amplo, responsável pela definição das leis e das políticas públicas, assim como pela cobrança do seu cumprimento. Trata-se de um setor estratégico e corresponde aos Poderes Legislativo e Judiciário, ao Ministério Público e, no Poder Executivo, ao Presidente da República, aos ministros e aos seus auxiliares e assessores diretos, responsáveis pelo planejamento e formulação das políticas públicas;
- Atividades Exclusivas: setor onde são prestados serviços que só o Estado pode realizar e dizem respeito ao poder de regulamentar, fiscalizar, fomentar. As atividades exclusivas incluem os serviços de cobrança e fiscalização tributária, aqueles relacionados à segurança pública, segurança nacional, seguridade social, serviços de trânsito, controle do meio ambiente, serviço de emissão de passaportes, etc.;
- Serviços Não-Exclusivos: setor onde o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não-estatais e privadas. A presença do Estado justifica-se porque são serviços que envolvem direitos humanos fundamentais, como os da educação e da saúde, ou porque possuem externalidades relevantes, na medida que produzem ganhos que não podem ser apropriados por esses serviços através do mercado. Como exemplos, destacam-se as universidades, os hospitais, os centros de pesquisa e os museus;
- Produção de Bens e Serviços para o Mercado: corresponde à área de atuação das empresas estatais e caracteriza-se pelas atividades econômicas lucrativas que ainda permanecem no aparelho do Estado como, por exemplo, as do setor de infra-estrutura. A presença do Estado nesses serviços justifica-se tanto pela ausência de capital privado para realizar os investimentos necessários quanto pelo fato de que constituem atividades naturalmente monopolistas, com grandes economias de escala.

A análise das recomendações permite identificar que a transformação do papel regulador do Estado brasileiro, inserida nos preceitos da chamada *Nova Administração Pública* (Ferlie e outros, 1997), visava sobretudo delimitar a área de atuação do Estado, fortalecendo os setores considerados estratégicos e exclusivos mediante a profissionalização da administração pública, a criação de mecanismos de transferência dos serviços sociais e científicos para as organizações públicas não-estatais e a intensificação do processo de privatização das empresas estatais produtoras de bens e serviços para o mercado.

Entretanto, embora a justificativa da transferência para a iniciativa privada da produção de bens e serviços para o mercado tenha sido a redução do tamanho do Estado e a redefinição de seu papel, conferindo-lhe maior capacidade administrativa de governar com eficiência e efetividade, é preciso levar em consideração, no caso brasileiro, a funcionalidade apresentada pelo processo de privatização das empresas estatais na lógica de uma política macroeconômica de estabilização baseada na sobrevalorização do câmbio e no manejo de altas taxas de juros, tendo contribuído para geração de receita destinada ao pagamento da dívida pública, em constante elevação.

1.2. Bases teóricas da regulação

A teoria econômica tradicional associa a questão da regulação com a existência de falhas de mercado, as quais são responsáveis por afetar sua eficiência, assim como o bem-estar da sociedade. Mercados eficientes seriam aqueles que apresentam alocação eficiente de recursos (na produção e no consumo), de tal modo que nenhuma mudança na alocação de recursos poderia ser feita para melhorar o bem-estar de uma pessoa sem reduzir o bem-estar de outra (situação Pareto-eficiente). As falhas de mercado, portanto, implicam situações em que essa condição de eficiência não é alcançada, o que justificaria a utilização de mecanismos de regulação pública para atenuar seus efeitos negativos.

As falhas de mercado, por sua vez, estão relacionadas com as diferentes estruturas de mercado, na medida em que essas falhas constituem características específicas do funcionamento de cada tipo de mercado. A concentração de mercado, a existência de produtos homogêneos ou diferenciados e as condições que cercam a entrada e a saída de novos concorrentes são fatores que permitem classificar os mercados em diferentes tipos de estrutura (concorrência perfeita, concorrência monopolista, oligopólio e monopólio). Convém examinar, portanto, o que caracteriza as estruturas de mercado com mais detalhe, assim como as principais falhas a elas subjacentes.

Mercados puramente competitivos – concorrência perfeita – são caracterizados pela existência de um grande número de pequenos vendedores independentes, de modo que nenhum seja capaz de afetar isoladamente o preço de mercado. Os produtos, por sua vez, são diferenciados pelos compradores apenas através do preço e há completa liberdade de

acesso ao mercado, de modo que não existem barreiras à entrada para novos vendedores. Por fim, todos agentes estão perfeitamente informados sobre tudo o que acontece no mercado. Em um mercado com tais características, não haveria espaço para a existência de falhas ou imperfeições, prevalecendo o equilíbrio entre oferta e demanda, conforme a formulação pioneira de Marshall (1982). Nesse sentido, é preciso destacar que a concorrência perfeita representa uma estrutura de mercado extremamente simplificadora da realidade, com pouca aplicação prática.

A estrutura de mercado na qual os vendedores competem entre si através da comercialização de produtos diferenciados, com alto grau de substituição entre eles, mas que apresenta livre entrada e saída dos concorrentes, é denominado de concorrência monopolista (Robinson, 1965; Chamberlain, 1956). Em um mercado monopolisticamente competitivo, há perda de eficiência econômica, uma vez que os vendedores desfrutam de um certo poder de mercado decorrente do valor atribuído pelos compradores aos produtos diferenciados, tornando o preço de equilíbrio maior do que o preço verificado em um mercado com produtos perfeitamente substitutos (concorrência perfeita); além disso, as empresas vendedoras apresentam capacidade ociosa, ou seja, não utilizam toda a capacidade instalada, de modo que o nível de produção é menor do que o nível capaz de minimizar seu custo médio. Essas ineficiências econômicas são falhas de mercado que, do ponto de vista da teoria microeconômica, representam perda de bem-estar para os consumidores.

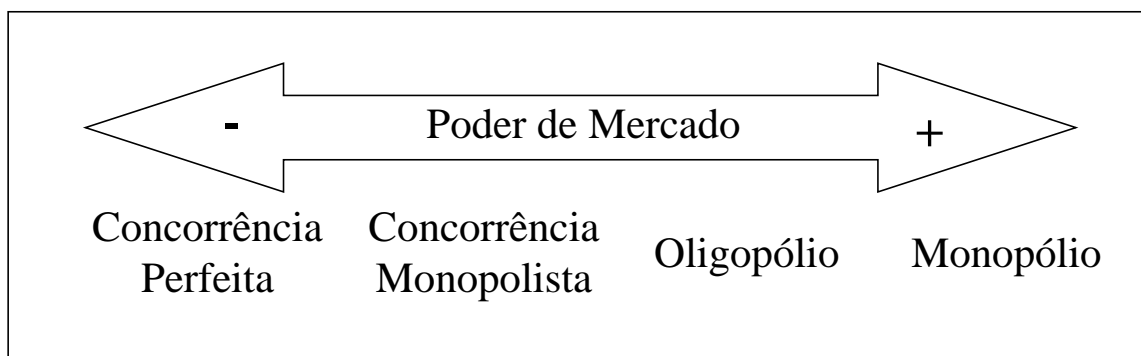
A existência de barreiras à entrada e economias de escala, poucos vendedores atuando no mercado com taxas de lucro positivas e concorrência envolvendo diferentes tipos de estratégias, inclusive referente aos preços dos produtos, representam imperfeições que caracterizam os oligopólios. De acordo com Labini (1986), os oligopólios podem ainda ser classificados como oligopólios diferenciados, concentrados ou mistos, dependendo do grau de diferenciação dos produtos e do nível de concentração do mercado. De todo modo, o importante é verificar que os oligopólios representam as estruturas de mercado predominantes nas sociedades capitalistas, apresentando uma série de falhas decorrentes do alto poder de concentração desses mercados (Steindl, 1983).

Por fim, o monopólio representa o pólo oposto da concorrência perfeita, sendo caracterizado pela existência de um único vendedor de determinado produto e o conseqüente poder de mercado proveniente dessa situação, implicando ineficiência econômica e perda de bem-estar para a sociedade. Em alguns casos, as economias de escala são tão grandes que apenas um produtor é necessário para satisfazer toda a demanda do mercado; nesse caso, diz-se que se trata de um monopólio natural.

As imperfeições decorrentes da existência de mercados muito concentrados, como são os casos das estruturas oligopólicas e dos monopólios, geram arranjos institucionais economicamente ineficientes e incapazes de maximizar o bem-estar agregado da sociedade. Dessa forma, a presença de poder de mercado apresenta situações que muitas vezes demandam algum tipo de intervenção do Estado, evitando a adoção de práticas obstaculizadoras da livre concorrência por parte dos vendedores que já estão no mercado. Nesse sentido, o poder de mercado inerente aos oligopólios e monopólios representaria uma importante falha a ser combatida, mediante políticas de incentivo à concorrência.²

Figura 1.1

Poder de mercado de acordo com o tipo de estrutura predominante



As falhas de competição não constituem, porém, a única distorção nos mercados de bens e serviços. De fato, a literatura sobre o assunto traz uma série de outros problemas subjacentes ao funcionamento dos mercados, o que também justificaria algum tipo de ação regulatória do Estado, como as externalidades produzidas pela produção e pelo consumo de

² Como será visto em seguida, há casos em que a atuação de um único produtor monopolista representa a melhor situação de alocação eficiente de recursos (monopólio natural).

determinado bem ou serviço, a assimetria de informações entre os agentes relevantes, a característica de bens públicos que certos produtos possuem e a configuração de monopólios naturais.

A existência de externalidades constitui um importante grupo de falhas e independe da estrutura de mercado, podendo ser observada tanto nos mercados competitivos como nos oligopólios. As externalidades resultam das atividades de produção e consumo e representam custos ou benefícios que não se encontram refletidos como parte integrante do preço de mercado, ou seja, são externos ao mercado (Pindyck e Rubinfeld, 1994). As externalidades podem ser negativas ou positivas, dependendo do tipo de efeito resultante da ação, impondo custos ou gerando benefícios para outros produtores e consumidores. A poluição decorrente da utilização de automóveis, que afeta o ar que todas as pessoas respiram, é um exemplo de externalidade negativa. Nesse caso específico, o Estado poderia agir através da imposição de mecanismos de controle sobre a emissão de poluentes, incentivando a fabricação de automóveis menos poluentes.

A ausência de informação completa a respeito das variáveis relevantes para as tomadas de decisão dos agentes econômicos constitui outro conhecido grupo de falhas de mercado, mais conhecido como informação assimétrica. Sem o conhecimento perfeito de todos os aspectos quantitativos e qualitativos que influem no mercado, não há como garantir uma decisão racional por parte de produtores e consumidores nas suas escolhas. O fenômeno da seleção adversa, no mercado de seguros, é uma das implicações mais conhecidas da informação assimétrica, uma vez que as pessoas que adquirem seguro saúde tendem a ocultar informações sobre seu real estado de saúde, implicando custos mais elevados para as seguradoras do que aqueles inicialmente planejados. Como decorrência, as seguradoras realizam a seleção de risco, mediante a adoção de mecanismos para restringir o acesso de clientes que apresentam maior risco potencial. A atuação do Estado, em um mercado que apresenta falhas desse tipo, deve consistir na adoção de mecanismos que garantam o acesso dos agentes econômicos à informação adequada, tornando o mercado mais eficiente.

Outro grupo de falhas de mercado é aquele relacionado à existência de bens públicos, cuja produção privada pode não ocorrer de forma eficiente devido às suas características de não-rivalidade e não-exclusividade. A primeira característica (não-rivalidade) está relacionada à

possibilidade de usufruto simultâneo do bem por duas ou mais pessoas sem custo adicional ou prejuízo para qualquer outra; a segunda significa que não se pode excluir outra pessoa do consumo gratuito do bem, impossibilitando a cobrança por sua utilização. Tais características inviabilizariam a constituição de um mercado privado para esses bens, de modo que a intervenção do Estado seria necessária para garantir sua provisão. Um dos exemplos mais típicos de bem público é a defesa nacional: uma vez estabelecida por determinado país, todas as pessoas desse país poderão desfrutar do seu benefício a um custo marginal igual a zero.

Por fim, os monopólios naturais representam um caso específico de estrutura de mercado, com implicações importantes do ponto de vista da concorrência. Dado que os monopólios naturais são aqueles setores que apresentam economias de escala para toda a sua produção, decorrentes da existência de custos fixos muito elevados e custos marginais muito baixos para produzir uma unidade adicional, o número de empresas produtoras que minimiza o custo total da indústria é um. Assim, a concorrência nesse mercado não seria possível nem sequer desejável, de modo que caberia ao Estado criar condições para que esse tipo de produto seja ofertado no mercado. Os serviços de utilidade pública, como os de infraestrutura urbana (geração e transmissão de energia elétrica, telecomunicações, transportes, etc.), são exemplos conhecidos de monopólios naturais.

As falhas de mercado constituem, portanto, a justificativa para a adoção de políticas públicas regulatórias, de acordo com a teoria econômica tradicional, procurando assegurar uma alocação mais eficiente de recursos. De fato, Possas e outros (1998) afirmam que o objetivo central da regulação de atividades econômicas é aumentar o nível de eficiência econômica dos mercados, em suas três dimensões: eficiência produtiva, mediante a utilização dos fatores de produção com máximo rendimento e mínimo custo; eficiência distributiva, buscando a eliminação de rendas monopolísticas ou outros ganhos temporários por parte dos agentes individuais; e eficiência alocativa, garantindo a maximização do bem-estar de produtores e consumidores.

Com relação às formas assumidas pela regulação, Majone (1996) destaca que elas podem ser classificadas em dois tipos básicos: (1) regulação por propriedade pública ou estatização, mediante atuação de empresas públicas estatais, e (2) regulação por delegação,

na qual o poder decisório é delegado para instituições independentes (agências regulatórias) para o controle de empresas de provisão de serviços de utilidade pública e outras atividades de relevância pública.

A regulação por propriedade pública, destaca o autor, foi o principal meio de regulação na área de infra-estrutura durante muito tempo em diversos países, envolvendo as indústrias de energia, água, transportes e telecomunicações. Esses setores exibiam as características de monopólios naturais e a estatização de indústrias-chaves nos séculos XIX e XX foi a solução encontrada por muitos países, objetivando, entre outras coisas, eliminar o poder político e a ineficiência econômica dos monopólios privados, estimular o desenvolvimento econômico em benefício de regiões ou grupos sociais, proteger os consumidores, preservar a soberania nacional, etc. A hipótese central era a de que a propriedade pública aumentaria a capacidade governamental de regular e proteger o interesse público, mediante atuação direta nas decisões de produção e formação de preços.

A estatização como um modo de regulação, contudo, entrou em declínio a partir da constatação de que o interesse público podia ser preservado e desenvolvido face às atividades de mercado mediante a atuação externa de uma agência, utilizando controles legais e incentivos organizacionais. Além disso, a regulação por propriedade pública, ao confundir os papéis de regulação e gerenciamento, não teria sido capaz de promover o interesse dos consumidores, enfraquecendo a capacidade regulatória dos Estados. Dessa forma, a regulação por propriedade pública vem sendo progressivamente substituída pela regulação por delegação, uma vez que as agências reguladoras possibilitariam substituir o poder coercitivo das empresas estatais pela característica da credibilidade, na medida em que possuem independência de atuação e recebem permissão para operar fora da linha de controle hierárquico e de supervisão do governo central.³

A especificidade das agências reguladoras independentes, enquanto mecanismos institucionais de regulação pública, repousa basicamente na identificação de três

³ A referência histórica do modelo de regulação por delegação, centrado na figura das agências reguladoras, são os Estados Unidos. A criação das agências envolveu um conjunto extenso e diversificado de áreas: mercado de capitais, meio ambiente, sistema financeiro, alimentos, transportes, medicamentos, telecomunicações, seguros, etc. Segundo Melo (2001), as agências reguladoras norte-americanas representam “a face intervencionista do Estado liberal em um quadro onde virtualmente inexistia um setor produtivo estatal”.

características básicas (Montone, 2000): (i) poder regulador definido em lei, materializado na sua capacidade de regular, controlar, fiscalizar e punir; (ii) autonomia administrativa, materializada no mandato de seus dirigentes e na flexibilidade dos instrumentos de gestão (estrutura organizacional, recursos humanos, sistema de compras e outros); e (iii) autonomia financeira, materializada na arrecadação direta de taxas específicas. Tais características seriam responsáveis por configurar níveis mais elevados de credibilidade da política regulatória, uma vez que as agências não apenas contariam com quadros técnicos especializados, fundamental para o entendimento do funcionamento de mercados cada vez mais complexos, mas também estariam dissociadas das influências negativas do jogo político tradicional.

Contudo, é preciso destacar que as agências, assim como as empresas estatais, apresentam falhas que podem comprometer a eficácia das políticas públicas regulatórias, como a possibilidade de captura por diferentes grupos de interesse, atuação pautada por objetivos difusos e baixo grau de coordenação entre os reguladores. Além disso, se as agências regulatórias apresentam vantagens por conta da maior credibilidade em relação às empresas públicas estatais, é preciso destacar que sua autonomia e independência podem representar uma ameaça ao interesse público, na medida em que agentes não-eleitos tomam decisões com impactos relevantes para o conjunto da sociedade, o que tornaria sua atuação questionável do ponto de vista da legitimidade (déficit democrático).

Com relação a este último item, Melo (2001) realiza uma análise interessante envolvendo a questão da responsabilização, credibilidade e delegação no âmbito da política regulatória centrada na atuação das agências reguladoras independentes em sociedades democráticas. Para este autor, mesmo com os reconhecidos problemas de legitimidade e responsabilização das agências independentes, é possível apontar duas importantes justificativas para o alto nível de independência e autonomia dessas instituições: de um lado, as perdas resultantes da delegação são pouco significativas, existindo formas indiretas de controle em operação; de outro, a delegação de autonomia para agências reguladoras independentes pode representar uma escolha racional dos governantes em um ambiente econômico globalizado.

O Quadro 1.2 permite comparar as principais falhas subjacentes aos dois tipos de regulação pública, envolvendo as empresas estatais e as agências reguladoras.

Quadro 1.2

Falhas na regulação por propriedade pública e por delegação

Regulação por Propriedade Pública (empresas públicas)	Regulação por Delegação (agências regulatórias)
<ul style="list-style-type: none">▪ Captura das empresas por políticos e sindicatos▪ Excesso de pessoal▪ Monopólio público▪ Metas ambíguas e inconsistentes na orientação dos gestores públicos▪ Coordenação débil entre diferentes empresas públicas▪ Nenhum controle efetivo das empresas pelo Congresso, tribunais ou ministério gestor	<ul style="list-style-type: none">▪ Captura dos reguladores pelas empresas reguladas▪ Supercapitalização▪ Regulação não-competitiva▪ Objetivos difusos (regular em nome do interesse público)▪ Coordenação débil entre diferentes reguladores▪ Responsabilização política insuficiente das agências regulatórias independentes

Fonte: Majone (1996) *apud* Melo (2000)

Em artigo onde discute o crescimento da regulação do sistema nacional de saúde britânico, Walshe (2002) destaca a existência de dois paradigmas de modelo regulatório: intimidação (*deterrence*) e complacência (*compliance*). O modelo de intimidação parte do pressuposto de que as organizações reguladas não possuem um comportamento ético, não estão preocupadas com o interesse público e agem em busca de seu próprio interesse, sendo necessário a existência de um forte aparato regulatório, baseado em padrões rigorosos, para induzir, forçar essas organizações a ter o comportamento desejado. Em comparação, o modelo de complacência assume que as organizações reguladas são bem intencionadas e que elas se comportariam da forma adequada se pudessem, de modo que a regulação é baseada no estabelecimento de relações de cooperação e compreensão entre reguladores e regulados.

Na prática, porém, as organizações reguladas variam bastante em suas motivações e, “embora os reguladores às vezes adotem uma abordagem diferenciada ou combinada que leva em consideração tais variações, eles são freqüentemente forçados pela legislação, por pressões políticas e outros tipos de pressão a utilizar um estilo regulatório particular, independente de sua adequação” (Walshe, 2002). O Quadro 1.3 mostra as principais características desses dois modelos de regulação.

Quadro 1.3

Comparação dos modelos de regulação: intimação (*deterrence*) e complacência (*compliance*)

Item	Modelo de Regulação	
	Intimação (<i>deterrence</i>)	Complacência (<i>compliance</i>)
Situação onde predomina cada tipo de regulação	Onde o regulador lida com um número grande de pequenas organizações, de natureza heterogênea e com uma forte cultura de negócios (setor privado, competitivo, maximizador de lucros, propenso ao risco, etc.)	Onde o regulador lida com um pequeno número de grandes organizações, de natureza homogênea e com uma forte cultura ética (setor público, profissionalismo, voluntarismo, organizações sem fins lucrativos, etc.)
Visão do regulador sobre as organizações reguladas	Calculistas, sem ética, dispostas a obter o máximo possível, não confiáveis	Boas e bem intencionadas em sua maioria, com alto grau de competência
Visão das organizações reguladas sobre a agência reguladora	Policiais, intimidadores, temidos e freqüentemente respeitados, mas sem qualquer afinidade	Consultores, dispostos a ajudar, não representam ameaça ou problema, podem ser respeitados e haver afinidades
Perspectiva de tempo	Retrospectivo (identifica, investiga e lida com os problemas após terem acontecido)	Prospectivo (objetiva prevenir problemas por meio de intervenção e suporte)
Uso de padrões regulatórios e inspeção	Padrões detalhados e escritos, geralmente com força estatutária; abordagem altamente focalizada em padrões para inspecionar e induzir	Pode ter padrões escritos detalhados e políticas geralmente acompanhadas de auxílio para implementação; padrões desempenham um papel menos importante nas interações com as organizações reguladas
Coação e uso de sanções ou penalidades	Parte das rotinas práticas, utilizadas para intimidar e penalizar as organizações reguladas	Visto como último recurso e utilizado somente quando a persuasão não tem mais eficácia
Suporte às organizações reguladas	Não faz parte das funções do regulador, visto como possibilidade de risco de captura e conflito de interesse com as funções de polícia e punição	Parte essencial das funções regulatórias, estimado como oportunidade para entender e construir relações de cooperação, assim como exercer influência
Relação entre regulador e organizações reguladas	Distante, formal e adversária	Estreita, amigável e cooperativa
Custos da regulação	Alto custo de inspeção e coação para o regulador e as organizações reguladas	Custos baixos, particularmente na inspeção e coação, embora os custos de suporte às organizações reguladas possam ser altos
Vantagens prováveis	Organizações reguladas estão atentas ao regulador, respeitam suas ações e respondem rapidamente as suas iniciativas	Reguladores e organizações reguladas trabalham juntos e colaboram efetivamente; custos da regulação são minimizados
Desvantagens prováveis	Probabilidade de subverter o propósito da regulação por meio de resistência e lobby das organizações reguladas; custos elevados associados com a sustentabilidade da inspeção e da coação	Regulação pode ser vista como muito fraca, com limitada capacidade de realizar mudanças mal recebidas nas organizações reguladas; regulador pode estar muito próximo ou aliado com as organizações que regula

Fonte: Walshe (2002)

Analisando os princípios gerais que devem nortear a definição da política regulatória em geral, Farina e outros (1997) destacam a existência de duas categorias importantes do ambiente regulatório: as estruturas de governança da regulação, que compreendem os mecanismos utilizados pela sociedade para restringir o poder discricionário na atividade regulatória e para solucionar os conflitos decorrentes do exercício da regulação; e os

esquemas de incentivo da regulação, que abrangem as regras de precificação e de entrada no mercado, fornecimento de subsídios (diretos e cruzados), etc.

O desenvolvimento de mecanismos pertinentes para as estruturas de governança do ambiente regulatório deve estar pautado pelos problemas existentes nas seguintes relações: entre agências reguladoras e empresas reguladas; entre empresas reguladas e demais agentes privados (clientes, fornecedores, etc.); e entre agências reguladoras e outros agentes privados.

De acordo com Farina e outros (1997), a relação entre as agências reguladoras e as empresas reguladas apresentam problemas transacionais que se referem sobretudo à questão da necessidade de credibilidade de que o governo não fará expropriação do retorno associado aos ativos específicos e irrecuperáveis que caracterizam a atividade dos serviços de utilidade pública.⁴ Essa credibilidade existiria somente na ausência de poder discricionário das agências reguladoras ou na falta de incentivos para romper com o compromisso de não expropriação. A primeira hipótese corresponderia a uma situação de completa estabilidade das regras, o que, segundo os autores, seria irrealista e indesejável, uma vez que o risco e a incerteza são características marcantes da realidade e as regras não podem ser imutáveis, necessitando de revisões e mudanças periódicas. A segunda circunstância – falta de incentivos para garantir que os retornos não serão expropriados – depende do cálculo referente aos custos (perda de reputação do governo) e benefícios (ganhos políticos e aumento das receitas do governo) da apropriação. O balanço entre as perdas e os ganhos decorrentes de uma ação de expropriação dependerá, por sua vez, das restrições administrativas e políticas do ambiente regulatório, tais como a atuação do Judiciário (independência e tradição em confirmar ou contestar ações do Executivo), hegemonia política, centralização da política regulatória e horizonte do governo.

No que tange à relação entre as empresas reguladas e os demais agentes privados, dois problemas transacionais se colocam como particularmente importantes. Em primeiro lugar, os serviços de utilidade pública estão organizados em estruturas de mercado oligopólicas e em monopólios naturais, o que favorece a concentração de mercado e o surgimento de rendas monopolistas. Em segundo lugar, “o consumo generalizado e pouco sensível a

preços permite que as rendas monopolistas geradas assumam dimensões significativas”. Como resultado, as empresas reguladas passam a ter considerável poder de monopólio, cujo comportamento deve ser disciplinado por meio de uma regulação ativa.

Por fim, o principal problema na relação entre o governo e os grupos privados de interesse se refere ao problema de captura, em que as agências reguladoras são capturadas pela ação estratégica de coalizões de agentes privados. Os mecanismos disponíveis para restringir a ação de grupos de interesse na definição dos rumos da regulação incluem autonomia da agência, competência compartilhada, decisão por órgãos colegiados e mandatos dos dirigentes por períodos limitados.

O esquema de incentivos da regulação constitui aspecto igualmente importante na construção do ambiente regulatório, pois consiste na implementação de regras capazes de induzir as empresas reguladas a atingir as metas desejadas pelo regulador. O estabelecimento de metas regulatórias antes do desenho do mecanismo de incentivos é uma atividade fundamental para que haja um adequado esquema de incentivos, assim como a concessão de algum poder discricionário às empresas reguladas, justificada pelo fato de que elas, de modo geral, possuem melhores informações do que o regulador sobre aspectos-chave do funcionamento do setor a ser regulado. Mas dado que as empresas reguladas também possuem interesses próprios que diferem dos interesses dos consumidores ou da sociedade como um todo, o poder discricionário concedido às empresas deve ser limitado.

Além das estruturas de governança e dos incentivos da regulação, os autores destacam, ainda, ser igualmente importante levar em consideração as restrições do ambiente regulatório: restrições de informação, “que limitam a capacidade das agências reguladoras em conhecer os parâmetros necessários para adequar seus instrumentos de regulação aos seus objetivos”; restrições contratuais, que impossibilitam a completa especificação dos controles que serão utilizados para regular adequadamente as empresas objeto de regulação, uma vez que os contratos são inerentemente incompletos; e restrições administrativas e políticas, decorrentes dos limites impostos pela legislação vigente à abrangência, aos instrumentos e à dimensão da atividade regulatória.

⁴ A noção de ativos específicos e irrecuperáveis está associada à Teoria dos Custos de Transação. Para uma discussão dos principais conceitos e implicações, ver Pondé (1994).

O Quadro 1.4 sintetiza as principais características do ambiente regulatório.

Quadro 1.4

Características do ambiente regulatório

Relações das Estruturas de Governança	Esquema de Incentivos da Regulação	Restrições do Ambiente Regulatório
<ul style="list-style-type: none">▪ Entre as agências reguladoras e as empresas reguladas▪ Entre as empresas reguladas e outros grupos privados▪ Entre as agências reguladoras e outros grupos privados	<ul style="list-style-type: none">▪ Metas regulatórias <i>ex ante</i>▪ Concessão de poder discricionário às empresas reguladas▪ Limites ao poder discricionário das empresas reguladas	<ul style="list-style-type: none">▪ Restrições de informação▪ Restrições contratuais▪ Restrições administrativas e políticas

Fonte: Elaborado a partir de Farina e outros (1997)

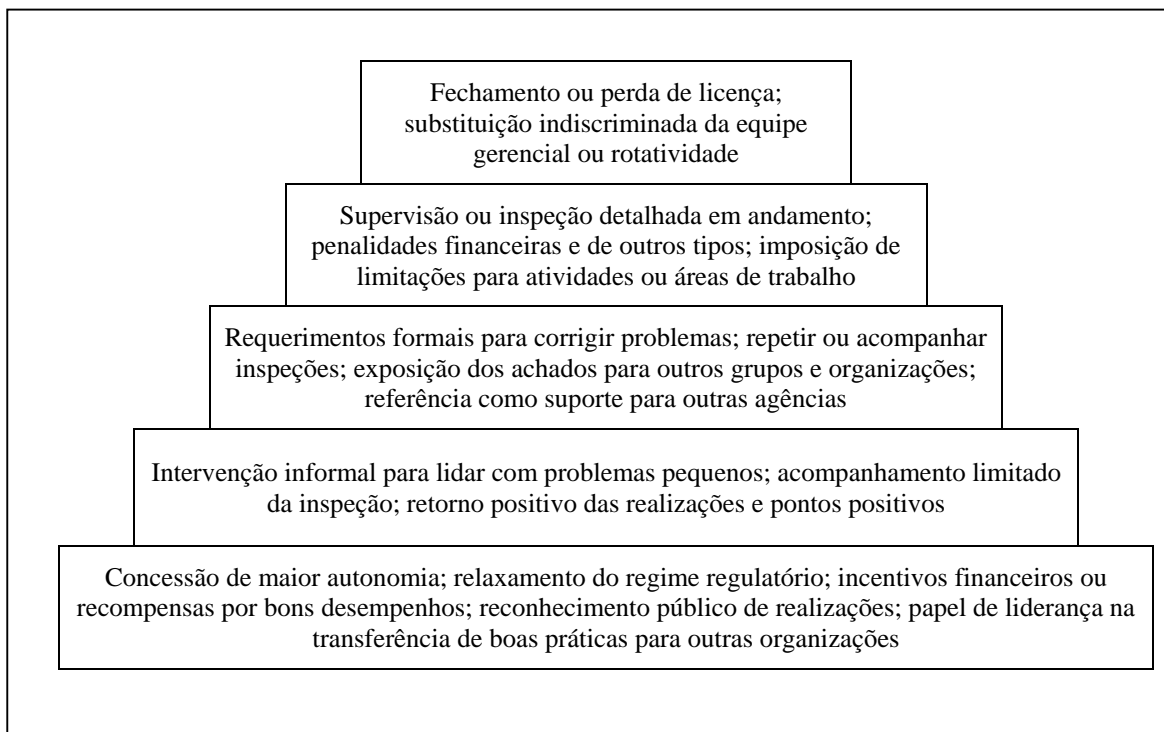
Ayres e Braithwaite (1992), por sua vez, sustentam que uma regulação eficaz necessita ser responsiva, ou seja, a agência regulatória deve reconhecer e responder à diversidade de organizações que ela regula, adaptando seu modelo de regulação ao mosaico de comportamentos apresentado por essas organizações. Trata-se de uma mudança de uma política única, adotada para todos os casos, em direção a uma abordagem mais gradual e flexível, que está constantemente adaptada aos conteúdos e resultados de cada conflito regulatório. A regulação eficaz, nesse caso, utiliza tanto o modelo de regulação por intimidação (*deterrence*) quanto o modelo por complacência (*compliance*), dependendo da situação e dos objetivos a serem alcançados.

Os autores destacam que o pressuposto de uma regulação responsiva é a existência de uma grande variedade de mecanismos regulatórios, incluindo incentivos e sanções que devem ser utilizados de forma apropriada segundo uma pirâmide hierárquica da coação regulatória. Dessa forma, a maior parte das atividades de regulação devem localizar-se nos níveis mais baixos da pirâmide, ao passo que os mecanismos do topo devem ser utilizados somente em casos raros, mas precisam estar disponíveis para sustentar a integridade e a credibilidade do sistema regulatório (Figura 1.2). Os reguladores devem, ainda, ser capazes de mover-se livremente para cima ou para baixo na pirâmide hierárquica, e políticas ou legislações que

impeçam o livre movimento entre os diferentes níveis ou forcem a adoção de determinados mecanismos de regulação tendem a reduzir sua efetividade.

Figura 1.2

Pirâmide de hierarquia da coação regulatória



Fonte: Ayres e Braithwaite (1992).

O relacionamento com outros atores relevantes no processo regulatório (*stakeholders*), ao invés de uma relação bilateral com as organizações reguladas, é outra característica importante de uma regulação eficaz, segundo Ayres e Braithwaite (1992). Trata-se de um esquema tripartite, que envolve o desenho de mecanismos de regulação capazes de abranger a participação de grupos importantes, como os consumidores, os funcionários e outras organizações relevantes do processo. Dado que os reguladores possuem recursos limitados e geralmente não conseguem supervisionar mais do que uma pequena porção das atividades sujeitas à regulação, o esquema tripartite possibilita estender a supervisão por meio da utilização de outros atores relevantes no papel de informantes e agentes de mudança.

Por fim, os reguladores necessitam de um equilíbrio adequado entre independência e responsabilidade (*accountability*). A independência é necessária para manter a credibilidade das agências, permitir agir com imparcialidade e tomar decisões impopulares envolvendo os atores relevantes do processo. Por outro lado, os reguladores devem ser responsáveis por suas ações, assim como pelos efeitos da regulação, e todos os atores precisam estar envolvidos no esquema de responsabilidades para evitar que a regulação seja capturada por algum grupo. As agências reguladoras que fazem parte da estrutura governamental necessitam, ainda, de um mecanismo que as distancie de seus patrocinadores políticos, ao mesmo tempo em que mantêm um grau apropriado de responsabilidade.

Outro aspecto importante que deve ser levado em consideração é o modelo de regulação de preços a ser adotado na montagem da política regulatória. Segundo Lopes (2002), pode-se destacar a existência de três modelos teóricos que podem ser aplicados no controle de reajuste de preços: (a) controle de reajuste baseado em custo; (b) controle de reajuste baseado em preço; e (c) controle de reajuste por incentivos.

O primeiro modelo de controle de reajuste é usualmente denominado de controle de preços por determinação do custo marginal, da taxa de retorno ou da margem de lucro, e leva em consideração toda a estrutura de custos envolvida para produzir determinado bem. Dessa forma, as variações de preços praticados pelos agentes do mercado são determinados por critérios relacionados à formação de custos. O controle de reajuste baseado em custo foi amplamente utilizado durante as décadas de 1950-60, especialmente nos setores de infraestrutura com grande necessidade de investimento de capital, garantindo a rentabilidade dos investimentos a partir do repasse para os preços das variações incorridas nos custos. Este modelo não é considerado eficiente do ponto de vista econômico, possui pouca transparência e não gera incentivos para aumentar a competitividade do mercado.

O controle de reajuste baseado em preço, também denominado “price cap”, considera a variação do preço ao longo do tempo e entre os agentes do mercado. Este modelo começou a ser utilizado na primeira metade da década de 1980 e permite maior controle regulatório na variável preço, na medida em que o reajuste é determinado com base na fixação de um índice oficial de preços deduzido de um percentual relativo à produtividade obtida no período. Caracteriza-se por introduzir mecanismos de competição, aumentando a eficiência

econômica e reduzindo os custos de produção, além de gerar o compartilhamento dos riscos entre os agentes do mercado.

Já o controle de reajuste por incentivos constitui a terceira geração dos modelos de regulação, tendo surgido no final da década de 1980, e utiliza-se de recompensas e penalidades para induzir os agentes a atingir os objetivos da regulação. Este modelo é denominado de controle por *benchmark*, quando o comportamento de uma empresa (a melhor) é utilizada como parâmetro de reajuste, ou de controle por *yardstick*, quando o parâmetro de reajuste é construído com base na variação de todas as empresas da indústria. Também se caracteriza por introduzir mecanismos de competição, favorecendo o aumento da eficiência econômica e o compartilhamento de riscos entre os agentes do mercado.

De acordo com Melo (2000), toda essa base conceitual da regulação representa, na verdade, a teoria normativa da regulação, entendida como uma das vertentes da chamada Economia da Regulação. Contudo, a identificação de uma série de problemas subjacentes à própria ação regulatória do Estado – como a credibilidade e legitimidade dos reguladores, a possibilidade de captura de interesses e a existência de assimetria de informações entre reguladores e regulados – revelou a complexidade das políticas públicas regulatórias, cuja implementação pode apresentar uma série de problemas, comprometendo os resultados inicialmente esperados. Essas e outras questões estariam na base da explicação para os efeitos contrários da regulação em alguns casos, tendo contribuído para o surgimento das teorias positivas da regulação, cujo desenvolvimento esteve associado às mudanças no ambiente político-econômico a partir da década de 70, procurando explicar o processo e o desempenho das políticas regulatórias.

Recentemente, desenvolveram-se as chamadas teorias neo-institucionalistas da regulação, a partir da incorporação de conceitos que permitem enfatizar a dimensão político-institucional na explicação dos alcances e limites da regulação. Contudo, alguns autores (Farina e outros, 1997; Melo, 2000) destacam que essas teorias ainda não foram capazes de explicar de forma satisfatória o movimento mais geral do processo regulatório, identificando os motivos pelos quais a regulação se inicia em determinado setor, assim como sua trajetória posterior.

No Brasil, as primeiras agências reguladoras, nos moldes da regulação por delegação, foram criadas somente a partir da segunda metade dos anos 90, em meio ao processo de privatização dos mercados de energia elétrica, telecomunicações e petróleo.⁵ Portanto, a criação das agências esteve inicialmente vinculada à transição institucional de mercados fornecedores de serviços públicos, cuja propriedade foi transferida para a iniciativa privada. Nesse sentido, as agências devem ser entendidas a partir de sua inserção em um conjunto mais amplo de políticas que “visam harmonizar um modelo privado e competitivo, com o objetivo de melhorar a eficiência, ampliar a oferta e reduzir os preços para usuários e consumidores” (Pires e Goldstein, 2001:4)

Independentemente das motivações que levaram à criação das primeiras agências brasileiras de regulação, é preciso destacar que elas de fato representaram uma importante inovação institucional na forma de atuação do Estado brasileiro, na medida em que foram constituídas como autarquia especial, caracterizadas por independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes, autonomia financeira e ausência de subordinação hierárquica. Além disso, as agências foram dotadas de competências bastante amplas para intervir nos mercados recém-privatizados, fiscalizar o comportamento das empresas reguladas e estabelecer regras e normas para garantir a competitividade dos mercados.

1.3. Especificidades do Setor Saúde

Conforme discutido anteriormente, as transformações ocorridas no âmbito do Estado, a partir do fortalecimento de mecanismos de mercado, implicaram mudanças nas próprias estruturas de proteção social que haviam sido consolidadas no período anterior, com reflexo para os diferentes sistemas nacionais de saúde, que passaram por importantes reformas ao longo dos últimos vinte anos, caracterizadas sobretudo por um processo contínuo e sistemático de mudança em um ou mais segmentos do sistema. A literatura sobre o tema identifica a existência de duas ondas de reformas dos sistemas de saúde, distintas em sua

⁵ As datas das leis que criam as agências responsáveis por regular esses mercados evidenciam o seu pouco tempo de existência e funcionamento: Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL): Lei 9.427, de 26/12/1996; Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL): Lei 9.472, de 16/07/1997; Agência Nacional de Petróleo (ANP): Lei 9.478, de 06/08/1997. No âmbito da saúde, as duas agências regulatórias existentes são ainda mais recentes: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA): Lei 9.782, de 26/01/1999; e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): Lei 9.961, de 28/01/2000.

natureza (Ham, 1997): as reformas dos anos 70 e 80, impulsionadas pelo imperativo macroeconômico de controle das despesas nacionais com o setor saúde, e a nova agenda de reformas da década de 90, cujas características estão associadas ao estabelecimento de inovações capazes de criar um ambiente institucional favorável à melhoria da eficiência dos provedores de serviços de saúde. Isso significa que as reformas envolveram tanto mudanças no nível macro das políticas de saúde como no nível micro das organizações.

Entre os fatores que impulsionaram as reformas nos sistemas nacionais de saúde, destacam-se o aumento dos custos com os serviços de saúde, a transição demográfica e a transição epidemiológica.

O aumento de custos no setor saúde está relacionado, de um lado, à expansão horizontal e vertical da cobertura, e, de outro, à incorporação de inovações tecnológicas. O crescimento da cobertura significou a inclusão de novos segmentos da população como clientela dos serviços de saúde, além do aumento da oferta de novos serviços (tratamento odontológico, fisioterapia, etc.), resultando em crescimento dos gastos pelo simples fato de que houve aumento da população a ser atendida e pela inclusão de novos serviços a serem ofertados. As inovações tecnológicas em saúde, por sua vez, caracterizam-se por estarem mais direcionadas à aplicação em meios diagnósticos e terapêuticos do que em meios que venham a baratear o processo interno de tratamento. Nesse sentido, o desenvolvimento de novos equipamentos médicos trouxe consigo um encarecimento dos serviços, ao mesmo tempo em que passou a haver uma verdadeira revolução na organização dos serviços de saúde, incluindo novos patamares de concentração econômica, nova divisão social do trabalho médico e grande mudança no próprio campo da técnica médica.

O processo de envelhecimento populacional, provocado simultaneamente pelas baixas taxas de fecundidade da população e pelo progressivo aumento da expectativa de vida, caracteriza o segundo fator impulsionador das reformas – a transição demográfica. Uma vez que houve elevação da parcela idosa da população, mais propícia ao atendimento médico, elevou-se também as despesas médicas a fim de propiciar o atendimento adequado a essa faixa etária da população.

Soma-se a esse quadro a chamada transição epidemiológica, marcada pela mudança no perfil de morbi-mortalidade da população. No lugar das enfermidades infecciosas e

parasitárias, típicas de países com baixo grau de desenvolvimento, o novo perfil epidemiológico passou a incluir as chamadas doenças crônico-degenerativas, como intoxicações, tumores, problemas de saúde mental, entre outras, configurando um conjunto de patologias próprias de um modo de vida urbano-industrial, cujo custo de tratamento é particularmente elevado.

Dado o quadro mais geral da crise dos sistemas nacionais de saúde, Ham (1997) destaca que muitos países migraram para um modelo contratual de financiamento e provisão dos serviços, o que serviu como um estímulo complementar às políticas de controle de gastos no nível macroeconômico, “gerando iniciativas de fortalecimento da eficiência e da capacidade de resposta aos usuários no nível microeconômico” (Costa e outros, 2001:303). A introdução de mecanismos mais alinhados com o mercado, o fortalecimento da gestão dos serviços de saúde e a adoção de incentivos orçamentários para melhorar o desempenho foram os principais instrumentos utilizados na implementação dessas políticas.

Todas essas transformações contribuíram para tornar mais complexas as relações no âmbito do setor saúde, atraindo a atenção de economistas, cientistas políticos, profissionais da saúde e diversos outros profissionais preocupados com as questões estratégicas e operacionais referentes à gestão dos diferentes sistemas de saúde. Como resultado dessa preocupação e da interação interdisciplinar dessas áreas do conhecimento, princípios de teoria econômica passaram a ser aplicados à área da saúde, dando origem a um novo campo disciplinar – a Economia da Saúde. Questões como a identificação dos níveis de oferta e demanda por serviços de saúde, as combinações adequadas de pessoal e tecnologia para garantir níveis mais elevados de eficiência na produção de serviços, a identificação de níveis desejados de gasto com o setor saúde, a utilização de mecanismos eficientes de financiamento, a identificação das necessidades de saúde da população, entre outras, tornaram-se objeto de preocupação da nova área do conhecimento, mediante a aplicação de conceitos de teoria econômica à área da saúde (Del Nero, 1995).

Como é possível verificar, a implicação dessas questões é clara: embora os manuais de Economia da Saúde [(Greenberg, 2000), (Fooland e outros, 1997), (Getzen, 1997), (Phelps e outros, 1997)] reconheçam que o setor apresenta características que permitem diferenciá-lo dos demais setores da economia, a análise do funcionamento desse mercado é geralmente

realizada mediante a mera aplicação de conceitos de teoria econômica tradicional, deixando de lado uma série de questões importantes, como a incorporação de variáveis de natureza político-institucional e os conceitos de equidade que geralmente acompanham as políticas sociais, especialmente no que diz respeito ao acesso da população aos serviços de saúde. Além disso, todo o complexo industrial do setor saúde – indústria de equipamentos médicos hospitalares, indústria farmacêutica, prestadores de serviços (hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais de saúde), intermediários públicos e privados, institutos de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, redes de comercialização e usuários – passou a fazer parte do novo campo de conhecimento, o que certamente demanda a elaboração de análises que levem em consideração a interdependência que caracteriza o setor, assim como as relações existentes entre os diversos segmentos que o compõem. Dessa forma, decisões tomadas em determinado segmento podem causar impacto significativo em outros segmentos do complexo industrial e nas próprias condições de saúde da população, como a introdução de novas tecnologias para o diagnóstico e o tratamento de enfermidades.

Em artigo pioneiro, Arrow (1963) demonstrou que, do ponto de vista econômico, o mercado de assistência à saúde possui uma série de especificidades, decorrentes, sobretudo, do alto grau de incerteza em relação à incidência de enfermidades e da eficácia do tratamento, assim como da assimetria de informações entre os diferentes agentes, limitando a capacidade do mercado em prover os serviços de assistência à saúde na quantidade e na qualidade necessárias para seu adequado funcionamento.

Para Arrow, a natureza da demanda por serviços de saúde é irregular e imprevisível, ao contrário da demanda por outros tipos de mercadoria, como comida e vestuário. De fato, dada a imprevisibilidade do surgimento de alguma enfermidade, a demanda por serviços médicos, com exceção de seus aspectos preventivos, tende a apresentar uma certa irregularidade. Além disso, a demanda está associada, com razoável grau de probabilidade, ao risco de um ataque à integridade pessoal, na medida em que pode implicar diminuição ou perda da capacidade de trabalho e, no limite, conduzir à morte.

No lado da oferta, a assistência à saúde também apresenta diferenças significativas em relação aos mercados tradicionais, pelo menos em relação a duas questões. Em primeiro lugar, o comportamento esperado do médico constitui um caso onde o produto é idêntico à

própria atividade de produção e a “mercadoria” comprada pelo consumidor não pode ser testada previamente; dessa forma, é estabelecida uma relação de confiança entre o médico e o paciente. Contudo, é preciso destacar que o comportamento médico, supostamente orientado pela preocupação com o bem-estar do paciente e para a coletividade, pode ser alterado, por exemplo, através da introdução de limites de consideração financeira, com reflexos importantes para a eficácia do tratamento. Em segundo lugar, a demanda por outros serviços de saúde, tais como a realização de exames laboratoriais e o consumo de medicamentos, é determinada pela atuação médica, de modo que o consumidor (paciente) não possui controle sobre essa importante variável. Em outras palavras, como será visto mais adiante, a demanda pode ser fortemente estimulada pela atuação dos profissionais de saúde, sobretudo os médicos.

A assimetria de informações na relação médico-paciente é outra característica importante no funcionamento do mercado de assistência à saúde. Essa desigualdade de informações se revela no maior conhecimento técnico detido pelo médico com relação às conseqüências e possibilidades de tratamento. Portanto, a assimetria de informações é particularmente importante nos serviços de assistência à saúde, na medida em que a utilidade do bem que está sendo adquirido pelo consumidor não é de seu inteiro conhecimento, embora muitas vezes o próprio médico não tenha condições de prever com segurança a eficácia de um tratamento, dado o limitado conhecimento existente em relação a algumas enfermidades.

A estrutura do mercado de assistência à saúde também merece atenção especial, uma vez que a entrada de novos prestadores de serviço no mercado está associada à existência de barreiras importantes, tais como a necessidade de credenciamento de instituições ou os custos elevados da educação médica no processo de formação dos profissionais da saúde. Tais barreiras à entrada implicariam a falta de mobilidade completa dos fatores de produção, tornando o mercado de assistência à saúde distante dos mercados puramente competitivos.

Finalmente, a existência de discriminação de preços em função da renda, assim como a forma de pagamento pelos serviços médicos, com predominância do pagamento por serviços prestados (*fee for service*), revelaria que o mercado de assistência à saúde também

apresenta diferenças com relação aos mercados tradicionais de *commodities*, devido às diferenças existentes nas práticas de preços.

Segundo Arrow, a possibilidade de formação de um mercado ideal de seguros capaz de organizar a distribuição dos riscos inerentes aos serviços de assistência médica também apresenta problemas, tais como:

Existência de parcelas da população não cobertas, formada por indivíduos de baixa renda e por aqueles que apresentam maior risco (idosos e portadores de doenças crônico-degenerativas);

Prêmios que não refletem a agregação de riscos diferenciados, potencializados ainda pela existência da seleção adversa de segurados;

Presença do chamado “risco moral”, elevando o nível de utilização dos serviços;

Falta de cobertura para enfermidades e procedimentos considerados muito dispendiosos, como no caso de doenças crônico-degenerativas e surtos epidêmicos; e

Custos administrativos elevados

As empresas que comercializam planos e seguros de saúde (operadoras, seguradoras, cooperativas médicas, etc.), os prestadores de serviços (profissionais, clínicas, hospitais, serviços de diagnóstico e terapia, etc.) e os usuários (consumidores) representam, de maneira simplificada, os três principais atores ou agentes do mercado de saúde suplementar. O ponto a ser ressaltado é que cada um desses agentes apresenta comportamentos, em seus relacionamentos com os demais, que tendem a afetar negativamente o pleno funcionamento do mercado. Dessa forma, é possível identificar um conjunto de falhas específicas ao mercado privado de assistência à saúde, tais como a seleção adversa, a seleção de riscos, o risco moral, a indução de demanda e altos níveis de intervenção sobre a produção de serviços. Convém examinar mais detalhadamente cada uma dessas possíveis falhas.

Na relação entre as empresas seguradoras e os usuários, pode ocorrer três tipos importantes de falhas – seleção adversa, seleção de riscos e risco moral. A seleção adversa representa a tendência do sistema de seguros de incorporar clientes de maior risco, em decorrência do comportamento do segurado na tentativa de esconder informações sobre suas reais

condições de saúde, implicando aumento dos prêmios cobrados, já que o risco médio dos segurados tende a aumentar, elevando assim os custos das seguradoras; como resultado, os clientes de menor risco tendem a abandonar o sistema, permanecendo somente aqueles que demandam maior gasto. As empresas seguradoras, por sua vez, na tentativa de se proteger da combinação de baixos prêmios e alto custo potencial, adotam a chamada seleção de risco, procurando criar barreiras à entrada para os clientes de alto risco, como a restrição de acesso para determinados grupos e a adoção de prêmios diferenciados pelo risco. Por fim, o risco moral diz respeito a mudanças no comportamento dos segurados, mediante maior exposição a situações de risco e utilização excessiva dos serviços. O Quadro 1.5 sintetiza essas características.

Quadro 1.5

Falhas de mercado na relação entre as empresas seguradoras e os usuários

Tipo de Falha	Definição	Conseqüências
Seleção Adversa	Tendência do sistema de seguros de incorporar clientes de maior risco, em decorrência do comportamento do segurado na tentativa de esconder informações sobre suas reais condições de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Baixo grau de socialização dos riscos ▪ Poucos segurados ▪ Preços elevados ▪ Mercado não funciona
Seleção de Riscos	Estratégia utilizada pela empresas seguradoras com o objetivo de evitar a combinação de baixos prêmios e alto potencial de custos, mediante a criação de barreiras à entrada no sistema para os segurados com perfil de alto risco.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Restrição de acesso ao sistema para determinados grupos (deficientes, idosos e portadores de doenças crônicas) ▪ Diferenciação de preços segundo o risco
Risco Moral (<i>moral hazard</i>)	Mudança de comportamento do segurado em função de não ter que suportar o custo total do atendimento, levando-o a utilizar em excesso os serviços oferecidos (“já que estou pagando, vou usar”)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilização excessiva dos serviços ▪ Aumento de custos

Fonte: Almeida (1998)

Na relação entre usuários e prestadores de serviços também ocorre o problema de risco moral, materializado na indução da demanda, decorrente da assimetria de informações entre esses dois agentes, na medida em que os provedores possuem maior nível de conhecimento sobre o problema de saúde enfrentado pelo usuário e os meios mais adequados para realização do diagnóstico e do tratamento. Dessa forma, os provedores são

capazes de induzir os usuários a consumir uma quantidade maior de serviços médicos, seja para auxiliar no diagnóstico/tratamento do usuário, seja para elevar a renda do provedor de serviços. No mercado de assistência à saúde, portanto, a oferta possui a capacidade de aumentar sua própria demanda.

Por fim, a relação entre empresas seguradoras e prestadores de serviço apresenta falhas decorrentes do aumento de custos provocado pela indução de demanda feita pelo prestador de serviço em sua relação com os usuários, de modo que as empresas seguradoras possuem interesse em intervir no trabalho dos prestadores, impondo algum tipo de controle sobre seus níveis de produção. Dependendo do tipo de contrato estabelecido entre esses dois agentes, os prestadores possuem maior ou menos espaço para induzir a demanda.

Nos contratos de reembolso, onde os usuários pagam diretamente os prestadores pelos serviços oferecidos e são posteriormente reembolsados pelas empresas seguradoras, não há uma relação direta entre seguradoras e prestadores, de modo que estes possuem total liberdade para induzir a demanda, ao passo que as seguradoras praticamente não conseguem exercer nenhum tipo de intervenção no trabalho dos prestadores. Já nos chamados contratos de integração, os prestadores são trabalhadores assalariados das empresas seguradoras e os usuários não pagam pelos serviços demandados, pois os prestadores são pagos diretamente pelas seguradoras, de modo que o controle exercido por estas últimas é muito grande, reduzindo quase que totalmente o incentivo à indução da demanda. Finalmente, os contratos de parceria representam a situação intermediária, em que os prestadores não são assalariados das seguradoras e tampouco os usuários realizam desembolso direto, de modo que os prestadores possuem alguma liberdade para induzir a demanda e as seguradoras adotam algum mecanismo de controle sobre a atividade dos últimos.⁶

Todos esses problemas possibilitariam afirmar, então, que o mercado privado de seguro-saúde não é capaz de ofertar adequadamente à população planos completos de assistência médica, tornando necessário o desenvolvimento de instituições sociais no sentido de contrarrestar a atuação das instituições privadas e as falhas decorrentes de sua atuação.

⁶ Como destaca Ivanauskas (2002), esses três tipos de contrato constituem representações simplificadas da realidade, devido à extensa possibilidade de variações contratuais, a partir da junção de elementos dos três tipos em um único contrato.

Com relação à regulação do mercado de saúde suplementar, Almeida (1998) destaca que três aspectos inter-relacionados devem ser contemplados: (1) a manutenção da estabilidade do mercado; (2) o controle da assimetria de informações; e (3) a maximização da participação do consumidor no mercado.

O primeiro item – a manutenção da estabilidade do mercado – inclui a definição de padrões financeiros e éticos que regulem a entrada, a operação e a saída de instituições privadas que comercializam planos e seguros de saúde, o que “pressupõe regras para capital financeiro mínimo inicial, capacidade de poupança, condições fiscais e garantias para o caso de insolvência das empresas”.

A assimetria de informações no mercado de saúde suplementar ocorre em duas dimensões – de um lado, entre as empresas que comercializam seguros e planos de saúde e seus clientes, e de outro entre profissionais da saúde e pacientes – e envolve a regulação tanto das cláusulas contratuais dos planos e seguros de saúde, como das relações entre as instituições que comercializam planos e seguros de saúde e demais prestadores de serviços.

A maximização da participação do consumidor no mercado de saúde suplementar diz respeito à tentativa de conciliar as práticas de racionalidade econômico-administrativa do mercado com as demandas sociais de justiça e maior equidade no acesso aos serviços e produtos ofertados, incluindo regulações no sentido de proibir e restringir a exclusão de consumidores e a vinculação dos preços às condições de saúde, idade, sexo, etc. Inclui ainda a definição de critérios para controle da qualidade de produtos e serviços, bem como a obrigatoriedade de cobertura.

Dessa forma, essas três dimensões da regulação apontam simultaneamente para a proteção do consumidor e para níveis socialmente aceitáveis de equidade e justiça social.

No Brasil, a regulação do mercado de saúde suplementar ainda teve seu início com a promulgação da Lei 9.656 (03/06/98), que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e culminou com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no início do ano 2000. Até então, não havia como controlar e regular as empresas

do setor e apenas os órgãos de defesa do consumidor atuavam nos casos de irregularidades.⁷

⁷ A fiscalização das empresas seguradoras, por sua vez, era efetuada pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), autarquia vinculada ao Ministério da Fazenda. As características da regulação deste setor está detalhada no Capítulo 4 deste estudo.

2. EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL: SISTEMAS DE SAÚDE E REGULAÇÃO

O segundo capítulo da dissertação destina-se a examinar a experiência internacional na área da regulação do setor saúde, com ênfase no mercado de saúde suplementar, mediante o estudo de países selecionados, de modo a servir de referência para a análise do caso brasileiro. A seleção dos países procurou identificar a existência de casos paradigmáticos no desenvolvimento de mecanismos de regulação para o mercado de saúde suplementar, além de incluir a experiência de países latino-americanos que, a exemplo do Brasil, estejam enfrentando desafios semelhantes na tentativa de regular o setor. Foi considerado, ainda, que quatro estudos de caso constituem material suficiente para servir de referência para a análise do caso brasileiro, possibilitando aprofundar as características e os desafios apresentados por cada país selecionado.

Dessa forma, a análise da experiência internacional inclui os seguintes países: EUA, Argentina, Chile e Colômbia. A seleção dos EUA é bastante óbvia: trata-se do país que apresenta o maior e mais dinâmico mercado de saúde suplementar do mundo, assim como a presença de importantes mecanismos de regulação, com destaque para a atuação das agências reguladoras. Por sua vez, a inclusão da Argentina, do Chile e da Colômbia justifica-se pelo fato de que, além de esses países estarem situados no mesmo contexto latino-americano de desafios socioeconômicos enfrentado pelo Brasil, (a) seus sistemas de saúde estão passando por importantes transformações nos últimos anos, (b) contam com um razoável mercado de saúde suplementar e (c) possuem órgãos reguladores responsáveis pelo controle e fiscalização do setor.

Para cada país selecionado, foram estudadas características dos respectivos sistemas de saúde, abrangendo seus antecedentes, estrutura atual, cobertura, financiamento e gasto, assim como as políticas de regulação adotadas em cada caso. A metodologia utilizada incluiu pesquisa documental sobre o tema (consulta de livros, relatórios e publicações especializadas), assim como o levantamento de dados estatísticos junto aos órgãos oficiais de cada país.

Breve caracterização dos países selecionados

A Tabela 2.1, que traz os dados para alguns indicadores demográficos e sociais para o ano de 2001, mostra que os países selecionados são bastante diferenciados entre si. Os EUA, por exemplo, apresentam indicadores típicos de países desenvolvidos – baixa taxa de crescimento populacional, percentual elevado da população idosa, baixa taxa de fertilidade, elevada expectativa de vida ao nascer, baixa taxa de mortalidade infantil, valor elevado de PIB per capita e alto índice de desenvolvimento humano – enquanto os países latino-americanos possuem indicadores mais desfavoráveis, embora Argentina e Chile apresentem fortes semelhanças entre si e, em alguns aspectos, até mesmo com os EUA, como é o caso da expectativa de vida ao nascer. No entanto, o ponto a ser ressaltado é justamente a variabilidade de condições dos países selecionados, uma vez que o PIB per capita dos EUA é quase seis vezes maior que o da Colômbia e a mortalidade infantil na Argentina é mais que o dobro daquela existente nos EUA.

Tabela 2.1

Indicadores Demográficos e Sócio-Econômicos – Países Selecionados, 2001.

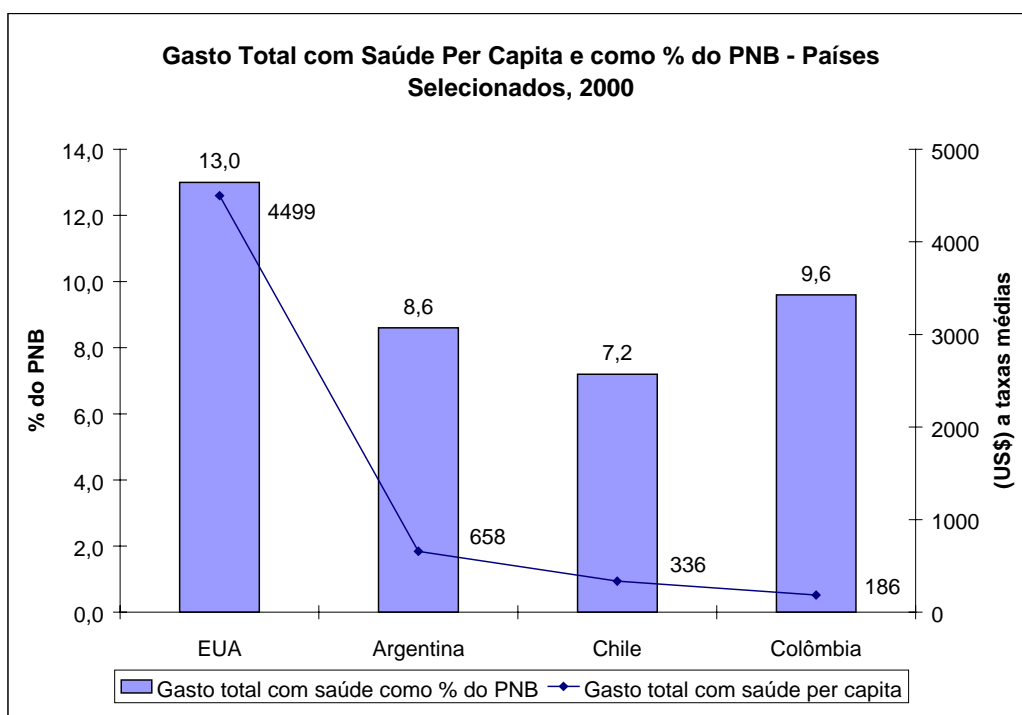
Indicador	EUA	Argentina	Chile	Colômbia
Taxa de crescimento pop. 1991-2001 (%)	1,1	1,3	1,5	1,8
% População acima 60 anos	16,2	13,4	10,4	7,0
Razão de dependência	51	59	55	59
Taxa de fertilidade	2,0	2,5	2,4	2,7
Expectativa de vida ao nascer	77,0	73,9	76,3	70,7
Mortalidade Infantil	7	18	10	25
PIB per capita (US\$ PPC) – 2000	34.142	12.377	9.417	6.248
IDH	0,939	0,844	0,831	0,772

Fonte: OMS; PNUD

A desigualdade de condições dos países selecionados é confirmada pela análise do gasto total com saúde, uma vez que os EUA gastam cerca de 4.500 dólares por habitante/ano, ao passo que os demais países efetuam gastos bem mais modestos, variando de US\$ 186 na Colômbia até US\$ 658 por habitante/ano na Argentina, a taxas cambiais médias. Essa disparidade também é verificada na mensuração do gasto como percentual do PNB. A

diferença aqui é que a Colômbia ocupa o segundo lugar, com 9,6% do PNB colombiano sendo gasto com saúde. Dessa forma, embora o gasto por habitante/ano seja pequeno na Colômbia, esse valor representa um percentual elevado em termos relativos. OS EUA, por sua vez, gastam muito, tanto em termos absolutos quanto em termos relativos (13,0% do PNB), ao passo que a Argentina e o Chile representam os casos intermediários, como mostram os dados do Gráfico 2.1.

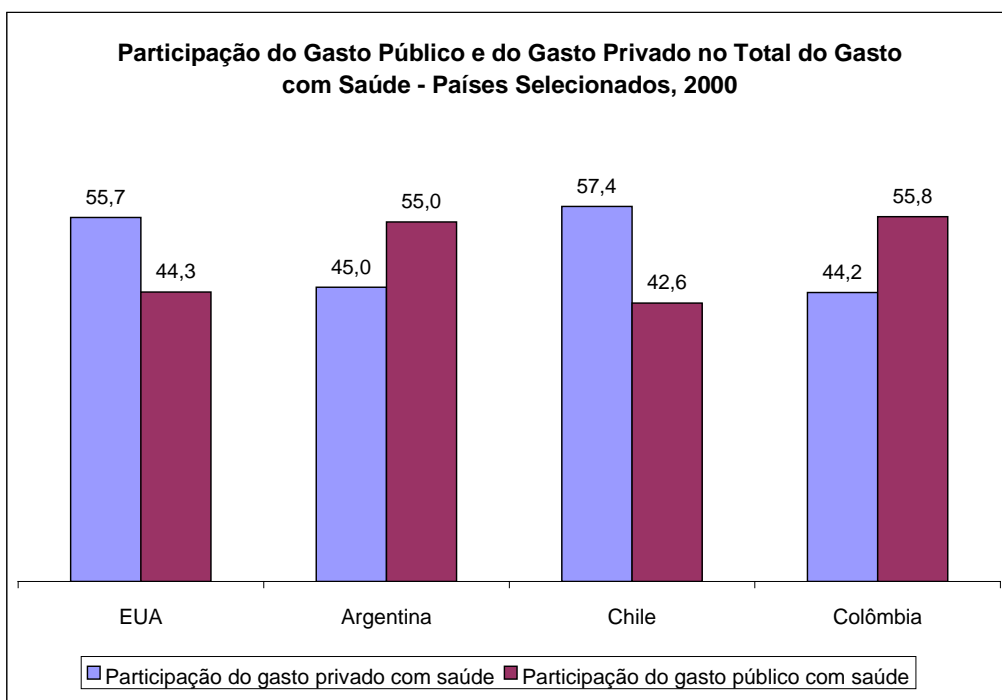
Gráfico 2.1



Fonte: OMS

A distribuição do gasto total com saúde entre gasto público e privado revela que a participação do gasto privado é predominante nos EUA e no Chile, representando 55,7% e 57,4% do gasto total nesses países respectivamente. Mesmo na Argentina e na Colômbia, onde o gasto público apresenta maior participação no gasto total, o gasto privado situa-se ao redor de 45%, como mostra o Gráfico 2.2. Esses dados permitem inferir que o setor privado de saúde possui um razoável grau de desenvolvimento nesses países, seja mediante a prestação direta de serviços, seja através da intermediação financeira, decorrente da comercialização de planos e seguros saúde.

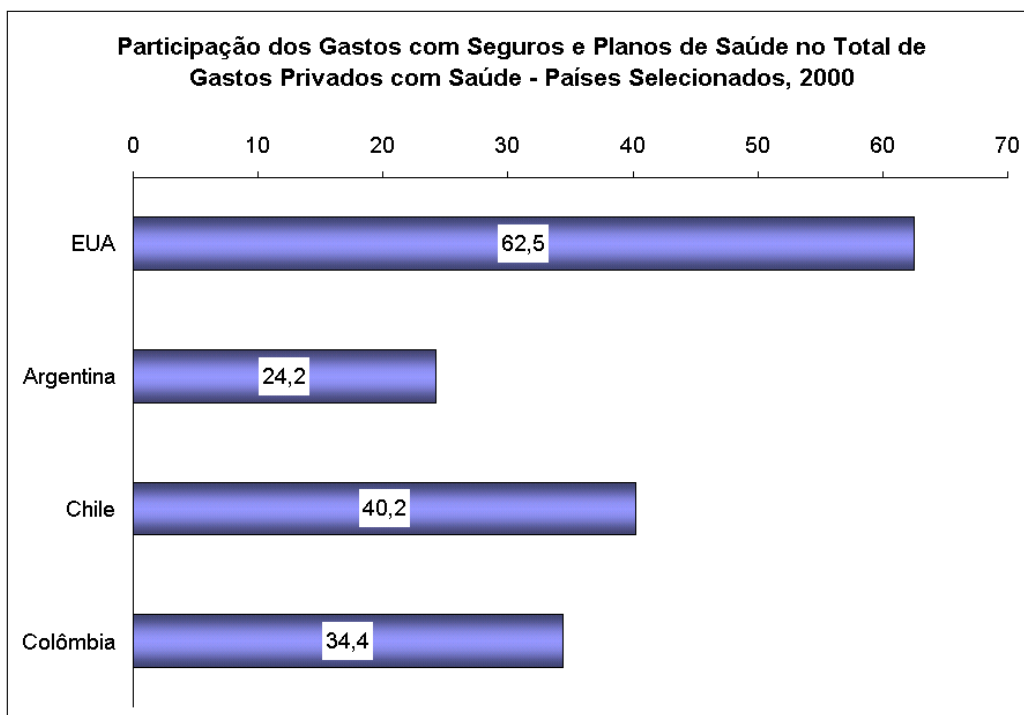
Gráfico 2.2



Fonte: OMS

Finalmente, o peso da saúde suplementar em cada país pode ser verificada pela participação do gasto com seguros e planos de saúde no total dos gastos privados. Os dados do Gráfico 2.3 mostram que essa participação é extremamente desigual entre os países seleccionados, variando de 24,2% na Argentina até 62,5% nos EUA. No Chile e na Colômbia, os gastos com planos de saúde representam 40,2% e 34,4%, respectivamente. Pode-se verificar, portanto, que a comercialização de seguros e planos de saúde representa um percentual significativo dos gastos privados com saúde nos quatro países seleccionados, com destaque para os EUA, onde a saúde suplementar constitui o principal mecanismo de acesso da população economicamente ativa aos serviços de assistência à saúde.

Gráfico 2.3



Fonte: OMS

2.1. Estados Unidos da América

2.1.1. Antecedentes

A origem do atual sistema de saúde norte-americano está vinculada, de um lado, ao desenvolvimento predominante de mecanismos privados de acesso aos serviços de assistência à saúde ao longo do século XX, e, de outro, à criação de dois programas públicos para fazer frente às necessidades de assistência médica de segmentos populacionais específicos: população idosa e pessoas de baixa renda. Esse predomínio do setor privado revela que, nos EUA, a atenção à saúde foi encarada, desde o seu início, como problema de natureza individual, de modo que somente os incapazes de competir no mercado deveriam receber algum tipo de assistência por parte de instituições de caridade e dos governos locais.

Noronha e Ugá (1995), analisando os antecedentes do sistema de saúde dos EUA, apontam que o surgimento de organizações empresariais no âmbito da assistência médico-hospitalar

ocorreu entre o final do século XIX e o início do século XX, através da organização dos próprios prestadores de serviços – associações de médicos e grupos hospitalares – que passaram a oferecer planos de saúde a grandes grupos de consumidores. Entre eles, destacam-se as indústrias e empresas comerciais de maior porte, que passaram a contratar serviços médicos para a manutenção de saúde de seus trabalhadores, assim como sindicatos e associações de consumidores.

Apesar do impulso inicial, os primeiros planos de medicina de grupo não conseguiram desenvolver-se de forma significativa, uma vez que foram alvo de muitas pressões contrárias, tanto por parte dos profissionais, que passaram a receber honorários inferiores devido à forma de pagamento adotada pelos planos, quanto dos consumidores em geral, insatisfeitos pela ausência da liberdade de escolha. Dessa forma, o sistema de medicina de grupo permaneceu incipiente até o final dos anos 20.

O momento fundamental para a consolidação do sistema de medicina de grupo foi o surgimento de planos de assistência hospitalar oferecidos por grupos de hospitais, no contexto da grave crise econômica da Grande Depressão dos anos 30, que ofereciam prestação direta de serviços, mediante o pagamento antecipado de um valor fixo, e possibilitavam maior liberdade de escolha aos usuários, em decorrência da maior quantidade de instituições participantes dos respectivos planos. Ao mesmo tempo, foram constituídos mecanismos mais sofisticados de gestão financeira, como os fundos de reserva comuns a cada grupo.

Dado que esses planos de medicina de grupo ofereciam cobertura assistencial contratualmente definida mediante o pré-pagamento de um valor fixo mensal por parte dos usuários, aproximando-se do formato de um seguro tradicional, esses grupos estavam submetidos à legislação específica de cada estado em matéria de seguros. Para escapar das restrições legais na prestação de serviços de saúde, os grupos hospitalares criaram então uma rede de empresas de natureza não lucrativa, vinculadas ao setor hospitalar e não ao setor securitário, denominada *Blue Cross*. Apesar disso, a atuação dessa nova organização manteve-se limitada ao âmbito estadual, de modo que sua regulação continuou sendo exercida pelos estados.

O descontentamento dos médicos com relação ao sistema de remuneração dos profissionais vinculados ao *Blue Cross* materializou-se na forte oposição da *American Medical Association (AMA)*, entidade representativa dos médicos e contrária às práticas de medicina de grupo. Dessa forma, a AMA passou a defender a desvinculação dos serviços médicos dos planos *Blue Cross*, ao mesmo tempo em que defendeu a criação de um modelo alternativo de plano de saúde, submetido ao controle das próprias sociedades médicas estaduais. Como resultado, surgiram os planos vinculados ao sistema *Blue Shield*, fundados por grupos de médicos no início da década de 1940 e que ofereciam serviços de assistência médica também mediante o pré-pagamento de valores fixos.

Ao final da Segunda Guerra Mundial, começaram a surgir as primeiras empresas especializadas na comercialização de seguro saúde, impulsionadas pelo crescimento dos planos de medicina de grupo, indicando a existência de um amplo mercado potencial. A novidade trazida pelas empresas securitárias foi a substituição da oferta direta de serviços pela oferta de planos de reembolso de gastos com assistência médica-hospitalar. Por possibilitarem a contratação de diferentes planos de seguro saúde, diferenciados pelo valor do prêmio pago pelos segurados, as seguradoras conseguiram incorporar segmentos da população que não estavam dispostos a pagar pelos planos de medicina de grupo. Além disso, as seguradoras passaram a absorver os planos de seguro de grupo destinados aos trabalhadores das empresas, “os quais os preferiam pela variedade de opções que as seguradoras ofereciam, em contraposição à rigidez dos planos *Blue Cross* e *Blue Shield*” (Noronha e Ugá, 1995:184).

Apesar do crescimento dos planos de seguro de grupo nos EUA, uma parcela significativa da população continuava sem acesso aos serviços de saúde, formada principalmente por idosos, desempregados e trabalhadores de pequenas empresas. Dessa forma, no início dos anos 60, intensificou-se a discussão sobre a necessidade de uma reforma do sistema, de modo a criar condições para ampliar o acesso da população descoberta. Como resultado dessa discussão, o Congresso aprovou, em 1963, a criação de dois programas públicos destinados a clientela distintas, com diferentes níveis de cobertura e sistemas de financiamento. Esses dois programas – *Medicare* e *Medicaid* – iniciaram suas atividades em 1965 e, embora ambos sejam de natureza pública, representam diferentes modelos de proteção social, pois o primeiro foi concebido sob o formato de seguro social, enquanto o

segundo configurou-se como política assistencialista, com acesso vinculado à apresentação de atestado de pobreza.

O *Medicare* é um programa nacional e administrado pelo governo federal, tendo sido criado para o atendimento das necessidades de assistência médica da população com mais de 65 anos.⁸ O programa é financiado por uma combinação de taxas que incidem sobre as empresas e os trabalhadores, prêmios e receitas fiscais do governo federal. Existem dois tipos de planos no âmbito do *Medicare*, que se distinguem pela cobertura dos serviços e pelo regime de divisão de custos: Parte A, denominada *Health Insurance*, e Parte B, conhecida como *Supplementary Medical Insurance*.

A Parte A do *Medicare* é oferecida a todos os beneficiários, incluindo procedimentos hospitalares, alguns procedimentos de enfermagem, cuidado em casa e cuidado especial para doentes em fase terminal, sendo basicamente financiada pelo imposto sobre a folha de pagamentos (1,45%). A Parte B, por sua vez, oferece seguro médico suplementar voluntário para mais de 70% dos beneficiários do programa e abrange todos os serviços médicos para pacientes dentro e fora do hospital, incluindo testes laboratoriais e de diagnóstico, vacinação, utilização de equipamentos médicos, prescrição de remédios e drogas. Trata-se, na verdade, da aquisição subsidiada de um pacote mais abrangente de serviços de saúde, sendo financiado por recursos federais e por prêmios pagos pelos beneficiários.

Ao contrário do *Medicare*, o *Medicaid* é um programa de caráter assistencial, administrado pelos governos estaduais, que possuem flexibilidade para determinar os critérios de elegibilidade dos beneficiários e a forma como os serviços serão organizados e financiados, obedecendo o desenho básico estabelecido pelo Governo Federal. Nesse sentido, existem variações regionais significativas, uma vez que os estados possuem um grau elevado de autonomia decisória. O programa cobre serviços médicos e hospitalares, assim como serviços qualificados de enfermagem e outros serviços, sendo financiado por recursos fiscais de âmbito federal e estadual.

A necessidade de conter a elevação dos gastos com saúde mediante a racionalização do uso dos serviços médicos e hospitalares motivou o surgimento das instituições de atenção

⁸ Em 1973, os serviços do *Medicare* foram estendidos aos beneficiários do sistema de seguridade social e aos pacientes em tratamento de diálise. Apesar disso, a população mais idosa ainda constitui o principal grupo beneficiário. Conforme Andrade e Lisboa (2000).

gerenciada, ou *Managed Care*, no sistema de saúde dos EUA. Este novo modelo de gerenciamento dos serviços de saúde, baseado na flexibilização dos contratos de seguro saúde, teve sua origem oficial em 1973, com a aprovação do *Health Maintenance Organization Act*.

Apesar da criação dos programas públicos de assistência à saúde no início dos anos 60 e da introdução do *Managed Care* na década de 70, alguns autores chamam a atenção para o fato de que essas inovações não teriam representado uma reforma estrutural do sistema, uma vez que a presença significativa da iniciativa privada na produção e oferta de serviços de saúde, característica predominante do sistema norte-americano, não foi alterada. Nesse sentido, tais mudanças representariam apenas mudanças incrementais do sistema, pois não chegaram a modificar a estrutura sobre a qual se baseiam os serviços de saúde da sociedade norte-americana.

Kirkman-Liff (1997), ao analisar a evolução do sistema de saúde dos EUA, indica a existência de oito tentativas históricas de reforma, cujos resultados evidenciam que (a) ou não houve reforma alguma ou (b) houve apenas reformas incrementais, que implicaram mais dificuldades para as tentativas posteriores. Entre as dificuldades apontadas por este autor para a ausência de uma reforma estrutural no sistema de saúde norte-americano, encontram-se os seguintes fatores: a questão federativa, abrangendo a elevada autonomia dos estados em relação à esfera federal; a diversidade étnica e cultural, presente na sociedade norte-americana; variações econômicas e regionais; forte influência de grupos de *lobby*, como a *American Medical Association*; e baixa participação política da população.

Além dos motivos acima citados, o autor chama a atenção para a existência de três outros fatores que justificariam a percepção de que uma reforma estrutural é vista pela maior parte da sociedade norte-americana como uma “má idéia” ou, quando muito, como desnecessária:

- Crença de que o acesso aos serviços de saúde jamais foi visto como um direito individual ou de que a esfera pública tenha a obrigação de garantir o acesso da população aos serviços, prevalecendo a idéia de que cada pessoa deve ser livre para exercer seu direito de escolha no mercado, a partir de suas preferências e restrições orçamentárias;

- Supremacia de mecanismos que garantem a eficiência econômica do sistema, deslocando para o segundo plano as preocupações com a equidade do acesso, a solidariedade e a justiça social; e
- Aceitação do sistema meritocrático-particularista por parte da maioria da população usuária dos serviços privados, mesmo reconhecendo a existência de uma parcela desprovida de acesso em decorrência de renda insuficiente.

Tais fatores, sublinha o autor, associados a um declínio da crença na atuação governamental por parte da sociedade, apontam para o fato de que a população norte-americana possui uma percepção de que seu sistema de saúde é, no geral, bom e que não há muito o que aprender com os sistemas “socializantes” de outros países.⁹ O Quadro 2.1 sintetiza os principais momentos de tentativa de reforma estrutural do sistema de saúde dos EUA e suas características.

⁹ Outros autores sugerem explicações alternativas para a ausência de uma reforma estrutural no sistema de saúde norte-americano, como o elevado grau de enraizamento do sistema na sociedade (Pierson, 1994) e o papel determinante exercido pelas instituições no processo de constituição e desenvolvimento das políticas públicas (Immergut, 1995).

Quadro 2.1

Tentativas de reforma do sistema de saúde dos EUA

Período	Características
Início do século XX: 1910s	<ul style="list-style-type: none">▪ Sistema dividido em camadas;▪ Proposta de adoção de um sistema de seguro compulsório, como na Alemanha, não foi bem-sucedida.
Entre-guerras: 1930s	<ul style="list-style-type: none">▪ Estabelecimento de um sistema privado de seguro-saúde baseado em planos de medicina de grupo;▪ Adoção de taxas uniformes, baseado no conceito de <i>community rating</i> (risco agregado).
Segunda Guerra Mundial	<ul style="list-style-type: none">▪ Congelamento de salários implicou ampliação da cobertura através de benefícios concedidos pelos empregadores aos funcionários, como forma de salário indireto;
Pós-Guerra	<ul style="list-style-type: none">▪ Tentativa fracassada de estabelecer um programa nacional de seguro-saúde (Governo Truman), devido principalmente à forte oposição da <i>American Medical Association</i> (AMA).
Início dos anos 1960	<ul style="list-style-type: none">▪ Estabelecimento de dois programas públicos específicos: Medicare e Medicaid;▪ Medicare: programa federal voltado para os idosos, com critérios padronizados de elegibilidade e benefícios e pagamentos administrados por prestadores privados, sob contrato de gestão com o Governo Federal;▪ Medicaid: programa de âmbito estadual, destinado à população pobre, variável de Estado para Estado e com critérios de elegibilidade, benefícios e pagamentos administrados por cada Estado.
Início da década de 1970	<ul style="list-style-type: none">▪ Expansão das HMOs como instituições reguladoras dos custos do sistema privado lucrativo.
Década de 1980	<ul style="list-style-type: none">▪ Adoção de mecanismos de auto-seguro por parte dos empregadores na concessão de benefícios de saúde aos funcionários;▪ Prêmios calculados com base no risco do grupo de cada empresa e não no total dos segurados de cada seguradora.
Década de 1990	<ul style="list-style-type: none">▪ Tentativa fracassada de combinar liberdade de escolha, financiamento e prestadores privados, cuidado gerenciado, competição, cobertura universal e contenção de custos (Governo Clinton).

Fonte: Elaborado a partir de Kirkman-Liff (1997)

2.1.2. Estrutura e cobertura

O sistema de saúde norte-americano caracteriza-se pelo predomínio do acesso mediante a compra de serviços junto ao setor privado e, dentro deste, pela presença cada vez mais forte de instituições pertencentes ao modelo de atenção gerenciada (*Managed Care*), responsáveis por mais de 90% dos planos e seguros comercializados nos EUA. Reduzir custos e aumentar a eficiência do sistema, incentivando a concorrência entre os diversos tipos de seguro saúde, são os objetivos centrais da atenção gerenciada, cuja estrutura de funcionamento é formada basicamente por três tipos de instituições: (1) as seguradoras ou organizações gerenciadoras; (2) as organizações de provedores; e (3) os provedores.

As seguradoras e organizações gerenciadoras de saúde são instituições que, além de comercializar o seguro-saúde, realizam também o gerenciamento da utilização dos serviços médicos e hospitalares. As seguradoras, por sua vez, possuem rede de provedores credenciados e o pacote de benefícios ofertado é definido em função da restrição imposta sobre o grupo de provedores. Como pode ser visto no Quadro 2.2, há basicamente três tipos de organizações gerenciadoras: as HMOs (*Health Maintenance Organizations*), as PPOs (*Preferred Provided Organizations*) e as POS (*Points of Service*).

Quadro 2.2

Tipos de Organizações Gerenciadoras de Saúde nos EUA

Tipo	Características
<i>HMO: Health Maintenance Organization</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organização que provê serviços de saúde através da contratação de uma rede de provedores conveniados; ▪ Provedores podem ser contratados individualmente ou através de organizações de provedores; ▪ Há cinco principais tipos de HMOs, que se diferenciam pelo tipo de contrato estabelecido com os provedores.
<i>PPO: Preferred Provided Organization</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Seguradora que realiza a intermediação de um empregador e um grupo de provedores de serviços de saúde; ▪ Diferencia-se das HMOs por permitir a utilização de serviços fora da rede conveniada.
<i>POS: Point of Service</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plano híbrido, que contempla características das HMOs e das PPOs; ▪ Os segurados podem utilizar serviços de prestadores que estão fora da rede conveniada; ▪ Concentração na oferta de serviços especializados.

Fonte: Elaborado a partir de Andrade e Lisboa (2000)

As organizações de provedores são conhecidas como *Integrated Delivery Systems (IDS)* e são instituições formadas por associações de profissionais de saúde e/ou hospitais, responsáveis pela intermediação das relações entre as instituições seguradoras e os provedores de serviços médicos. Há três tipos de organizações de provedores (sistemas integrados de médicos, sistemas integrados de médicos e hospitais e/ou ambulatorios e sistemas que incluem funções de seguros) e o contrato por capitação global é o tipo de contrato mais comum entre as IDS e as organizações gerenciadoras.

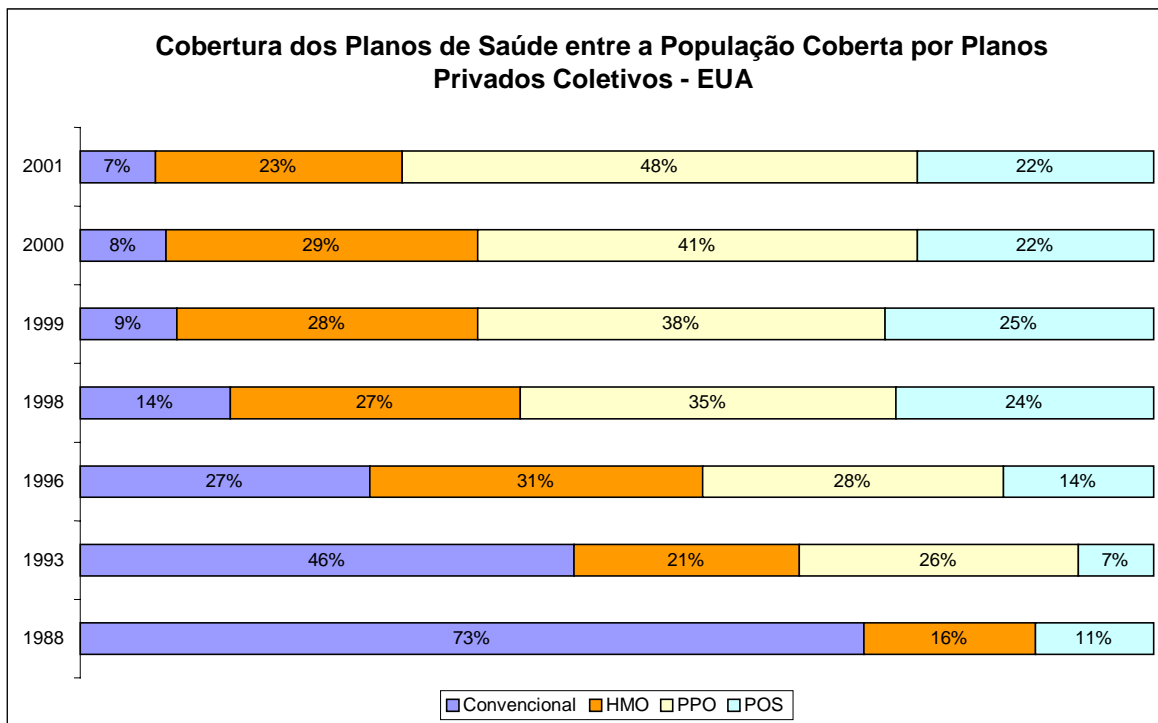
Finalmente, os provedores de serviços de saúde são formados por médicos, hospitais, laboratórios, etc. Os médicos se dividem entre generalistas e especialistas, sendo que o acesso ao médico especialista é feito mediante autorização do generalista, exceto nos casos de ginecologia e obstetrícia. Nesse sentido, o médico generalista possui papel fundamental no sistema, efetuando o atendimento básico e controlando a utilização de serviços médicos através do controle do estado de saúde dos pacientes e encaminhamento para exames e serviços especializados. Cada médico generalista é responsável pela administração de uma carteira de clientes e o tipo de contrato estabelecido é a capitação parcial, que prevê cobertura sobre todos os serviços prestados, acompanhado de fundos específicos para o encaminhamento de pacientes a especialistas, hospitais e serviços auxiliares.

Entre a população coberta por planos coletivos, a maioria encontra-se filiada a organizações de atenção gerenciada – HMO, PPO e POS. De fato, os planos tradicionais de medicina de grupo, baseados no sistema de pagamento por serviços prestados, declinaram drasticamente desde o final dos anos 80, reduzindo sua participação de 73% em 1988 para somente 7% em 2001. O movimento contrário foi observado nos planos das organizações de atenção gerenciada, que cresceram de 27% em 1988 para 93% em 2001. Deve-se destacar, ainda, que o maior crescimento no interior desse segmento ocorreu entre os planos do tipo PPO, responsáveis por 48% da cobertura em 2001 e que praticamente não existiam em 1988 (Gráfico 2.4).

É importante observar que o crescimento das organizações de atenção gerenciada no interior do sistema de saúde norte-americano ocorreu também entre os programas estaduais de natureza assistencial ao longo da década de 90. Em 1990, o *Medicaid* contava com 25,3 milhões de beneficiários, sendo que 91% eram atendidos por programas tradicionais. Contudo, o percentual de beneficiários do *Medicaid* atendidos por planos de organizações de atenção gerenciada, incluindo HMOs e Programas de Gestão de Atenção Básica (PCCM), subiu de 9% em 1990 para 57% em 2001.

Dessa forma, os dados comprovam que o fortalecimento das organizações de atenção gerenciada constitui uma das principais características do mercado de assistência à saúde nos EUA durante a última década.

Gráfico 2.4



Fonte: Kaiser Family Foundation (2002b)

Conforme visto anteriormente, o sistema de saúde dos Estados Unidos é caracterizado pela forte presença da iniciativa privada na produção e oferta de serviços de saúde para a população economicamente ativa, enquanto o Estado, através de programas específicos, garante o acesso aos serviços apenas para grupos sociais mais vulneráveis, como idosos e população de baixa renda. Apesar disso, cerca de 15% da população não possui acesso aos serviços, seja porque não dispõe de renda suficiente para adquirir os diversos tipos de planos e seguros ofertados no mercado privado, seja porque encontra-se fora dos critérios de elegibilidade dos programas públicos.

Os dados de cobertura indicam que aproximadamente 72% da população norte-americana não-idosa está coberta pelo sistema privado de serviços de saúde, enquanto pouco mais de 10% possuem acesso aos serviços assistenciais oferecidos pela esfera pública estadual. Da população coberta pelo sistema privado, a grande maioria tem acesso aos serviços através de benefícios concedidos pelas empresas aos trabalhadores, como forma de salário indireto, tendo aumentado bastante durante os anos 90, como reflexo do crescimento da economia

norte-americana neste período. De fato, houve um aumento de 3% no total da população coberta por planos de saúde coletivos financiados total ou parcialmente pelas empresas entre os anos de 1994 e 2000. Contudo, apesar do relativo aumento da população coberta pelo sistema privado, não houve variação significativa do percentual da população dependente do sistema público no período citado.¹⁰

Deve-se notar, porém, que a estratificação da cobertura por faixa de renda revela a existência de importantes disparidades no acesso aos serviços de assistência à saúde nos EUA. Como mostram os dados da Tabela 2.2, que traz a cobertura da população não-idosa por faixa de renda para o ano de 2000, existe uma relação direta entre o nível de rendimento e o acesso aos planos coletivos oferecidos pelas empresas, de modo que 90% da população que auferir rendimentos 400% acima da linha de pobreza federal possuem esse tipo de cobertura, ao passo que somente 35% daqueles que auferem menos de 200% da linha de pobreza estão cobertos por planos coletivos. De modo inverso, o percentual de pessoas sem qualquer tipo de cobertura é significativamente maior entre o estrato de menor rendimento – cerca de 33% das pessoas situadas nessa faixa encontravam-se descobertas; esse percentual cai para 15% para o estrato intermediário, chegando a 6% entre aqueles que auferem maiores rendimentos.

Tabela 2.2

Cobertura da população não-idosa, por faixa de renda, segundo o tipo de cobertura – EUA, 2000.

Tipo de Cobertura	Faixa de Renda da População Não-Idosa *			
	Mais de 400% da LPF	200-399% da LPF	Menos de 200% da LPF	Todos
Planos coletivos de empresas	88,9%	76,4%	34,7%	67,3%
Planos individuais	3,8%	4,9%	5,9%	4,8%
Medicaid e outros estaduais	0,4%	2,6%	23,5%	8,6%
Medicare e planos militares	1,0%	1,7%	3,2%	1,9%
Sem cobertura	5,8%	14,5%	32,7%	17,2%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Kaiser Family Foundation (2002a).

(*) Em relação à Linha de Pobreza Federal (LPF)

¹⁰ Dado o caráter pró-cíclico do acesso aos tipos de planos de saúde oferecidos pelo sistema privado, baseados na oferta de planos coletivos pelas empresas e na capacidade de pagamento das pessoas, é de se esperar que a cobertura privada tenha diminuído nos dois últimos anos, como consequência da queda do ritmo de crescimento da economia norte-americana nesse período.

O acesso aos serviços é desigual não apenas segundo a faixa de renda da população, mas também para diferentes grupos populacionais, a partir de uma perspectiva étnica de classificação. Dessa forma, como pode ser visto pelos dados apresentados na Tabela 2.3, a população de origem negra e hispânica dos EUA apresentam percentuais significativamente menores de acesso a planos privados de saúde, sejam coletivos ou individuais. Como seria de se esperar, o percentual de pessoas sem cobertura é bastante alto para esses grupos populacionais, chegando a atingir 22% da população negra e 35% da população hispânica. Como resultado, os serviços estaduais de natureza assistencial são mais direcionados para esses grupos, com percentuais de cobertura ao redor de 16-17%. A população branca, por sua vez, encontra-se majoritariamente coberta por planos privados (80%). Contudo, é importante observar que o percentual de pessoas sem cobertura é significativo mesmo para as pessoas desse grupo populacional (13%).

Tais considerações revelam a existência inequívoca de problemas de equidade no acesso aos serviços de saúde nos EUA, a despeito dos esforços realizados pela esfera pública na oferta de serviços de natureza assistencial.

Tabela 2.3

Cobertura da população não-idosa, por grupo populacional, segundo o tipo de cobertura – EUA, 2000.

Tipo de Cobertura	Grupo Populacional			
	Branco	Negro	Hispânico	Todos
Planos coletivos de empresas	74,2%	55,7%	45,6%	67,3%
Planos individuais	5,7%	2,8%	2,5%	4,8%
Medicaid e outros estaduais	5,5%	17,2%	16,0%	8,6%
Medicare e planos militares	2,0%	2,7%	1,2%	1,9%
Sem cobertura	12,7%	21,6%	34,7%	17,2%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Kaiser Family Foundation (2002a).

2.1.3. Financiamento e Gasto

Os dados sobre a distribuição do gasto com saúde por origem do gasto mostram que, para o ano de 2000, 35% do total era proveniente de empresas seguradoras que comercializavam

planos individuais e coletivos de saúde e que programas governamentais, incluindo o *Medicare* e o *Medicaid*, eram responsáveis por 43% do gasto total. Além disso, um percentual significativo (17%) era proveniente de pagamentos efetuados diretamente pela população aos prestadores de serviços de saúde.

Com relação ao destino dos recursos financeiros, pode-se observar que os serviços hospitalares constituíam o principal item de gasto dentro do sistema (32%), seguido pelas despesas com serviços médicos, que representavam 22% do total. Em seguida, apareciam os gastos com medicamentos (9%) e os serviços qualificados de enfermagem (7%). Cerca de 14% dos recursos eram direcionados para o pagamento de outros profissionais de saúde e 13% correspondiam a outros tipos de gastos (Gráficos 2.5 e 2.6).

Gráfico 2.5

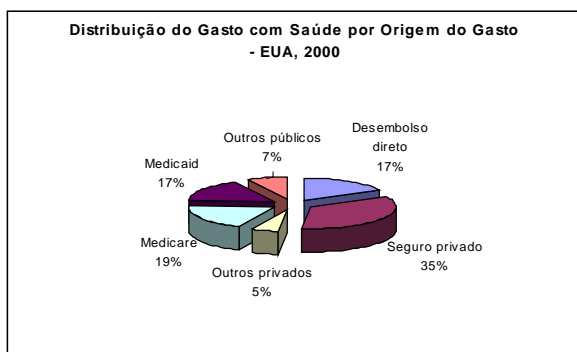
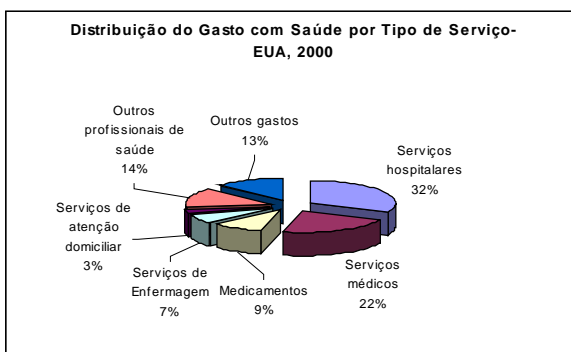


Gráfico 2.6



Fonte: Kaiser Family Foundation (2002b)

A evolução do gasto permite observar que os EUA apresentam um nível elevado de gasto com saúde. Como mostram os dados da Tabela 2.4, que apresenta indicadores referentes ao gasto total, gasto per capita e gasto como percentual do PIB, houve um aumento significativo do gasto com saúde nos últimos quarenta anos, passando de US\$ 27 bilhões, em 1960, para US\$ 1,3 trilhões no ano 2000. Em termos per capita, o gasto subiu de US\$ 476 dólares para US\$ 4.637 por habitante, o que representa um acréscimo de mais de 870%. Da mesma forma, o gasto como percentual do PIB elevou-se de 5,1% em 1960 para 13,2% em 2000 – aumento de 159%. É possível notar que os anos 80 foram o período de maior crescimento do gasto, tendo praticamente triplicado o gasto total e duplicado o gasto per capita. Além disso, o gasto como percentual do PIB saltou de 8,8% para 12,0%. Na

década de 90, embora o gasto como percentual do PIB tenha se estabilizado em torno de 13%, o gasto per capita aumentou quase 70% no mesmo período.

Tabela 2.4

Indicadores de gasto com saúde – EUA, 1960-2000.

Ano	Gasto Total (US\$ bilhões)	Gasto per capita (US\$)	Gasto como % do PIB
1960	27	476 *	5,1%
1970	73	878 *	7,0%
1980	246	1276 *	8,8%
1990	696	2.738	12,0%
1992	827	3.184	13,1%
1994	937	3.534	13,3%
1996	1.040	3.850	13,3%
1998	1.150	4.177	13,1%
2000	1.300	4.637	13,2%

Fonte: Elaborado a partir de Kaiser Family Foundation (2002b).

(*) Dados apresentados por Andrade & Lisboa (2000).

Apresentando dados de evolução do gasto para o período 1960-96, Andrade e Lisboa (2000) mostram que o crescimento observado ocorreu em decorrência tanto do aumento do gasto público quanto do gasto privado, embora o aumento do gasto público, no período considerado, tenha sido mais acentuado do que o gasto privado. Entre 1960 e 1980, os gastos totais per capita em saúde aumentaram 168% (valores constantes), sendo que os gastos privados aumentaram 108%, enquanto os gastos públicos aumentaram 358% no mesmo período. Este aumento dos gastos públicos decorreu principalmente da criação dos programas *Medicare* e *Medicaid* destinados à população idosa e de baixa renda. Durante os anos 80, porém, o crescimento dos gastos privados (68%) foi maior do que o dos gastos públicos (55%), o que impulsionou a adoção de mecanismos de controle e redução de custos. O resultado foi a queda na taxa de crescimento do gasto privado per capita durante a primeira metade da década de 90, que passou de US\$ 1.221 por habitante/ano para US\$ 1.277. Os gastos públicos, por sua vez, aumentaram 34%, implicando um aumento total de 16% entre 1990 e 1996 (Tabela 2.1.4).

Dessa forma, a distribuição percentual dos gastos públicos e privados ao longo do tempo indica que os gastos públicos estão aumentando cada vez mais sua importância no montante total: enquanto em 1960 apenas 25% do gasto total era público, em 1970 este percentual aumentou para 38%, chegando a atingir 47% em 1996. Em contrapartida, o gasto privado, que já chegou a representar 75% do gasto total em 1960, caiu para 53% em 1996.

Tabela 2.5

Indicadores de gasto público e privado com saúde – EUA, 1960-1996.

Ano	Gasto per capita (US\$)			Gasto como % do PIB		
	Público	Privado	Total	Público	Privado	Total
1960	358	118	476	4%	1%	5%
1970	546	332	878	4%	3%	7%
1980	735	541	1.276	5%	4%	9%
1990	1.221	837	2.058	7%	5%	12%
1996	1.277	1.118	2.395	7%	6%	13%

Fonte: Elaborado a partir de HCFA/National Health Statistics, apud Andrade & Lisboa (2000).

Dados obtidos junto ao *National Center for Health Statistics* do Departamento de Saúde dos EUA ¹¹, mostram que houve uma queda na taxa de crescimento do gasto total em saúde durante os anos 90. Esta queda também se refletiu na taxa de inflação dos serviços de saúde, tendo declinado de 6,3% entre os anos 1990-95 para 3,3% entre os anos 1995-99. A combinação de forte crescimento econômico e a queda na taxa de crescimento do gasto em saúde na década de 90 fez com que se estabilizasse o gasto em saúde como percentual do PIB ao redor de 14%, em contraste com o crescimento observado no período anterior. Contudo, apesar da queda na taxa de crescimento do gasto em saúde, os EUA continuam a gastar mais em saúde do que qualquer outro país industrializado, seja em termos absolutos, seja como percentual do PIB.

2.1.4. Regulação

A regulação das atividades das empresas seguradoras que comercializam planos de seguro saúde nos EUA esteve historicamente sob responsabilidade dos diferentes governos

estaduais, o que implicou a existência de uma certa variabilidade regional de regras e normas a serem seguidas. No nível estadual, as organizações de atenção gerenciada são freqüentemente reguladas por mais de uma agência – por reguladores das seguradoras, que gerenciam os aspectos financeiros, e pelos reguladores de assistência à saúde, que focalizam as questões de qualidade dos serviços, padrões de utilização e habilidade do prestador para oferecer serviços de forma adequada.

De acordo com Kongsvedt (2001), as regulações dos estados não necessitam apresentar consistência entre si, embora seja possível identificar muitas similaridades básicas nas diferentes regulamentações estaduais, devido principalmente ao esforço da instituição federal responsável pelos negócios das empresas seguradoras – *National Association of Insurance Commissioners*. Deve-se notar que até 1996 os estados possuíam inteira responsabilidade pela regulação das empresas seguradoras, incluindo as organizações de atenção gerenciada e com exceção das empresas de autogestão, reguladas em âmbito federal pelo Departamento de Trabalho.

A supervisão das agências estaduais envolve uma série de aspectos operacionais das empresas seguradoras, tais como fornecimento de autorização de funcionamento, estabelecimento de padrões de solvência e garantias financeiras, acesso a informações padronizadas, entre outros. Muitos estados possuem, ainda, leis para controlar a disponibilidade de prestadores, proibindo as organizações de atenção gerenciada de contratar seletivamente um limitado grupo de prestadores. Segundo Kahn III e outros (2001), isso tem um efeito significativo nas organizações de atenção gerenciada porque a criação de grupos de prestadores é central para as operações básicas de uma organização de atenção gerenciada. Além disso, vários estados possuem legislação que impõe procedimentos assegurando que os beneficiários possam ter acesso a especialistas, incluindo determinações para acesso direto, sistemas de referenciamento e livre acesso aos produtos. O Quadro 2.3 sintetiza os principais itens submetidos à regulação.

¹¹ US Department Of Health And Human Resources (2000)

Quadro 2.3

Principais itens submetidos à regulação estadual nos EUA

Item	Descrição
Autorização de funcionamento	As HMOs obtêm autorização de funcionamento mediante o requerimento de uma licença de autorização estadual (<i>Certificate of Authority – COA</i>) e as solicitações são geralmente processadas pelos departamentos estaduais de seguro.
Informação para os beneficiários	O <i>HMO Model Act</i> requer certos níveis de comunicação com os usuários das HMOs. O usuário individual ou o responsável pelo contrato de grupo tem o direito de receber uma cópia de seus contratos e os reguladores exigem que eles sejam arquivados e aprovados pelas instâncias regulatórias responsáveis pela revisão dos contratos. Os usuários também recebem um documento como prova de cobertura, informações sobre como os serviços podem ser obtidos, uma listagem de prestadores de planos de saúde e uma notificação referente ao desligamento do médico do beneficiário. O <i>PPA Model Act</i> exige divulgação similar para os usuários dos planos das PPOs.
Acesso aos serviços médicos	As HMOs necessitam assegurar a disponibilidade e o acesso dos usuários aos serviços médicos. De igual modo, o <i>PPA Model Act</i> exige que os planos que oferecem uma opção PPO assegurem um certo nível de acesso para os serviços cobertos.
Questões envolvendo o prestador	O <i>HMO Model Act</i> determina que as organizações de atenção gerenciada solicitem licença de atuação profissional ao estado e forneçam aos reguladores cópias dos formulários de contrato com os prestadores, assim como os nomes e endereços de todos os prestadores contratados. Também determina que os contratos incluam uma cláusula que proteja os usuários contra reclamações do prestador no caso de insolvência do plano. O <i>Managed Care Plan Network Adequacy Model Act</i> (NAIC) também inclui uma série de providências no contrato do prestador.
Relatórios e arquivos	As HMOs devem manter uma série de documentos arquivados, incluindo os relatórios anuais, tabelas com os índices de prêmios e atualizações das informações contidas na licença de funcionamento original.
Garantia de qualidade e exame da utilização	Há uma série de leis que prescrevem os procedimentos das HMOs com relação à garantia de qualidade e exame da utilização. Entre eles, estão as determinações que fazem com que a HMO tenha arquivos da descrição de seu programa de controle de qualidade, possua um sistema interno capaz de identificar oportunidades de melhoria para os serviços, mensure o desempenho dos prestadores, assegure um nível de produção dos prestadores, colete e analise dados de sobreutilização e subutilização dos serviços e mantenha políticas e procedimentos escritos para credenciamento de todos os profissionais de saúde.
Procedimentos de queixas dos usuários	A Lei NAIC requer que as HMOs tenham procedimentos escritos desenhados para efetivamente tratar das queixas dos usuários. Estes procedimentos devem ser aprovados pela agência estadual apropriada.
Padrões de solvência e garantias	O <i>HMO Model Act</i> estabelece requerimentos de capital específico, reserva e depósitos que todas as HMOs devem cumprir. Isto é para prevenir insolvências das HMOs e proteger os consumidores e outras partes dos efeitos de insolvência.
Situação financeira e visitas de inspeção	Os reguladores têm poder para conduzir inspeções a fim de examinar as finanças das HMOs, atividades de mercado e programas de controle de qualidade. O processo de inspeção pode envolver visitas <i>in loco</i> .
Implementação do HIPAA	O <i>Health Insurance Portability and Accountability Act</i> (HIPAA) estabelece requerimentos mínimos para padrões de serviços de saúde. Muitos requerimentos dos estados excedem aqueles estabelecidos pelo HIPAA.
Operações em muitas localidades	Organizações de atenção gerenciada que operam em dois ou mais estados devem submeter-se às regulações existentes em cada jurisdição.

Fonte: Kongsvedt (2001).

Em 1996, o Congresso aprovou o *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA), garantindo a portabilidade da cobertura e a ampliação das condições de acesso aos planos de seguro saúde. Na opinião de alguns autores (Smith e Stewart, 2001), o HIPAA representou um dramático afastamento da legislação anterior na provisão de padrões regulatórios federais para os produtos privados de seguro saúde comercializados nos mercados individuais e de grupo, assim como para os planos de autogestão, financiados pelos empregadores, uma vez que os estados passaram a dividir o poder regulatório com as agências federais.

Na verdade, o HIPAA representou a primeira legislação de regulação direta dos negócios de seguro saúde pela esfera federal, mediante o estabelecimento de padrões mínimos de acessibilidade e cobertura. Nesse sentido, procurou estabelecer maior equilíbrio do poder regulatório mediante o aumento da autoridade das agências federais. Contudo, deve-se destacar que a lei permite que os estados ofereçam mais proteção aos consumidores com relação à portabilidade e ao acesso. As regulações do HIPAA aplicam-se aos planos coletivos de saúde, às empresas que comercializam seguro saúde e aos benefícios por elas fornecidos.

Além dos padrões de portabilidade e de acesso, o HIPAA inclui incentivos fiscais, iniciativas contra fraudes e abusos, assim como requerimentos de racionalização administrativa. A legislação também beneficia os planos de autogestão, fornecendo incentivos fiscais.

Entre as muitas cláusulas referentes à cobertura do seguro saúde incluídas no HIPAA, encontra-se a portabilidade do seguro para aqueles que estão mudando para um plano coletivo e já possuíam cobertura anterior, e as exigências de fornecimento de documentação adequada, por parte dos empregadores que financiam planos coletivos, aos indivíduos que possuíam cobertura anterior. Além disso, o HIPAA determina que todas as seguradoras que oferecem cobertura de seguro saúde juntamente com planos de saúde coletivos renovem ou mantenham a cobertura em vigor mediante opção da empresa financiadora.

Outro avanço significativo do HIPAA está relacionado à tentativa de melhorar o acesso das pessoas com enfermidades pré-existentes. A lei estabelece que nenhum plano ou seguradora

pode estabelecer certas regras para elegibilidade dos filiados e restringe o uso de exclusões de enfermidades pré-existentes. A lei também proíbe a exigência de que os beneficiários tenham que pagar um prêmio ou contribuição maior do que os valores cobrados para outra pessoa em situação similar com base na sua condição de saúde. O HIPAA determina, ainda, que todos os planos coletivos de saúde notifiquem os participantes sobre reduções nos serviços cobertos ou benefícios com antecedência de 60 dias.

Dessa forma, destacam-se as seguintes cláusulas de garantia de acessibilidade no âmbito do HIPAA:

- Possibilita a obtenção de cobertura individual para os indivíduos que mantiveram cobertura continuada e ficaram sem proteção, ao mesmo tempo que fornece alternativas de escolha aos estados para estabelecer esta garantia;
- Determina que as seguradoras de planos individuais ofereçam cobertura às pessoas qualificadas sem qualquer tipo de exclusão decorrente de enfermidades pré-existentes;
- Providencia que os programas estaduais, para qualificação das alternativas aceitas às determinações federais, devem oferecer escolha de cobertura às pessoas sem imposição de exclusões às enfermidades pré-existentes;
- Possibilita aos estados a tomada de decisões sobre a adoção das determinações federais ou a proposta de um mecanismo alternativo.

As cláusulas de racionalização administrativa do HIPAA objetivam reduzir os custos e as obrigações administrativas da assistência à saúde mediante a adoção da transmissão eletrônica padronizada de muitas transações financeiras e administrativas que eram previamente feitas em papel. Espera-se que essas cláusulas possibilitem o aumento da eficiência administrativa, assim como a redução dos custos da indústria de assistência à saúde, embora muitas organizações de atenção gerenciada, como observa Kahn III e outros, ainda não estivessem aptas para a troca de informações eletrônicas em 2000.

Finalmente, além da regulação das empresas que comercializam planos e seguros saúde, deve-se destacar que outros setores do complexo industrial da saúde também são fortemente regulados nos EUA, tais como os prestadores de serviços (profissionais, hospitais, clínicas, etc.) e a indústria farmacêutica. As políticas regulatórias abrangem

aspectos relacionados a preços, quantidades, oferta e qualidade, tanto de insumos quanto de produtos finais, como pode visto no Quadro 2.4.

Os instrumentos utilizados para regular os preços incluem desde programas de controle de preços, como foi o caso do famoso *Economic Stabilization Program (ESP)*, adotado pelo governo Nixon no início da década 70, até as regras de preço adotadas pelo *Medicare* para o pagamento de procedimentos, passando pela legislação antitruste que afeta o setor. Licenças para o exercício profissional, legislação que restringe o aumento da capacidade hospitalar em determinada região e regras de funcionamento da indústria farmacêutica são exemplos de instrumentos utilizados para regular a oferta e a entrada de certos produtos no mercado. Finalmente, uma série de outros instrumentos objetivam controlar a qualidade no setor saúde, como são os casos das certificações e licenças profissionais, bem como os sistemas de controle de qualidade fixados por diversos órgãos governamentais.

Quadro 2.4

Instrumentos utilizados para regulação do setor saúde nos EUA

Aspectos da Regulação	Instrumentos Utilizados	
	Insumos	Produtos Finais
Preço	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Controle de salários ▪ Legislação antitruste 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Regras do Programa de Estabilização Econômica (<i>ESP</i>) ▪ Regulações dos estados ▪ Regras de preço do <i>Medicare</i> ▪ Legislação antitruste
Entrada / Oferta	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Licenças ▪ Leis do <i>Certificate of Need</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Regras da <i>Food and Drug Administration (FDA)</i>
Qualidade	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Licenças ▪ Certificações 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Regras do <i>Health Department</i> ▪ Regras da <i>Food and Drug Administration (FDA)</i> ▪ Sistemas de controle de qualidade do atendimento (<i>PSRO/PRO</i>)

Fonte: Phelps, 1997.

Como destaca Phelps (1997), o setor saúde nos EUA tem estado sob contínuo controle de preços desde 1971, a entrada no mercado de novos medicamentos e equipamentos médicos é fortemente regulada, as profissões médicas são objeto de intensa regulação e muitos estados ainda adotam controles para restringir o aumento da capacidade instalada hospitalar. Dessa forma, fica evidente que o setor saúde norte-americano, apesar de situar-

se entre aqueles que mais utilizam os mecanismos de competição de mercado entre os países desenvolvidos, é o setor mais fortemente regulado da economia dos EUA.

2.1.5. Fragilidades

A literatura sobre o funcionamento do sistema de saúde norte-americano aponta a existência de uma série de questões que representam desafios importantes para sua gestão, como a tendência à especialização médica, o foco nas intervenções de caráter curativo e a própria complexidade organizacional do sistema. Apresentamos a seguir uma síntese das principais dificuldades, com base em Kirkman-Liff (1997):

- Pagamento por serviços prestados (*fee-for-service*) ainda é uma referência cultural importante para a remuneração dos provedores nos EUA, mesmo nas regiões onde as organizações de atenção gerenciada são predominantes, o que evidencia a dificuldade de estabelecer critérios de remuneração baseados nos sistemas de capitação ou orçamento;
- Alto nível de utilização de equipamentos tecnológicos avançados, impulsionado pelo modelo de pagamento por serviços prestados, sendo inclusive encorajado pelo comportamento de pacientes e profissionais de saúde;
- Tendência à especialização excessiva dos médicos, decorrente da combinação do modelo de pagamento por serviços prestados e da tecnologia. A especialização é incentivada por razões econômicas (serviços especializados implicam ganhos maiores) e científicas (estímulo por parte das faculdades de medicina, que se enxergam como centros de pesquisa);
- O foco do sistema não é a prevenção e os cuidados de longo prazo, mas as intervenções agudas de caráter curativo, especialmente os procedimentos cirúrgicos, tornando o modelo hospitalocêntrico;
- Atividades e programas de atenção básica são vistos com desconfiança pela população americana, que prefere o acesso direto às especialidades. Além disso, a própria comunidade médica resiste à idéia da atuação do médico generalista como “porta de entrada” do sistema;

- Diversidade e complexidade do sistema, decorrente das reformas estruturais do mercado de seguro-saúde, com regras e regulações que diferem de seguradora para seguradora, de região para região, de um ano para outro; e
- Aversão ao risco por parte das seguradoras induz a adoção de mecanismos de seleção adversa, com o intuito de limitar a cobertura dos serviços para os segmentos populacionais de maior risco.

2.2. Argentina

2.2.1. Antecedentes

A origem do sistema de saúde argentino está estreitamente relacionada ao desenvolvimento de formas de provisão solidária, destinadas a financiar tanto a atenção médica quanto outros riscos de vida. De acordo com Belmartino (2002), os fatores impulsionadores à integração da população em tais organizações foram múltiplos no início, gerando os primeiros estímulos à fragmentação: nacionalidade de origem dos trabalhadores, ligação com determinado sindicato, adesão a determinada religião ou organização política. Durante as décadas de 1920 e 1930, começaram a predominar, de maneira progressiva, as organizações que reuniam pessoas inseridas em uma mesma atividade de trabalho, seja membros de sindicato ou trabalhadores de empresas e instituições privadas e estatais, sendo que o financiamento da atenção médica se converteu em objetivo prioritário, ainda que não excludente, da maioria dessas organizações.

Arce (2000) destaca que o sistema de saúde da Argentina foi, até 1945, predominado por um *modelo pluralista não planejado*, caracterizado pelo predomínio do conceito de saúde como responsabilidade individual ou como objeto de caridade. A representação do setor saúde era feita pelo Departamento Nacional de Higiene – dependente do Ministério do Interior – e pela comissão assessora de asilos e hospitais regionais, na área do Ministério de Relações Exteriores. Diante de tal dispersão original, o Estado argentino começou, a partir da década de 1940, a implementar políticas dirigidas a centralizar e normatizar as instituições de atenção médica.

O governo que surgiu do golpe militar de 1943, assim como o governo peronista de 1946-55, levaram adiante um programa de expansão das áreas sociais, em particular a organização de serviços de atenção médica em todo o território nacional. Esse período foi caracterizado por uma crescente ingerência do estado no investimento, planificação e administração dos serviços de saúde, sob um marco de predomínio do conceito de saúde pública. A administração das políticas de saúde foi centralizada no recém-criado Ministério da Saúde e houve uma grande expansão da capacidade instalada do setor público, chegando a duplicar o número de leitos hospitalares em poucos anos. Dessa forma, é possível pensar esse período como a tentativa de estabelecimento de um *modelo de planificação estatal centralizada*.¹²

Segundo Belmartino (2002), esse impulso estatal em direção à consolidação de uma forma institucional adequada ao fortalecimento dos princípios de universalidade, acesso igualitário e solidariedade – identificados como fundamento do sistema – se viu limitado, em primeiro lugar, pela atenção que o mesmo governo peronista concedeu às demandas dos sindicatos, que preferiram organizar seus próprios serviços de atenção à saúde conforme a tradição mutualista. Surgiram, assim, as primeiras Obras Sociais, caracterizadas pela filiação e contribuição obrigatória dos trabalhadores de um determinado setor produtivo e pela contribuição dos respectivos empregadores. Um segundo limite à ação estatal em matéria de saúde se apresentou a partir da crise fiscal do Estado, recorrente durante a década de 1950, e a nova orientação política dos governos posteriores a 1955, que procuraram reduzir a intervenção estatal naquelas áreas suscetíveis de serem cobertas pela atividade privada.

Como consequência dessas limitações, as instalações de atenção médica do subsetor público ingressaram, a partir dos anos 60, em um lento processo de deterioração, e as autoridades de saúde demonstraram escassa vocação reguladora sobre as novas formas de financiamento e organização dos serviços médicos, que ficaram sob o controle dos grandes conjuntos de organizações de base corporativa – o conjunto que agrupava as chamadas *Obras Sociales* em entidades financiadoras da demanda, respaldadas politicamente pela

¹² A periodização do desenvolvimento do sistema de saúde argentino, a partir de diferentes tipo de modelos de organização, foi sugerida por Arce (2002), levando em conta basicamente as dimensões de planificação e descentralização.

Confederação Geral do Trabalho, e aquele conformado pelas organizações dos prestadores de serviços, que possuíam o controle oligopólico da oferta. Outra característica desse período é o progressivo distanciamento dos centros de decisão em direção aos estados provinciais e outras entidades estatais, caracterizando assim *um modelo pluralista de planificação descentralizada*.

A institucionalização do sistema ocorreu em 1970 (lei 18.610), generalizando a cobertura das *Obras Sociales* à totalidade da população do mercado formal de trabalho. A adoção desta lei significou na prática a resignação dos princípios de universalidade e acesso igualitário, e conformou de maneira definitiva um modelo baseado na solidariedade de grupo. Segundo Belmartino (*op. cit.*), “a integração foi superada pelo pluralismo, mediante o desenho de um modelo particularista, ineficiente e destinado a reproduzir no sistema de serviços as desigualdades presentes no mercado de trabalho e aquelas derivadas do diferente acesso às decisões do Estado”.

Tentativas de reforma do modelo foram feitas em 1973, 1978 e 1985, buscando, de um lado, assegurar uma melhor utilização dos recursos arrecadados e maior igualdade na distribuição dos benefícios, e, de outro, retirar dos sindicatos o controle das *Obras Sociales*, que progressivamente se converteram em fonte de poder político e econômico para essas organizações. De fato, as tentativas de reforma nesse período fracassaram diante da acirrada oposição da Confederação Geral do Trabalho.

Deve-se observar, porém, que as profundas transformações ocorridas no mercado de trabalho, desde meados dos anos 70, expressos na queda da taxa de assalariamento e no crescimento do mercado informal, reduziram a base dos mecanismos financeiros que sustentavam as *Obras Sociales* e provocaram fortes desequilíbrios econômicos, tornando mais visíveis os traços de heterogeneidade na oferta dos serviços. Além disso, a interdependência que caracteriza os mercados de saúde e a presença de atores corporativos com fortes interesses no setor produziram, no final da década de 1980, fortes distorções financeiras, generalizando a adoção de mecanismos de co-pagamento. Como resultado, houve um processo de direcionamento da demanda para os hospitais públicos, em busca de atenção gratuita por parte dos beneficiários de menores recursos, o que significou de fato uma maior estratificação da demanda.

A fim de neutralizar as tendências mais negativas do sistema, foi criado um órgão regulador, o Instituto Nacional de Obras Sociais (INOS), encarregado de promulgar normas comuns a todas as *Obras Sociales* e administrar o Fundo Solidário de Redistribuição (FSR), criado como alternativa para compensar as disparidades no acesso aos serviços, mediante a redistribuição de recursos das *Obras Sociales* com maiores contribuições *per capita* para aquelas em condições menos favoráveis. Dessa forma, a criação do FSR destinava-se a atenuar as diferenças de recursos resultantes das condições de trabalho específicas de cada atividade e seus recursos eram formados por 10% do total arrecadado das *Obras Sociales*, que seriam redistribuídos na tentativa de garantir um aporte mínimo por família.¹³

A capacidade reguladora do INOS, porém, não foi capaz de atenuar, de maneira efetiva, a heterogeneidade característica do sistema de *Obras Sociales* – dimensões da carteira de beneficiários, recursos disponíveis por beneficiário, estrutura de serviços oferecida, perfil de consumo por beneficiário, condições de acesso determinadas pela diferente incidência de co-pagamentos, estrutura de custos e modelo desenvolvido de organização da atenção médica. Disso resultou um sistema conformado por um mosaico de distintas situações regionais e por atividade produtiva. Em 1989, com a sanção das Leis 23.660 e 23.661, modificou-se a legislação que regula o sistema, concedendo sua condução a um novo órgão dependente do Ministério da Saúde e Ação Social, a Administração Nacional de Seguro de Saúde (ANSSAL), que não conseguiu, por sua vez, alterar substantivamente o quadro de atuação das *Obras Sociales*.

Durante os anos 90, o governo deu início ao processo de reforma do sistema de saúde argentino, orientado fundamentalmente para a descentralização dos serviços de saúde, com ênfase na autogestão dos hospitais públicos, e para a desregulação do sistema de *Obras Sociales*.

¹³ Belmartino (2002) destaca que atualmente duas estratégias avançam sobre o mecanismo solidário: (1) modificar a fórmula de cálculo das contribuições realizadas pelas Obras Sociais ao FSR, passando de uma contribuição uniforme de 10% para um esquema de contribuição progressiva segundo a remuneração salarial, com faixas que variam de 10% a 20% do salário; e (2) o cálculo do aporte mínimo deixa de ser calculado sobre o grupo familiar e passa a ser de 20 dólares por beneficiário. Ambas as estratégias podem ser interpretadas como tentativas direcionadas a melhorar a equidade do sistema, superando os limites próprios dos mecanismos de solidariedade de grupo e garantindo um subsídio dos grupos de maior renda para aqueles com recursos insuficientes para financiar uma cobertura adequada.

Em relação ao primeiro item, operou-se a transferência de todos os hospitais nacionais para as províncias. Em seguida, o Ministério da Saúde, seguindo o exemplo das províncias de Buenos Aires e de Mendoza, promulgou o Decreto 578 de 1993, que estabeleceu o Hospital de Autogestão. A idéia por trás dessa iniciativa era conceder maior autonomia e flexibilidade na gestão dos recursos, permitindo obter maiores níveis de eficiência. Esse novo modelo de organização hospitalar permitiu, também, que os hospitais públicos passassem a faturar diretamente das *Obras Sociales* os serviços prestados à população coberta por seguro social. Essa possibilidade de recuperação de custos, embora represente uma nova fonte de receitas para os hospitais, não foi acompanhada de outros mecanismos voltados para a redução de custos operacionais dos hospitais.

Algumas análises preliminares apontam que os efeitos da transformação do hospital público, a partir de sua incorporação ao regime de autogestão, foram limitados: a captação de novos recursos não foi significativa, a preocupação pela eficiência canalizou-se em algumas jurisdições no fortalecimento da atenção primária e a heterogeneidade de situações seguiu sendo a regra, reproduzindo a lógica do particularismo que caracterizou o desenvolvimento histórico do sistema.

Já o argumento central para desregular o sistema de *Obras Sociales* repousava na tentativa de aumentar a eficiência e a eficácia do seu funcionamento através da eliminação do caráter cativo da população beneficiária. A premissa era de que a liberdade de escolha aumentaria a competição entre as *Obras Sociales* e os prestadores, o que tornaria o sistema mais eficiente, mediante um processo de “seleção natural”. Dessa forma, o diagnóstico da crise do sistema baseava-se na idéia de falta de competitividade dessas entidades, derivada da condição de catividade de seus beneficiários.

Os principais eixos da desregulação das *Obras Sociales*, decretados em 1993, mas implementados somente a partir de 1997, foram: (a) impor a livre escolha dos beneficiários entre as Obras Sociais Nacionais; (b) criar um Programa Médico Obrigatório (cesta básica de prestação de serviços de saúde) para os filiados das *Obras Sociales* e de empresas de medicina privada; (c) introduzir modificações no FSR para compensar os desníveis de renda entre as entidades; e (d) criar um Fundo de Reconversão de Obras Sociais (FROS), financiado pelo Banco Mundial.

Findling e outros (2002), ao analisar os resultados dos principais itens propostos pela reforma, argumentam que a lentidão na implementação da livre escolha ocorreu devido à falta de um marco regulatório global, à forte oposição dos sindicatos às medidas impostas por decretos emanados do Poder Executivo e à escassa organização das *Obras Sociales* para enfrentar a abertura do sistema. Por isso, foi decidido que a competição ocorreria, numa primeira etapa, entre as *Obras Sociales* sindicais, ao passo que uma segunda etapa contemplaria a livre competição entre elas e as empresas de medicina privada.

Os dados mostram que, no período de 1997-99, um percentual reduzido de beneficiários (cerca de 8%) mudou de *Obra Social*, principalmente na região metropolitana de Buenos Aires. O perfil desses beneficiários revela que se tratam de pessoas jovens, sem dependentes, com rendimentos mais elevados e maior nível de informação sobre as opções existentes. O balanço de perdas e ganhos nesse processo mostra que as *Obras Sociales* mais prejudicadas teriam sido as entidades de maior porte (mais de 100 mil beneficiários), enquanto as de menor número de beneficiários teriam sido beneficiadas.

O Programa Médico Obrigatório (PMO), outro importante item da reforma, conforma um pacote básico de serviços de assistência de prevenção, diagnóstico e tratamento médico e odontológico, de oferecimento obrigatório aos beneficiários das *Obras Sociales* e das empresas de medicina privada. O montante de recursos fixado para o PMO corresponde à soma de 40 dólares mensais por beneficiário titular, incluindo o grupo familiar, independentemente da quantidade de membros.

Já a principal modificação no funcionamento do FSR foi o estabelecimento de um mecanismo de compensação automática para aquelas entidades de menor renda, reintegrando a diferença à *Obra Social*, caso o montante de contribuição de seus filiados não seja suficiente para cobrir a soma estipulada. Este mecanismo teria por função otimizar a alocação de recursos no interior do sistema, direcionando uma parte dos rendimentos para as *Obras Sociales* mais pobres, embora a cúpula sindical continuasse mantendo uma cota significativa para o manejo discricionário destes fundos.

Por fim, o Fundo de Reconversão de Obras Sociais (FROS), subsidiado através do Banco Mundial, tinha por finalidade melhorar a viabilidade técnica e financeira das *Obras Sociales*. Seus objetivos estavam centrados nos seguintes pontos: reconverter a dívida

existente através de empréstimos de longo prazo; equilibrar a infra-estrutura das *Obras Sociales* com relação aos recursos humanos e físicos, através da redução de pessoal e da venda de estabelecimentos médicos subutilizados; e implementar atividades de desenvolvimento institucional para melhorar os serviços de saúde. Para ter acesso a esse crédito do BIRD, era necessário que a *Obra Social* tivesse mais de 10 mil beneficiários, demonstrar capacidade de pagamento e não possuir dívidas no momento da solicitação. Somente 30 entidades, das 90 apresentadas, alcançaram os critérios para alcançar o empréstimo. Contudo, deve-se destacar que o total de beneficiários dessas 30 entidades representa mais da metade do total de beneficiários do sistema.

A avaliação do FROS indica que pouco mais de metade do empréstimo foi destinado ao saneamento financeiro, uma vez que a maioria das entidades qualificadas operava com *déficit* e elevado nível de endividamento com provedores. Os resultados observados indicam que o empréstimo conseguiu diminuir as dívidas, embora a maioria das *Obras Sociales* ainda mantenha *déficit* operacional; a redução de pessoal e o saneamento administrativo implicaram redução dos custos médios administrativos; com relação à mudança no modelo de assistência, foram ampliadas e melhoradas algumas coberturas médicas para cumprir o PMO; tentou-se, também, fortalecer a rede de atenção primária de saúde das entidades de grande porte; e as mudanças organizacionais foram orientadas fundamentalmente para conseguir maior eficiência, melhorando sensivelmente os sistemas médicos de auditoria e a capacidade administrativa.

Segundo Belmartino (*op. cit.*), apesar de melhorias pontuais, a manutenção da heterogeneidade na distribuição de recursos e beneficiários por *Obra Social* permite concluir que a reforma não teve um impacto positivo na estrutura do sistema. O número de *Obras Sociales* diminuiu no período 1994-99 (de 361 para 290), mas a grande dispersão de beneficiários seguiu reproduzindo a estrutura anterior à reforma – 10% das Obras Sociais contam com uma carteira de mais de 100 mil beneficiários, ao passo que 56% possuem menos de 10 mil beneficiários em sua carteira. Além disso, a estratificação das *Obras Sociales* segundo os níveis de contribuição e renda dos beneficiários revelaria os limites da solidariedade grupal como mecanismo apto para construir um sistema capaz de garantir um acesso igualitário à cobertura dos serviços de atenção médica, dado que os estratos de

rendimento médio e baixo apresentam níveis mais baixos de utilização dos serviços, a partir do número de consultas por beneficiário/ano.

2.2.2. Estrutura e cobertura

O sistema de saúde argentino está conformado pelo setor público, o sistema de *Obras Sociales* e o setor privado. O financiamento origina-se de três fontes: os impostos (nacionais, provinciais e municipais), as contribuições para a Seguridade Social e, no caso do setor privado, a compra direta de seguros e co-pagamentos.

O setor público provê serviços através da rede de hospitais públicos que são, em sua maioria, provinciais e municipais, como produto de uma progressiva descentralização do gasto. O setor privado, por sua vez, presta serviços fundamentalmente às *Obras Sociales* sem infra-estrutura própria e cobre a população não segurada de rendimentos médios e altos, por meio de empresas que comercializam planos e seguros saúde (medicina pré-paga). As *Obras Sociales* conformam as bases de um sistema de seguridade social médico solidário em cada um dos segmentos profissionais – cada trabalhador realiza aportes em função de seu nível salarial e obtém serviços de saúde relacionados com o montante de recursos globais que recolhe cada entidade; uma parte das *Obras Sociales* é financiada por aportes do orçamento geral, mas a maior proporção é coberta pelos fundos que se originam de impostos sobre o trabalho – aportes e contribuições sobre o salário dos trabalhadores do mercado formal (5% por parte do empregador e 3% por parte do empregado).

As *Obras Sociales*, que representam o subsetor de maior importância no sistema de saúde argentino, têm como objetivo prioritário a prestação de serviços de saúde e estão obrigadas por lei a destinar 80% de seus recursos brutos – deduzidos os aportes ao FSR – para este fim. Essas entidades são os agentes naturais do Sistema Nacional de Seguro Social (SNSS, lei 23.661) que, teoricamente, busca garantir o direito à saúde a todos os habitantes do país. No entanto, nem todas as *Obras Sociales* estão incluídas na legislação que trata do funcionamento desse sistema, mas somente aquelas denominadas de “Obras Sociais Nacionais”, que podem ser classificadas segundo sua origem: sindicais; de administração mista; da administração central do Estado Nacional e seus organismos autárquicos e descentralizados; de empresas e sociedades do Estado; do pessoal de direção e associações

profissionais dos empresários; *Obras Sociales* constituídas por convênio com empresas privadas ou públicas e aquelas que foram criadas a partir da privatização de empresas estatais; e de pessoal civil e militar das Forças Armadas e da segurança pública, ativos ou na reserva e aposentados do mesmo setor

Em 1999, havia cerca de 260 *Obras Sociales* Nacionais, que agrupavam mais de 11 milhões de beneficiários. A elas se agregavam 24 *Obras Sociales* das províncias – com cerca de 4 milhões de beneficiários – e o Programa de Atenção Médica Integral (PAMI), que conta com aproximadamente 4 milhões de beneficiários. Cerca de 60% dos beneficiários pertencem ao grupo das instituições sindicais, 30% às de administração mista e 8% às de pessoal de direção. Esta estratificação permite apreciar que existe uma importante concentração de poder econômico nos sindicatos.

Como pode ser visto na Tabela 2.6, que traz dados para as *Obras Sociales* sindicais e de pessoal de direção estratificadas por faixa de contribuição mensal dos beneficiários, existe uma grande heterogeneidade na contribuição média recolhida por essas entidades, assim como sua distribuição em termos de quantidade e número de beneficiários. Dessa forma, é possível verificar que as entidades que contam com maior disponibilidade relativa de recursos financeiros (35,4%) oferecem cobertura para 16,6% dos beneficiários do sistema, ao passo que 51,5% dos beneficiários, com faixa mensal de contribuição entre 10 e 40 dólares, contam com 37,2% dos recursos do sistema.

Tabela 2.6

Estratificação das Obras Sociais sindicais e de pessoal de direção, por faixa de contribuição – 1999*

Faixa Contribuição (dólares/mês)	Contribuição Média	% Obras Sociais	% Beneficiários do Sistema	% Recursos do Sistema
Pessoal de direção das empresas	79	7,9	8,0	35,4
Sindicais: Mais de 40	69	25,5	8,6	
Sindicais: entre 20 e 40	29	34,4	30,9	26,6
Sindicais: entre 10 e 20	16	15,2	20,6	10,6
Sindicais: menos de 10	06	5,5	1,0	0,2

Fonte: Elaborado a partir de Belmartino (2002).

(*) Dados para 256 Obras Sociais (88% do total)

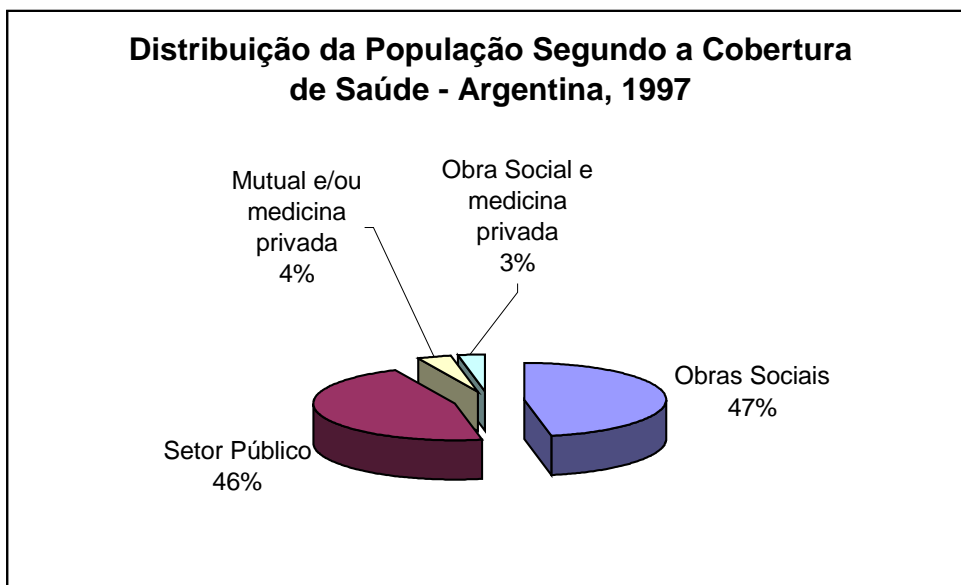
O setor público oferece cobertura fundamentalmente através dos serviços provinciais e municipais, atendendo os grupos de menores rendimentos e que não estão cobertos pelo sistema de *Obras Sociales* ou pelo setor privado, assim como aqueles que, mesmo possuindo cobertura em outro subsetor, possuem limitações de acesso por razões econômicas e geográficas. Em 1997, o setor público oferecia cobertura para aproximadamente 46% da população; no entanto, em virtude dos problemas econômicos que passaram a afetar o país nos últimos anos, estima-se que esse percentual tenha se elevado substancialmente.

Cerca de 2,5 milhões de pessoas estavam cobertas por planos de saúde comercializados pelas entidades de medicina privada, que corresponde a 7% da população argentina. Desse total, 60% possuía planos individuais ou familiares e os 40% restantes contavam com planos coletivos, oferecidos através das empresas em que trabalhavam. Essa característica é peculiar do sistema argentino, em virtude do desenvolvimento do sistema de *Obras Sociales*, fortemente ligado às empresas, já que geralmente a maioria dos planos e seguros saúde são obtidos, em outros países, mediante a oferta de planos coletivos.

Finalmente, as *Obras Sociales* ofereciam cobertura para cerca de 50% da população. Contudo, é importante observar que a maior parte da população estava concentrada em poucas entidades, de modo que as 50 maiores *Obras Sociales* eram responsáveis por cerca de 90% da população coberta. Além disso, deve-se notar o predomínio, já assinalado anteriormente, das *Obras Sociales* sindicais.

O Gráfico 2.7 mostra a distribuição da população segundo a cobertura de saúde. Como pode ser visto, existe uma certa sobreposição de cobertura entre as *Obras Sociales* e as empresas de medicina privada, de modo que uma parcela de trabalhadores filiados a uma *Obra Social* também possuem planos de saúde.

Gráfico 2.7



Fonte: Findling e outros (2002)

2.2.3. Financiamento e gasto

O setor público financia-se com recursos fiscais gerais, sendo fixados anualmente nos orçamentos nacionais, provinciais e municipais; além de financiar a provisão direta de serviços através dos estabelecimentos públicos (hospitais, postos e centros de saúde), o gasto público financia ações de saúde pública relacionadas com a promoção, a prevenção, a regulação e a fiscalização. O financiamento do setor de medicina privada é constituído basicamente pelos prêmios e co-pagamentos pagos pelos indivíduos e seus familiares que aderem voluntariamente ao sistema. Já a principal fonte de financiamento das Obras Sociales é formada pelas contribuições que incidem sobre a folha salarial, embora esse percentual seja diferente de acordo com a natureza da instituição – 8% para as *Obras Sociales* Nacionais e 11% para as *Obras Sociales* das Províncias. O Quadro 2.5 sintetiza o que foi dito.

Quadro 2.5

Fontes de financiamento do sistema de saúde argentino

Subsetor	Fontes de Financiamento
Setor Público	▪ Recursos fiscais do Governo Federal, das Províncias e dos Municípios
Setor Privado	▪ Prêmios, co-pagamentos e desembolso direto dos indivíduos segurados
<i>Obras Sociales</i> Nacionais	▪ Contribuições sobre a folha salarial (8%) - Trabalhadores: 3% - Empregadores: 5%
<i>Obras Sociales</i> Provinciais	▪ Contribuições sobre a folha salarial (11%) - Trabalhadores: 5% - Empregadores: 6%

Fonte: Elaboração própria

A participação de cada subsetor no gasto total com saúde permite verificar que há uma grande diferença entre eles e que essa diferença não segue o mesmo padrão de distribuição da cobertura. De fato, em 1997, o setor público era responsável por 46% da cobertura, mas efetuava somente 23% do gasto, o que correspondia a 1,7% do PIB e 294 dólares por habitante; o setor privado, por sua vez, embora oferecesse cobertura para apenas 7% da população, respondia por uma fatia de 40% do gasto total, representando 3,0% do PIB e 3.366 dólares por habitante; já as *Obras Sociales*, que cobriam 54% da população, eram responsáveis por 37% do gasto total, equivalente a 2,5% do PIB e 435 dólares por habitante, como mostram os dados da Tabela 2.7.

Os dados não poderiam ser mais reveladores das distorções existentes no sistema de saúde argentino, dado que mais de 90% da população, que possui acesso aos serviços através da rede pública ou do sistema de *Obras Sociales*, conta com apenas 60% do gasto, enquanto menos de 10% da população, coberta pelo segmento privado e com maior capacidade de pagamento, efetuam 40% do gasto total.

Tabela 2.7

Indicadores de gasto do sistema de saúde argentino – Argentina, 1997.

Subsetor	% Gasto Total	% PIB	Gasto per capita (\$ ano)
Setor Público	23%	1,7%	294,08
Setor Privado	40%	3,0%	3.366,40
Obras Sociales	37%	2,5%	435,49
TOTAL	100%	7,2%	582,00

Fonte: González Garcia e Tobar (1997)

2.2.4. Regulação

A instituição responsável pelas atividades de supervisão, fiscalização e controle dos agentes que integram o Sistema Nacional de Seguro Saúde argentino – *Obras Sociales* e empresas que comercializam planos e seguros saúde (medicina privada) – é a *Superintendencia de Servicios de Salud*, criada em 1996 a partir da fusão de três outras instituições: (a) *Administración Nacional del Seguro de Salud*; (b) *Instituto Nacional de Obras Sociales*; e (c) *Dirección Nacional de Obras Sociales*. Trata-se de um órgão descentralizado da Administração Pública Nacional, sob jurisdição do Ministério da Saúde e Ação Social, com personalidade jurídica própria, e funciona em regime de autarquia administrativa, econômica e financeira. Dessa forma, a *Superintendencia* absorveu as atividades de regulação anteriormente exercidas pelas instituições acima mencionadas.

Entre as principais atividades exercidas pela *Superintendencia*, destacam-se:

- Ditar normas para regular e regulamentar as modalidades de desenvolvimento de suas atividades de regulação e controle;
- Regular e supervisionar os serviços de saúde, com o objetivo de assegurar o cumprimento das políticas da área – promoção, preservação e recuperação da saúde da população – mediante a promoção do equilíbrio entre usuários, prestadores e financiadores, em condições de livre competição, eficiência econômica e equidade social;

- Controlar o funcionamento do Sistema de *Obras Sociales*, dos Agentes do Seguro Saúde, dos prestadores intervenientes e de qualquer outra entidade prestadora ou financiadora de serviços médico-assistenciais que esteja incluída;
- Aprovar as solicitações de propostas de entrada no sistema das entidades e promover intervenções para assegurar a continuidade e normalização dos serviços de saúde;
- Aprovar o Programa de Serviços Médicos e o orçamento de gastos e recursos para sua execução; e
- Assegurar e controlar a liberdade de escolha das *Obras Sociales* pelos usuários do sistema, assim como garantir seu sucesso efetivo.

Pode-se dizer que a criação da *Superintendencia* esteve estreitamente relacionada com as transformações ocorridas no sistema de saúde argentino a partir das reformas da década de 90, que procuraram, no âmbito do setor privado, desregular o sistema de *Obras Sociales*, incentivando a liberdade de escolha dos usuários e a competição entre as Obras Sociais, e regular as empresas de medicina privada, que comercializam planos e seguros saúde. Assim, a necessidade de enfrentar essas questões, separando as atividades de fiscalização e de pagamento, além de buscar melhorar a qualidade do atendimento e dos serviços prestados, conter o aumento dos custos administrativos e operacionais e melhorar a eficácia e eficiência desse setor, tornou imperativo a unificação das funções regulatórias em uma única entidade.

A reforma dos anos 90, embora tenha optado pelo aumento da competição como estratégia para racionalizar a cobertura das *Obras Sociales* e sua relação com os provedores, não deixou a regulação do sistema nas mãos do mercado. Na verdade, a estratégia de maior competição deve ser entendida como mecanismo para superar o controle exercido pelos sindicatos e corporações profissionais. Dessa forma, a liberdade de escolha e contratação se definiram por oposição ao oligopólio corporativo. Ou seja, tratava-se de reordenar o sistema a partir de uma dinâmica de concorrência, mas sem deixar de considerar as especificidades do mercado de saúde, que tornam indispensável a ação corretora do Estado.

Não são todas as *Obras Sociales* que estão sob supervisão e fiscalização da *Superintendencia*, mas somente as *Obras Sociales Nacionales*, de modo que estão excluídas as seguintes entidades: *Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y*

Pensionados (INSSJP), as *Obras Sociales* das forças armadas e das organizações de segurança pública, as *Obras Sociales* das províncias e aquelas que não aderiram ou não fazem parte do Sistema Nacional do Seguro Saúde.

A regulação das atividades das *Obras Sociales* incluem, entre outros, os seguintes aspectos: (a) registro de funcionamento junto à *Superintendencia*; (b) aprovação dos planos assistenciais oferecidos; (c) cobertura mínima de serviços, definida pelo Programa Médico Obrigatório; (d) manutenção da cobertura por um período mínimo para os beneficiários que perderam o vínculo trabalhista; (e) controle do aporte de recursos ao Fundo Solidário de Redistribuição (FSR), no caso das *Obras Sociales*; (f) manutenção de reservas técnicas; e (g) apresentação de informações periódicas sobre os registros contábeis e a prestação de serviços.

Dessa forma, é importante observar que a regulação da *Superintendencia* limita-se às relações entre beneficiários e as entidades financiadoras, não se verificando avanços na regulação das relações entre financiadoras e provedores, e ainda menos nas estabelecidas entre provedores e pacientes – não se avançou com a categorização dos serviços, largamente anunciada, não se regulou a incorporação e utilização de tecnologia complexa, não se estimulou a utilização de normas de gestão clínica e não existe nenhum tipo de supervisão sobre o cumprimento dos contratos firmados entre as *Obras Sociales* e a rede de provedores em termos da efetiva atenção oferecida (Belmartino, *op. cit.*).

Por fim, é importante destacar que o interesse em regular a atividade das instituições financiadoras não foi acompanhada por uma preocupação equivalente em relação à oferta de serviços médicos. O suposto que orientou a reforma nesta área foi a geração de uma concorrência entre provedores, definida por qualidade e preço. A ação do Estado estaria limitada, neste caso, à acreditação e categorização dos serviços de atenção.

2.2.5. Fragilidades

As políticas de saúde implementadas ao longo do tempo na Argentina deram lugar a instituições cujas características mais salientes são a fragmentação, a desigualdade e a diferenciação, com agudas brechas dos indicadores regionais de saúde.

O sistema de *Obras Sociales* apresenta um grau elevado de fragmentação institucional, que pode ser verificado tanto pelo fato de que poucas *Obras Sociales* possuem capacidade própria instalada e são majoritariamente instituições financiadoras que contratam serviços do setor privado (e esporadicamente do setor público), assim como pela distribuição desigual das *Obras Sociales* em relação à arrecadação e número de consultas – as *Obras Sociales* de maior porte são geralmente mais pobres e o número médio de consultas médicas diminui à medida que cai o nível médio de arrecadação das entidades. Deve-se notar, ainda, a alta concentração de beneficiários em poucas entidades, demonstrando que, sob o amparo da organização por atividade, os sindicatos conformaram numerosas instituições com uma reduzida quantidade de beneficiários.

Outra importante fragilidade está relacionada à progressiva limitação no acesso aos serviços de saúde para um segmento formado por usuários de maior idade, menor instrução e menor rendimento, com poucas possibilidades de solução no curto prazo, dado que os beneficiários de maior capacidade de pagamento são aqueles que possuem maior acesso aos serviços.

Por outro lado, as divergências existentes na postura dos diferentes atores mostram dificuldades para articular consenso na hora de pensar possíveis estratégias integradoras, em uma área fortemente politizada, com ausência de capacidade de arbitragem dentro do Estado, e na qual a população beneficiária não é levada em conta em sua percepção de necessidades, tendo pouca capacidade de traduzir suas demandas na conformação da agenda política do governo.

Deve-se destacar, também, que o sistema de *Obras Sociales* foi criado em um período que apresentava outro contexto econômico e político, de modo que o atual sistema apresenta dificuldades para adaptar-se às novas normas impostas pela desregulação do setor, dada a perda da demanda cativa e a existência de problemas financeiros para grande parte das entidades. Nesse caso, a tendência que se vislumbra é um processo de fusão entre as *Obras Sociales* mais frágeis e maior competição entre as empresas de planos privados e as *Obras Sociales* sobreviventes.

Por fim, as mudanças introduzidas pela reforma parecem não ter sido capazes de alterar as fragilidades do sistema, uma vez que a livre escolha não provocou uma progressiva

migração de beneficiários entre as *Obras Sociales*, o Plano Médico Obrigatório não conseguiu uma adequada uniformidade em sua aplicação e o primeiro conjunto de *Obras Sociales* que receberam assistência do Banco Mundial, embora tenham conseguido melhorar relativamente sua eficiência interna, especialmente na otimização de seus indicadores econômico-financeiros, terão que arcar com uma dívida de longo prazo com o BIRD, que, em um cenário de contração econômica, não resultará de fácil cumprimento (Findling e outros, 2000).

2.3. Chile

2.3.1. Antecedentes

A instauração do sistema de proteção social no Chile, assim como em outros países da América Latina, coincidiu com o passo da dominação oligárquica para o Estado Moderno, que transcorreu nos tumultuados anos 20, quando já se definia no cenário político um espectro político-partidário claramente dividido entre forças conservadoras, de centro e de esquerda, que iriam constituir-se no eixo das relações estado-sociedade. Além disso, o Chile apresentava uma situação histórica de luta político-partidária na esfera da saúde envolvendo três correntes ideológicas, doutrinárias e programáticas, que dividiu os profissionais e que persiste até os dias atuais (Labra, 2002): (a) a direita conservadora, defensora da medicina preventiva universal e da assistência médica estatal somente para os mais pobres; (b) o centro, favorável à manutenção da assistência médica previdenciária conforme o modelo de seguro social de proteção aos trabalhadores, separada da saúde pública; e (c) a esquerda, partidária de um sistema único de saúde, integrado e universal.

As origens do sistema de saúde chileno remontam à criação do Seguro Operário Obrigatório, em 1924, introduzindo um regime previdenciário de repartição, financiado através de contribuições tripartites e destinado à proteção dos trabalhadores manuais do mercado formal contra os riscos de invalidez, velhice, enfermidades e acidentes de trabalho. Os estratos da população de maior rendimento não estavam incluídos, por considerar que contavam com meios para assumir os custos desses riscos, assim como os empregados dos setores público e privado, para os quais a legislação paralela inaugurou um esquema de previdência de capitalização individual. A atenção médica para os beneficiários

do Seguro era prestada em ambulatórios próprios e, mediante convênios, nos hospitais beneficentes que, desde a época colonial, atendiam a população mais pobre. Havia, ainda, o regime de proteção própria das Forças Armadas e Polícias, que foi mantido sem grandes alterações até a atualidade.

As reivindicações a favor da transformação do esquema de proteção social em um sistema mais amplo e equitativo foram parcialmente conquistadas em 1952, com a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), através da lei que modificaria o Seguro Social. Tal inovação foi fortemente influenciada pela criação, em 1948, do *National Health Service* (NHS) no Reino Unido, que passou a oferecer cobertura universal a todos os cidadãos mediante a utilização de recursos fiscais. No Chile, porém, a tentativa de imitar o modelo inglês foi prejudicada, na medida em que o SNS ficou inserido no sistema previdenciário. De fato, depois de 11 anos de discussão no Congresso Nacional, não foi possível negociar a universalização, mas tão somente a ampliação e melhoria dos benefícios do Seguro Social, permanecendo o financiamento com base em contribuições tripartites e os direitos sociais restritos aos trabalhadores urbanos. Deve-se destacar, porém, que o SNS chileno não apenas constituiu a segunda tentativa do gênero no mundo capitalista depois do NHS britânico, mas também emergiu como um modelo paradigmático na América Latina, devido às suas características, tais como engenharia institucional, competência técnica, organização com capilaridade territorial através das “zonas de saúde” e a adoção inédita de medidas de planejamento e programação em saúde (Labra, 2002).

O SNS integrou todos os programas de saúde pública e medicina preventiva até então dispersos em diversas repartições, assim como os serviços médicos do Seguro Social, englobando também os hospitais beneficentes do país, que constituíram os centros de excelência da medicina chilena. Os quadros técnicos do SNS formaram uma elite altamente capacitada, ao passo que seus dirigentes passaram a concentrar um grande poder, a ponto de ofuscar o próprio Ministro da Saúde.

Apesar do viés de classe no acesso aos serviços médicos do SNS, sua cobertura abrangia cerca de 70% da população, dado que as pessoas sem direito legal utilizavam os serviços por meio de expedientes informais, em especial os trabalhadores de média e baixa renda, assim como seus familiares. A infra-estrutura hospitalar era quase toda estatal, já que o

SNS contava com 36.385 leitos hospitalares enquanto o setor privado tinha somente 1.403 leitos, a maioria obstétricas.

O segmento médico assistencial privado, por sua vez, desenvolveu-se de forma marginal, tendo sobrevivido, até o começo dos anos 80, graças aos convênios com o Serviço Médico Nacional de Empregados (SERMENA), que propiciava ao seu contingente de beneficiários – cerca de 20% da população dos anos 60 – principalmente consultas médicas, exames complementares e atenção ao parto, com base na livre eleição de profissionais e estabelecimentos inscritos no SERMENA.

Em 1968, o governo democrata-cristão tentou um novo esforço para criar um sistema de saúde universal, mas sem sucesso. Entre as razões, destacam-se as pressões dos médicos pela expansão do mercado privado de trabalho como forma de aumentar seus rendimentos. Como resultado, foi aprovada uma legislação que inseria o esquema e os recursos do SERMENA no SNS, estabelecendo assim condições especiais para que os trabalhadores e funcionários públicos fossem atendidos mediante livre eleição do profissional, através de co-pagamento por procedimento médico, e atendimento em horário distinto daquele destinado à população beneficiária tradicional. Instituiu-se, portanto, no interior do SNS, uma atenção diferenciada, com duas formas de gestão que podem ter contribuído para desorganizar a unicidade anteriormente existente e para reforçar a segmentação de classe, além de não ter resolvido de maneira efetiva a questão financeira.

No início dos anos 70, o governo socialista procurou implantar um Sistema Unificado de Saúde, financiado somente com recursos do Tesouro, com o objetivo de eliminar as discriminações existentes, incluir a participação comunitária e a melhoria da qualidade dos serviços, garantindo assim maior equidade no acesso. Como era de se esperar, a maioria dos profissionais médicos posicionou-se contrariamente a essa proposta, o que contribuiu para a queda do governo socialista.

O governo militar, por sua vez, especialmente no período 1979-81, introduziu um conjunto de reformas no sistema, incluindo: a transformação do SNS, descentralizando-o para um conjunto de 26 serviços territoriais de saúde denominado Sistema Nacional de Serviços de Saúde (SNSS); a transferência dos estabelecimentos do nível primário de atenção aos municípios; a criação de uma agência nacional, o Fundo Nacional de Saúde (FONASA),

como componente do SNSS e responsável pela coleta e distribuição de recursos financeiros para a atenção de saúde nos estabelecimentos públicos; e a criação de seguradoras privadas (ISAPRES) para administrar as contribuições de saúde das pessoas que optaram por transferir-se do setor público para o seguro privado.¹⁴

A partir das reformas implementadas pelo governo militar, o acesso à assistência médica ficou assim estratificada: (a) os segmentos de maiores rendimentos deveriam comprar planos de saúde no mercado segundo a opção individual; (b) os setores médios poderiam optar pelo regime de livre eleição do FONASA, mediante a realização de co-pagamentos variáveis; e (c) os estratos de baixa renda passariam a ser atendidos nos serviços estatais de forma gratuita mediante comprovação da condição de pobreza, pagando, caso contrário, um percentual de acordo com seus rendimentos.

Durante os anos 80, o governo militar tomou uma série de medidas orientadas para estimular o crescimento da filiação da população às ISAPRES, como o aumento do percentual de contribuição obrigatória para a saúde, a criação de um fundo estatal para pagamento de licença-maternidade, a criação de um subsídio especial de 2% para complementar as contribuições de trabalhadores de baixa renda, possibilitando sua opção pelo seguro privado e o desenvolvimento de uma política de redução do aporte fiscal à saúde, cuja diminuição foi ainda maior que a queda do PIB chileno, que também ocorreu durante os anos 80.

Em síntese, as transformações introduzidas pelo governo militar no sistema de saúde chileno foram as seguintes (Labra, 2002):

- Extinção do SNS, criando-se em seu lugar o Sistema Nacional de Serviços de Saúde (SNSS), regionalizado em 26 serviços;
- Municipalização dos serviços de atenção básica;

¹⁴ A Previdência Social foi outra área que sofreu transformações importantes no período, mediante a transferência dos fundos de seguro social para sociedades mercantis privadas, lucrativas e competitivas, formadas com capitais nacionais e de *holdings* internacionais, denominadas Administradoras de Fundos de Pensão (AFP). Com exceção de pensões mínimas concedidas pelo Estado, as aposentadorias e pensões daqueles que optaram por transferir-se para alguma AFP passaram a ser financiadas somente pelas contribuições obrigatórias de 10% do salário do filiado, sendo optativo os aportes adicionais para os diversos seguros oferecidos na carteira de serviços das AFP. Conforme Labra (2002).

- Fortalecimento do Ministério da Saúde (MINSAL), que assumiu o papel de direção política e técnica do setor;
- Separação das funções normativas (MINSAL) das funções executivas (serviços regionais);
- Criação do *Fondo Nacional de Salud* (FONASA), autarquia vinculada ao MINSAL mas estreitamente ligada às áreas econômicas do governo, encarregada da administração dos recursos, do controle dos fluxos financeiros e da gestão do regime de livre eleição;
- Introdução de um segmento comercial de planos privados de saúde, inexistentes no Chile até então, mediante a criação das Instituições de Saúde Previdenciária (ISAPRE), em 1981, que são empresas lucrativas e cuja função é realizar a intermediação financeira de compra e venda de planos de saúde, ainda que excepcionalmente algumas possuam estabelecimentos assistenciais; e
- Mudança na forma de financiamento do sistema, que estabeleceu isenção de contribuição para os empregadores, enquanto os trabalhadores, depois de sucessivos aumentos, passaram a contribuir com 7% dos rendimentos tributáveis a partir de 1986.

Arteaga (2002) destaca que a partir da reinstauração da democracia no país, em março de 1990, os governos da coalizão democrática orientaram seus esforços no sentido de fortalecer o setor público de saúde. Cada um deles formularam, de maneira explícita, objetivos de equidade em suas respectivas políticas de saúde:

- Patricio Aylwin (1990-1994): estabeleceu em seu programa de saúde a equidade como princípio e política específica;
- Eduardo Frei (1994-2000): o MINSAL definiu a equidade como um dos quatro princípios fundamentais do setor, junto com a descentralização, a eficiência e a participação;
- Ricardo Lagos (2000-2006): o tema da equidade foi explicitado como um dos eixos fundamentais de suas políticas sociais e, dessa perspectiva, assinalou-se que a reforma do setor saúde é uma das tarefas prioritárias do novo governo.

Destacam-se, portanto, os seguintes princípios norteadores do setor durante os anos 90: saúde como direito universal; acesso igualitário; financiamento solidário; efetividade e

eficiência na gestão; participação da sociedade; e equidade, enfatizando a prestação de cuidados buscando o equilíbrio nas condições de grupos distintos em termos sócio-econômicos, de risco, de gênero e localização geográfica. Tais intenções tiveram uma primeira tradução no projeto piloto do MINSAL, *Enfoque de Equidad en Salud*, de fins de 1991, focalizado em 45 dos 340 municípios do país, totalizando 1,2 milhões de pessoas com níveis mais altos de mortalidade infantil.

Em 1994, o MINSAL definiu a equidade como um princípio básico das políticas, tomando várias iniciativas no âmbito da ampliação da cobertura do SNSS, como a gratuidade do acesso à atenção primária para toda a população e a concessão de benefícios aos maiores de 60 anos inscritos no FONASA, após a constatação de que somente 10,9% do total da população dessa faixa etária encontrava-se filiada a uma ISAPRE. Labra (*op. cit.*) destaca que medidas como essas, aliadas a fatores como o alto preço e a baixa cobertura do planos de saúde, a supressão legal do subsídio de 2% às ISAPRES, além do desemprego, levaram meio milhão de pessoas a migrar para a modalidade institucional do FONASA, por ser mais barata que a de livre eleição.

Por último, deve-se mencionar o compromisso assumido pelo atual governo com a realização de uma ampla e profunda Reforma da Saúde, cujos princípios gerais destacam “a equidade na atenção, garantia de acesso sem qualquer tipo de exclusão nem discriminação, e solidariedade no sistema de financiamento, de modo que todos aportem segundo suas capacidades e beneficiem segundo suas necessidades”. A proposta oficial inclui reorganização institucional e fundamenta-se em variadas premissas que têm por objetivo promover a qualidade, a efetividade e a eficiência dentro do SNSS. Ao mesmo tempo, argumenta-se que as ISAPREs apresentam problemas de proteção e de transparência: altos custos; regulação insuficiente e ineficaz; e aumento elevado de preços.

2.3.2. Estrutura e cobertura

O sistema de saúde chileno está estruturado sobre dois subsetores principais – setor público e setor privado – que cumprem funções em matéria de seguros e produção de serviços de saúde. Fazem parte do setor público as seguintes instituições:

- Ministério da Saúde: líder do sistema público, que tem por tarefa o desenho de políticas e programas, assim como a coordenação das entidades da área;
- FONASA: é o serviço descentralizado responsável por arrecadar, administrar e distribuir os recursos financeiros do sistema público, tendo a função operacional do seguro social de saúde dos usuários do setor público;
- Serviços de Saúde: são 26 organismos autônomos com personalidade jurídica e patrimônio próprios, que formam a base produtiva do sistema e são responsáveis pelos atendimentos de média e alta complexidade, através de uma rede de estabelecimentos e centros de atenção ambulatorial (anexadas ao hospitais);
- Centros de Atenção Primária: rede composta por 376 consultórios, 1102 postos rurais e 720 estações médicas rurais, responsáveis pela atenção básica; oferecem serviços curativos de baixa complexidade através de uma modalidade de atenção ambulatorial e realizam atividades de prevenção de agravos e promoção da saúde.

O sistema privado é formado por instituições de saúde previdenciária – ISAPREs – e por prestadores particulares. As ISAPREs se originaram da reforma da seguridade social de 1981 e, em 1995, abrangiam 22 instituições abertas e 12 fechadas a trabalhadores de algumas empresas (autogestão). Os provedores privados de saúde são clínicas, hospitais e profissionais independentes que atendem tanto os segurados das ISAPREs quanto os contribuintes do sistema público através da modalidade de livre eleição. Em alguns casos, as ISAPREs oferecem diretamente os serviços de saúde, integrando verticalmente as atividades de seguro e de produção de serviços.

O acesso da população à atenção de saúde no Chile ocorre através de um sistema de filiação de caráter obrigatório. Assim, todos os trabalhadores e pensionistas do país têm a obrigação de contribuir com 7% de seus rendimentos ao sistema de saúde. Este pagamento pode ser feito ao FONASA, fazendo com que o contribuinte e seus dependentes tenham acesso ao sistema público, ou ter como destino uma ISAPRE, passando neste caso a formar parte do sistema privado de saúde.

A eleição do sistema público tem caráter unilateral, posto que basta a decisão do demandante para que tenha acesso imediato aos benefícios de saúde proporcionados pelo setor. Trata-se de um sistema de seguro que corresponde ao tipo de seguridade social, na

medida em que os benefícios obtidos não possuem relação necessária com o nível de contribuição efetuada. Além disso, produz-se a redistribuição característica desses sistemas, das pessoas de maiores rendimentos para aquelas de rendimentos mais baixos (Larrañaga, 2000). Dessa forma, o sistema público acolhe as pessoas e/ou famílias que não dispõem de rendimentos – indigentes – que são classificados como beneficiários não contribuintes do FONASA. Há dois tipos de modalidade no FONASA:

- **Modalidade Institucional:** permite o acesso de todos os beneficiários aos consultórios de atenção básica dos municípios e, em caso de necessidade de atendimento de maior complexidade, ser referenciado aos estabelecimentos hospitalares do sistema público;
- **Modalidade de Livre Eleição:** aberta somente para os beneficiários contribuintes do FONASA, que podem utilizar um conjunto de prestadores privados associados ao FONASA para tal procedimento.

Os beneficiários do FONASA têm direito à atenção e medicamentos gratuitos nos consultórios de atenção básica do sistema público. Em troca, o acesso aos estabelecimentos hospitalares requerem um co-pagamento que varia – segundo o nível de renda do usuário – de 0 a 50% da taxa estabelecida para a prestação. Mesmo assim, o acesso à modalidade de livre eleição está sujeito a uma estrutura de co-pagamentos em função do tipo de prestação (e não da renda).

O sistema de ISAPREs opera como um seguro individual e privado, onde os benefícios oferecidos são uma função do prêmio pago e do nível de risco médico dos segurados (*experience rating*). Neste contexto, a obrigação de contribuir com o citado 7% da renda configura um viés particular ao sistema de ISAPREs chileno. Com efeito, de acordo com o montante da contribuição, assim como o risco médico dos segurados, as ISAPREs oferecem um plano de seguro saúde que relaciona o gasto esperado aos pagamentos efetuados. Existe, porém, a possibilidade de adquirir planos com maior cobertura de serviços em troca de uma contribuição superior aos 7% dos rendimentos.

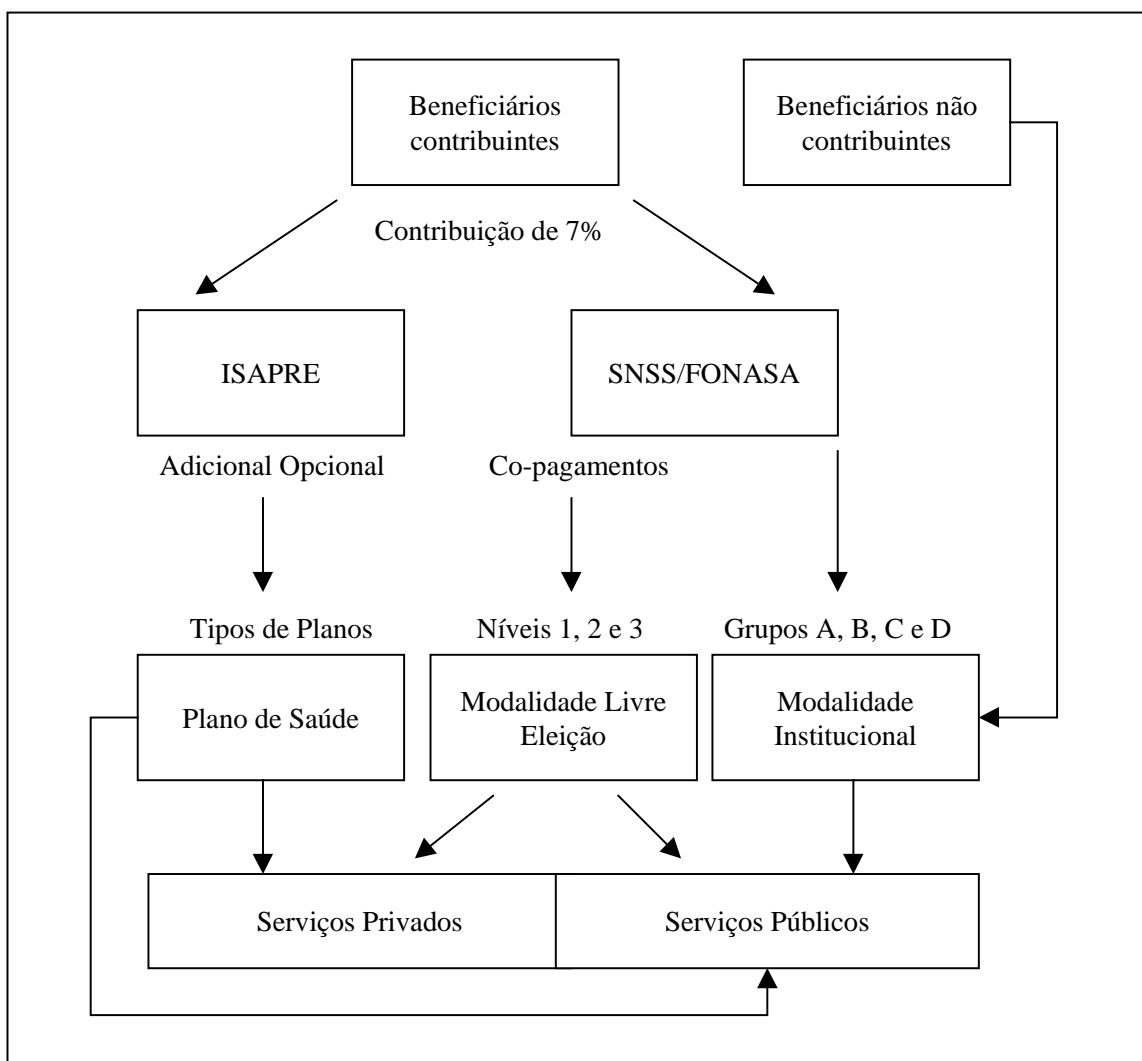
Os planos de seguro oferecidos pelas ISAPREs especificam os percentuais de reembolso a título de prestações e serviços associados (exames, dias de leito, etc.), assim como tetos limites da tarifa a reembolsar. Em termos gerais, os percentuais de reembolso e os tetos crescem com o prêmio pago pelo usuário ao plano de saúde. Uma variante do seguro

individual é um convênio coletivo oferecido pelas ISAPREs para grupos de pessoas, usualmente sindicatos e trabalhadores de uma mesma empresa. Em todo caso, o convênio oferece benefícios específicos segundo o nível de renda dos subgrupos de segurados (supervisores, empregados, operários), mantendo a lógica do seguro individual.

A Figura 2.1 permite visualizar os diferentes esquemas de opções de acesso ao sistema de saúde chileno.

Figura 2.1

Esquema de opções de acesso ao sistema de saúde chileno

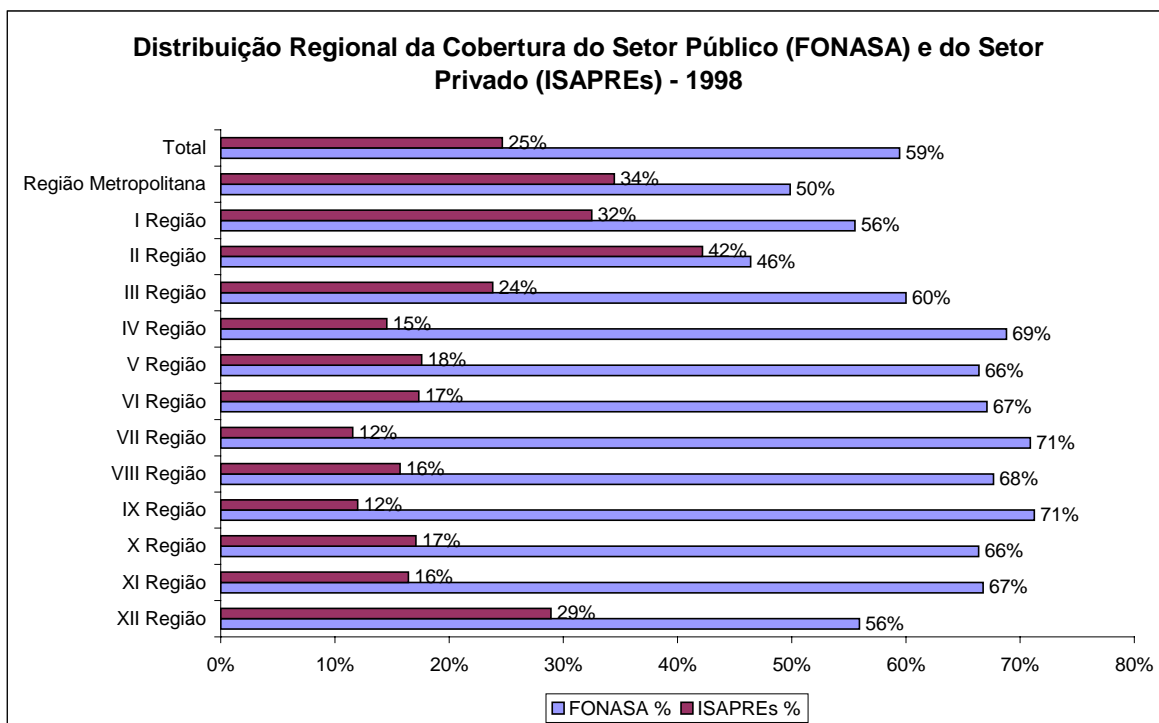


Fonte: Elaborado a partir de Labra (2002), Bitrán e Almarza (2000).

Os dados sobre a cobertura do sistema de saúde chileno indicam que a grande maioria da população encontra-se coberta pelo sistema público, mesmo após o esforço de consolidação das instituições de saúde previdenciárias. De fato, em 1998, o seguro público, representado pelo FONASA, atingia uma cobertura de 60% dos mais de 15 milhões de habitantes da população chilena, enquanto a cobertura das ISAPREs alcançava cerca de 25% da população. Os 15% restantes eram formados por pessoas cobertas por sistemas de seguro específicos, como o sistema das forças armadas, e por pessoas que resolvem seus problemas de saúde mediante desembolso direto (Arteaga e outros, 2002). Contudo, é necessário observar a existência de importantes variações nas populações beneficiárias de ambos os sistemas, segundo a distribuição regional, por faixa etária e por sexo.

Em primeiro lugar, a distribuição regional da população filiada ao FONASA e às ISAPREs mostra uma importante variabilidade, como ilustram os dados do Gráfico 2.8. É possível verificar, por exemplo, que a filiação ao sistema privado varia de 12% (nas VII e IX Regiões) até 42% (na II Região), atingindo 34% na Região Metropolitana de Santiago. Arteaga e outros (2002) destacam que as regiões que apresentam maior percentual de cobertura privada são justamente aquelas de maior urbanização e desenvolvimento sócio-econômico, o que sugere uma relação direta entre a oferta de planos privados e o nível de rendimento da população.

Gráfico 2.8



Fonte: DINRED, apud Arteaga e outros (2002)

Em segundo lugar, a distribuição por faixa etária indica que o maior percentual de beneficiários das ISAPRES corresponde à faixa de 20-29 anos, com 35%. A partir dos 30 anos, a afiliação às ISAPRES começa a declinar, situação que se torna mais evidente na faixa de 50-59 anos e 60-69 anos, com uma diminuição de quase 10%. O inverso ocorre com o FONASA, que registra mais de 75% da população na faixa de 50-59 anos, chegando a 93% na população com mais de 70 anos (Tabela 2.8).

Tabela 2.8

Distribuição da população beneficiária das ISAPREs e do FONASA por faixa etária – Chile, 1998

Faixa etária	ISAPREs	FONASA
0-9 anos	32,1	67,9
10-19 anos	29,2	70,8
20-29 anos	35,5	64,5
30-39 anos	33,1	66,9
40-49 anos	30,5	69,5
50-59 anos	24,9	75,1
60-69 anos	15,3	84,7
70-79 anos	6,4	93,6
80 anos e mais	6,2	93,8
TOTAL	24,5	59,8

Fonte: DINRED, apud Arteaga e outros (2002)

Finalmente, ao considerar a variável gênero, também é possível observar uma distribuição desigual por sexo da população beneficiária do FONASA e das ISAPREs. A proporção de mulheres dentro do total da população correspondente a cada faixa de idade é maior entre os beneficiários do FONASA, proporção que é ainda maior na faixa de mulheres em idade fértil. Neste grupo de idade, as beneficiárias das ISAPREs correspondem a 48% e os homens a 52%, enquanto no FONASA a situação é inversa, pois as mulheres constituem 57% e os homens 43%.

Dessa forma, pode-se concluir que a população beneficiária das ISAPREs possui um perfil diferenciado daquele da população coberta pelo FONASA, na medida em que é constituída, em sua maioria, por homens, residentes nas regiões mais urbanizadas e desenvolvidas do país e em idade ativa. Por outro lado, a população beneficiária do sistema público abrange um percentual maior de mulheres e idosos.

2.3.3. Financiamento e gasto

Recursos fiscais e contribuições dos trabalhadores representam as duas principais fontes de recurso para o financiamento do sistema de saúde chileno, chegando a representar 90% do total de recursos do setor em 1998. Como mostram os dados da Tabela 2.9, que traz os

percentuais das diferentes fontes de financiamento para o período 1974-98, houve mudanças significativas na composição do financiamento do sistema de saúde. Entre 1974 e 1989, houve uma redução significativa dos recursos fiscais, que diminuíram de 68% para 35%, enquanto as contribuições mais que duplicaram durante o período, passando de 16% para 45%. Essa mudança reflete as reformas introduzidas pelo governo militar no estabelecimento de um sistema dual de saúde, financiado principalmente com as contribuições dos beneficiários. Contudo, durante os anos 90, houve uma reversão da tendência anterior, com aumento substancial do aporte fiscal (de 35% em 1989 para 52% em 1998), ainda que o nível de 1974 não tenha sido alcançado (68%), e diminuição relativa dos co-pagamentos e das contribuições no período 1989-98.

Tabela 2.9

Fontes de financiamento do sistema de saúde chileno, 1974-1998

Fonte de Recursos	% de Financiamento em Cada Ano				
	1974	1980	1989	1992	1998
Recursos fiscais	68	55	35	46	52
Contribuições	16	32	45	38	38
Co-pagamentos	10	13	15	05	09
Outros	06	-	05	11	01
TOTAL	100	100	100	100	100

Fonte: MINSAL, *apud* Labra (2002)

Deve-se destacar também que, no interior do sistema de saúde público, a alocação de recursos por parte do governo central aos provedores públicos de atenção básica e para os hospitais é distinto. Para os hospitais, a alocação se faz mediante um mecanismo que combina o pagamento associado ao diagnóstico e o pagamento prospectivo por prestação de serviços. O pagamento aos estabelecimentos de nível primário, administrados majoritariamente pelos municípios, se faz mediante uma fórmula baseada no número de habitantes, corrigida pelo nível de pobreza da comunidade e pela ruralidade, o que está sustentado juridicamente pela lei que regula o funcionamento do nível primário de atenção sob administração municipal. Além disso, os municípios também podem aportar recursos para a atenção básica do seu próprio orçamento.

2.3.4. Regulação

A regulação do sistema de saúde chileno é de responsabilidade do Ministério da Saúde, que tem a seu cargo a supervisão, avaliação e controle do conjunto das políticas de saúde. Já a regulação do setor privado é exercido pela Superintendencia de Instituciones de Salud Provisional (SISP), agência pública descentralizada, vinculada ao MINSAL e criada em 1990 (Lei 18.933). Além das funções gerais de regulação do sistema ISAPREs, interpretação da lei e dos contratos, assim como da fiscalização, a SISP também atua como árbitro para resolução, em última instância, das controvérsias que surgem entre as ISAPREs e seus beneficiários. Entre os diversos mecanismos utilizados pela SISP com o objetivo de fiscalizar e controlar as ISAPREs, destacam-se:

- Concessão do registro de funcionamento das ISAPREs, de modo que nenhuma instituição pode dedicar-se à comercialização de planos e seguros saúde sem que a SISP efetue previamente seu registro através da constatação do cumprimento de certos requisitos legais;
- Manutenção e controle dos depósitos efetuados pelas ISAPREs referentes às garantias financeiras destinadas a cobrir o cumprimento de suas obrigações com os usuários em caso de insolvência;
- Cancelamento do registro de funcionamento das ISAPREs nos casos de descumprimentos graves das regras e normas estabelecidas pela SISP, problemas legais, financeiros e outros estabelecidos na legislação vigente, ou ainda por solicitação da própria instituição;
- Atribuição legal para sancionar as ISAPREs com advertências e multas para garantir o cumprimento de suas atividades fundamentais e obrigações legais;
- Fiscalização das atividades das ISAPREs com relação aos aspectos jurídicos e financeiros, mediante a inspeção de todas as suas operações, bens, registros contábeis, arquivos e documentos, bem como das informações que a SISP julgar necessárias para tal finalidade;

- Registro dos corretores de seguros das ISAPREs com o objetivo de contribuir para uma maior transparência dos procedimentos de subscrição e alteração dos contratos de saúde;
- Função de árbitro jurídico para resolução de controvérsias surgidas entre as ISAPREs e seus contribuintes ou beneficiários, sem possibilidade de impetrar recursos ou recorrer a outras instâncias após a decisão da SISP.

Além dos procedimentos de fiscalização e controle das ISAPREs, a SISP também fornece uma série de serviços de orientação aos usuários do sistema privado, incluindo obrigações, responsabilidades e direitos dos usuários, informações sobre os diferentes tipos de planos de saúde (preços, cobertura, limites, etc.) e orientações sobre os contratos. O atendimento aos usuários é feito através de diversas formas – pessoalmente (nos escritórios da SISP), internet, telefone, cartas, posto itinerante, palestras em empresas e através dos serviços de proteção ao consumidor existentes no Chile, como o *Servicio Nacional del Consumidor (SERNAC)* e *Oficinas Comunes de Información al Consumidor (OCIC)*.

A SISP também possui mecanismos para avaliação da satisfação dos usuários, destacando-se a pesquisa anual dos beneficiários do Sistema ISAPREs, em que também se avalia o nível de satisfação daqueles que utilizaram os serviços da própria SISP, o estudo de satisfação dos usuários do canal de “controvérsias” (queixas formais contra as ISAPREs que demandam algum tipo de intervenção da SISP) e a medição do atendimento pessoal, realizada mediante auto-avaliação dos usuários.

É importante frisar que, apesar dessa ampla gama de serviços de orientação aos usuários, a legislação que rege o funcionamento da SISP não exige atenção específica ao usuário, exceto na resolução de controvérsias entre as ISAPREs e seus beneficiários. De todo modo, deve-se destacar que os resultados alcançados pela SISP em suas atividades de atenção ao usuário são expressivos: (a) duplicação da capacidade de atendimento aos usuários, sem o aumento correspondente do número de funcionários; (b) multiplicação dos canais de acesso do usuário (carta, telefone e internet); (c) ampliação da capilaridade regional da SISP mediante os convênios feitos com os serviços de proteção ao consumidor; e (d) obtenção de graus elevados de satisfação dos usuários com os serviços oferecidos pela SISP (acima de 90%).

Contudo, se é verdade que a SISP oferece diversos serviços com a finalidade de orientar os beneficiários das ISAPREs, não é menos verdade que sua atuação tenha sido capaz de minimizar de maneira efetiva as fragilidades do sistema, dado o elevado número de queixas que continuam sendo encaminhadas pelos usuários. Dessa forma, é praticamente consenso na sociedade chilena a convicção de que o funcionamento do atual modelo privado de saúde não consegue responder adequadamente às demandas e expectativas dos clientes das ISAPREs, como demonstra a atual discussão sobre reforma do sistema de saúde chileno, que culminou na apresentação da proposta de estabelecimento de um Sistema de Acesso Universal de Garantias de Saúde (Plano AUGE) em maio de 2002, orientado para diminuir as desigualdades verificadas no acesso aos serviços de saúde.

2.3.5. Fragilidades

Analisando as principais fragilidades do sistema dual de saúde chileno, Larrañaga (2000) destaca a existência de problemas relacionados tanto à eficiência dos setores público e privado quanto às questões de equidade do sistema. O autor sugere que os problemas de eficiência no setor privado estão concentrados na organização do seguro, enquanto aqueles mais importantes no setor público associam-se à esfera da produção dos serviços de saúde, de tal maneira que o sistema de saúde chileno parece conter os problemas de eficiência que tipicamente afetam os setores público e privado. Já as considerações sobre a equidade se referem principalmente à redistribuição de recursos no interior do FONASA, aos subsídios públicos destinados às ISAPREs e à alocação dos gastos. O Quadro 2.6 lista as fragilidades do sistema de saúde chileno e que afetam sua eficiência e equidade.

Quadro 2.6

Fragilidades do sistema de saúde chileno que afetam sua eficiência e equidade

Eficiência	Equidade
<u>Setor Privado</u> <ul style="list-style-type: none">▪ Efeitos da contribuição obrigatória de 7% para seguros individuais▪ Padrão de concorrência, mobilidade e seguros de curto-prazo▪ Transparência e multiplicidade de planos▪ Condições de acesso e pagamento aos prestadores privados▪ Contenção de custos	<ul style="list-style-type: none">▪ Modalidade de redistribuição utilizada para financiar a saúde dos estratos de rendimento mais baixo▪ Esquema de subsídios direcionado aos beneficiários do setor privado▪ Alocação de recursos públicos entre os Serviços de Saúde
<u>Setor Público</u> <ul style="list-style-type: none">▪ Racionamento da oferta como mecanismo de distribuição▪ Falta de sistemas de informação▪ Modelo burocrático de organização▪ Sistema de refenciamento de pacientes	

Fonte: Larrañaga (2000).

Com relação à eficiência do setor privado, o autor aponta que a contribuição obrigatória de 7% para seguros individuais representa uma anomalia na organização do sistema, dado que as contribuições obrigatórias sobre a renda são típicas de esquemas de seguridade social do tipo solidário, que realizam uma redistribuição de recursos das pessoas com mais alta renda até as de renda mais baixa no interior do sistema de saúde, de modo que a contribuição funciona como um imposto específico para o financiamento do setor saúde e os benefícios entregues para os usuários não dependem do quanto cada um contribuiu. A essência de um seguro individual e privado, por sua vez, como os oferecidos pelas ISAPREs, é a vinculação entre o prêmio do seguro e os benefícios esperados em termos de serviços de saúde. Tal esquema não considera uma redistribuição *ex ante* de recursos, na medida em que cada contribuinte espera receber benefícios em função do pagamento efetuado. Contudo, há um processo de redistribuição *ex post* daqueles que não fazem uso do seguro para aqueles que o utilizam. Mas tal transferência é intrínseco à essência dos seguros e está relacionada à dispersão de riscos entre os participantes do sistema. No sistema de ISAPREs, a maioria das pessoas adscritas não elegem seu plano de saúde, mas este é imposto a partir do montante pago (os 7% da renda), o qual determina a cobertura do plano

e a quantidade de serviços adquiridos. Nesse sentido, o mercado de ISAPREs oferece uma grande variedade de planos, dependendo do nível de contribuição e do risco de saúde do filiado. Assim, a determinado nível de risco dos segurados, o mercado proverá um nível de cobertura em função do pagamento efetuado, sem que tenha ocorrido maior grau de eleição por parte dos usuários. Uma exceção a essa situação é a opção de adquirir seguros adicionais. Contudo, a contribuição obrigatória de 7% representa uma ineficiência não apenas porque restringe a liberdade de escolha de um conjunto da população, mas também porque provoca externalidades negativas sobre o restante da população, na medida em que as ISAPREs competem entre si sobre uma base de benefícios secundários – serviços de hotelaria de luxo, tecnologia médica sofisticada, etc. – afetando o preço dos serviços prestados.

Outra fonte de ineficiência dos seguros privados seria o padrão de concorrência, mobilidade e seguros de curto-prazo. O caráter competitivo do mercado de seguros das ISAPREs, que incentiva a livre eleição e a troca de instituição na busca das melhores alternativas de planos de saúde, teria como resultado um seguro de caráter transitório, que prevê coberturas delimitadas no tempo e que atenta contra a tomada de compromissos de longa duração entre a ISAPRE e o filiado. Três seriam as principais ineficiências que derivam desta característica: (a) subprovisão de atividades de fomento e prevenção; (b) desproteção da população idosa; e (c) elevados custos de administração e vendas.

A questão da transparência e da multiplicidade de planos também é vista como fonte de ineficiência do setor. Isso porque o demandante se vê diante de uma grande heterogeneidade de planos de saúde oferecidos pelas ISAPREs, sem contar com a informação necessária para realizar uma adequada discriminação entre eles. E, ainda que isso fosse possível, não fica claro que tal variedade de planos seja garantia de maiores ganhos de bem-estar que geralmente são associados a uma faixa mais ampla de alternativas de escolha. Em 1995, por exemplo, existiam cerca de 8.800 tipos diferentes de planos de seguro saúde oferecidos pelas ISAPREs e tal variedade era uma resposta à diversidade de preços existentes, determinados de forma exógena pela contribuição obrigatória de 7% da renda.

A forma de acesso e pagamento aos provedores de saúde constituiria uma fragilidade adicional do sistema privado, dado que as ISAPREs funcionam basicamente através de um esquema de livre eleição de prestadores de serviço, no qual os usuários escolhem o prestador de acordo com suas preferências e preços (co-pagamento), e os prestadores são geralmente reembolsados de forma retrospectiva, com base na quantidade de serviços prestados – *fee for service*. Apesar dos benefícios que possa haver nesse esquema, a combinação de livre escolha dos prestadores com o pagamento por serviços prestados apresenta problemas que poderiam anular os ganhos em termos de satisfação dos usuários: (a) a demanda por serviços é largamente induzida pela oferta, o que enfraquece o argumento da livre escolha dos usuários; (b) ausência de uma porta de entrada no sistema, o que aumenta as chances de equívoco do usuário em ser tratado pelo especialista inadequado; e (c) ausência de incentivos para contenção de custos por parte dos prestadores, decorrente do sistema de pagamento por serviços prestados, de modo que o risco financeiro recai sobre o demandante (intermediado pelas ISAPREs).

Finalmente, o sistema ISAPREs possuiria um problema de eficiência relacionado à contenção de custos. Como os prêmios são determinados basicamente pela fração de 7% da renda, a tendência dos custos do sistema refletem, em última instância, um padrão de evolução similar ao exibido pelos rendimentos do sistema. Isso estabelece uma diferença qualitativa com relação aos sistemas onde o prêmio do seguro é determinado livremente no mercado. Além disso, haveria evidências de que o gasto por usuário com os serviços de saúde – controlado pelo nível de renda do contribuinte – teria experimentado um aumento importante durante os últimos anos.

Já no que diz respeito às ineficiências existentes no setor público, Larrañaga aponta que estas estão relacionadas basicamente à atuação do FONASA, dos Serviços de Saúde, incluindo a rede de estabelecimentos hospitalares, e dos Consultórios de Atenção Primária.

Como organismo financeiro do sistema público de saúde, o FONASA cumpre um papel determinante na alocação de recursos no setor, replicando no interior do sistema público as funções que os mercados realizam para a maior parte dos bens e serviços que se transacionam na economia. A principal diferença é que o FONASA possui códigos próprios de intermediação e oferece serviços de saúde aos demandantes mediante mecanismos de

racionamento da quantidade como critério de distribuição (filas, lista de espera) ao invés de preços. Da mesma forma, a modalidade histórica de organização foi dirigida para financiar a oferta de serviços independentemente dos resultados alcançados ou das preferências dos usuários. Outra fonte de ineficiência vinculada à atuação do FONASA seria a falta de sistemas de informação sobre os contribuintes e beneficiários do setor, o que propiciaria diversos problemas de operação do sistema: falta de monitoramento eficaz da capacidade de pagamento das pessoas, beneficiários das ISAPREs que se dizem indigentes para utilizar os serviços públicos de maior complexidade, etc.

Os serviços de saúde e a rede de estabelecimentos hospitalares também apresentam, segundo o autor, sérios problemas de eficiência, que entravam a gestão e a produção dos serviços públicos de saúde, decorrentes do modelo organizacional burocrático existente. Este, por sua vez, dependeria criticamente da estrutura vigente de funcionamento, orientada para a oferta e que favorece a organização burocrática, onde os procedimentos e as formas são mais importantes do que os resultados. Os salários dos profissionais, por exemplo, são determinados através de variáveis categóricas – título profissional, experiência, local de trabalho – independente de níveis de desempenho, esforço e resultado. Assim, a estrutura organizacional e financeira faz com que a operação dos estabelecimentos não tenham relação com as decisões e preferências dos demandantes. A desvinculação da oferta com relação à demanda provocaria perdas significativas de bem-estar, dado que os bens e serviços que se consomem não responderiam às preferências e/ou necessidades da população, além de favorecer situações de abuso de poder, maltrato e uma atenção menos satisfatória que a vigente em esquemas onde os pagamentos aos prestadores dependem das decisões dos demandantes. A estrutura organizacional e de financiamento do sistema público atentaria também contra a gestão autônoma dos estabelecimentos de saúde, dado que, apesar do processo de descentralização dos Serviços de Saúde, a maior parte das decisões orçamentárias são feitas pelas instâncias centrais, o número de empregados nos estabelecimentos hospitalares é controlado pelo Ministério da Fazenda e a demissão de funcionários é restringida pela normativa vigente. Por último, a carência de um sistema de preços fornecendo sinais claros dos recursos no interior do sistema público de saúde, provocaria indisciplina econômica e constituiria uma condição suficiente para que eles se aloquem de forma ineficiente. A existência de uma leve restrição orçamentária, onde nunca

fica claro o significado de um *déficit* operacional, contribuiria então para a citada falta de disciplina financeira dos estabelecimentos hospitalares.

Os Consultórios de Atenção Primária, administrados pelas municipalidades, experimentam problemas semelhantes aos descritos para o caso dos estabelecimentos hospitalares. No caso da gestão municipal da atenção primária, as eventuais ineficiências se reforçariam por uma restrição orçamentária branda, onde as perdas se converteriam em *déficits* financiados com recursos municipais e a figura do *déficit* seria logo utilizada pelos municípios para pressionar o nível central por maiores aportes financeiros. O problema para o governo seria distinguir se as perdas ocorrem porque os recursos alocados são insuficientes para cobrir os custos operacionais ou se existe um grau de ineficiência na gestão dos consultórios.¹⁵ Além disso, a falta de um sistema eficaz de referenciamento de pacientes constituiria outro problema de ineficiência dos Consultórios de Atenção Primária.

As fragilidades que afetam a equidade, por sua vez, relacionam-se (i) à modalidade de distribuição de recursos, (ii) aos subsídios do sistema e (iii) à alocação dos gastos.

A condição híbrida do sistema de saúde chileno reflete-se também na modalidade de redistribuição utilizada para financiar a saúde dos estratos de rendimento mais baixo. Isso porque uma parte dessa atividade é financiada com recursos fiscais do Tesouro e a outra parte com contribuições das pessoas adscritas ao FONASA. O problema é que essa última modalidade não funciona de forma adequada quando existe a alternativa do seguro privado, dado que as pessoas de rendimentos mais elevados emigram para as ISAPREs e a redistribuição acaba sendo financiada pelos contribuintes de rendimentos médios que permanecem no FONASA. Essa característica quebra a lógica redistributiva existente nos sistemas de seguridade social, na medida em que passa a cobrir somente a fração das pessoas situadas na parte inferior da distribuição de rendimentos. Em tal contexto, é possível que o grupo de rendimentos médios e baixos sejam os mais afetados pela peculiar estrutura do sistema chileno de saúde, já que sua alternativa é financiar (parcialmente) a saúde dos mais pobres quando estiverem no FONASA ou fazer com que sejam os clientes

¹⁵ Espera-se que essa fonte potencial de ineficiência venha a ser substancialmente reduzida, dado que um novo mecanismo de financiamento da atenção primária, baseado em pagamentos prospectivos por capitação, onde os recursos transferidos aos consultórios são proporcionais à população adscrita, variando segundo a condição urbano/rural e pobre/não pobre de cada comunidade, estava sendo implementado.

de última classe do sistema de ISAPREs, com uma cobertura bastante precária de seus riscos de saúde.

A equidade do sistema é também questionada pelos diversos subsídios que favoreceriam os usuários do sistema de ISAPREs. Tal situação é apresentada como não equitativa, já que se estaria destinando recursos públicos às pessoas de maiores rendimentos e fortalecendo o sistema de seguros privado em vez de reforçar a atenção no setor público de saúde. Larrañaga destaca a existência de seis tipos de subsídios públicos que favorecem as pessoas adscritas às ISAPREs, sendo que quatro deles são subsídios cujo objetivo é fomentar as atividades relacionadas com a saúde ao nível da população em geral, indo além do sistema de saúde ao qual pertença a pessoa, e dois beneficiam especificamente aqueles que pertencem ao sistema de ISAPREs, como mostra o Quadro 2.7.

Diferentemente do sistema de ISAPREs, os benefícios outorgados pelo sistema público de saúde deveriam conter um claro viés redistributivo, seja proporcionando benefícios semelhantes à população sem distinção do nível sócio-econômico, seja mediante uma discriminação positiva até os grupos de menores rendimentos. Contudo, análises recentes das estatísticas disponíveis indicam que a alocação de recursos públicos seguia uma distribuição mais regressiva entre os Serviços de Saúde, dado que o gasto per capita corrigido pelos custos diferenciais da provisão de saúde favorecia as regiões que exibiam menor nível de pobreza.

Quadro 2.7

Tipos de subsídios públicos no sistema de saúde chileno

Tipo	Subsídio
Subsídios de caráter geral	Pagamento de salário à mãe contribuinte do sistema de saúde – público ou privado – no período pré e pós-natal, como também no caso de ausência do trabalho por enfermidade grave do filho menor de um ano; o subsídio é regressivo na medida em que estipula um pagamento proporcional ao salário ganho pela beneficiária, sujeito ao limite aproximado de 1800 dólares por mês.
	Gasto com programas de imunização nacional e de alimentação complementar, cujo caráter universal repousa no componente de externalidade ou bem público associado às atividades de prevenção e promoção da saúde.
Subsídios associados à isenção de impostos	Dedução do imposto de renda daquela fração dos rendimentos destinada à contribuição obrigatória para a saúde, para evitar uma eventual dupla tributação, dado que a contribuição é entendida como um imposto; contudo, é discutível o caráter de imposto que teria a contribuição de saúde num esquema de seguros individuais que associa o pagamento com a quantia esperada de benefícios; além disso, trata-se de um subsídio regressivo, na medida que favorece os maiores rendimentos.
	Extensão do benefício de isenção de imposto sobre o valor agregado (IVA) para os serviços privados de saúde, cuja quantia não supere a taxa referencial do FONASA; entretanto, não é clara a pertinência de excluir o IVA do setor saúde em uma situação onde este imposto cobre praticamente todos os bens e serviços.
Subsídios específicos para os usuários das ISAPREs	Subsídio de 2% para os contribuintes das ISAPREs situados nos estratos de baixa renda, mediante a isenção tributária que recebem as empresas que complementam em tal proporção as contribuições desses beneficiários; este benefício tem algumas características de subsídio à demanda, mas delimitado somente às instituições privadas de saúde e sujeito a dificuldades de fiscalização.
	Utilização gratuita dos estabelecimentos públicos de saúde por parte dos beneficiários das ISAPREs, que teriam que realizar co-pagamentos significativos se utilizassem os serviços privados; esta situação deriva da falta de mecanismos de informação e controle do sistema público e resultaria grave no caso dos contribuintes de baixa renda das ISAPREs que requerem serviços complexos de saúde.

Fonte: Elaborado a partir de Larragaña (2000).

2.4. Colômbia

2.4.1. Antecedentes

Desde o final do século XIX até meados da década de 1940, não havia um sistema de seguridade social na Colômbia e o Estado limitava-se a realizar atividades de inspeção e vigilância sanitária. Nesse contexto, a saúde ocupava um espaço relevante apenas enquanto “salubridade pública” na atividade industrial e profissional e enquanto “assistência pública” aos incapacitados. Como nos demais países da América Latina, o acesso aos serviços de

saúde, nessa época, era realizado mediante a compra de serviços de prestadores privados ou através das atividades assistenciais de entidades filantrópicas.

O surgimento do Sistema de Seguridade Social na Colômbia ocorreu em 1945, com a criação da Caixa Nacional de Previdência. Depois dela, seguiu-se a criação de mais de mil instituições semelhantes em todos os níveis federativos. O mais importante foi o Instituto Colombiano de Seguros Sociais, criado em 1946, e que logo passou a se chamar Instituto de Seguros Sociais (ISS), cuja atividade permaneceu determinante no interior do sistema até os dias atuais.

O desenvolvimento da Seguridade Social esteve marcada por uma forte diferenciação entre o sistema que cobria os trabalhadores, denominado seguridade social, e o sistema do funcionalismo público, denominado previdência social. Enquanto o ISS converteu-se na única instituição a oferecer cobertura aos beneficiários do setor privado, o sistema público desenvolveu-se de forma fragmentada, com múltiplas instituições e sem mecanismos de solidariedade. Além disso, as Caixas de Compensação Familiar (CCF), criadas em 1950, também passaram a oferecer funções complementares de seguro saúde.

Dessa forma, pode-se dizer que até a década de 60 havia cinco formas diferentes de atenção na Colômbia (Hernández, 2002):

1. Os serviços para a população de rendimentos mais elevados, oferecidos pelo exercício privado da profissão médica em consultórios e clínicas, às vezes apoiados em algum seguro privado;
2. O seguro obrigatório, em suas múltiplas formas, que atendia os trabalhadores formais ou assalariados dos setores público e privado;
3. A atenção aos segmentos mais pobres, mediante duas estratégias baseadas na caridade: a pública, sob o nome de “assistência pública”, e a privada, sob o nome de “beneficência”;
4. Os mecanismos de atenção e controle de epidemias e enfermidades de alto impacto coletivo, denominados de “saúde pública” e sob a responsabilidade do Estado; e

5. Todas as práticas médicas populares não científicas, produto do sincretismo cultural acumulado, mas localizadas de forma marginal e sempre subvalorizadas pelos serviços legalmente aceitos.

Os serviços de saúde constituíam, portanto, uma organização social fragmentada com base na dinâmica do mercado ou na capacidade de pagamento das pessoas, com ingerência limitada do Estado.

Mediante prerrogativas especiais do Executivo, o corpo técnico do Ministério da Saúde, formado por sanitaristas que desejavam a conformação de um sistema único de saúde, desenhou um sistema, durante a década de 1970, com a idéia de articular funcionalmente três subsetores interdependentes: o oficial (público), o da seguridade social e o privado. O cérebro do sistema seria um grande ministério técnico, e os aparelhos conectores seriam os subsistemas funcionais de informação, infra-estrutura, recursos humanos, entre outros. Em 1974, o Decreto Lei 56 estabeleceu o Sistema Nacional de Saúde.

O subsetor público era formado basicamente pela rede de hospitais públicos, organizada por níveis de complexidade, e dirigia-se especialmente às camadas da população de menor rendimento. A rede pública possuía aproximadamente mil instituições e contava com cerca de 45 mil leitos hospitalares, mas apresentava baixas taxas de ocupação, especialmente nos níveis de menor complexidade. Essas instituições dependiam financeira e administrativamente dos departamentos e da esfera central, com pouca participação dos municípios.

O subsetor de seguridade social dirigia-se aos trabalhadores do setor formal da economia, atendidos pelo ISS e pelas Caixas de Previdência Públicas, entidades ou programas destinados a cobrir certos servidores públicos, como os membros das forças armadas, os professores e empresas estatais. Ambas as instituições eram responsáveis pela cobertura de aproximadamente 20% da população e cerca de 50% dos trabalhadores. Nesse sentido, é importante destacar que metade dos postos de trabalho na Colômbia localizavam-se no setor informal da economia, não estando, portanto, cobertos pelo subsistema de seguridade social. Como resultado, esses trabalhadores tinham que recorrer ao subsistema público e, em menor medida, ao subsistema privado.

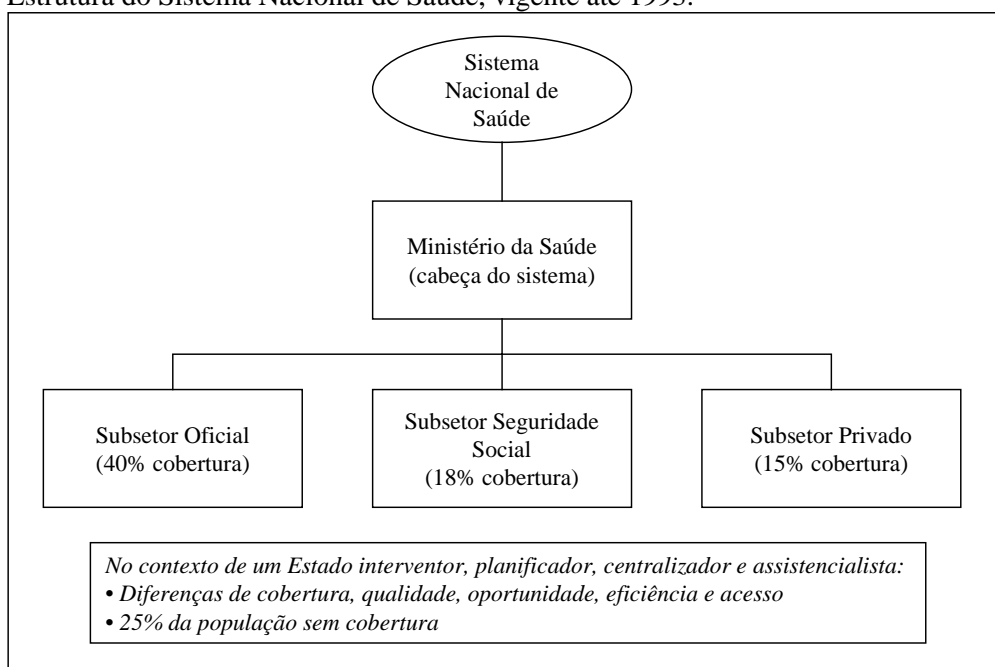
Por fim, o subsetor privado estava orientado às pessoas que podiam pagar pelos serviços e era formado por uma rede de prestadores privados, destacando-se os hospitais privados, os planos de medicina de grupo que estavam surgindo e os seguros saúde baseados no reembolso.

Os três setores atuavam de forma separada, de forma desarticulada e, em muitos casos, gerando sobreposições e duplicação de ações. Como resultado, cada subsector conservava sua autonomia, não proporcionava adequada cobertura à população e contribuía para aprofundar a desigualdade. Dessa forma, o SNS conseguiu legalizar e legitimar a iniquidade acumulada no terreno da assistência à saúde, ou seja, atenção diferenciada para ricos, para setores médios e para pobres.

Os dados sobre a cobertura do SNS, ao final da década de 1980, apontavam 40% da população coberta pelo subsector oficial, 18% pela seguridade social, 17% pela medicina privada, especialmente sustentada pelos planos de medicina pré-paga, e 25% encontravam-se sem cobertura. Porém, mais que as diferenças de cobertura, estes três setores apresentavam diferenças na qualidade, oportunidade e eficiência, além das reconhecidas desigualdades geográficas do acesso (Figura 2.2).

Figura 2.2

Estrutura do Sistema Nacional de Saúde, vigente até 1993.



Fonte: Hernández (2002).

No fim dos anos 80, houve uma tentativa de reforma do sistema com recursos do Banco Mundial. Contudo, seu resultado foi somente uma descentralização da gestão da rede pública de saúde para os municípios, através da Lei 10 de 1990, mas com muitas dificuldades administrativas e financeiras para sua execução.

A inconformidade social com o SNS vinha se expressando através de diferentes meios. Ao mesmo tempo, a década de 80 foi marcada por um contexto de grandes transformações econômicas, que aprofundaram a crise dos Estados nacionais, e novas demandas sociais, representadas, na Colômbia, em movimentos cívicos regionais e locais de reivindicação, protestos urbanos mais ou menos organizados e movimentos étnicos fortalecidos. Dada a conjuntura de desmobilização de vários grupos guerrilheiros, as forças políticas tradicionais formaram uma Assembléia Nacional Constituinte, que culminou com a promulgação da Constituição de 1991 e o estabelecimento de um novo Sistema de Seguridade Social.

Na discussão sobre o sistema de saúde, houve uma diversidade de posições durante a Constituinte, com posições que iam desde o neoliberalismo extremo até uma social-democracia ampla, dependendo do lugar que cada ator ocupava no campo da saúde. O modelo resultante reconhecia elementos do debate internacional, com a convicção, em todo o caso, de diminuir progressivamente a prestação direta de serviços por parte do Estado, de favorecer a competição de atores no mercado, tanto de prestação de serviços quanto de seguros, e de controlar, ao mesmo tempo, as desigualdades produzidas pela capacidade de pagamento.

2.4.2. Estrutura e cobertura

O novo sistema de saúde da Colômbia parte da separação entre os serviços individuais, sob responsabilidade do mercado, com competição regulada, e os serviços coletivos de saúde, sob responsabilidade do Estado. No modelo da Lei 100 de 1993, os serviços individuais estão organizados pela lógica de um mercado de seguros, mas com elementos que incorporam aspectos da proposta da competição administrada de Enthoven.¹⁶ Os

¹⁶ Os princípios gerais da competição administrada são: cobertura universal; consórcio para a compra de seguros de saúde; benefícios padronizados; fundos de ajuste de risco; incentivos adequados para todos os agentes envolvidos; e livre escolha do plano de saúde pelos consumidores, baseado em preço, qualidade e serviço (Enthoven, 1988).

mecanismos mais importantes para a regulação da competição, no caso colombiano, que o tornam tão atrativo no contexto internacional são: a obrigatoriedade do seguro, a existência de um fundo único, ao qual confluem todos os recursos (Fundo de Solidariedade e Garantia – FSG), o pagamento dos seguradores *per capita* ajustado por riscos (Unidade de Pagamento por Capitação – UPC) e a exigência de um plano mínimo de benefícios (Plano Obrigatório de Saúde – POS).

Neste sistema, as funções de “administração de seguro”, a cargo das Entidades Promotoras de Saúde (EPS), foram separadas das funções de “prestação de serviços”, sob responsabilidade das Instituições Prestadoras de Serviços (IPS). A idéia é que as instituições públicas e privadas possam confluir em um ambiente de competição e que os usuários possam escolher tanto sua EPS como sua IPS. Por sua vez, as instituições maiores que administravam os seguros obrigatórios foram conservadas como EPS públicas e iniciou-se um processo de automatização dos centros e hospitais da rede pública de serviços, com a denominação de Empresas Sociais do Estado (ESE).

O Estado passou a concentrar-se em quatro funções principais: (a) direção e gestão do sistema, em parceria com os atores do sistema no Conselho Nacional de Seguridade Social e os conselhos territoriais que se estabelecerem; (b) subsídio à demanda da população pobre, com o fim de vincula-los ao mercado de seguros; (c) vigilância e controle do cumprimento das regras definidas; e (d) definição e administração descentralizada de ações de saúde pública, isto é, aquelas direcionadas ao controle do problema de saúde com altas externalidades, tais como enfermidades de alto impacto, epidemias e desastres.

Na pretensão de um seguro universal, foi estabelecido a coexistência de dois regimes: o contributivo e o subsidiado. O primeiro é composto por um plano de benefícios mínimo denominado Plano Obrigatório de Saúde (POS) e direcionado para quem pode contribuir com 12% do salário, com aportes distribuídos em 8% para os empregadores e 4% para os trabalhadores, sendo que os trabalhadores independentes devem contribuir com 12% dos rendimentos declarados. O regime contributivo conta, ainda, com planos complementares (PAC), disponíveis para aqueles que possuem maior capacidade de pagamento.

O regime subsidiado está direcionado para aqueles que demonstram que não podem contribuir; para estes, é oferecido um Plano Obrigatório Subsidiado (POSS), que abrange

cerca de 70% dos serviços do POS contributivo. Para detectar os pobres, os municípios devem aplicar um teste anual de meios que combina critérios da Linha de Pobreza e de Necessidades Básicas Insatisfeitas. O regime é administrado por agentes intermediários denominados Administradoras do Regime Subsidiado (ARS), que contratam os serviços junto às IPS para aqueles merecedores do subsídio.

Além dos regimes contributivo e subsidiado, o Sistema de Seguridade Social conta ainda com a existência de regimes especiais, financiados pelas contribuições com base na folha de pagamentos de setores específicos (magistério, forças armadas, etc.), sem a utilização de intermediários para as atividades de asseguração.

Finalmente, a estrutura do sistema de saúde colombiano inclui a população que ainda se encontra vinculada ao antigo subsistema oficial e aquela dos estratos de rendimentos mais elevados, usuária do sistema privado mediante a aquisição de planos de medicina pré-paga. Essa estrutura pode ser vista no Quadro 2.8, que traz as principais características referentes às fontes e fundos, intermediários, prestadores e usuários, para as três vertentes do sistema – seguridade social, sistema público e sistema privado.

Quadro 2.8

Estrutura do sistema de saúde colombiano

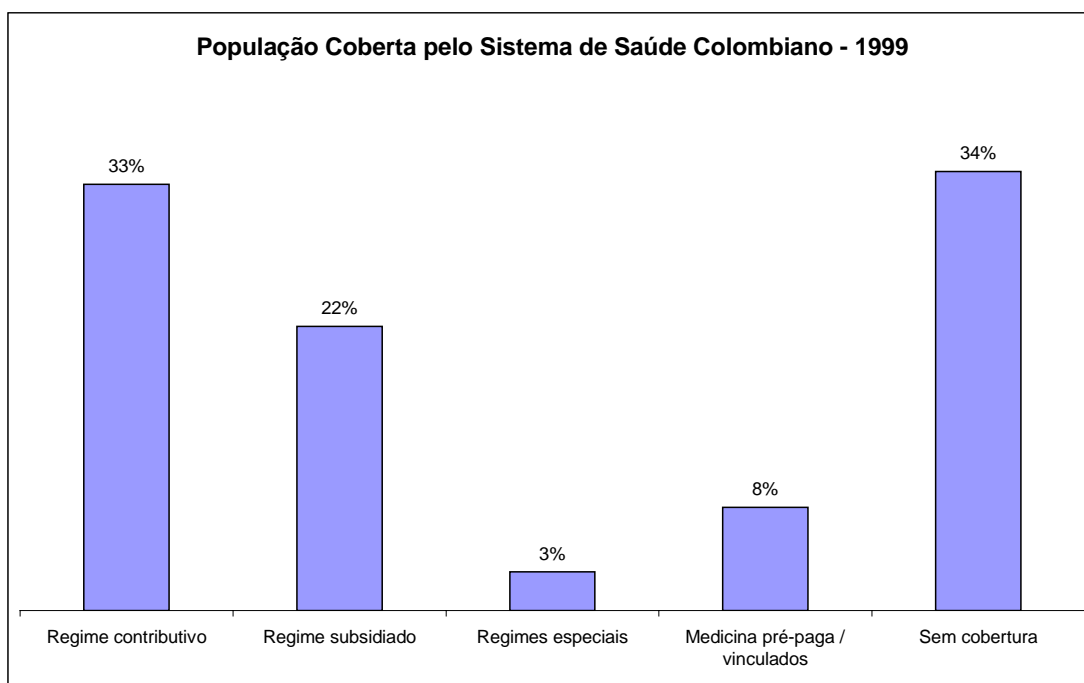
Item	Seguridade Social			Sistema Público	Sistema Privado
	Regime Contributivo	Regime Subsidiado	Regimes Especiais	Vinculados	Medicina Pré-Paga
Fontes e fundos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contribuições com base na folha salarial ▪ Subconta de compensação do FSG ▪ Cotas moderadoras ▪ Co-pagamentos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Subconta de solidariedade do FSG ▪ Recursos fiscais ▪ Impostos sobre armas e explosivos ▪ Aportes da CCF ▪ Transformação de subsídios de oferta a demanda ▪ Impostos sobre remessa de utilidades de empresas petrolíferas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contribuições com base na folha salarial 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recurso fiscal (subsídio de oferta) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desembolso direto
Usuários	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabalhadores com rendimentos acima de 2 salários ▪ Aposentados 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ População situada nos estratos mais pobres do SISBEN 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabalhadores da ECOPETROL ▪ Magistério ▪ Forças militares 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ População não segurada situada nos estratos mais pobres do SISBEN 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ População dos estratos de rendimentos médios e altos
Intermediários	<ul style="list-style-type: none"> ▪ EPS públicas ▪ EPS privadas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ESS ▪ EPS públicas ▪ EPS privadas ▪ CCF 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não há 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direções Departamentais Distritais e Locais de Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ EPS privadas
Prestadores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ IPS públicas ▪ IPS privadas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ IPS públicas ▪ IPS privadas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Serviços médicos próprios ou IPS públicas e privadas contratadas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ESE 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ IPS privadas

Fonte: Berdugo e outros (2000).

Em 1999, após seis anos de aprovada a Lei de Reforma e praticamente quatro anos de implementação, o percentual de segurados havia se elevado de 20% para 56% (regimes contributivo e subsidiado), o que representava um aumento de mais de 100% na cobertura da seguridade social em saúde. Esse aumento decorreu principalmente em virtude da incorporação da população pobre ao regime subsidiado, mas também esteve vinculado à ampliação da cobertura familiar aos trabalhadores filiados ao regime contributivo, que era mínima no sistema anterior.

Embora haja divergências envolvendo os dados de cobertura segundo as diferentes fontes consultadas, alguns autores (Hernández, 2002; Berdugo e outros, 2000) indicam que cerca de 33% da população encontrava-se filiada ao regime contributivo em 1999, 22% ao regime subsidiado, aproximadamente 8% na medicina pré-paga ou em regime de transição (vinculado), no qual os pacientes pagam percentuais de tarifas no momento de utilizar a rede pública de serviços, e 3% dos trabalhadores em regimes especiais. Os 34% restantes encontravam-se sem cobertura, como mostra o Gráfico 2.9.

Gráfico 2.9



Fonte: Hernández (2002); Berdugo e outros (2000)

2.4.3. Financiamento e gasto

O financiamento do sistema é feito conjuntamente pelas contribuições dos trabalhadores e dos empregadores, pelos recursos fiscais do governo federal e dos municípios, pelo desembolso direto daqueles que adquirem planos privados e por outras fontes, tais como impostos que incidem sobre armas e explosivos. No interior do sistema de seguridade social, a vinculação entre o regime contributivo (para a população com capacidade de pagamento) e o regime subsidiado (para os que não podem pagar) é realizada pelo Fundo de Solidariedade e Garantia (FSG), cuja função principal é servir de caixa de compensação para o regime contributivo e de fundo de solidariedade para o regime subsidiado.

O FSG também realiza a gestão dos recursos dos programas de promoção e fomento à saúde desenhados pelas seguradoras, com base nas orientações do Conselho Nacional de Seguridade Social em Saúde (CNSSS), e serve de mecanismo de financiamento das enfermidades catastróficas e acidentes de trânsito. Além disso, regula o mercado, a competição e a complementariedade entre as distintas empresas seguradoras, para as quais o financiamento se aloca a custos padronizados de acordo com o valor da Unidade de Pagamento por Capitação (UPC).

O FSG está dividido em subcontas que permitem administrar diferentes componentes do sistema:

- A subconta de compensação destina-se ao pagamento das EPS, com o montante das Unidades de Pagamento por Capitação que resultam do número de filiados. Desta forma, as EPS não competem pelos aportes e sim pelo número de filiados;
- A subconta de solidariedade destina-se ao financiamento do regime subsidiado, sendo alimentada pela quantia correspondente a 1% das contribuições dos filiados do regime contributivo com mais de quatro salários mínimos de rendimento. Os recursos desta subconta somam-se àqueles provenientes das transferências dos recursos federais e municipais e os recursos próprios que os departamentos e os municípios dedicam para este fim;
- A subconta de promoção da saúde e prevenção de enfermidades conta com 0,5% das UPC recolhidas pelas EPS para o pagamento de ações preventivas e de promoção da

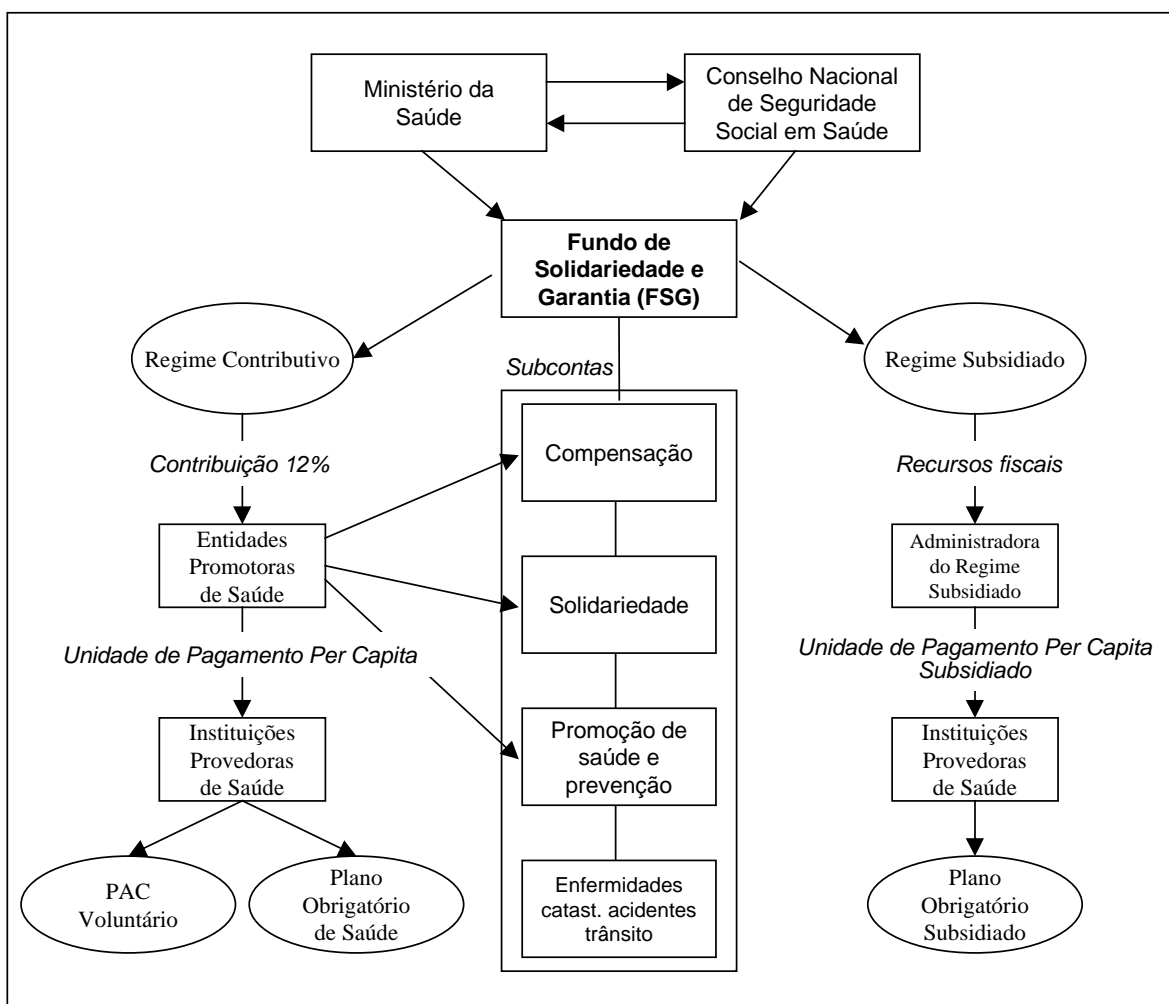
saúde. Esta subconta recebe alguns recursos adicionais para ações coletivas administradas pelo Estado;

- A subconta de enfermidades catastróficas e acidentes de trânsito financia o custo das enfermidades crônicas e de alto custo, não incluídas no POS.

A Figura 2.3 permite visualizar a estrutura de funcionamento e as subcontas do Fundo de Solidariedade e Garantia.

Figura 2.3

Estrutura de Subcontas do Fundo de Solidariedade e Garantia



Fonte: Sánchez (2000).

Não há muita disponibilidade de dados sobre o financiamento e o gasto com saúde no sistema de saúde colombiano, embora o gasto total como percentual do PIB tenha se elevado de 7,7% em 1996 para 9,3% em 2000. Desse total, a estimativa era de que 30% correspondia ao gasto do sistema de seguridade social, 31% ao setor público e 39% ao setor privado (Berdugo e outros, 2000). Se esses dados estiverem corretos, é possível verificar a existência de uma grave distorção no sistema de saúde colombiano, uma vez que a maior parte do gasto está alocada no setor privado, responsável pela cobertura de uma pequena parcela da população, ao passo que o sistema de seguridade social, que cobre cerca de 55% da população, respondia por menos de 1/3 do gasto total.

2.4.4. Regulação

Alguns autores (Hamilton e outros, 2000) destacam que um dos aspectos mais inovadores da organização do novo sistema de saúde colombiano foi a criação do Conselho Nacional de Seguridade Social em Saúde (CNSSS), órgão responsável pela direção geral do sistema, constituída por representantes dos principais atores e gestores do sistema, sob a liderança do Ministério da Saúde. Suas principais funções estão relacionadas com os regimes contributivo e subsidiado, tais como a definição do Plano Obrigatório de Saúde e dos medicamentos que dele fazem parte, do valor da UPC, etc. Encarrega-se também da definição de medidas para evitar a seleção adversa dos usuários e funciona como Conselho de Administração do FSG. Por fim, define o valor do subsídio por beneficiário no regime subsidiado, assim como os critérios de seleção de beneficiários desse regime que deverão ser identificados pelas entidades territoriais e locais.

As funções de fiscalização, vigilância e controle são realizadas pela *Superintendencia Nacional de Salud (SUPERSALUD)*, que também realiza o controle do orçamento e financiamento das entidades participantes, assim como o desenho de mecanismos de avaliação da qualidade dos serviços prestados. A entidade foi originalmente criada em 1977 para o controle e vigilância da administração dos serviços de saúde oferecidos pelos Seguros Sociais obrigatórios. Em 1989, houve um processo de reestruturação e a SUPERSALUD adquiriu personalidade jurídica própria, autonomia administrativa e financeira, além de incluir novas funções de inspeção sobre as entidades públicas e privadas

que prestavam serviços de saúde. No ano seguinte, passou a integrar o Sistema Nacional de Saúde, estando vinculada ao Ministério da Saúde. Atualmente, a SUPERSALUD é regida pelo Decreto 1.259 de 1994 e pela Resolução 1.320 de 1996, embora sua estrutura atual tenha sido alterada pelo Decreto 452 de 2000.

Os objetivos da SUPERSALUD, de acordo com a legislação, incluem os seguintes itens:

- Apoiar a operacionalidade do modelo de competição regulada no âmbito do Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS) para garantir os direitos e os deveres dos usuários;
- Assegurar a qualidade da atenção em saúde mediante a inspeção, vigilância e controle dos seguros, a prestação de serviços e a satisfação dos usuários;
- Contribuir para uma adequada utilização dos recursos e pela estabilidade financeira do SGSSS, mediante o monitoramento da geração e fluxo de recursos financeiros;
- Exercer as funções de inspeção, vigilância e controle, em parceria com as entidades territoriais, sobre os recursos financeiros, os seguros, a administração e a prestação de serviços dentro do SGSSS

Dessa forma, as atividades da SUPERSALUD abrangem o conjunto de instituições públicas e privadas que cumprem funções de asseguramento, administração ou prestação de serviços, exigindo o cumprimento dos requisitos e procedimentos relacionados à garantia da qualidade da atenção em saúde. Envolve ainda: o controle e a fiscalização dos diferentes planos de saúde contemplados no sistema de seguridade social em saúde; o desenvolvimento de um sistema de atenção integral ao usuário, permitindo o acesso adequado a informações e canais de acesso para queixas e reclamações; a publicação da situação financeira, de indicadores de desempenho e relatórios de gestão das entidades submetidas ao seu controle; o apoio ao desenvolvimento de um sistema de informação para identificar situações de evasão e risco financeiro do setor saúde; a intervenção técnica e administrativa nas entidades reguladas, decretando sua dissolução quando necessário; fiscalização e controle das subcontas que compõem o FSG; a autorização para funcionamento das EPS, ARS e empresas de medicina privada; e a aplicação de advertências e multas às entidades reguladas.

A SUPERSALUD também oferece diversos serviços à comunidade, incluindo a publicação de relatórios sobre as entidades reguladas, a produção de estatísticas do setor e o fornecimento de informações sobre os direitos e deveres dos usuários do SGSSS. Estes, por sua vez, possuem vários canais de acesso para comunicar-se com a SUPERSALUD, possibilitando a solicitação de informações, o fornecimento de sugestões e o registro de queixas e reclamações, pessoalmente ou por telefone, fax, carta e internet.

Torna-se claro, portanto, que a SUPERSALUD é uma agência regulatória que possui um amplo leque de atuação sobre as entidades participantes do Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde da Colômbia, focalizando aspectos relacionados à qualidade da atenção, situação financeira das empresas, cumprimento da legislação e defesa do consumidor.

2.4.5. Fragilidades

De acordo com Hernández (2002), apesar do aclamado primeiro lugar em “equidade financeira” no mundo, o Sistema de Seguridade Social em Saúde da Colômbia não conseguiu, até o momento, resolver os problemas de equidade acumulados no sistema anterior, que legalizava as desigualdades ligadas à capacidade de pagamento das pessoas.

O primeiro problema se expressa no aumento progressivo do gasto com saúde, ao passo que aproximadamente 35% da população continuou sem condições de acesso ao sistema de seguridade. Isso indica que a meta de universalidade não se cumpriu, sendo pouco provável que se possa alcançar a médio prazo, dada a queda progressiva do crescimento econômico, a persistência das altas taxa de desemprego, a política de diminuição do gasto público em meio ao ajuste fiscal e a tendência sustentada da flexibilização trabalhista. Nestas condições, somente poucos poderão filiar-se com base em sua relação de trabalho, enquanto aumenta a população obrigada a acudir ao subsídio estatal ou a sua capacidade de pagamento para acesso aos serviços.

Por outro lado, o efeito econômico da intermediação financeira ainda segue sem uma valoração adequada. Houve aumento do gasto público e privado em atenção médica, mas não houve aumento de cobertura. Isto sugere um problema de eficiência que necessita ser melhor investigado e que aponte para uma avaliação séria do papel das seguradoras e dos intermediários.

A situação também mostra uma incapacidade do sistema para superar as tradicionais desigualdades acumuladas pelo sistema anterior. Apesar dos mecanismos de regulação, a relação entre os planos de benefícios e os mecanismos de financiamento configurou outra fragmentação no interior do sistema, que vai da liberdade contratual à caridade, como se mostra no Quadro 2.9.

Quadro 2.9

Os Direitos no Sistema de Seguridade Social da Colômbia

Serviços	Planos de Benefícios*	Mecanismo	Direito	Inclusão-Exclusão
Individuais	Medicina privada (pré-paga)	Mercado livre	Contratual	Capacidade de pagamento
	POS contributivo	Mercado regulado	Contratual mínimo	Relação salarial
	POS subsidiado	Caridade mediatizada	Contratual limitado	Condição de pobreza
	Vinculados	Caridade pela metade	Caridade limitada	Capacidade de pagamento (menor)
	ATEP	Mercado	Contratual limitado	Relação salarial e empregador
Coletivos	PAB	Administração estatal descentralizada	Cidadania	Recursos públicos e externalidades

Fonte: Hernández (2002)

(*) POS = Plano Obrigatório de Saúde; ATEP = Acidentes de Trabalho e Enfermidade Profissional; PAB = Plano de Atenção Básica

Com base em sua capacidade de ingerência no Conselho Nacional de Seguridade Social, as empresas de seguros, convertidas em EPS privadas, conseguiram sustentar seus antigos planos de medicina pré-paga e se negaram a cumprir a regulamentação dos planos complementares que ordena a legislação. Desta forma, um percentual reduzido da população, com altos rendimentos, sustenta uma medicina privada custosa e com diferenças claras em termos de qualidade, oportunidade e acessibilidade. Estes planos comportam-se como um simples seguro privado ligado à capacidade de pagamento e com as duas características básicas de qualquer mercado de seguros: livre escolha do usuário e competição entre os ofertantes via preço das apólices. Aqui somente é possível exigir do Estado o cumprimento de um contrato (direito contratual) entre consumidores, seguradores

e prestadores. A exclusão resultante é a não obtenção do benefício para quem não pode pagar.

No segundo caso, encontra-se o POS do regime contributivo. Embora a legislação estabeleça um plano de benefícios, com frequência os usuários não conhecem esses benefícios e suas expectativas estão elevadas no momento de adoecer ou em caso de risco de morte; por outro lado, os prestadores estão constrangidos pelo contrato na hora de tomar decisões clínicas, enquanto as seguradoras pressionam para controlar custos. Nesse caso, ocorre a configuração de um direito contratual regulado e a exigibilidade se reduz ao cumprimento deste contrato.

O POS Subsidiado, por sua vez, não foi capaz de passar de 70% dos benefícios do POS contributivo em seus melhores momentos. Isso implica desigualdade na acessibilidade aos serviços, justamente para a população que mais se encontra submetida aos riscos de enfermidade e morte. A dívida do aporte público à subconta de solidariedade do FSG pressiona para baixo as coberturas do regime subsidiado e a possibilidade de oferecer, pelo menos, o mesmo plano do regime contributivo.

Entretanto, os que continuam no regime vinculado estão acendendo a um sistema de caridade pela metade que, em todo o caso, oferece um obstáculo à capacidade de pagamento. O sistema de riscos profissionais (ATEP) localiza-se em um esquema paralelo de seguro coletivo definido pelo empregador, contratual e excludente, apesar da existência de mecanismos de participação dos trabalhadores definidos na legislação.

O único plano de benefícios que parece não possuir uma configuração contratual é o Plano de Atenção Básica (PAB), porque está supostamente sob responsabilidade do Estado, é gratuito e universal. O problema está no fato de que cada vez mais se reduzem as ações estritamente coletivas, com altas externalidades e de alta prioridade social e econômica. O Estado trata de localizar as ações preventivas no POS, para que sejam responsabilidade das EPS e ARS, ao passo que estas resistem pela dificuldade de definir quando estas ações excedem o serviço individual e tornam mais complicado seu faturamento por parte das IPS. Disso resulta a *baixa execução da subconta de Promoção e Prevenção do FSG*.

3. SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: TRAJETÓRIA E CARACTERIZAÇÃO

Este capítulo procura identificar os principais momentos da trajetória de constituição do mercado brasileiro de saúde suplementar, seus ciclos de expansão e fatores de crescimento, assim como as diferentes modalidades de empresas operadoras de planos privados de assistência à saúde. Também são apresentados dados relativos à oferta e à demanda por planos de saúde no Brasil, tais como o número de empresas que atuam no setor, sua distribuição regional, porte das empresas, concentração de mercado, população coberta, distribuição dos usuários por gênero, faixa etária, condição de ocupação, renda familiar, etc.

A metodologia adotada para a elaboração do capítulo consistiu de pesquisa documental a respeito de diversos aspectos da política de saúde no Brasil e sua relação com a expansão do subsistema privado de saúde. Foram utilizados, ainda, diversos dados quantitativos para caracterizar a oferta e a demanda por planos privados de assistência à saúde, especialmente os dados produzidos pelas entidades representativas das empresas do setor, assim como os dados disponibilizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e os dados do Suplemento de Acesso e Utilização de Serviços de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), particularmente úteis para a caracterização do perfil da demanda.

3.1. Expansão da saúde suplementar no Brasil

A literatura sobre a evolução do mercado de saúde suplementar no Brasil identifica a existência de dois períodos ou ciclos de expansão, delimitados por diferentes contextos político-institucionais (Bahia, 1999). O primeiro período teria sido marcado pelo predomínio das relações entre a política previdenciária e o empresariamento do segmento de assistência médica, ao passo que o segundo período poderia ser caracterizado pela expansão da clientela da medicina privada em um contexto marcado pela tentativa de universalização do acesso aos serviços de saúde. A Constituição de 1988, por sua vez, constituiria o marco delimitador desses dois períodos.

O modelo de atenção à saúde adotado no Brasil até meados da década de 1970, caracterizado pelo predomínio de ações de natureza curativa, individual e ligado aos serviços de medicina previdenciária, teria impulsionado o primeiro ciclo de expansão dos planos e seguros privados de saúde. Dessa forma, o empresariamento da assistência médica estaria diretamente relacionado ao próprio desenvolvimento do sistema de saúde no país, cuja trajetória estaria atrelada ao surgimento, expansão e consolidação da Previdência Social. Essa trajetória teria sido marcada pela consolidação da *capitalização da medicina*, processo no qual o Estado brasileiro incentivou e ofereceu condições para a realização de investimentos privados no setor saúde, mediante a aquisição de serviços e produtos vinculados ao complexo médico-industrial do setor, o financiamento de investimentos e a contratação de serviços da rede privada.

O segundo ciclo de expansão teria ocorrido sobretudo durante a década de 1990, período marcado pela implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo modelo passou a estar orientado pelas seguintes diretrizes: universalização do acesso, oferta majoritária de serviços públicos, regionalização e hierarquização da rede de serviços mediante a gestão descentralizada para as esferas locais e regionais, atendimento integral, priorizando as ações preventivas e de promoção da saúde, e participação dos usuários no controle e gestão do sistema. Paradoxalmente, esse período de consolidação do subsistema público de saúde coincide, no Brasil, com um período de crescente *mercantilização da saúde*, em que os serviços de assistência médica passaram a constituir uma mercadoria como outra qualquer, submetida às regras de produção, financiamento e distribuição de tipo capitalista. Diferentemente do período anterior, em que o Estado encontrava-se no centro do processo – centralizando as decisões estratégicas, criando demanda e financiando os serviços privados – o segundo ciclo de expansão seria caracterizado por maior grau de autonomia do setor privado, na medida em que teria passado a contar com uma base própria de financiamento, e o Estado, por sua vez, teria perdido a capacidade de controlar diretamente o processo de expansão desse setor (Braga e Barros Silva, 2001).

Dada a importância das relações estabelecidas entre o desenvolvimento do mercado brasileiro de saúde suplementar e as políticas previdenciária e de saúde, convém examinar mais detalhadamente a trajetória de ambas as políticas nos dois períodos de crescimento do setor.

3.1.1. Primeiro ciclo de expansão

A criação das primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), em 1923, representou o marco inicial da oferta de serviços de assistência médica no âmbito de um esquema previdenciário no Brasil. Essas instituições eram organizadas por empresas e não por categoria profissional, seu financiamento era realizado conjuntamente por empregados e empregadores, com um regime de repartição simples, no qual se fixava, anualmente, a contribuição destinada ao custeio das despesas previstas para a formação de fundos de reserva, e ofereciam uma ampla cesta de benefícios, incluindo serviços de assistência médica (inclusive aos familiares dos trabalhadores), medicamentos com desconto, aposentadorias e pensões. Essas características faziam com que as CAPs configurassem um modelo considerado *abrangente*, por causa da gama de benefícios ofertados, *pródigo*, pela amplitude dos gastos com estes benefícios, e *civil*, decorrente da natureza privada e civil das empresas (Oliveira e Teixeira, 1986).

O esquema instituído pelas CAPs significou o acesso dos trabalhadores e seus dependentes à assistência médica enquanto filiados ao seguro social. Deve-se destacar, porém, que apesar do crescimento do número de segurados ao longo da década de 1920, a maior parte dos trabalhadores encontrava-se excluída do sistema de CAPs, já que somente as grandes empresas apresentavam base atuarial para mantê-las. Além disso, como as CAPs não apresentavam infra-estrutura própria de serviços médicos, a solução adotada foi a aquisição de serviços privados, sob a forma de credenciamento médico. Dessa forma, as CAPs representaram “as raízes da privatização da assistência médica no Brasil, sob a égide da política previdenciária instituída pelo Estado e sem ônus para os cofres públicos” (Cohn e Elias, 2001).

As transformações políticas e econômicas ocorridas a partir de 1930, marcadas pela instalação de um Estado com elevado grau de autonomia e por um processo de industrialização nacional, ainda que restringida, possibilitaram, de um lado, maior grau de intervenção estatal na organização da sociedade civil e, de outro, o surgimento de políticas sociais de corte nacional. O surgimento de um novo modelo previdenciário, em 1933, a partir da criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), pode ser entendido

como expressão desse conjunto de reformas e alterações no aparelho estatal, evidenciando uma participação ativa do Estado na estruturação do novo modelo, uma vez que os Institutos foram constituídos como autarquias, subordinadas ao Conselho Nacional do Trabalho.

Diferentemente das CAPs, a organização dos Institutos era feita segundo categorias profissionais e não mais por empresas, de modo que os trabalhadores das pequenas empresas, antes excluídos do sistema, passaram a auferir os benefícios ofertados. Por outro lado, essa característica possibilitou a vinculação entre os sindicatos e os Institutos, criando espaço para manifestação dos interesses dos trabalhadores. Apesar da igualação de benefícios dentro de uma mesma categoria profissional, não havia uma padronização na concessão de benefícios entre as diferentes categorias, de modo que o poder de barganha dos trabalhadores de cada categoria passou a determinar a própria extensão dos serviços ofertados.

O financiamento dos IAPs passou a contar com a participação do Estado e esteve orientado segundo uma combinação do regime de repartição – em que as despesas são financiadas por receitas correntes – com o regime de capitalização – no qual o custeio advém das receitas de aplicações de excedentes financeiros. O equilíbrio financeiro do sistema foi mantido até meados da década de 1950, seja mediante o estabelecimento de mecanismos de controle de gastos com alguns tipos de serviços, sobretudo aqueles relacionados com a assistência médica, seja em virtude do fato de que as receitas tendem a ser mais elevadas do que as despesas numa fase de composição do sistema. A partir da segunda metade de 1950, porém, a situação econômico-financeira do sistema sofreu um processo de deterioração, decorrente tanto da desigualdade do crescimento entre a massa de contribuintes ativos de um lado e a massa de aposentados e pensionistas de outro (regime de repartição) quanto da queda da taxa de rentabilidade dos capitais aplicados pelo sistema previdenciário de outro (regime de capitalização).

A aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), em 1960, representou a tentativa de uniformização dos regimes previdenciários, procurando igualar os benefícios auferidos pelos trabalhadores em regime de CLT. Com relação à assistência médica, a LOPS procurou regulamentar, entre outras coisas: as formas de concessão e compra de

serviços de saúde junto ao setor privado; o estabelecimento de convênios entre o Estado, empresas, instituições públicas e sindicatos para a prestação de serviços de saúde; as formas de pagamento pelos serviços adquiridos; o financiamento para expansão de entidades beneficentes de saúde; o credenciamento de médicos; o direito de livre escolha dos usuários; e as tabelas de honorários. Contudo, a LOPS jamais chegou a ser regulamentada e as diferenças na concessão de benefícios continuou a prevalecer entre os Institutos (Braga e Paula, 1980).

A necessidade de uma racionalização administrativa, assim como a criação de fontes alternativas para o financiamento do sistema previdenciário e, em particular, do setor saúde, impôs ao Estado a função de institucionalizar e impulsionar um novo padrão de política social, caracterizado pela centralidade política na agenda governamental, financiamento baseado na regra de autosustentação financeira, processo decisório marcado pela centralização institucional, privatização das políticas governamentais e maximização de interesses ligados ao setor privado. Inserido nessa lógica de atuação estatal, a criação do Instituto Nacional da Previdência Social – INPS, em 1966, representou a centralização das políticas de assistência médica previdenciária, de previdência e de assistência social no nível federal, a partir da unificação dos IAPs, o que representou a exclusão da participação dos trabalhadores e sindicatos do processo decisório.

A principal característica da política de saúde neste novo padrão de intervenção estatal foi a ênfase governamental sobre a medicina previdenciária, em detrimento das ações de saúde pública, de natureza preventiva e de corte coletivo. Segundo Draibe (1994), dois importantes mecanismos contribuíram, a partir da segunda metade da década de 1960, para acentuar e reforçar a predominância da vertente previdenciária sobre a de saúde pública: em primeiro lugar, os recursos provenientes das contribuições sociais previdenciárias passaram a financiar o gasto com saúde de forma crescente, fazendo com que os recursos fiscais tivesse participação cada vez mais secundária; além disso, o Estado e o setor privado passaram a manter uma estreita parceria a fim de reforçar o pólo previdenciário e viabilizar sua expansão, impulsionando, na área da saúde, o fortalecimento de interesses ligados ao complexo médico-empresarial privado.

As linhas básicas do novo formato da política de saúde no Brasil passaram então a estar relacionadas aos seguintes aspectos: ênfase médico-hospitalar; prestação de serviços realizada preferencialmente por meio do setor privado; ausência de participação das classes subalternas do processo decisório; e centralização administrativa e financeira na esfera federal. Essas características evidenciam que o crescimento e o desenvolvimento do setor privado (lucrativo e filantrópico) de assistência à saúde foi amplamente impulsionado pelo Estado brasileiro, cuja política passou a estar orientada pela compra de serviços privados de saúde. Consolidava-se, portanto, o modelo baseado na *ênfase médico-assistencial privatista com gerência estatal* (Barros Silva, 1984), cujas raízes remontam às primeiras décadas do século XX, a partir da institucionalização das antigas CAPs e IAPs.

O apogeu do modelo médico-assistencial privatista ocorreu no período 1968-73, em um contexto marcado, no campo político, pelo recrudescimento autoritário e, no campo econômico, por altas taxas de crescimento. Oliveira e Teixeira (1986) apontam que foi durante este período que ocorreu a efetiva instalação de um complexo-médico industrial no país, formado por grandes empresas internacionais na área da produção de medicamentos e equipamentos médicos; ao mesmo tempo, desenvolveu-se um padrão de organização da prática médica orientado em termos de lucratividade do setor, propiciando a capitalização da medicina e o privilegiamento do setor privado na produção desses serviços.

Durante a década de 1970, diversos mecanismos foram criados com a finalidade de incorporar novos setores ao universo de usuários, como os trabalhadores autônomos, os trabalhadores rurais e as empregadas domésticas, cuja inserção no sistema previdenciário lhes garantia o acesso aos serviços de saúde. O atendimento de urgência foi universalizado mediante o Plano de Pronto Ação (PPA), em 1974, e a expansão da rede pública de saúde foi possibilitada por meio do Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976, privilegiando as áreas menos desenvolvidas do país. Na verdade, essas e outras iniciativas, visando à ampliação da cobertura previdenciária, podem ser entendidas como respostas às pressões sociais para a universalização do acesso aos serviços, que passaram a intensificar-se na segunda metade dos anos 70. Na área da saúde, o crescimento da consciência sanitária dos profissionais da saúde foi marcado pela emergência do movimento sanitarista, que propunha uma transformação no modelo de saúde adotado até então no Brasil – centrado no hospital, de alto custo e baixa resolutividade.

A transição para um novo modelo de saúde, caracterizado pela integração dos setores de medicina previdenciária e saúde pública, constituindo um sistema único e nacional, assim como pelo desenvolvimento de um processo de descentralização administrativa, ocorreu durante a década de 1980, no contexto político de democratização da sociedade brasileira, o que possibilitou a introdução da discussão em torno da universalização do acesso aos serviços de saúde na agenda política, a partir do conceito de cidadania. O desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde (AIS) e do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) representaram marcos importantes nesse processo.

As Ações Integradas de Saúde, criadas em 1982, possibilitaram a constituição de uma agenda alternativa para a política de saúde, na medida em que objetivavam, entre outras coisas, aumentar a transferência de recursos para as esferas estaduais, desenvolver a capacidade gerencial dos serviços no nível local e regional, valorizar os recursos humanos das equipes de saúde, desenvolver parâmetros técnicos e financeiros viáveis e adaptados às condições locais, além de orientar as pesquisas e atividades das instituições de ensino para as necessidades de cada região. Entre os resultados positivos apresentados pela implementação do Programa de Ações Integradas de Saúde, destacam-se o aumento das transferências de recursos federais para as esferas locais, a ativação de um processo de gestão colegiada e articulação interinstitucional, possibilitando maior coordenação na prestação de serviços de saúde, a possibilidade de maior participação decisória dos setores envolvidos, verificada em algumas experiências regionais, e a incorporação das ações de caráter coletivo na sistemática de financiamento. Apesar disso, as AIS não foram capazes de substituir o modelo anterior e devem ser entendidas como um momento de transição para a constituição de um sistema integrado de assistência à saúde (Viana, 1994).

A estratégia descentralizadora das AIS foi reafirmada e ampliada com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, cuja criação, em 1987, foi impulsionada pela capacidade de articulação e vocalização do movimento sanitário brasileiro.¹⁷ De acordo com Médici (1994), o SUDS representou o principal instrumento de descentralização operacional, administrativa e financeira dos programas de saúde no período 1987-89. A

¹⁷ A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, representou um marco importante da reforma sanitária, na medida em que fortaleceu as demandas por um modelo de acesso universal, descentralizado, hierarquizado e com atendimento integral.

principal diferença no funcionamento do SUDS e das AIS era a maior aproximação entre o Governo Federal e os Estados, assim como o fortalecimento da estrutura de planejamento e programação das ações de saúde, possibilitando o estabelecimento de competências específicas para as três esferas de governo. Além disso, o SUDS foi o primeiro programa federal no sentido de avançar efetivamente no caminho da unificação institucional, na medida em que estabeleceu um cronograma de extinção do INAMPS e de suas estruturas regionais, assim como levantou a questão da unificação das redes regionais de serviços.

3.1.2. Segundo ciclo de expansão

Ao substituir o modelo de seguro social, centralizado em torno da política previdenciária, por um sistema de seguridade social, constituído por um conjunto integrado de ações destinadas a assegurar os direitos relativos à Saúde, Previdência e Assistência Social, a Constituição Federal de 1988 representou um ponto de inflexão, pelo menos do ponto de vista normativo, no sistema de proteção social vigente até aquele momento. Entre suas principais inovações, destacam-se a criação do orçamento da seguridade social, a universalidade do direito aos benefícios previdenciários, a descentralização administrativa, com participação da comunidade, e a saúde entendida como direito de todos e dever do Estado, garantida mediante o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Especificamente no âmbito da saúde, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), cujo financiamento passou a estar atrelado aos recursos do orçamento da seguridade social e aos recursos fiscais das três esferas de governo. Segundo o texto constitucional, o SUS é formado pelo conjunto de ações e serviços públicos de saúde, que passam a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir das seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera do governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas e sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade (Art. 198). Além disso, foi permitida a participação da

iniciativa privada no SUS, de forma complementar, mediante contrato de direito público, com preferência para as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos.¹⁸

Desde a criação do SUS, diversas normas operacionais foram editadas pelo governo federal, procurando estabelecer os critérios gerais de funcionamento do novo modelo assistencial de saúde, incluindo seus aspectos organizacionais e financeiros. Duas inovações importantes se destacam no processo de organização e descentralização do sistema: (i) a criação de condições diferenciadas de gestão para os municípios e (ii) a transferência automática de recursos financeiros. Com relação ao primeiro item, três diferentes níveis de comprometimento e de estrutura administrativa para os municípios foram criados em 1993, dando início ao processo de adesão municipal às novas funções propostas no âmbito do SUS; em 1996, a Norma Operacional Básica daquele ano reduziu as condições de gestão a duas modalidades: a Gestão Plena da Atenção Básica, na qual os municípios se responsabilizam pela gestão dos serviços básicos de saúde, e a Gestão Plena do Sistema Municipal, que incorpora também a gestão dos serviços de média e alta complexidade.

Com relação à transferência de recursos para as esferas locais, a implementação do Piso de Atenção Básica (PAB), em 1998, representou uma grande inovação na forma de gestão dos recursos financeiros, na medida em que substituiu o pagamento por serviços produzidos – *fee for service* – pelo pagamento por capitação – *capitation*, separando a produção do faturamento. Trata-se de uma mudança importante, pois o pagamento por capitação procura evitar as distorções do modelo anterior, que favorecia estratégias de indução da demanda, estimulava a produção de serviços, desincentivava as ações de natureza preventiva, favorecia o uso de alta tecnologia e a utilização de serviços de maior complexidade, concentrava recursos nas localidades que já possuíam estrutura de serviços e demandava a necessidade de fortes mecanismos de fiscalização e controle para evitar a ocorrência de fraudes (Médici, 1994).

Pesquisa desenvolvida pelo Núcleo de Políticas Públicas da UNICAMP, durante o período 2000-2001, identificou que o PAB, ao adotar um mecanismo de transferência regular e automática de recursos para o financiamento de serviços no primeiro nível de assistência,

¹⁸ A regulamentação dessas diretrizes foi efetuada no início da década de 1990, na chamada Lei Orgânica da

possibilitou a introdução de diversos aspectos positivos no subsistema público de saúde, evidenciando sua natureza inovadora no processo de descentralização do SUS. Estudos realizados por Costa e Pinto (2002) e Viana e outros (2002) também apontam para um quadro positivo de mudanças, destacando-se os seguintes aspectos:

- Aumento do montante de recursos federais transferidos aos municípios para o custeio das ações de atenção básica, especialmente para aqueles localizados nas regiões mais carentes;
- Incentivo para o desenvolvimento de ações e procedimentos de atenção básica, com ênfase nos aspectos de prevenção de doenças e promoção da saúde;
- Reorganização da atenção básica nos municípios;
- Adoção de uma visão mais federativa do processo de descentralização, uma vez que os recursos passaram a se atrelar ao número de habitantes dos municípios; e
- Indução gradativa da mudança do modelo assistencial, a partir do incentivo ao desenvolvimento de programas inovadores, como é o caso do Programa Saúde da Família (PSF).

Apesar dessas vantagens, é preciso destacar que o PAB ainda representa um tipo de pagamento por capitação bastante primário, uma vez que sua fórmula de cálculo leva em consideração apenas a população dos municípios e um valor *per capita* baseado na soma de procedimentos pagos aos municípios em 1996 (situação pré-PAB). Não incorpora, portanto, uma série de variáveis importantes de natureza socioeconômica e institucional, tais como as diferenças nas condições de saúde da população, as desigualdades regionais na oferta de serviços e a realidade institucional de cada município, o que significa, em última instância, desprezar as próprias variações de natureza individual e coletiva. Além disso, a nova sistemática de pagamento não foi totalmente estendida para os demais níveis de assistência – serviços de média e alta complexidade – de modo que os problemas relacionados ao modelo de pagamento por procedimentos ainda permanecem sem solução definitiva no âmbito do subsistema público.

Saúde, que abrange as Leis 8.080/90 e 8.142/91.

Em que pese, portanto, os aspectos positivos apresentados até o momento pelo processo de implementação do SUS, evidenciados tanto pelo alto nível de adesão dos municípios a uma das condições de gestão estabelecidas pela NOB-SUS/96, possibilitando a ampliação do acesso da população aos serviços, quanto pela melhoria progressiva na situação de alguns indicadores de saúde importantes ao longo da década de 1990, incluindo a queda da taxa de mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida, é preciso reconhecer que o subsistema público ainda enfrenta desafios importantes na tentativa de reverter o modelo anterior, historicamente marcado pela centralização administrativa e financeira, baseado em regime contributivo, fragmentado institucionalmente e com baixo grau de participação social e política no processo decisório.

Entre as dificuldades que ainda persistem no perfil de organização dos serviços de saúde no país, Cohn e Elias (2001) destacam o alto nível de centralização na esfera federal, uma vez que as definições de diretrizes e prioridades para o setor, incluindo sua forma de financiamento, são majoritariamente elaboradas pelo Ministério da Saúde, cabendo aos Estados e Municípios mais o papel de implementadores das diretrizes traçadas no nível federal do que formuladores de políticas próprias na área da saúde; a infra-estrutura de serviços distante das reais necessidades de saúde da população, dado o predomínio de serviços caracterizados pela alta densidade tecnológica e baixos graus de integração e hierarquização, além da grande concentração de equipamentos médico-hospitalares nas regiões mais desenvolvidas, dificultando o acesso dos usuários a esses recursos; e expressiva participação do setor privado na oferta de serviços hospitalares, em decorrência da oferta insuficiente de leitos públicos para atender toda a demanda, implicando aí a reconhecida relação de mútua dependência entre o SUS e o setor privado.

Diante desses e de outros desafios, autores como Favaretto e Oliveira (1990), Werneck Viana (1998) e Cohn e Elias (2002) apontam que a trajetória do SUS, embora inspirado no modelo inglês de acesso universal com predomínio do setor público na oferta de serviços, estaria na verdade aproximando-se do modelo norte-americano, no qual a ação do Estado é residual, alcançando apenas aqueles grupos incapazes de obter acesso aos serviços privados de saúde pela via de mercado. Vale dizer, o subsistema público de saúde teria sido direcionado para o atendimento da parcela mais carente da população, sem recursos para exercer seu poder de compra junto ao mercado de saúde suplementar.

Já no início da década de 1990, portanto ainda no momento inicial de consolidação do SUS, Faveret F° e Oliveira sustentavam a tese de que “a despeito das intenções ‘publicizantes’ dos defensores da Reforma Sanitária, a trajetória estrutural do sistema parece apontar para um formato mais residual do que universal”. Na avaliação desses autores, os setores melhor remunerados da sociedade estariam progressivamente deixando de ter referência no subsistema público de saúde, passando a constituir clientela para o subsistema privado. Tal movimento estaria sendo incentivado pelo surgimento e difusão de novos mecanismos de financiamento do setor privado, implicando maior autonomia financeira deste setor em relação ao subsistema público.

Faveret F° e Oliveira reconhecem que o surgimento do SUS foi responsável por configurar uma ruptura pioneira no padrão de intervenção estatal no campo social, moldado na década de 30 e consolidado nas décadas seguintes, na medida em que passou a adotar a noção de *direito social universal*, entendido como um atributo da cidadania sem qualificações, cujo acesso aos serviços é visto como um direito e não como uma concessão ou privilégio. Além disso, a eliminação da contribuição previdenciária como requisito para o direito ao atendimento nos serviços de saúde teria conferido ao sistema um significativo aspecto redistributivista, possibilitando a transferência de recursos dos segmentos que contribuem, ao menos diretamente, na direção dos não contribuintes. O problema, segundo os autores, é que paralelamente a este processo de universalização, teria ocorrido também o surgimento e a acelerada proliferação de diversas inovações financeiras viabilizadoras do acesso de amplas camadas populacionais ao subsistema privado de saúde desde a década de 1980, incluindo os planos de saúde individualmente contratados, os planos de seguro de grupo com participação financeira das empresas e as caixas próprias das empresas estatais.

As novas formas de financiamento teriam possibilitado o acesso a esquemas privados de vários segmentos da sociedade, os quais, caso contrário, teriam que recorrer ao subsistema público de atendimento. Nesse sentido, as camadas médias da população passaram a recorrer, em escala cada vez maior, a esquemas privados de seguro, buscando o setor público apenas para a prestação de alguns serviços de alto custo e densidade tecnológica, não custeados pelos planos privados de assistência à saúde. Por outro lado, os planos coletivos com participação financeira das empresas, ao estender tal benefício à totalidade do quadro de funcionários, permitiram o acesso a camadas da população que possivelmente

não teriam condições de arcar com o pagamento de planos de saúde individuais ou familiares. Com isso, o acesso à rede privada passou a estar atrelado à condição de funcionário da empresa, com extensão do benefício para seus dependentes.¹⁹

Diferentemente do caso inglês, onde teria ocorrido um processo de “universalização inclusiva” (efetiva inclusão dos usuários ao sistema público de saúde, inibindo a ampliação do subsistema privado), o caso brasileiro estaria apresentando um processo de universalização excludente, pois cada movimento de expansão universalizante estaria sendo acompanhado de mecanismos de racionamento (queda na qualidade dos serviços, filas, etc.) responsáveis por expulsar do sistema diversos segmentos sociais. Na verdade, esta teria sido a forma de acomodar a demanda ampliada pelo acesso universal a uma oferta que cresce a ritmos lentos. Dessa forma, a universalização, no caso brasileiro, estaria assumindo a função não de incluir efetivamente todos os segmentos sociais na alçada do atendimento público de saúde, mas de garantir o atendimento aos setores mais carentes e resistentes aos mecanismos de racionamento.

Dentro dessa mesma linha de raciocínio, Werneck Vianna (1998) sustenta a tese de que, embora o sistema brasileiro de proteção social seja, após a Constituição Federal de 1988, universalista em sua concepção, na realidade teria ocorrido um processo de “americanização da seguridade social no Brasil”, materializado na adoção de políticas públicas focalizadas, de natureza assistencialista, e oferta de proteção para os segmentos de maior poder aquisitivo através dos diversos ramos do setor privado – escolas particulares, planos de saúde, previdência privada, etc. Dessa forma, a universalização do acesso aos serviços de saúde teria resultado, na prática, no direcionamento do atendimento à população mais carente, com menor capacidade de vocalização, induzindo os trabalhadores das classes média e alta, que possuem níveis de renda mais elevados e maior poder de reivindicação, a aderirem aos planos e seguros privados de assistência à saúde.

Cohn e Elias (2002), por sua vez, analisando a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que desde 1995 passou a adotar um modelo de captação de recursos financeiros mediante a oferta de serviços à clientela

¹⁹ Os autores apontam que este mecanismo tende a guardar, de certa forma, uma relação muito próxima com o regime de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), pois os benefícios auferidos pelos trabalhadores passam a estar vinculados à expressão econômica das empresas. Cf. Faveret F^o e Oliveira (1990:152).

privada dos seguros e planos de saúde, identificam que a existência da chamada “dupla porta de entrada” – uma para os usuários do SUS e outra para os usuários do sistema de saúde suplementar –, embora não implique necessariamente discriminações no acesso à tecnologia, reproduz no interior do hospital as discriminações já existentes na sociedade, estabelecidas basicamente pelo poder de compra dos usuários. No interior desse modelo dual, a organização do processo de trabalho é diferenciada para o atendimento de pobres (usuários SUS) e não-pobres (usuários de seguros e planos de saúde), assim como o tempo de espera para marcação e realização de exames. Além disso, o grau de autonomia dos usuários também é distinta: enquanto os usuários do subsistema público devem submeter-se às exigências da racionalidade de funcionamento do hospital enquanto prestador de serviços públicos para uma demanda crescente e que pressiona a capacidade de atendimento da instituição, os usuários do subsistema privado possuem maior capacidade para exercer suas preferências, uma vez que são tratados como consumidores/clientes cujo acesso ocorre mediante a competição do hospital com outros concorrentes privados que oferecem serviços semelhantes no mercado de assistência à saúde. Segundo os autores, esta nova realidade organizacional dos serviços públicos de saúde, quando analisada a partir da perspectiva da inclusão e da exclusão sociais, aponta para “o esgotamento do ideário original da Reforma Sanitária Brasileira”, após a conquista do movimento consagrado na Constituição de 1988, sendo necessário resgatar a ênfase na dimensão política nos estudos sobre o setor saúde, colocando em destaque a questão da construção de identidades dos sujeitos sociais.

Mesmo autores como Draibe (2002) – cuja análise sobre as transformações ocorridas no âmbito das políticas sociais no período 1980-2000 aponta para um movimento de inflexão gradual do padrão anterior de proteção social, sobretudo no plano das instituições das políticas e dos programas, tendo possibilitado a ampliação do nível de cobertura do sistema e a redução das distorções existentes no padrão anterior – reconhecem que o conjunto de reformas ensaiadas e implementadas não foi capaz de alterar significativamente as principais marcas da situação social brasileira: níveis elevados de pobreza e desigualdade social, combinados com um sistema de proteção social incompleto, frágil e incapaz de produzir melhorias na equidade e efetivamente proteger a população em suas necessidades básicas. Dessa forma, ainda que a reforma sanitária, que deu origem ao SUS, possa ser

considerada “o mais bem sucedido empreendimento reformista no campo das políticas sociais públicas brasileiras”, a autora destaca que as mudanças empreendidas não conseguiram solucionar diversos desafios importantes, destacando-se a insuficiência de recursos e a ineficácia do gasto, a alteração do modelo assistencial, o fortalecimento da capacidade regulatória do Estado e as dificuldades na gestão do sistema.

O ponto a ser ressaltado, portanto, com base na análise de diferentes estudos sobre o processo de consolidação do SUS é que, de um lado, ele de fato representou um esforço de democratização e reforma que logrou alcançar resultados positivos no sentido de alterar o sistema anterior, seja pela extensão das medidas de descentralização implementadas, pelo aperfeiçoamento de procedimentos operacionais, pelo conjunto de programas efetivamente implementados, pela adesão crescente dos governos locais aos regimes de habilitação e pelo nível crescente de suas reivindicações, buscando ampliar sua capacidade operacional e a conseqüente prestação de serviços à população. Por outro lado, o SUS passou a ser objeto de críticas que destacam a insuficiência na oferta de serviços, a baixa capacidade de inclusão social das políticas de saúde na década de 90, a baixa qualidade dos serviços prestados, a iniquidade do sistema e o impacto relativamente baixo no quadro sanitário do país.

E é justamente esse quadro de deficiências do SUS, associado a um amplo conjunto de fatores, que sugere a existência de uma relação positiva entre as fragilidades do subsistema público de saúde e o crescimento dos planos privados durante as décadas de 1980-90, destacando-se:²⁰

- A insuficiência da oferta de serviços no âmbito do SUS para atendimento da demanda, implicando filas de espera para execução de diversos procedimentos médico-hospitalares (consultas, realização de exames, etc.);
- A possibilidade de utilização da rede do subsistema público, por parte dos usuários de planos privados, para procedimentos mais caros e de maior complexidade, sem qualquer ônus para as empresas operadoras;

²⁰ Conforme Farias (2001), Dain (2001), Reis (2000) e Faveret F.º e Oliveira (1990).

- Os incentivos governamentais para o desenvolvimento do setor privado de assistência à saúde, como a possibilidade de dedução das despesas com planos de saúde para efeito de pagamento de imposto de renda de pessoa física e jurídica;
- As estratégias de expansão do subsistema privado, mediante a ampliação da oferta de planos coletivos no âmbito das empresas públicas e privadas;
- As estratégias individuais de proteção, relacionadas ao comportamento dos consumidores, que passaram a valorizar os benefícios ofertados pelos planos privados de assistência à saúde, tais como serviços de hotelaria e rapidez de atendimento; e
- A própria falta de regulação pública do mercado de saúde suplementar até o final dos anos 90, implicando ausência de regras de funcionamento do setor e liberdade de atuação das empresas operadoras.

3.2. O mercado brasileiro de saúde suplementar

No Brasil, os estabelecimentos que prestam serviços de assistência à saúde estão organizados em torno de dois subsistemas principais, que operam segundo lógicas distintas: o subsistema público, de acesso universal, que integra um conjunto de ações e serviços a partir de uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um Sistema Único de Saúde (SUS), organizado segundo as diretrizes de descentralização administrativa, atendimento integral e participação da comunidade, e o subsistema privado, organizado a partir de uma lógica essencialmente capitalista de prestação de serviços e formado por quatro segmentos principais, segundo a categorização sugerida por Médici (1991):

1. Segmento privado contratado pelo setor público, formado por clínicas e hospitais lucrativos filantrópicos que vendem serviços para atendimento de uma clientela sem nenhum grau de diferenciação;
2. Segmento médico assistencial das empresas, que atendem a clientelas específicas vinculadas ao mercado formal de trabalho, por meio de diversas modalidades;

3. Segmento médico assistencial das famílias, cujas modalidades atendem a indivíduos e seus familiares, que voluntariamente compram serviços diretamente de prestadores ou estabelecem contratos por meio de seguros e planos de saúde; e
4. Segmento beneficente filantrópico, voltado para clientela abertas e fechadas.

A partir desta classificação, é possível identificar dois grupos distintos no interior do subsistema privado, segundo a natureza de sua relação com o financiamento público (Reis, 2000). O primeiro grupo é formado por prestadores que mantêm uma relação direta de compra e venda com o subsistema público, denominado setor privado contratado, que participa de forma complementar ao Sistema Único de Saúde na prestação de serviços, mediante o estabelecimento de contratos e convênios com a esfera pública. Este grupo, formado pelas instituições do primeiro segmento da categorização utilizada por Médici, possui uma “autonomia restringida”, dado que parcela substantiva de sua demanda é formada pela clientela do subsistema público e, portanto, depende diretamente dos gastos públicos. No segundo grupo, encontram-se as empresas lucrativas e filantrópicas do mercado de saúde suplementar, incluindo as cooperativas médicas e odontológicas, empresas de medicina e odontologia de grupo, seguradoras e empresas do sistema autogestão, assim como os prestadores a elas relacionados no mercado de assistência à saúde. Por atuarem de forma específica no segmento privado, essas empresas possuem maior grau de autonomia em relação aos gastos públicos.

Apesar de numerosas, apresentarem grande diversidade de formatos jurídico-institucionais e estarem inseridas em um setor da atividade econômica cuja dinâmica apresenta grande complexidade, as empresas que comercializam planos privados de saúde, genericamente chamadas de *empresas operadoras* do mercado de saúde suplementar, podem ser agrupadas, para fins de análise, em diferentes categorias, de acordo com critérios que levam em consideração, por exemplo, as funções desempenhadas pelas empresas, a disponibilidade de infra-estrutura para atendimento de sua carteira de clientes, suas relações com as redes de prestadores de serviços ou o porte das diferentes empresas, mensurado pelo número de clientes atendidos (vidas) ou, ainda, pelo nível de faturamento.

Segundo Bahia (1999), as tipificações que levam em consideração tais variáveis, embora úteis do ponto de vista analítico, não permitem apreender dimensões históricas e

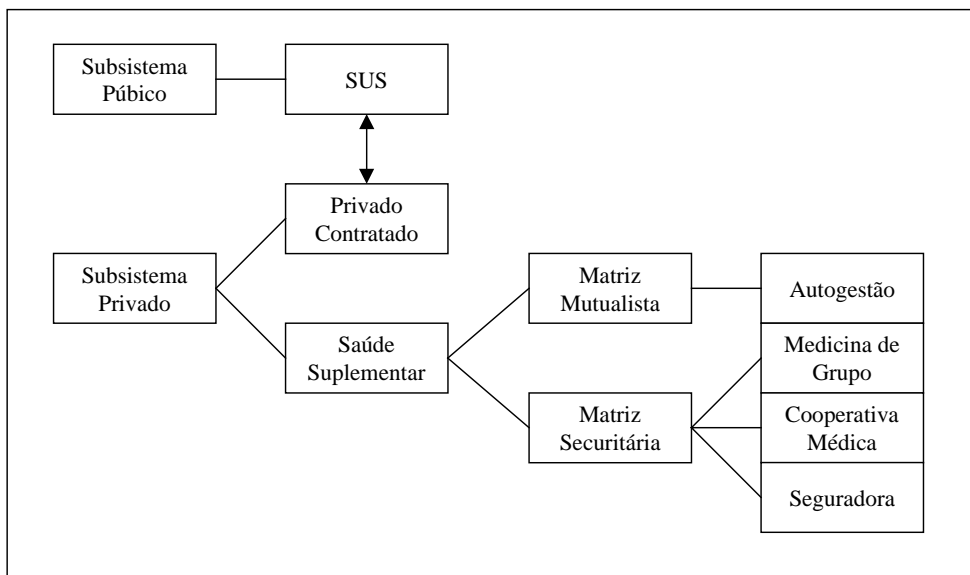
institucionais relativas à trajetória das empresas operadoras no país, cuja origem esteve associada tanto a iniciativas de segmentos de empresas e de trabalhadores quanto a intervenções e incentivos governamentais para constituição e desenvolvimento de um mercado privado de assistência médica.

Procurando estabelecer uma categorização que possibilite a incorporação de variáveis relacionadas à institucionalidade das empresas operadoras, a autora identifica a existência de duas matrizes empresariais, segundo os *arranjos institucionais estabelecidos para efetuar a gestão do risco financeiro*, a saber: a matriz de natureza mutualista, representada pelos planos próprios das empresas e associações de natureza pública ou privada (autogestão), e a matriz de natureza securitária, que inclui os planos comercializados por empresas de medicina/odontologia de grupo, cooperativas médicas/odontológicas e empresas seguradoras especializadas em saúde. A diferença básica entre as duas matrizes empresariais identificadas por Bahia é que, no primeiro caso, as empresas empregadoras ou associações de grupo assumem o risco com as despesas médico-hospitalares de seus clientes e beneficiários, ao passo que no âmbito da matriz securitária o risco é transferido para uma empresa especializada na operação de seguros e planos de saúde – as próprias operadoras.

A Figura 3.1 permite visualizar, de forma simplificada, a esquematização do sistema de saúde brasileiro.

Figura 3.1

Esquemática do sistema de saúde brasileiro



Fonte: Elaborado a partir de Bahia (1999) e Reis (2000).

A categorização sugerida por Bahia, ao possibilitar a classificação das operadoras do mercado de saúde suplementar em duas matrizes empresariais (mutualista e securitária), é particularmente útil para caracterizar as eventuais semelhanças e diferenças observadas entre as quatro principais modalidades do setor, possibilitando identificar as especificidades relativas à origem e trajetória institucional de cada uma delas.²¹

Como pode ser observado no Quadro 3.1, as quatro principais modalidades de operadoras apresentam formas diferentes de organização e funcionamento. Assim, enquanto as operadoras do sistema autogestão possuem planos destinados a uma clientela fechada e a gestão do risco financeiro é retido pelas empresas e entidades patrocinadoras dos planos, as demais empresas operadoras assumem o risco financeiro dos planos por elas comercializados, destinados a uma clientela aberta (empresas, indivíduos e famílias). Já o reembolso de despesas médicas é uma característica dos planos das empresas seguradoras, embora esta modalidade de operadora também possua rede referenciada de prestadores de

²¹ A autora reconhece que tal categorização está sujeita a críticas, principalmente por utilizar o termo *mutualismo*, que “designa o fundamento de todos os seguros, sejam privados ou sociais, em sua acepção de organização solidária dos trabalhadores na sociedade industrial, mediante a reunião voluntária de um grande número de expostos aos mesmos riscos”. Cf. Bahia (1999:76).

serviços. Portanto, não apenas a gestão do risco financeiro é diferenciado para os diferentes tipos de operadoras, mas também seu próprio esquema de funcionamento, incluindo o perfil da clientela, a possibilidade de participação dos trabalhadores na administração dos planos, o padrão de cobertura e a forma de prestação de serviços.

Quadro 3.1

Caracterização das empresas operadoras de planos privados de assistência à saúde

Item	Modalidade de Operadora			
	Autogestão	Medicina de Grupo	Cooperativa Médica	Seguradora
Origem	Mútuas de trabalhadores e empresas empregadoras	Empresários e proprietários de estabelecimentos de saúde	Profissionais médicos cooperados	Empresas do mercado financeiro
Forma básica de funcionamento	Planos mantidos por empresas e outras entidades, destinados exclusivamente para seus funcionários e participantes	Empresas médicas lucrativas e filantrópicas que comercializam planos de saúde mediante o sistema de pré-pagamento	Empresas organizadas sob a forma de cooperativa de trabalho e que comercializam planos mediante o sistema de pré-pagamento	Comercialização de planos de saúde com características do seguro tradicional, com livre escolha e reembolso das despesas, no limite da apólice contratada
Gestão do risco financeiro	Retido pelas empresas e entidades patrocinadoras	Transferido das empresas e dos indivíduos/famílias para as operadoras de seguros e planos de saúde		
Valor da contribuição	Proporcional à remuneração ou financiado integralmente pelas empresas	<ul style="list-style-type: none"> Planos coletivos: proporcional à remuneração ou financiado integralmente pelas empresas Planos individuais/familiares: de acordo com o tipo de plano e o perfil do usuário (idade, situação de saúde, etc.) 		
Padrão de cobertura	Predominantemente homogêneo para todas os participantes	Maior heterogeneidade, de acordo com o nível hierárquico (planos coletivos) ou o valor das prestações		
Forma de prestação de serviços	Mix de serviços próprios e rede credenciada			Livre escolha e rede credenciada
Livre escolha	Somente para planos de padrão superior			Sim
Órgão representativo	UNIDAS – União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde	ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo	Unimed do Brasil	FENASEG – Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e Capitalização

Fonte: Elaboração própria.

A seguir, será realizada uma breve discussão acerca das características de cada uma das quatro principais modalidades de empresas operadoras que atuam no mercado brasileiro de saúde suplementar.

3.2.1. Matriz mutualista: Autogestão

A origem das operadoras do sistema autogestão está estreitamente relacionada à criação de modelos fechados de assistência médica, organizados seja a partir de certas categorias profissionais, destacando-se os bancários e os servidores públicos, seja em decorrência da atuação das próprias empresas empregadoras, notadamente as estatais e multinacionais.

É possível destacar um conjunto amplo de fatores que teriam impulsionado a gênese e o desenvolvimento dos planos de autogestão no país, com destaque para aqueles relacionados, do lado das empresas, ao imperativo econômico de manter e aumentar a competitividade no mercado, mediante a redução do absenteísmo, melhoria do desempenho dos trabalhadores no processo produtivo e fornecimento de salário indireto como forma de atrair e manter mão-de-obra qualificada, garantindo assim maior controle sobre a força de trabalho. Do lado dos trabalhadores, a organização sindical e o corporativismo de algumas categorias foram fatores que possibilitaram a constituição de modelos alternativos de proteção social, procurando superar as deficiências do sistema público no que diz respeito ao acesso e à qualidade da assistência médica.

Os primeiros planos de autogestão foram criados nas décadas de 1940-50, como a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – CASSI (1944), o Grupo Executivo Assistência Patronal – GEAP (1945), vinculado ao Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI), o Instituto de Assistência Médica dos Servidores Públicos do Estado de São Paulo – IAMSP (1952) e os planos das empresas do setor automotivo, que se instalaram no país no bojo do processo de industrialização acelerada do período. Durante o regime militar (anos 60-70), foram criadas diversas outras caixas de assistência médica, com serviços próprios e credenciados, ao passo que os serviços médicos nas empresas passaram a desempenhar funções ligadas fundamentalmente à saúde ocupacional. A partir da década de 1990, a necessidade de reduzir custos e racionalizar o atendimento abriu espaço para a atuação de empresas especializadas na administração de planos de saúde, que

passaram a assumir a gestão de muitas empresas do sistema autogestão.²² A busca de alternativas para expansão da base de clientela, a redução da participação de serviços próprios e a ampliação da co-participação dos usuários no financiamento dos serviços foram outros mecanismos implementados pela autogestão no sentido de buscar maior equilíbrio financeiro.

Conforme destacado anteriormente, as operadoras do sistema autogestão caracterizam-se, no campo da assistência à saúde, pelo fato de que o risco financeiro associado ao nível de utilização dos serviços médico-hospitalares é assumido pelas próprias empresas ou outras entidades patrocinadoras, geralmente associações de empregados ou de profissionais. A administração do plano é efetuada diretamente pelos departamentos de recursos humanos das empresas, por associações de empregados/profissionais, por entidades de previdência fechada ou, ainda, mediante a contratação de uma empresa especializada na administração de planos de saúde. Dessa forma, a responsabilidade pela gestão do plano implica a existência de pelo menos dois formatos jurídico-institucionais: um primeiro formato que utiliza a própria estrutura organizacional das empresas patrocinadoras (departamentos de benefícios ou de recursos humanos) e outro formato associado a entidades paralelas (caixas de assistência, entidades de previdência fechada, sindicatos e associações).

Segundo Bahia (2001), a iniciativa e a participação dos trabalhadores nas entidades paralelas, em contraste com o caráter de benefício dos planos administrados diretamente pelas empresas, é o principal fator de diferenciação entre essas duas formas de gestão. Levantamento realizado pela União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS) junto a 85 empresas/entidades que adotam o sistema de autogestão em Saúde no Brasil revelou que, no período 2001-2002, a responsabilidade administrativa de 30% dos planos era atribuída aos departamentos de benefícios e recursos humanos das empresas, seguido das associações civis (23%), caixas de assistência (15%), fundações (7%), cooperativas de usuários (2%) e sindicatos (2%). Dessa forma, a participação dos trabalhadores na gestão do planos, via entidades paralelas, era uma característica

²² Esse tipo de terceirização envolveu também a atuação de outras operadoras do mercado de saúde suplementar com *expertise* nesse tipo de atividade – seguradoras, cooperativas médicas e empresas de medicina de grupo – que passaram a oferecer serviços relacionados à administração de planos de saúde.

significativa das operadoras de matriz mutualista, dado que menos de 1/3 das autogestoras respondentes possuíam forma organizacional no interior das próprias empresas.

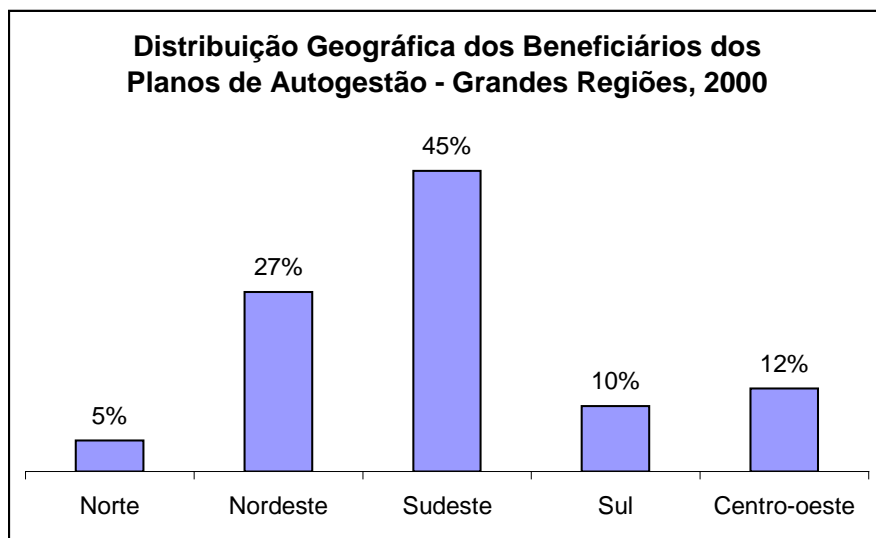
Dados relativos ao ano de 2001, levantados pela Associação Brasileira das Autogestões em Saúde Patrocinadas pelas Empresas (ABRASPE), indicavam a existência de aproximadamente 280 planos administrados pelo sistema autogestão, responsáveis por oferecer cobertura para cerca de 8 milhões de associados, representando 19% do total de usuários do mercado brasileiro de saúde suplementar.²³ Os benefícios dos planos são destinados aos trabalhadores ativos e aposentados, participantes de entidades associativas, beneficentes, assistenciais, previdenciárias, sindicais e de cooperativas de usuários, assim como aos seus familiares, mas pode haver algum tipo de diferenciação na cobertura segundo o nível de contribuição dos usuários e os tipos de planos oferecidos.

Comparado com outros segmentos do mercado de saúde suplementar, a autogestão caracteriza-se por sua generosidade em relação à extensão dos benefícios, já que parcela significativa dos planos admite a vinculação de parentes dos usuários, assim como a permanência de aposentados e ex-funcionários no plano (Unidas, 2003): 95% das autogestoras admitem a vinculação de dependentes diretos dos titulares, 65% contam com usuários aposentados, 39% admitem agregados até o 3º grau de parentesco e 37% contam com ex-funcionários. Esta característica é confirmada pelos dados da ABRASPE, que identificou a cobertura para agregados em 45% das empresas/entidades que possuem planos fechados de assistência médica.

Embora os usuários dos planos de autogestão estejam presentes em todas as unidades da federação, os dados sobre sua distribuição geográfica evidenciam uma clara concentração nos estados da região Sudeste, principalmente São Paulo e Rio de Janeiro, que juntos respondem por mais de 30% do total de usuários. Considerando todos os estados do Sudeste, o percentual de usuários sobe para 45%, percentual bem superior quando comparado com as demais regiões: Nordeste (27%), Centro-oeste (12%), Sul (10%) e Norte (5%). Apesar de guardar semelhanças com a distribuição populacional dessas regiões, deve-se observar que a região Centro-oeste apresenta um percentual de usuários bastante superior à sua participação na população do país, superando inclusive a região Sul, que

possui o dobro de sua população. A explicação para esse fenômeno está provavelmente relacionado ao percentual elevado de usuários no Distrito Federal, já que uma das características marcantes da autogestão é sua grande penetração entre os funcionários da administração pública federal.

Gráfico 3.1



Fonte: CIEFAS. Pesquisa Nacional, 2000.

A distribuição dos usuários dos planos de autogestão por faixa etária revela que pouco mais da metade é formada por crianças e adolescentes até 17 anos e jovens adultos, na faixa de 18 a 39 anos. A outra metade inclui o conjunto de usuários das faixas etárias mais elevadas, sendo que 20,6% é constituída de usuários com mais de 60 anos. Tal distribuição é importante na medida em que contribui para formação do perfil da demanda por serviços de saúde, já que a população mais idosa tende a utilizar mais serviços e, portanto, representa maior risco financeiro aos planos. O levantamento dos valores médios referentes ao custo per capital mensal confirma essa tendência no âmbito dos planos de autogestão, dado que os valores para os usuários acima de 60 anos são cerca de três a quatro vezes superiores aos valores das primeiras faixas etárias. (Tabela 3.1).

²³ Com base na própria estimativa da ABRASPE, que considera a existência de 42,1 milhões de pessoas

Tabela 3.1

Distribuição dos usuários da autogestão e do valor médio do custo per capita mensal, segundo a faixa etária – Brasil, 2000-2002.

Faixa Etária	Usuários (2000)	Custo per capita mensal 2002
Até 17 anos	25,4%	R\$ 42,00
18-29 anos	14,5%	R\$ 76,00
30-39 anos	10,7%	R\$ 93,00
40-49 anos	16,9%	R\$ 105,00
50-59 anos	11,9%	R\$ 124,00
60-69 anos	9,4%	R\$ 188,00
70 anos ou mais	11,2%	R\$ 295,00

Fonte: CIEFAS. Pesquisa Nacional 2000; UNIDAS, Pesquisa Nacional 2001-2002.

O financiamento do plano pode ser de responsabilidade exclusiva das empresas ou dos usuários, embora o mais comum é que tanto as empresas quanto os usuários contribuam cada qual com uma parcela dos custos. A co-participação dos usuários no financiamento do plano de autogestão pode ocorrer de várias formas, incluindo valores pré-fixados, percentuais aplicados sobre o salário, variações em função do perfil de risco do participante e do número de dependentes ou, ainda, de acordo com percentuais aplicados sobre a utilização dos serviços. A pesquisa do CIEFAS mostra que 80% dos planos de autogestão eram financiados pelo sistema de co-participação, 15% exclusivamente pelos usuários e 5% integralmente pelas empresas e entidades patrocinadoras. A mesma pesquisa identificou que o pagamento do plano, por parte dos usuários, era realizada em 35% dos casos pelo regime de pós-pagamento, em que o pagamento é feito após a efetiva utilização dos serviços de saúde, em 18% pelo regime de pré-pagamento, em que o usuário paga antecipadamente um valor que garantirá seu acesso à assistência sempre que se fizer necessário, e em 47% por ambos os regimes (Gráficos 3.2 e 3.3).

atendidas pelas operadoras privadas de seguros e planos de saúde no Brasil.

Gráfico 3.2

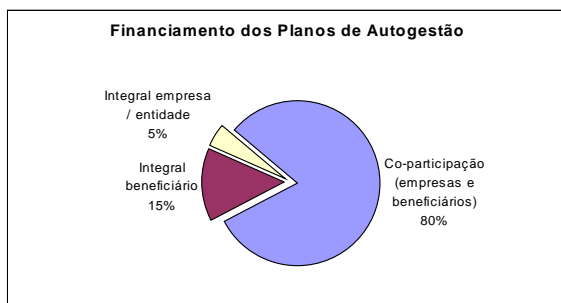
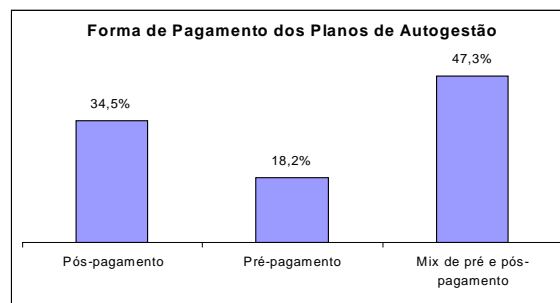


Gráfico 3.3



Fonte: CIEFAS. Pesquisa Nacional, 2000.

Os serviços de assistência à saúde, no âmbito da autogestão, podem ser oferecidos (i) por meio de uma rede credenciada, formada por profissionais e instituições de saúde que prestam serviços mediante uma tabela de remuneração previamente acordada com a administração do plano, (ii) por uma rede própria de serviços, mantida pelo próprio plano, (iii) por livre escolha, mediante o pagamento direto a qualquer provedor disponível no mercado, com posterior reembolso dos gastos efetuados (até determinado limite), ou ainda através da combinação dessas três formas. Os dados levantados pelo CIEFAS mostram que, em 1999, o credenciamento de prestadores de serviços combinado com a livre escolha era a forma mais utilizada na oferta de serviços de assistência médica aos usuários (53%), seguida pelo credenciamento (28%), pela combinação credenciamento/livre-escolha/serviços próprios (12%), pela combinação credenciamento/serviços próprios (6%) e por serviços próprios (1%). Dessa forma, mais de 98% dos planos adotavam o credenciamento, seja em combinação com outras modalidades de contratação ou isoladamente, ao passo que somente 19% das autogestoras contavam com serviços próprios.

3.2.2. Matriz Securitária: Medicina/Odontologia de Grupo

As empresas de medicina de grupo desenvolveram-se no Brasil a partir da década de 1960, na região do ABC Paulista, procurando oferecer serviços de assistência médica a uma demanda crescente em virtude do acelerado desenvolvimento econômico da região. A primeira empresa de medicina de grupo foi a Policlínica Geral, em São Paulo, fundada por médicos demitidos de uma empresa distribuidora de gás após uma greve em que os serviços

de assistência médica oferecidos pela empresa aos seus funcionários foram suspensos como retaliação. A Policlínica Geral focalizou sua atuação na oferta de planos que asseguravam atendimento médico aos funcionários das empresas da região, através do sistema de pré-pagamento, especialmente aquelas da indústria automotiva (Volkswagen, Chrysler, Motores Diesel, etc.).

O sucesso da Policlínica Geral motivou a expansão do sistema para outras empresas da indústria e também para outras categorias de trabalhadores, como os bancários e os comerciários, atendidos anteriormente pelas próprias empresas em que trabalhavam ou pelos institutos de pensão de cada categoria profissional, como o IAPC, dos comerciários e o IAPB, dos bancários. Nessa época, as empresas de medicina de grupo caracterizavam-se pela oferta apenas de planos empresariais coletivos com pré-pagamento, atendendo assim ao desejo da indústria de oferecer um atendimento médico diferenciado ao seus trabalhadores.

De acordo com os dados da ABRAMGE (Associação Brasileira de Medicina de Grupo), o Brasil contava com 800 empresas de medicina de grupo e 49.100 empresas clientes em 2002, com uma elevada diversificação no que se refere ao porte, abrangência e oferta de planos. As maiores empresas (Amil, Golden Cross) possuem abrangência nacional, com uma ampla rede de hospitais e laboratórios próprios e credenciados, e oferecem desde os tradicionais planos coletivos empresariais até planos individuais e familiares, e ainda os planos da modalidade de livre escolha do prestador de serviço com reembolso das despesas até um determinado limite, assemelhando-se, neste caso, ao funcionamento das seguradoras especializadas em saúde. Por outro lado, a maioria das empresas de medicina de grupo são extremamente pequenas, com abrangência local ou no máximo regional, com apenas um hospital próprio, normalmente atendendo às demandas individualizadas dos segmentos de menor poder aquisitivo em áreas carentes ou em municípios de pequeno porte.²⁴

²⁴ Segundo Bahia (2001), as grandes empresas de medicina de grupo diversificaram sua atividades ao longo do tempo, em especial a partir do final da década de 1980, contando com empresas específicas para cada área de atuação, tais como a área de benefícios (empresas de vale-alimentação, assessoria para o cumprimento da legislação sobre saúde do trabalhador), de ensino (vinculação a universidades privadas) e de necessidades internas do processo de crescimento empresarial (empresas de marketing). Além disso, ocorreu um processo de associação ou criação de seguradoras pelas grandes empresas de medicina de grupo.

A Tabela 3.2, que traz dados sobre a evolução do segmento de medicina de grupo no Brasil entre 1999-2002, mostra que, apesar da crescente diversificação, a grande base de usuários ainda é composta pelos usuários dos planos empresariais coletivos, com 78% do total de usuários em 2002. Comparando-se a evolução dos dados no período, verifica-se que o número total de usuários vem diminuindo ao longo dos últimos anos, passando de 18,4 milhões em 2000 para 16,2 em 2002.

Tabela 3.2

Evolução do segmento de medicina de grupo, Brasil: 1999-2002

Item	1999	2000	2001	2002
Usuários cobertos (milhões)	18,0	18,4	17,6	16,2
Usuários de planos coletivos (milhões)	13,5	14,3	13,7	12,6
Usuários de planos individuais (milhões)	4,5	4,1	3,9	3,6
Empresas contratantes de planos coletivos	47.500	48.000	48.300	49.100
Médicos contratados em regime CLT	25.400	24.800	22.700	20.650
Médicos credenciados	87.000	85.000	83.500	81.000
Funcionários, paramédicos e administrativos	67.500	65.700	64.500	63.000
SADT	164.000	160.000	155.000	147.000
Hospitais próprios	240	250	260	260
Hospitais credenciados	3.900	3.850	3.800	3.700
Leitos próprios	22.800	23.500	23.500	23.500
Leitos credenciados	358.000	354.000	350.000	340.000
Centros de diagnose próprios e credenciados	2.800	2.850	2.850	2.750
Consultas médicas (milhões)	90,9	94,2	95,3	95,5
Internações hospitalares (milhões)	1,9	2,0	2,1	2,0
Injetado no sistema (R\$ bilhões)	5,2	5,7	6,2	7,1
Valor médio por usuário/ano (R\$)	287,8	307,1	352,27	440,74
Valor médio por usuário/mês (R\$)	24,0	25,6	29,4	36,7

Fonte: Abramge – Informe de Imprensa, junho de 2002.

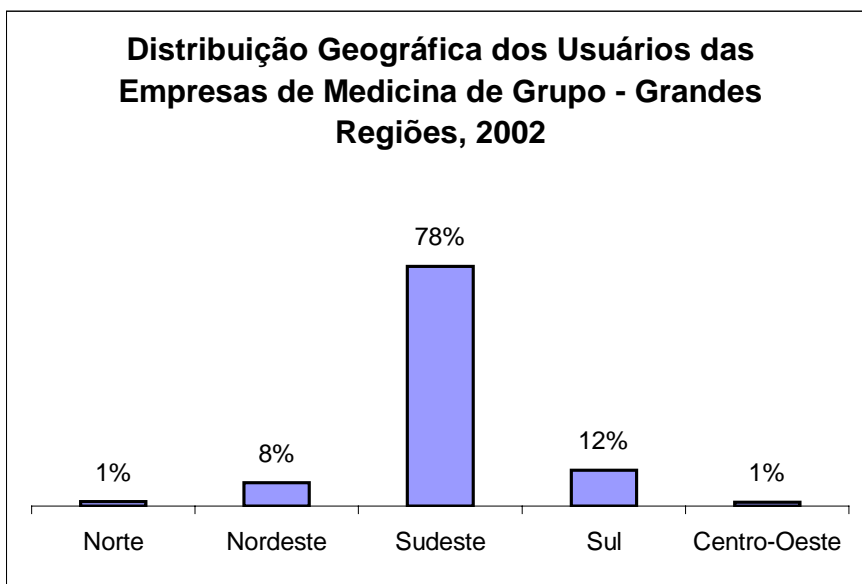
Os dados evidenciam que, de modo agregado, a oferta de atendimento médico das empresas de medicina de grupo ocorre primordialmente através de uma rede credenciada de prestadores de serviço em detrimento de hospitais próprios e médicos contratados diretamente pelas empresas: os médicos credenciados correspondiam a 80% do total de médicos disponíveis para atendimento dos usuários em 2002, enquanto os hospitais credenciados representavam cerca de 93% do total de hospitais, com proporção equivalente de leitos. Uma proporção tão elevada de hospitais credenciados pode indicar um grau

elevado de concentração no setor, pois somente as grandes empresas de medicina de grupo contam com uma rede credenciada, sendo que as menores normalmente limitam-se a um hospital próprio.

Em relação à distribuição regional, verifica-se que somente o Estado de São Paulo, berço de origem do sistema, concentra quase 58% do total de usuários, uma concentração muito mais elevada do que a verificada no caso dos planos de autogestão. Em seguida, encontram-se os estados do Rio de Janeiro, com 17% dos usuários, e do Rio Grande do Sul, com 9%. Assim, do ponto de vista regional, 78% dos usuários das empresas de medicina de grupo estão localizados na região Sudeste, 12% na região Sul e 8% na região Nordeste. Já as regiões Norte e Centro-oeste praticamente não apresentam usuários desta modalidade de empresa (Gráfico 3.4).

Com relação aos custos do sistema, os dados da ABRAMGE mostram que o valor médio mensal por usuário é um dos menores entre todas as modalidades empresariais existentes no setor de medicina suplementar: R\$ 36,70 em 2002. No entanto, segundo Bahia (2001), tais valores podem ser válidos para as pequenas empresas de medicina de grupo, que geralmente oferecem baixa cobertura assistencial, mas são totalmente incompatíveis com os preços praticados pelas grandes empresas, que são responsáveis por mais de 60% do total de clientes das empresas filiadas à ABRAMGE. Como exemplo, a autora cita os preços dos planos da maior empresa de medicina de grupo do país – a Amil. O plano mais barato da empresa entre os que permitem acesso a uma rede credenciada mais ampla, inclusive em outros estados, custava R\$ 95,00 para menores de 17 anos de idade e R\$ 570,00 para os maiores de 60 anos. Mesmo considerando que o custo dos planos coletivos empresariais é cerca de 40% a 60% inferior ao custo dos planos individuais e familiares, o valor apresentado pela ABRAMGE é bem menor do que o verificado na realidade do mercado. Como este valor é calculado tendo como base a estimativa de faturamento do total das empresas de medicina de grupo dividido pela número total de usuários, a autora sugere que este valor seja muito mais resultado de um erro na estimativa de faturamento do que a uma possível baixa cobertura da grande maioria dos planos das empresas de medicina de grupo.

Gráfico 3.4



Fonte: Abramge (2003).

3.2.3. Matriz Securitária: Cooperativa Médica/Odontológica

Em princípio, as cooperativas médicas e odontológicas se diferenciam das empresas de medicina de grupo e das seguradoras especializadas em saúde na medida em que não se constituem como empresas tipicamente capitalistas e sim como entidades cuja propriedade é do conjunto dos trabalhadores cooperados, no caso, os médicos e odontólogos. Dessa forma, a relação capital/trabalho dentro de uma cooperativa tende a ser oposta àquela que ocorre em um empresa capitalista. Segundo Lauschner (1998:46), na empresa capitalista o poder é exercido pelos detentores do capital (cada ação um voto), que também se apropriam do excedente gerado; nas cooperativas, ao contrário, o poder é exercido pelos próprios trabalhadores (cada trabalhador um voto), responsáveis pela apropriação do excedente gerado. Duarte (2001) aponta que tais diferenças são características inerentes do sistema de cooperativas, tal como surgido na primeira metade do século XIX, sendo que o cooperativismo moderno ainda preserva boa parte do viés doutrinário de suas origens, embora as cooperativas atuais estejam cada vez mais próximas das empresas capitalistas em alguns aspectos, incluindo sua própria finalidade institucional. Este mesmo autor destaca que, no segmento de saúde suplementar, “as cooperativas são formalmente definidas como

sociedades que se constituem para prestar serviços a seus associados, com vistas ao interesse comum e sem o objetivo de lucro”.

As cooperativas devem possuir, no mínimo, 20 membros, denominados cooperados, que integralizam um capital em cotas no momento do ingresso. Segundo a Organização das Cooperativas Brasileiras (OCB), havia 880 cooperativas atuando na área da saúde (de profissionais médicos, odontólogos, psicólogos, etc.) em dezembro 2002, o que representava 12% do total de cooperativas existentes no Brasil. Os dados da OCB indicam, ainda, que as cooperativas de saúde possuíam 384.215 cooperados e empregavam 19.152 funcionários.

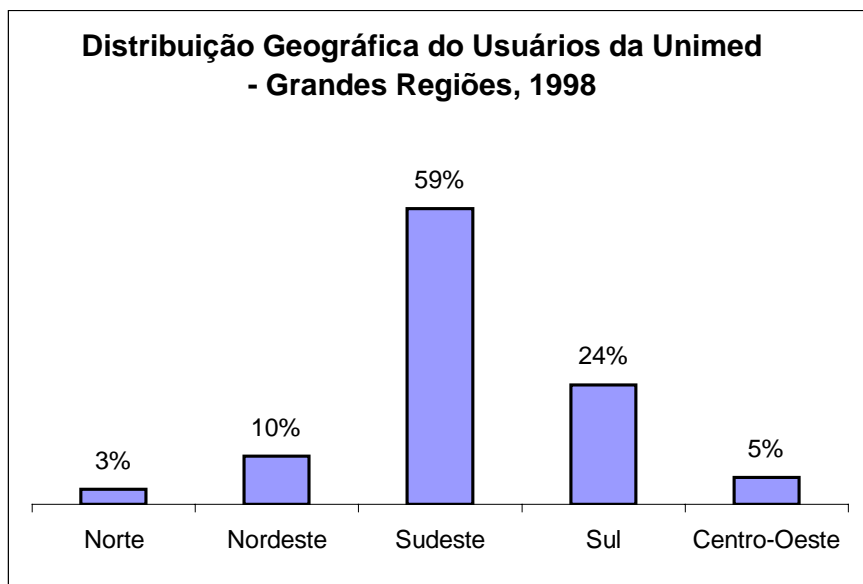
Entre as cooperativas médicas destaca-se a Unimed, que responde pela quase totalidade das cooperativas que oferecem planos privados de assistência à saúde no Brasil. Criada em 1967 na cidade de Santos, como uma reação por parte da categoria dos médicos à ameaça de controle do seu trabalho por terceiros, a Unimed cresceu inicialmente nas cidades do interior de São Paulo, uma vez que as empresas de medicina de grupo já possuíam forte atuação na capital. Já em 1969 existiam trinta cooperativas no Estado de São Paulo e, em 1977, sessenta em todo país. Para congregar as diversas cooperativas, foi fundada a Confederação Unimed em 1972.

Segundo dados disponibilizados em sua página na internet em outubro de 2003, o Sistema Unimed possui 11,7 milhões de usuários e 98 mil médicos cooperados, distribuídos em 386 cooperativas médicas. A rede prestadora de serviços abrange 3.596 hospitais (62 próprios), 4.704 clínicas, 3.455 laboratórios (25 próprios), 1.190 centros de diagnose (12 próprios) e 16 mil recursos credenciados. A rede própria conta, ainda, com 69 prontos atendimentos.

Bahia (2001) enfatiza que a Unimed é mais abrangente territorialmente do que as empresas de medicina de grupo, embora também apresente uma alta concentração em São Paulo, com mais de 34% do total de usuários. Em comparação com as empresas de medicina de grupo, a Unimed possui maior penetração em Minas Gerais (16%), Rio Grande do Sul (10%) e no Paraná (8%), enquanto as empresas de medicina de grupo possuem apenas 2% dos seus clientes nos estados de Minas Gerais e Paraná e 9% no Rio Grande do Sul. No caso do Rio de Janeiro, a Unimed possui proporcionalmente menos clientes (6%) do que as empresas de medicina de grupo (17%). Ainda segundo a autora, a Unimed é mais disseminada nas

cidades de médio e pequeno porte, localizadas sobretudo no interior dos estados. Em alguns casos, os médicos cooperados dessas cidades recusam o credenciamento por outras modalidades empresariais, criando assim uma barreira à entrada de concorrentes.

Gráfico 3.5

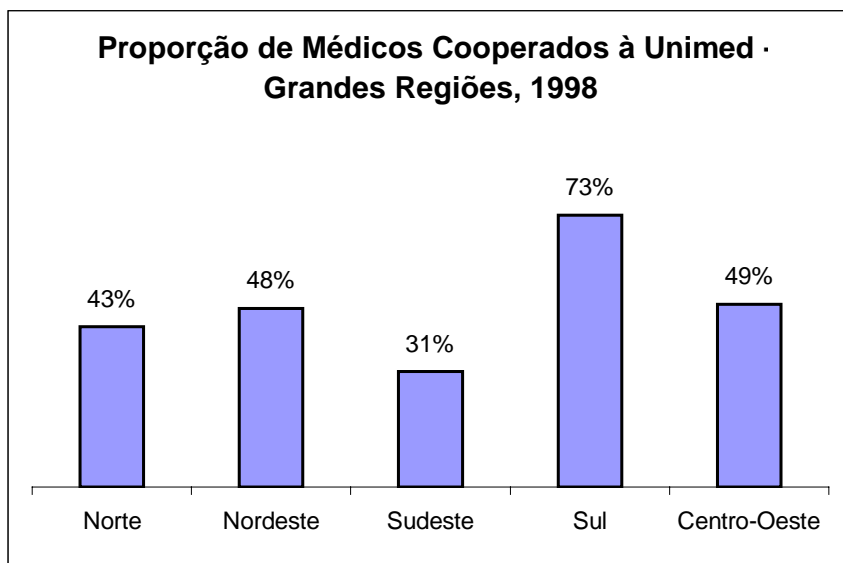


Fonte: Bahia (2001)

A importância da Unimed no sistema de saúde de muitas cidades pode ser exemplificado pelos casos dos municípios de Campinas (SP), Londrina (PR) e Uberlândia (MG), onde a proporção de usuários da Unimed é alta em relação à população total. Em Campinas, cerca de 50% da população é usuária dos planos comercializados pela Unimed, ao passo que em Londrina e Uberlândia essas proporções são de 31% e 34%, respectivamente.

O que faz a Unimed importante nos sistemas de saúde de vários locais, além do grande número de usuários, é a elevada taxa de adesão dos médicos. Segundo Duarte (2001), 41% dos médicos do Brasil eram cooperados da Unimed em 1998, mas esta proporção não é uniforme entre os estados e nem entre as regiões. A menor taxa de adesão está no Rio de Janeiro, com 25%, e a maior no Rio Grande do Norte, com 86%. Todos os estados da região Sul e o Estado de Mato Grosso também se destacam com uma elevada taxa de adesão, superior a 70% em todos os casos.

Gráfico 3.6



Fonte: Duarte (2001)

Assim como em outras modalidades empresariais do segmento de saúde suplementar, também na Unimed as transformações ocorridas nas décadas de 80 e 90 foram profundas. Atualmente, a organização Unimed é composta por um “complexo” que reúne diferentes entidades jurídicas interligadas. Irion (1998:99) define o Complexo Multicooperativo e Empresarial Unimed como: “a reunião, numa instituição de caráter virtual, de três tipos diferentes de cooperativas (...) juntamente com instituições não cooperativas, tanto com espírito não lucrativo, como outras com objetivos de lucro”. O caráter virtual apontado na definição do complexo, é explicado por Akamine (1997:104) pelo fato de não existir “direção formal, sede, patrimônio, capital e outras características de uma instituição real”.

O Complexo Cooperativo e Empresarial Unimed reúne, como sugere o próprio nome, dois diferentes “sistemas” ou segmentos, com diferentes atividades e naturezas jurídicas: o Sistema Multicooperativo, que congrega o Sistema Unimed (cooperativas de trabalho médico), o Sistema Unicred (cooperativas de economia e crédito mútuo) e as cooperativas Usimed (cooperativas de consumo para os usuários do Sistema Unimed); e o Sistema Empresarial, que abrange instituições não cooperativistas, representadas por empresas de capital com o objetivo de lucro (Unimed Participações; Unimed Seguradora; Unimed Corretora de Seguros; Unimed Administração e Serviços; Unimed Sistemas; Unimed

Produtos e Serviços Hospitalares; Unimed Tecnologia, Comércio, Indústria e Serviços Ltda.) e uma fundação sem fins lucrativos (Fundação Centro de Estudos Unimed).

Segundo Duarte (2001), para melhor esclarecer o funcionamento da organização, pode-se classificar as atividades realizadas pelo complexo como atividades-fim, atividades-meio, atividades complementares e atividades suplementares, sendo cada uma de responsabilidade de instituições diferentes. O Sistema Unimed é composto por várias cooperativas médicas independentes, denominadas “singulares” ou cooperativas de primeiro grau, que são as responsáveis pelas atividades-fim. Ligadas entre si pela marca Unimed e também pela forma de atendimento, as singulares são independentes do ponto de vista econômico e administrativo.

As atividades-fim configuram-se como os serviços prestados diretamente aos cooperados pelas singulares, sendo que o principal serviço é “a abertura de novas oportunidades de trabalho para o quadro social das cooperativas”, o que é feito basicamente através da comercialização de planos de saúde das cooperativas para empresas e pessoas físicas. Duarte (op. cit.) chama a atenção para o fato de que a atividade-fim é referenciada pelo médico cooperado e não pelo cliente usuário. Ou seja, o objetivo não seria comercializar planos de saúde, mas ampliar as oportunidades de trabalho para os associados.

Os médicos filiam-se às cooperativas singulares, que se vinculam às federações que, por sua vez, ligam-se à confederação. Não existe, formal ou informalmente, sistema decisório hierárquico estabelecido entre os diferentes graus, sendo as singulares autônomas e independentes, nos aspectos jurídico, econômico e administrativo. O atendimento médico é realizado na rede de Unimeds locais, a partir do repasse de pagamento. Este mecanismo possibilita o intercâmbio de atendimento entre as singulares, o que amplia muito a rede de serviços em âmbito nacional.

O pagamento por procedimento aos médicos cooperados é calculado segundo uma fórmula que considera a receita líquida (resultado do faturamento com a venda de planos de saúde descontada as despesas operacionais) e a produtividade total do médicos. Como cada cooperativa primária é independente, o valor pago por cada procedimento varia dependendo da cooperativa. Segundo uma pesquisa realizada pela Gerência Médica da Unimed, em

1998, os valores pagos pela UT25 variaram de um mínimo de R\$ 0,18 a um máximo de R\$ 0,33, sendo que o valor médio ficou em R\$0,26. Além da remuneração dos procedimentos realizados, o médico cooperado ainda participa de um rateio ao final do ano dos resultados alcançados, sejam positivos ou negativos. A remuneração dos prestadores de serviço conveniados, tais como laboratórios e hospitais, é baseada em um valor fixo acordado previamente e estes não participam do resultado operacional.

Assim como o pagamento por UT varia entre as singulares, o valor cobrado pelos planos de saúde também varia. Segundo Bahia (2001), o valor médio cobrado pelos planos da Unimed ficou em R\$ 27,33 em 1997, valor calculado com base no faturamento estimado. A autora argumenta que este valor é questionável, mas existem evidências de que algumas Unimeds realmente comercializam planos mais baratos do que os das demais modalidades de medicina suplementar, em função dos seus clientes utilizarem mais intensivamente os serviços públicos em caráter complementar ao atendimento nos consultórios dos médicos cooperados. Duarte (2001), por sua vez, chega a valores consideravelmente maiores: segundo ela, o Novo Uniplan Empresarial, que é um plano lançado pela Confederação Unimed, atendia em 1997 cerca de 70% dos usuários da Unimed no Brasil e o seu preço médio per capita era de R\$ 52,90, praticamente o dobro do valor médio levantado por Bahia (2001).

Muitas das dificuldades no levantamento de dados da Unimed estão relacionadas ao seu gigantismo e à sua organização como cooperativa, origem também dos seus principais problemas, que são as dificuldades no exercício das funções de coordenação e gerência. Segundo Duarte (2001:378), “as singulares dispõem de expressiva autonomia e os profissionais que nelas atuam detêm um grande controle sobre seu processo de trabalho”. Ainda segundo a autora, nesse contexto torna-se difícil o fluxo de informação e a implementação de modelos de planejamento ou controle de desempenho que abranjam todo o sistema. Dentro de cada singular também é difícil o controle sobre o trabalho do médico, além daquele inerente à profissão, dado que este é um cooperado e não um empregado ou credenciado, como ocorre nas empresas de medicina de grupo.

²⁵ Unidade de trabalho médico, usada como unidade de conta para pagar os procedimentos médicos. Por exemplo, por uma consulta médica, a cooperativa paga ao médico cooperado o valor de 100 UT's.

Por outro lado, ao expandir e diversificar suas atividades, o Complexo Cooperativo e Empresarial Unimed insere-se cada vez mais em uma lógica de grupo econômico capitalista-empresarial, em detrimento da lógica de um sistema multicooperativado, subordinando as características do cooperativismo ao propósito de acumulação de capital. Observa-se, portanto, no interior do Complexo Unimed, uma tensão evidente entre o cooperativismo, de um lado, e os imperativos de concorrência capitalista, de outro (Braga e Barros Silva, 2001).

3.2.4. Matriz Securitária: Seguradoras Especializadas em Saúde

As seguradoras representam a modalidade que possui o menor número de usuários entre as modalidades empresariais do segmento de saúde suplementar, com cerca de 5,5 milhões de usuários. Porém, segundo Bahia (1999), a importância das seguradoras para o segmento transcende sua mera participação numérica no mercado. Segundo a autora, a entrada das seguradoras no ramo da saúde foi impulsionada por um instrumento legal da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) que permitiu às seguradoras atender seus segurados através de uma rede credenciada, tal como as empresas de medicina de grupo. Tal mudança modificou a divisão anteriormente estabelecida de clientela e, principalmente, trouxe ao público o debate sobre a necessidade de regulamentação do setor de saúde suplementar.

A origem da ação das seguradoras no segmento porém, é bem anterior, remontando ao final dos anos 70. Com exceção da Sul América, que começou a atuar na área de assistência à saúde em 1967 e atualmente é uma das duas maiores deste segmento, as seguradoras da época foram extintas ou ocupam atualmente posições muito pequenas no mercado. Ainda segundo Bahia (1999), as seguradoras entraram mais fortemente no mercado a partir das décadas de 80-90, devido à necessidade de diversificar suas atividades, dado que os segmentos de mercado tradicionalmente explorados pelas seguradoras apresentavam sinais de saturação, e à própria expansão ocorrida no mercado de saúde suplementar no período.

Em 1985, os seguros saúde respondiam por apenas 3% do total de prêmios de seguro do Brasil, tendo aumentado para 15% em 1995, ocupando a terceira posição entre todos os ramos do mercado. Já em 2002, o ramo saúde representou 21% do total de prêmios

arrecadados pelo mercado segurador, contra 27% do ramo de automóveis e 24% do ramo de vida. Os seguros saúde, porém, apresentavam a maior taxa de sinistralidade, chegando a atingir 82% em 2002, enquanto a média do mercado situava-se em 67% (Tabela 3.3).

Tabela 3.3

Distribuição do prêmio total e da sinistralidade acumulada do mercado segurador por ramo de seguro – Brasil, 2002.

Ramos	% Premio Total	Sinistralidade Acumulada
Automóvel	27,16%	71,04%
Vida	23,76%	53,52%
Saúde	20,98%	81,98%
Riscos Diversos	1,52%	60,75%
Incêndio	6,68%	55,43%
Acidentes Pessoais	3,13%	28,70%
DPVAT	4,70%	75,74%
Habit. fora do SFH	2,58%	34,10%
Transporte	2,13%	45,03%
Demais Ramos	7,35%	60,98%
TODOS OS RAMOS	100,00%	66,90%

Fonte: FENASEG.

Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) indicavam a existência de 13 seguradoras especializadas em saúde em 2002, evidenciando que este segmento de mercado experimentou um intenso processo de concentração de capital nos últimos anos, uma vez que no final da década de 90 a SUSEP registrava cerca de 40 seguradoras atuando na área de assistência à saúde (Bahia, 1999). Além disso, trata-se de um segmento extremamente concentrado, sendo que as duas maiores empresas – a Sul América e a Bradesco Seguros – são responsáveis por mais de 75% do mercado. É o que mostram os dados da Tabela 3.4, que traz a participação de mercado de cada empresa seguradora, com base nos prêmios ganhos em 2002.

Tabela 3.4

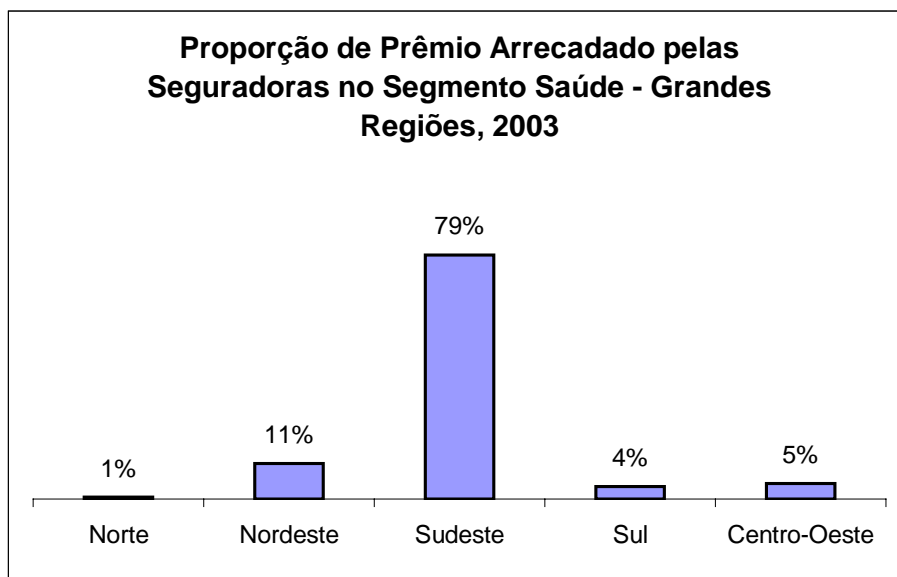
Prêmio ganho pelas seguradoras especializadas em saúde – Brasil, 2002.

Seguradora	Prêmio Ganho	% Prêmio Total	% Acumulado
Sul América Aetna Seguro Saúde	2.350.787	39,2%	39,2%
Bradesco Saúde	2.307.218	38,4%	77,6%
Porto Seguro – Seguro Saúde	320.907	5,3%	82,9%
HSBC Seguro Saúde	234.019	3,9%	86,8%
Marítima Saúde Seguros	200.814	3,3%	90,2%
AGF Saúde	137.577	2,3%	92,5%
Unimed Seguros Saúde	125.934	2,1%	94,6%
Brasilsaúde Companhia de Seguros	88.131	1,5%	96,0%
Unibanco AIG Saúde Seguradora	84.370	1,4%	97,4%
Itauseg Saúde	75.629	1,3%	98,7%
Notre Dame Seguradora	52.599	0,9%	99,6%
Gralha Azul Saúde	23.685	0,4%	100,0%
Salutar Saúde Seguradora	1.878	0,0%	100,0%
TOTAL	6.003.548	100,0%	-

Fonte: ANS – Boletim Estatístico, dezembro de 2002.

A concentração regional dos prêmios pagos também é extremamente elevada, com pouco menos de 55% do total localizado no Estado de São Paulo e 21% no Estado do Rio de Janeiro. Somando com a participação de Minas Gerais e Espírito Santo, a participação da região Sudeste no total de receita das seguradoras chega a 79%, contra 11% da região Nordeste, 5% da região Centro-oeste, 4% da região Sul e 1% da região Norte (Gráfico 3.7).

Gráfico 3.7



Fonte: ANS – Boletim Estatístico, janeiro de 2003.

A forma clássica de funcionamento do seguro saúde é através da livre escolha do prestador de serviço pelo segurado, com reembolso das despesas até um determinado valor. Porém, com a permissão da SUSEP para que as seguradoras referenciassem prestadores de serviço, cada vez mais o atendimento médico dos segurados é feito através de rede referenciada, aproximando a forma de funcionamento das seguradoras ao das empresas de medicina de grupo, uma vez que estas também oferecem planos de saúde com reembolso de despesas. Dessa forma, a distinção entre seguradoras e empresas de medicina de grupo torna-se cada vez menor aos olhos do cliente/segurado.²⁶

As coberturas dos seguros saúde, por sua vez, ao contrário das demais modalidades empresariais, estão definidas legalmente desde a regulamentação do Decreto Lei 73/66 e pela Resolução 11 de 1976 do Conselho Nacional de Seguros Privados (Bahia, 1999:215). Ou seja, os seguros saúde sempre estiveram à frente dos planos de saúde no que se refere à regulamentação, o que é mais benéfico e seguro do ponto de vista do usuário. Finalmente,

²⁶ Dada a constatação de que todas as empresas seguradoras contavam com uma rede referenciada de prestadores de serviços, cuja utilização não acarretava custo adicional para o segurado, a nova legislação que regulamentou o setor determinou que as empresas deste segmento se especializassem na comercialização de planos privados de assistência à saúde, equiparando-as às empresas das demais modalidades do setor para efeito de regulação.

os preços praticados pela seguradoras são os maiores entre todas as modalidades do segmento de saúde suplementar, com o valor médio de R\$ 66,67 em 1998 (Bahia, 2001). Entre as razões apontadas para os valores mais altos dos seguros relativamente aos planos comercializados pelas operadoras de medicina de grupo e cooperativas, destacam-se a obrigatoriedade contratual de reembolso das despesas com os prestadores não referenciados e coberturas assistenciais mais amplas, definidas nos instrumentos legais desde o final da década de 80.

3.3. Oferta e demanda por planos privados de assistência à saúde no Brasil

Até praticamente o final da década de 1990, os únicos dados disponíveis sobre as dimensões do mercado de saúde suplementar no Brasil eram aqueles disponibilizados pelas entidades representativas das empresas de seguros e planos de saúde no país – Abrange, Ciefas, Abraspe, Fenaseg, etc. Dessa forma, as informações relativas ao número de empresas atuando no setor e à população coberta pelos planos comercializados por essas empresas foram sendo produzidas à medida que o próprio setor foi se organizando, conforme verificado anteriormente.

Em 1998, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) daquele ano, realizada pelo IBGE, contemplou a elaboração de um suplemento especial dedicado ao acesso e utilização dos serviços de saúde, incluindo questões relativas à saúde suplementar. A divulgação dos resultados da PNAD 1998, ocorrida apenas no ano 2000, possibilitou, pela primeira vez, uma visão ampla do nível de cobertura dos planos privados de assistência à saúde no país, possibilitando identificar os usuários por gênero, faixa etária, localização do domicílio, rendimento familiar e valor desembolsado para o pagamento da mensalidade do plano, assim como a identificação da situação de ocupação e dos ramos de atividades do trabalho em que se situava a clientela no momento da pesquisa.

Com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) no ano 2000, no bojo do processo de regulação do setor, novos dados puderam ser coletados e produzidos, uma vez que as empresas reguladas passaram a fornecer diversas informações importantes à ANS, relativos tanto aos produtos comercializados quanto à carteira de clientes. Além disso, também passaram a ser coletados dados sobre a situação financeira das empresas,

permitindo verificar em que medida as empresas operadoras apresentam problemas financeiros para levar adiante suas atividades.

Serão detalhados, neste item, os dados mais relevantes produzidos pela PNAD 1998, no âmbito do Suplemento de Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde, assim como os dados disponibilizados pela ANS e aqueles produzidos pelas entidades representativas das operadoras, de modo a possibilitar uma análise da situação de oferta e demanda do mercado de saúde suplementar no Brasil.

3.3.1. Oferta de seguros e planos de saúde

A caracterização da oferta do mercado de saúde suplementar será realizada mediante a utilização de dados disponibilizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, relativos à quantidade de operadoras registradas na ANS, segundo sua distribuição regional e modalidade. Também serão apresentados dados sobre o porte das operadoras, levando-se em consideração sua carteira de clientes, assim como dados preliminares relativos ao nível de faturamento das empresas. Adicionalmente, será realizada uma comparação dos dados da ANS com aqueles produzidos pelas organizações que representam as empresas operadoras do setor. Desse modo, será possível verificar a forma como está estruturada a oferta de seguros e planos de saúde no Brasil, possibilitando identificar algumas das principais questões que se colocam na atualidade a respeito do funcionamento do mercado de saúde suplementar.

Total de operadoras e distribuição regional

Em maio de 2002, havia 2.540 operadoras com registro provisório na Agência Nacional de Saúde Suplementar. Desse total, 30% não havia informado a ANS sobre a existência de usuários, sendo portanto consideradas operadoras inativas, ou seja, não estavam exercendo atividades de comercialização de planos privados de assistência à saúde, apesar de possuírem registro provisório de atuação junto à ANS. Dessa forma, havia 1.770 operadoras ativas, equivalente a 70% do total de operadoras com registro provisório.

Os dados relativos à distribuição regional, tanto para o total de operadoras com registro provisório quanto para as operadoras consideradas ativas, revelam que sua distribuição era extremamente desigual no território brasileiro, com grande concentração na região Sudeste (62,3% das operadoras ativas) e um percentual muito baixo de operadoras atuando na região Norte (2,5%). Nas demais regiões, a quantidade variava de 101 operadoras ativas na região Centro-oeste (5,7%) a 290 na região Sul (16,4%), ao passo que a região Nordeste contava com 232 operadoras ativas (13,1%). Dessa forma, quase 2/3 da oferta de seguros e planos de saúde no país estava concentrada nos quatro estados da região Sudeste, com destaque para São Paulo (36,7% do total). Já a participação das operadoras ativas no total de operadoras com registro provisório na ANS variava de aproximadamente 60% nas regiões Norte e Centro-oeste a 71,8% na região e Sudeste (Tabela 3.5).

Tabela 3.5

Distribuição regional das operadoras com registro provisório e das operadoras ativas na ANS – Brasil, 2002

Região	Operadoras com Registro Provisório*		Operadoras Ativas**		% Operadoras Ativas (B) / (A)
	Quantidade (A)	% Total	Quantidade (B)	% Total	
Centro-oeste	169	6,6%	101	5,7%	59,7%
Norte	73	2,9%	44	2,5%	60,3%
Nordeste	329	12,9%	232	13,1%	70,5%
Sul	432	17,0%	290	16,4%	67,1%
Sudeste	1.537	60,6%	1.103	62,3%	71,8%
TOTAL	2.540	100,0%	1.770	100,0%	69,7%

Fonte: ANS – Cadastro de Operadoras, 2002.

(*) Situação em maio de 2002.

(**) Situação em junho de 2002.

Segmentação das operadoras

Tanto os dados da ANS quanto aqueles disponibilizados pelas entidades representativas das operadoras mostram uma situação desigual no que diz respeito à segmentação das operadoras, considerando seus quatro tipos principais – medicina/odontologia de grupo, cooperativa médica/odontológica, autogestão (patrocinada e não patrocinada), seguradora

especializada em saúde – como mostram os dados da Tabela 3.5. Embora as três diferentes fontes apresentem alguma variação no número absoluto de operadoras, os percentuais de participação relativa dos tipos de operadora no total indicam a mesma situação de predomínio das operadoras de medicina/odontologia de grupo, variando de 51,3% (segundo a ANS e a Abraspe) até 57,4% (segundo a Abramge). Em segundo lugar, estavam as cooperativas médicas/odontológicas, respondendo por cerca de ¼ do total de operadoras ativas no país. As operadoras do sistema autogestão apareciam logo em seguida, com percentuais de participação variando de 16,7% (ANS) até 19,6% (Abraspe). Por fim, as seguradoras especializadas em saúde respondiam por apenas 0,9% do total de operadoras (segundo a Abramge) ou 2,1% (segundo a Abraspe). Deve-se notar, ainda, que a ANS apontava a existência de um grupo de 72 outras operadoras ativas no país (4,6% do total), formado por administradoras e operadoras vinculadas a entidades filantrópicas.

Tabela 3.6

Distribuição das operadoras por fonte de dados, segundo o tipo de operadora – Brasil, 2001-2002

Tipo de Operadora	ANS (2001)		Abramge (2002)		Abraspe (2001)	
	Quantidade	% Total	Quantidade	% Total	Quantidade	% Total
Medicina de grupo*	918	51,3%	800	57,4%	730	51,2%
Cooperativas**	467	26,1%	314	22,5%	386	27,1%
Autogestão	299	16,7%	266	19,2%	280	19,6%
Seguradora	23	1,3%	13	0,9%	30	2,1%
Outros tipos***	72	4,6%	-	-	-	-
TOTAL	1.789	100,0%	1393	100%	1.426	100%

Fonte: ANS – Cadastro de Operadoras, 2001; Abramge – Informe de Imprensa, junho 2003; Abraspe – Pesquisa Mercado Supletivo de Saúde no Brasil, 2001.

(*) Inclui odontologia de grupo (**) Inclui cooperativa odontológica (***) Inclui administradora e filantropia

Porte das operadoras

Apesar de as empresas de medicina de grupo constituírem a ampla maioria de operadoras atuantes no mercado de saúde suplementar, a comparação da quantidade de operadoras e o total de usuários atendidos por cada tipo de operadora revela que o porte médio das seguradoras especializadas em saúde é significativamente maior do que aquele apresentado pelos demais tipos de operadoras. De fato, enquanto as empresas de medicina/odontologia

de grupo, as cooperativas médicas/odontológicas e as operadoras do sistema autogestão possuíam uma média de usuários por operadora muito próxima – 15.600, 22.810 e 13.859 respectivamente – as seguradoras, que representavam somente 1,3% do total de operadoras ativas em 2001, possuíam uma média de 236.875 usuários em sua carteira de segurados, de acordo com os dados da ANS. Esses dados mostram, portanto, que são justamente as seguradoras especializadas em saúde, último tipo de operadora a consolidar-se no mercado brasileiro de saúde suplementar, que mais cresceram nos últimos anos, apresentando escala de operação significativamente maior.

Tabela 3.7

Distribuição das operadoras e usuários segundo o tipo de operadora – Brasil, 2001

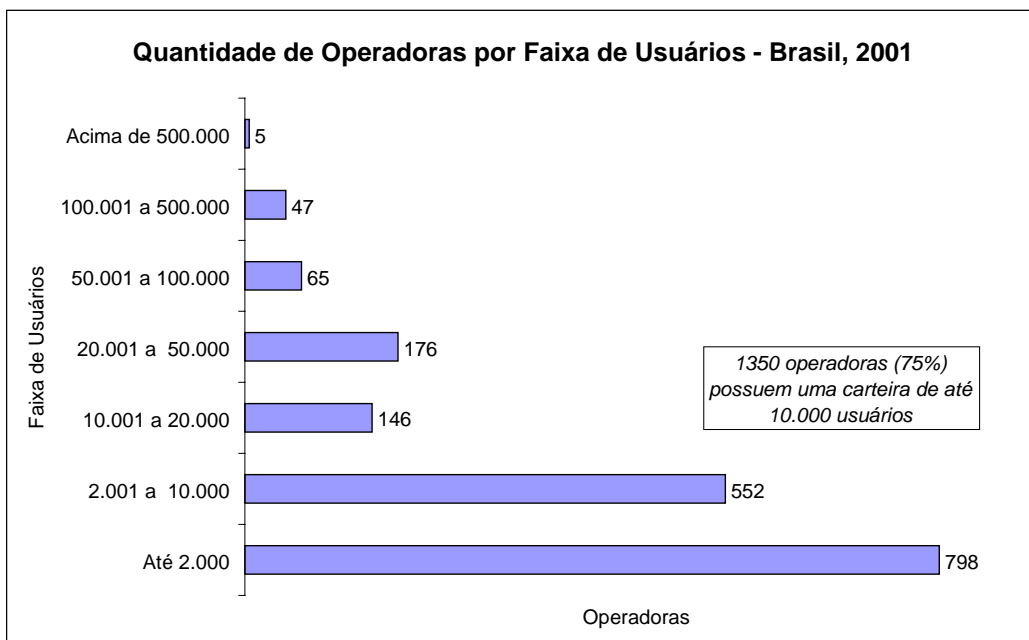
Tipo de Operadora	Operadoras (A)		Usuários (B)		Média Usuários (B) / (A)
	Total	%	Total	%	
Medicina de grupo	651	36%	10.155.429	34%	15.600
Cooperativa médica	323	18%	7.367.702	24%	22.810
Seguradora	23	1%	5.448.117	18%	236.875
Autogestão	299	17%	4.143.925	14%	13.859
Outros *	493	28%	3.064.742	10%	6.217
TOTAL	1.789	100%	30.179.915	100%	16.870

Fonte: ANS, 2001

(*) Inclui odontologia de grupo, cooperativa odontológica, administradora e filantropia

Considerando que as empresas de medicina/odontologia de grupo, cooperativas médicas/odontológicas e autogestão representam mais de 90% das operadoras que atuam no mercado de saúde suplementar e que a média de usuários para esses três tipos de operadoras situava-se ao redor de 15 mil usuários por operadora, observa-se que esse mercado é formado, em sua grande maioria, por operadoras de porte relativamente pequeno. Os dados do Gráfico 3.8 confirmam essa situação, revelando que 75,5% das operadoras possuíam uma carteira de até 10 mil usuários, ao passo que somente 6,5% contavam com uma carteira de mais de 50 mil usuários.

Gráfico 3.8

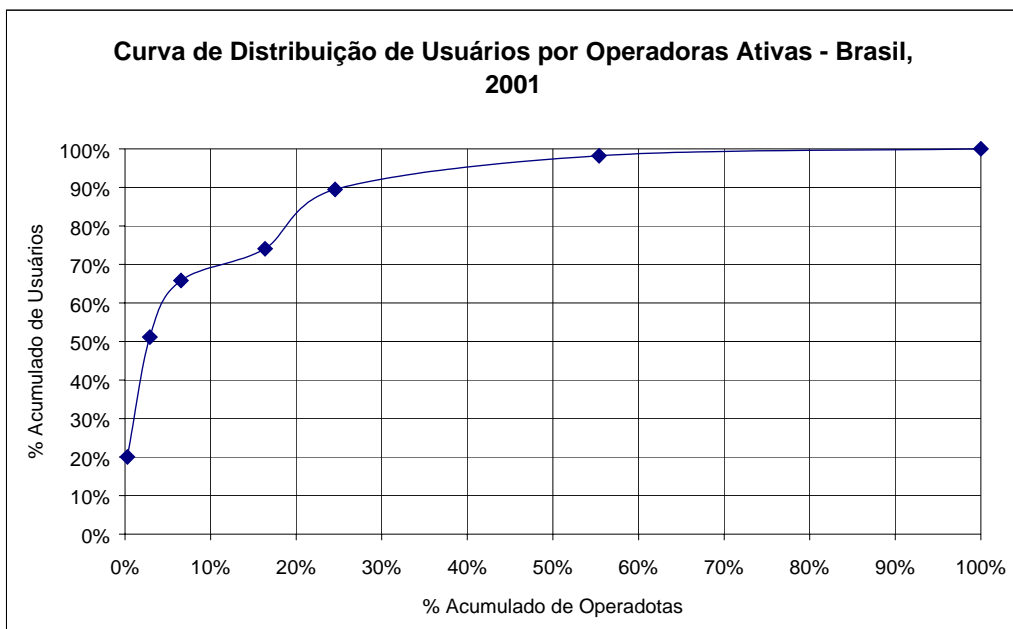


Fonte: ANS – Cadastro de Beneficiários, 2001.

Concentração de mercado

Os dados relativos ao porte indicam não apenas que a grande maioria das operadoras do mercado de saúde suplementar é constituída por operadoras de pequeno porte, mas também que um número reduzido de operadoras é responsável por oferecer cobertura para a maioria dos usuários existentes do mercado. É o que mostra a curva de distribuição acumulada de usuários por operadoras (Gráfico 3.9), indicando que mais de 80% dos usuários estavam concentrados em apenas 20% do total de operadoras ativas. Dessa forma, pode-se afirmar que o mercado brasileiro de saúde suplementar é um mercado formado por um grande número de empresas que operam com um número reduzido de usuários, ao mesmo tempo em que poucas empresas detêm uma grande fatia de mercado, implicando a existência de barreiras à entrada de novas empresas operadoras (economias de escala, barreiras institucionais, etc.), o que contribui para reduzir a eficiência econômica do mercado.

Gráfico 3.9



Fonte: ANS – Cadastro de Beneficiários, 2001.

Faturamento

Os dados relativos ao nível de faturamento das operadoras mostram que as quatro principais modalidades movimentaram R\$ 20,1 bilhões em 2002, o que representa um faturamento médio anual de R\$ 14,5 milhões por operadora e R\$ 573,79 por usuário, segundo as estimativas da Abramge. São valores expressivos, que permitem identificar a disparidade existente entre os recursos mobilizados pelas operadoras privadas e aqueles disponibilizados para o subsistema público, na medida em que estes valores representam mais de 60% do orçamento federal para o SUS. Com a diferença de que a saúde suplementar atende um contingente aproximado de 40 milhões de usuários, contra uma clientela de mais de 120 milhões do subsistema público.

A distribuição do faturamento por tipo de operadora indica que as empresas de medicina de grupo e as seguradoras apresentam participação semelhante e são responsáveis por cerca 2/3 do total de recursos movimentados pelo setor, enquanto as cooperativas movimentam 26,3% e as autogestoras 7,5%. Os recursos movimentados, porém, apresentam grande disparidade quando se considera a quantidade de operadoras e de usuários dentro de cada

modalidade, revelando, mais uma vez, que a situação das empresas de saúde suplementar é bastante heterogênea. O faturamento médio anual por operadora, por exemplo, mostra que as empresas de medicina de grupo (R\$ 8,9 milhões) e as autogestoras (R\$ 5,9 milhões) encontram-se abaixo da média do setor (R\$ 14,5 milhões), ao passo que as cooperativas apresentam níveis mais próximos (R\$ 16,9 milhões). De modo semelhante, o valor médio por usuário das cooperativas (R\$ 609,20) é superior aos valores apresentados pelas empresas de medicina de grupo (R\$ 440,74) e pelas autogestoras (R\$ 288,46). Finalmente, deve-se notar que as seguradoras apresentam uma situação bastante distinta das demais empresas, dado que o valor médio anual por usuário (R\$ 1.240,00) é 116% superior à média do setor, enquanto os recursos movimentados por cada seguradora atingem, em média, R\$ 476,9 milhões (Tabela 3.8).

Tabela 3.8

Faturamento das empresas operadoras e valor médio anual por operadora e por usuário - 2002.

Item	Medicina de Grupo	Cooperativas	Autogestão	Seguradoras	TOTAL
Faturamento anual total (R\$ milhões)	7.140,00	5.300,00	1.500,00	6.200,00	20.140,00
Participação no total de faturamento anual (%)	35,4	26,3	7,5	30,8	100,0
Quantidade total de operadoras	800	314	266	13	1393
Quantidade de usuários (milhões)	16,2	8,7	5,2	5,0	35,1
Faturamento médio anual por operadora (R\$ milhões)	8,9	16,9	5,6	476,9	14,5
Faturamento médio anual por usuário (R\$)	440,74	609,20	288,46	1.240,00	573,79

Fonte: ABRAMGE. Informe de Imprensa, junho de 2003.

3.3.2. Demanda por seguros e planos de saúde

Para caracterizar a demanda por seguros e planos de saúde no Brasil, incluindo o perfil dos usuários, serão utilizados principalmente os dados do levantamento da PNAD 1998. Adicionalmente, serão apresentados alguns dados disponibilizados pela ANS e por duas

entidades que representam as operadoras de planos de saúde no Brasil – Abramge e Abraspe, de modo a possibilitar a comparação entre as diferentes fontes.

As eventuais diferenças podem ser explicadas, de um lado, pela defasagem temporal dos dados, uma vez que o levantamento realizado pelo Suplemento de Acesso e Utilização dos Serviços da Saúde da PNAD apresenta dados relativos a 1998, retratando uma situação de pré-regulação do mercado de saúde suplementar, quando ainda não haviam sido estabelecidas as regras de funcionamento e fiscalização desse setor, ao passo que os dados da ANS não apenas são mais recentes como já refletem a situação de um mercado regulado. Por outro lado, é preciso considerar que a base de dados da ANS pode apresentar algumas limitações, na medida em que o repasse dos dados à Agência é de responsabilidade das próprias operadoras.

Cobertura e distribuição regional

Os dados levantados pela PNAD indicavam que, em 1998, 24,4% da população residente no Brasil era coberta por planos privados de assistência à saúde. Desse total, a grande maioria (75%) encontrava-se vinculada a planos de empresas privadas (operadoras comerciais e empresas com plano de autogestão), contra 25% cujo acesso era obtido através de planos de instituto ou instituição patronal de assistência do servidor público civil ou militar. Segundo a ANS, entretanto, o mercado de saúde suplementar oferecia cobertura para 35,5 milhões de usuários em outubro de 2002, o que representava cerca de 21% da população residente, considerando os dados do Censo Demográfico 2000. Já as pesquisas e os levantamentos realizados por duas entidades representativas das operadoras – Abramge e Abraspe – no período 2001/2002 indicam que a população atendida pelo mercado de saúde suplementar situava-se entre 35,1 milhões (Abramge) e 42,1 milhões (Abraspe) de usuários. Portanto, com base nos dados apresentados por essas diferentes fontes, pode-se afirmar, com razoável grau de certeza, que a atual cobertura de seguros e planos de saúde no Brasil corresponde a cerca de 21% a 25% da população, ou seja, aproximadamente uma em cada quatro pessoas residentes no país possui acesso aos produtos comercializados pelo mercado de saúde suplementar, como mostra a Tabela 3.9.

Tabela 3.9

População coberta por seguros e planos de saúde no Brasil, segundo a PNAD, a ANS e entidades representativas das operadoras

Fonte	Ano de Referência	População Residente* (A)	População Coberta (B)	Cobertura (B) / (A)
PNAD	1998	158,2 milhões	38,7 milhões	24,4%
ANS	2002	169,8 milhões	35,5 milhões	20,9%
Abramge	2002	169,8 milhões	35,1 milhões	20,7%
Abraspe	2001	169,8 milhões	42,1 milhões	24,8%

Fonte: IBGE – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998; ANS – Cadastro de Beneficiários, outubro 2002; Abramge – Informe de Imprensa, junho 2002; Abraspe – Pesquisa Mercado Supletivo de Saúde no Brasil, 2001.

(*) Estimativa IBGE para o ano de 1998. Para os demais anos, dados referentes ao Censo 2000.

Conforme esperado, a população urbana encontrava-se mais coberta por seguros e planos de saúde (29,2%) do que a população rural (5,8%), tanto em planos de empresas privadas quanto em planos de assistência ao servidor público. A distribuição regional da população coberta por seguros e planos de saúde revela que mais de 70% dos usuários estavam localizados na região Sudeste, sendo que os 30% restantes encontravam-se distribuídos nas demais regiões – 11,6% na região Nordeste, 10,9% na região Sul, 4,7% na região Centro-oeste e 2,3% na região Norte. Quando comparados com a população residente de cada região, os dados indicam que as regiões Sudeste, Sul e Centro-oeste eram aquelas que apresentavam os maiores percentuais de cobertura – 34,6%, 15,4% e 14,2% respectivamente. Dessa forma, é possível verificar que a demanda por seguros e planos de saúde não se distribui igualmente entre as grandes regiões brasileiras, mas encontra-se concentrada em algumas regiões, sobretudo na região Sudeste, ao mesmo tempo em que se observa um nível extremamente baixo de cobertura nas regiões Norte e Nordeste. Esses dados podem ser vistos na Tabela 3.10.

Tabela 3.10

População residente, usuários de planos privados de assistência à saúde e cobertura do mercado de saúde suplementar, segundo as grandes regiões – Brasil, 2002.

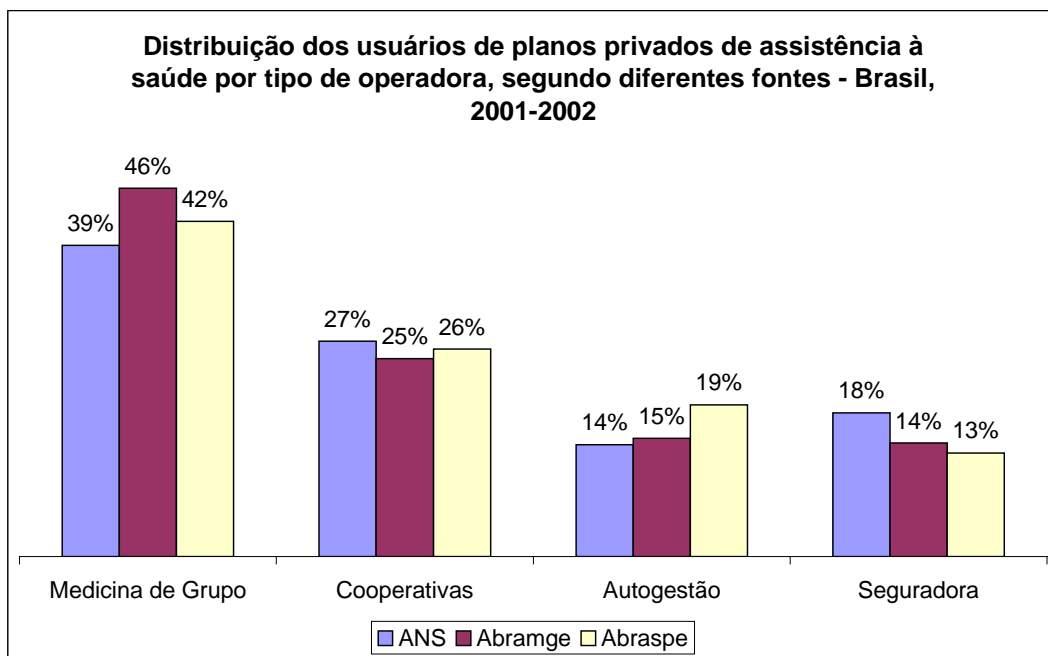
	Total População (A)	% População	Total Usuários (B)	% Usuários	Cobertura (B) / (A)
Centro-oeste	11.636.728	6,9%	1.657.052	4,7%	14,2%
Norte	12.900.704	7,6%	820.374	2,3%	6,4%
Nordeste	47.741.711	28,1%	4.110.942	11,6%	8,6%
Sul	25.107.616	14,8%	3.878.805	10,9%	15,4%
Sudeste	72.412.411	42,6%	25.031.094	70,5%	34,6%
TOTAL	169.799.170	100,0%	35.498.267	100,0%	20,9%

Fonte: IBGE – Censo Demográfico, 2000; ANS – Cadastro de Beneficiários, outubro 2002.

Distribuição por tipo de operadora

A comparação da distribuição dos usuários de planos de saúde segundo as quatro principais modalidades de operadoras revela um relativo predomínio dos planos comercializados pelas empresas de medicina de grupo, de acordo com os dados disponibilizados pela ANS, Abramge e Abraspe, para o período 2001-2002. Dessa forma, os planos de medicina de grupo atendem cerca de 40% do total de usuários em todo o país, seguidos pelos planos das cooperativas médicas, ao redor de 26%. Já os planos das operadoras do sistema de autogestão e das seguradoras especializadas em saúde eram utilizados por um percentual menor de usuários, variando de 13% a 19% do total, dependendo da fonte considerada (Gráfico 3.10). O que esses dados mostram é que, apesar da maior penetração dos planos das empresas de medicina de grupo, existia um certo equilíbrio na distribuição dos usuários de planos de saúde entre as quatro principais modalidades de operadoras que atuam no mercado brasileiro de saúde suplementar.

Gráfico 3.10



Fonte: ANS – Cadastro de Beneficiários, 2001; Abramge – Informe de Imprensa, junho 2002; Abraspe – Pesquisa Mercado Supletivo de Saúde no Brasil, 2001.

Titularidade, gênero e faixa etária

O levantamento feito pela PNAD identificou que 58,0% dos usuários do mercado de saúde suplementar encontravam-se na situação de dependentes e 42,0% na situação de titulares de planos de saúde. Embora a situação majoritária de dependência seja característica tanto dos usuários de planos de empresas privadas quanto daqueles de planos de assistência ao servidor público, os dados revelam que o percentual de dependentes era relativamente maior neste último caso, chegando a atingir 61,7% de usuários na situação de dependentes, contra 56,8% dos usuários de planos de empresas privadas.

Ainda segundo os dados da PNAD, a população feminina encontrava-se proporcionalmente mais coberta do que os homens: 25,7% do total de mulheres possuía acesso a algum tipo de seguro e plano de saúde, contra 23,1% dos homens. Apesar do acesso ser maior entre as mulheres, apenas 32,7% população feminina coberta era constituída por titulares de planos de saúde, de modo que sua inserção nesse mercado ocorria majoritariamente na situação de dependente do titular, homens em sua maioria.

Considerando a distribuição da população coberta em quatro faixas etárias, o grupo de 0 a 18 anos era o que apresentava o menor índice de cobertura (20,7%), segundo a PNAD. Os usuários desse grupo, quando cobertos por planos de saúde, encontravam-se, em sua maioria, na situação de dependentes (94,8%), seja em planos de assistência ao servidor público, seja em planos de empresas privadas. A população coberta por seguros e planos de saúde elevava-se no grupo de jovens adultos (25,2%), atingindo seu pico no grupo de 40 a 64 anos (29,5%), para depois diminuir entre a população idosa (26,1%). De todo o modo, é significativo que uma entre quatro pessoas com 65 anos ou mais possuía acesso ao mercado de saúde suplementar.

A Tabela 3.11 mostra os percentuais da população residente coberta e não coberta por plano de saúde segundo o gênero e a faixa etária, assim como a distribuição da população coberta entre titulares e dependentes.

Tabela 3.11

População residente, por cobertura de plano de saúde e situação de titular ou dependente, segundo o gênero e os grupos de idade – Brasil, 1998.

Gênero e Faixa Etária	População Residente			População Coberta		
	Não coberta	Coberta	Total	Titulares	Dependentes	Total
Total	75,5%	24,4%	100,0%	42,0%	58,0%	100,0%
Homens	76,9%	23,1%	100,0%	52,8%	47,2%	100,0%
Mulheres	74,2%	25,7%	100,0%	32,7%	67,3%	100,0%
0 a 18 Anos	79,3%	20,7%	100,0%	5,2%	94,8%	100,0%
19 a 39 Anos	74,8%	25,2%	100,0%	58,1%	41,9%	100,0%
40 a 64 Anos	70,5%	29,5%	100,0%	63,5%	36,5%	100,0%
65 Anos ou Mais	73,9%	26,1%	100,0%	54,7%	45,3%	100,0%

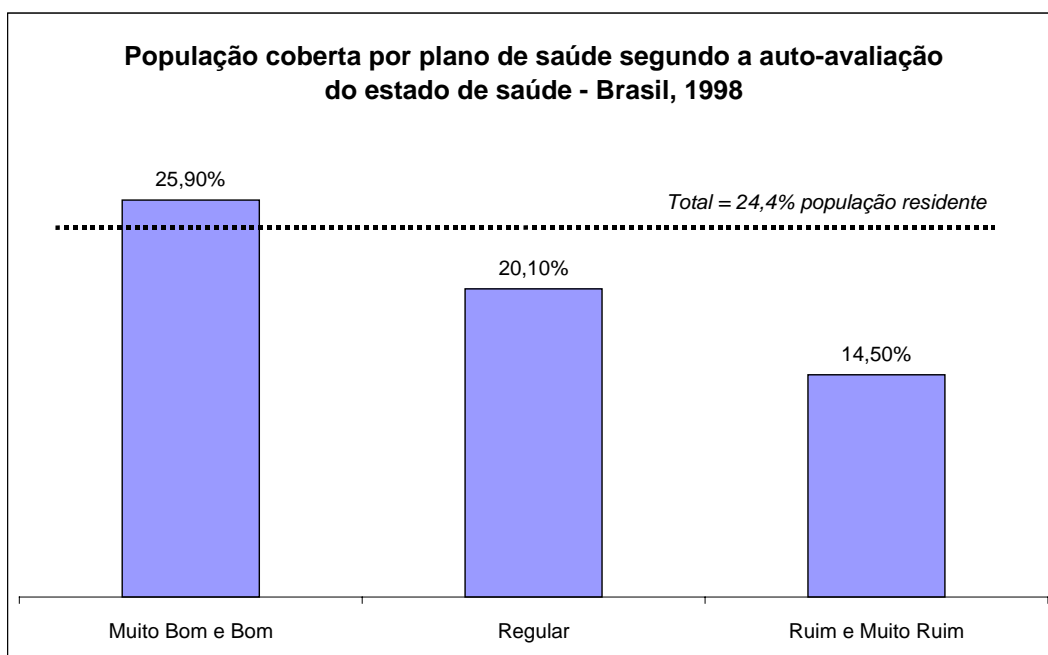
Fonte: IBGE – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998.

Auto-avaliação do estado de saúde

Os dados da PNAD indicam, também, que havia uma relação positiva entre a auto-avaliação do estado de saúde e a cobertura por seguros e planos de saúde, de modo que pessoas com avaliações mais positivas encontravam-se mais cobertas do que aquelas com avaliações mais negativas: 25,9% das pessoas que consideravam seu estado de saúde como

Muito Bom ou Bom encontravam-se cobertas por planos de saúde, enquanto apenas 14,5% dos que avaliaram seu estado de saúde como Ruim ou Muito Ruim possuíam o mesmo tipo de cobertura (Gráfico 3.11). Esta relação era praticamente a mesma para ambos os tipos de planos de saúde (servidores públicos e empresas privadas), o que sugere que a clientela de planos privados de assistência à saúde, ainda que do ponto de vista da percepção individual, apresenta riscos financeiros menores quando comparada com a clientela do subsistema público.

Gráfico 3.11



Fonte: IBGE – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998.

Condição de ocupação e forma de acesso

Os dados da PNAD sobre a população ocupada e não ocupada revelam que há diferenças significativas no acesso ao mercado de saúde suplementar segundo a situação de ocupação dos titulares de seguros e planos de saúde. Assim, entre os titulares identificados pela pesquisa, 80,1% encontravam-se ocupados na semana de referência, ao passo que 19,9% eram constituídos por pessoas sem ocupação. Esta distribuição era semelhante entre os titulares de planos de empresas privadas e aqueles de planos de assistência ao servidor

público. Estes dados sugerem que a inserção ocupacional da população residente condiciona, de certa forma, a demanda do mercado de saúde suplementar. De fato, a PNAD mostra que entre os titulares de planos de empresas privadas a principal forma de acesso ocorria através do trabalho (50,9%), ao passo que a compra direta no mercado representava 39,3% da forma de acesso. Conforme esperado, a distribuição da forma de acesso aos planos entre a população ocupada e desocupada mostra que a grande maioria dos titulares de planos de empresas privadas e que realizam o acesso através do trabalho encontravam-se ocupados na semana de referência da pesquisa (94,6%). Além disso, 73,2% do total de titulares que adquiriram seus planos diretamente no mercado era formada por pessoas ocupadas, o que confirma a importância da condição de ocupação para a demanda do mercado de saúde suplementar.

Tabela 3.12

Distribuição dos titulares de planos de saúde, segundo a situação de ocupação na semana de referência e a forma de acesso – Brasil, 1998.

Item	Descrição	Distribuição %
Situação de ocupação na semana de referência	Ocupada	80,1%
	Desocupada	19,9%
Forma de acesso dos titulares de planos de empresas privadas	Através do trabalho	50,9%
	Diretamente ao plano de saúde	39,3%
	Outras formas	9,8%
Situação de ocupação dos titulares de planos de empresas privadas com acesso através do trabalho	Ocupadas	94,6%
	Desocupadas	5,4%
Situação de ocupação dos titulares de planos de empresas privadas com acesso diretamente ao plano	Ocupadas	73,2%
	Desocupadas	26,8%

Fonte: IBGE – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998.

Ramos de atividades de trabalho

Os dados da PNAD mostram que mais de 50% dos titulares de planos de saúde ocupados na semana de referência estavam inseridos em quatro ramos de atividades de trabalho, segundo as categorias trabalhadas pela referida pesquisa: atividades ligadas ao ramo

social²⁷ (16,0%), indústria de transformação (15,8%), comércio de mercadorias (10,3%) e administração pública (10,0%). Com exceção dos titulares do ramo da administração pública, que apresenta 70,8% dos titulares com planos de assistência ao servidor público, a maioria dos titulares de planos de saúde dos demais ramos de atividades de trabalho possuem planos de empresas privadas, variando de 55,4% para os titulares do ramo social até 97,0% para os da indústria de transformação. Além das atividades relacionadas à administração pública, os titulares de planos de assistência ao servidor público também apresentavam um percentual elevado de participação nos ramos de atividade social (44,6%) e outras atividades industriais (39,5%).

Tabela 3.13

Distribuição dos titulares de planos de saúde por tipo de plano, segundo os ramos de atividade de trabalho – Brasil, 1998.

Ramos de Atividades de Trabalho	Titulares de Planos de Saúde	Tipo de Plano de Saúde		
		Plano Assist. Servidor Público	Plano de Empresa Privada	Total
Social	16,0%	44,6%	55,4%	100,0%
Indústria de transformação	15,8%	3,0%	97,0%	100,0%
Comércio de mercadorias	10,3%	4,4%	95,6%	100,0%
Administração pública	10,0%	70,8%	29,2%	100,0%
Prestação de serviços	7,2%	5,2%	94,8%	100,0%
Serviços aux. da atividade econômica	5,5%	8,4%	91,6%	100,0%
Transporte e comunicação	4,9%	12,1%	87,9%	100,0%
Outras atividades industriais	2,4%	39,5%	60,5%	100,0%
Agrícola	2,1%	12,8%	87,2%	100,0%
Indústria da construção	1,8%	9,5%	90,5%	100,0%
Outras atividades	4,0%	19,3%	80,7%	100,0%

Fonte: IBGE – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998.

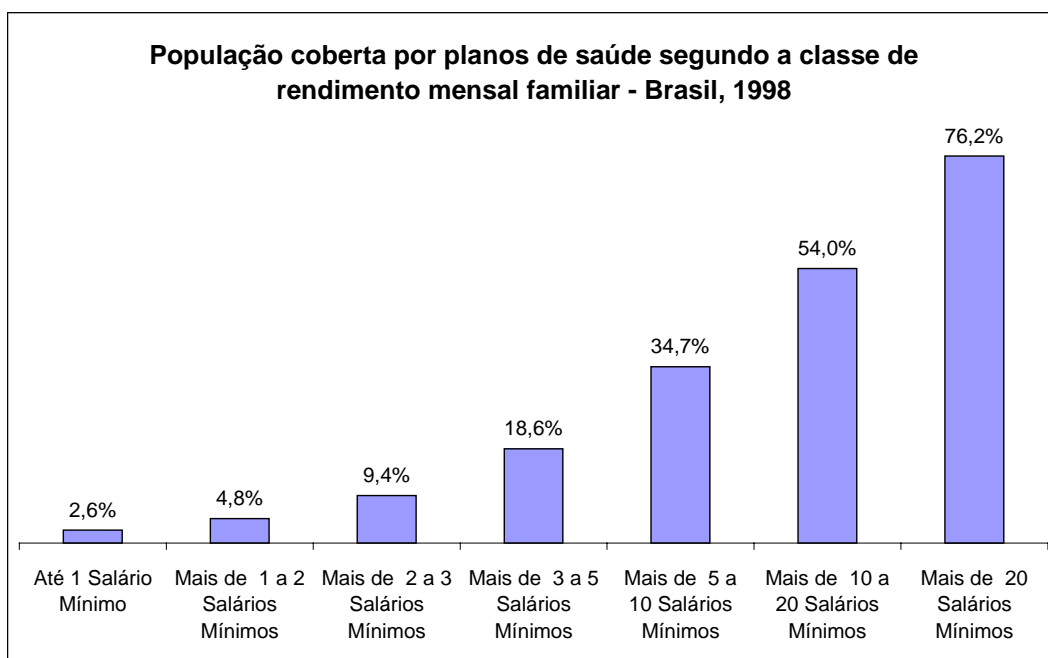
Renda familiar e valor de desembolso mensal

Com relação às classes de renda familiar mensal, os dados da PNAD mostram que maiores níveis de renda mensal familiar estavam relacionados a maiores índices de cobertura:

²⁷ Inclui as seguintes atividades: serviços comunitários e sociais; serviços médicos, odontológicos e veterinários; e ensino.

somente 2,6% das pessoas que possuíam rendimento familiar de até 1 salário mínimo encontravam-se cobertas por planos de saúde (Gráfico 3.12). Este percentual sobe a cada mudança de classe de renda, atingindo seu pico em 76,2% para as pessoas que estão na faixa acima de 20 salários mínimos. Apesar disso, um número significativo de pessoas que poderiam pagar por um plano de saúde - 45,9% (mais de 10 a 20 salários mínimos) e 23,8% (mais de 20 salários mínimos) – não estavam cobertas por nenhum tipo de seguro ou plano de saúde. Os dados mostram, ainda, que não havia uma relação evidente entre a situação de titularidade ou dependência e as classes de renda mensal familiar, embora a maior distribuição de dependentes esteja na classe de renda de até 1 salário mínimo (69,4%) e aqueles sem rendimentos (75,2%).

Gráfico 3.12



Fonte: IBGE – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998.

O levantamento da PNAD constatou, também, que a grande maioria dos titulares de planos de saúde (73,6%) desembolsava algum valor para pagamento da mensalidade do plano. Desse total, a maioria desembolsava um valor mensal de até R\$ 100,00 (53,8%). Já os titulares que desembolsavam valores mais elevados pertenciam a classes de rendimento mensal familiar também mais elevadas, o que evidencia que planos mais caros são

consumidos por pessoas com maior poder de compra. Dessa forma, enquanto a maioria dos titulares que desembolsavam um valor de até R\$ 50,00 por mês estavam localizados nas classes de rendimento mensal familiar de até 10 salários mínimos, os titulares cujo rendimento mensal familiar era maior que 10 salários mínimos constituíam maioria entre aqueles que desembolsavam acima de R\$ 100,00, chegando a 85,8% dos que desembolsavam mais de R\$ 500,00 por mês.

Tabela 3.14

Distribuição dos titulares de planos de saúde por classe de rendimento mensal familiar, segundo as classes de valor mensal desembolsado para pagamento da mensalidade do plano – Brasil, 1998.

Classes de Valor Mensal Desembolsado para Pagamento da Mensalidade do Plano de Saúde	Total dos Titulares	Classes de Rendimento Mensal Familiar			
		Até 5 Salários Mínimos	Mais de 5 até 10 Salários Mínimos	Mais de 10 Salários Mínimos	Sem Rendimento ou Ignorado
Não Desembolsa	23,3%	26,4%	30,0%	38,3%	5,3%
Até R\$ 30	21,4%	36,5%	33,1%	28,0%	2,4%
Mais de R\$ 30 até R\$ 50	14,4%	21,8%	33,2%	42,5%	2,5%
Mais de R\$ 50 até R\$ 100	18,0%	13,9%	28,9%	53,1%	4,1%
Mais de R\$ 100 até R\$ 200	13,4%	6,7%	20,2%	68,2%	4,9%
Mais de R\$ 200 até R\$ 300	4,0%	3,3%	13,5%	77,0%	6,2%
Mais de R\$ 300 até R\$ 500	2,0%	1,4%	6,5%	83,7%	8,5%
Mais de R\$ 500 Reais	0,6%	-	2,8%	85,8%	11,3%
Não Sabe e Sem Declaração	2,9%	20,9%	25,3%	38,7%	15,1%

Fonte: IBGE – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998.

Responsável pelo pagamento do plano e pagamento adicional pelo serviços

Os dados da PNAD mostram, ainda, que os titulares de planos de saúde eram os principais responsáveis pelo pagamento das mensalidades do plano, seja através do trabalho (46,0%), seja diretamente ao plano de saúde (30,5%). Em 13,2% dos casos, o pagamento era de responsabilidade exclusiva do empregador, na condição de benefício indireto oferecido aos trabalhadores. O co-pagamento ou pagamento adicional pela utilização de serviços constituía um mecanismo de regulação utilizado pelas operadoras e que atingia 21,4% dos

titulares de planos de saúde. Dessa forma, além do pagamento da mensalidade do plano, cerca de 1/5 dos titulares eram obrigados a realizar um pagamento adicional sempre que fosse necessário utilizar determinados serviços (Tabela 3.15).

Tabela 3.15

Distribuição dos titulares de planos de saúde, segundo o responsável pelo pagamento do plano e o pagamento adicional pelo serviço – Brasil, 1998.

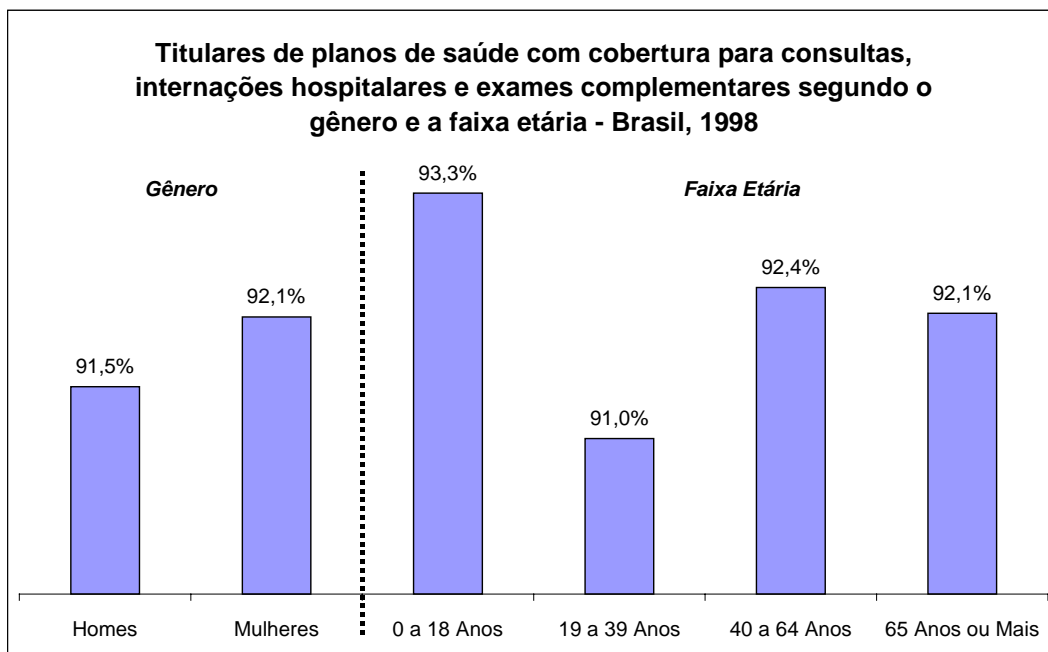
Item	Descrição	Distribuição %
Responsável pelo pagamento do plano	Somente empregador	13,2%
	Titular através do trabalho	46,0%
	Titular diretamente ao plano de saúde	30,5%
	Outros	10,2%
Pagamento adicional pela utilização dos serviços	Sim	21,4%
	Não	78,4%

Fonte: IBGE – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998.

Tipo de cobertura

A grande maioria dos usuários titulares possuíam planos de saúde que cobriam tanto consultas quanto internações hospitalares e exames complementares (91,7%), não tendo sido constatadas variações significativas para os diferentes grupos de idade: mais de 90% dos titulares de todos os grupos de idade tinham direito simultaneamente aos serviços de consultas, internações e exames complementares – tipo de cobertura mais ampla trabalhada pela PNAD. Apesar de os homens constituírem 58,2% dos usuários titulares de planos de saúde, o tipo de cobertura não apresentava grande diferença segundo o gênero dos usuários – 91,5% dos homens e 92,1% das mulheres possuíam acesso aos três tipos de cobertura considerados pela PNAD (Gráfico 3.13).

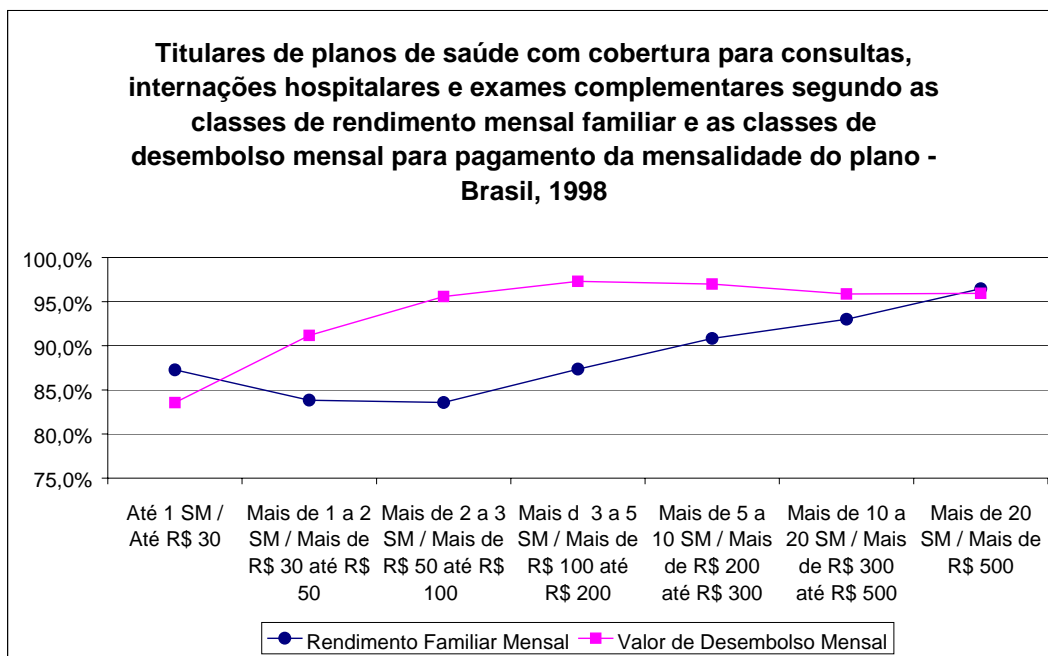
Gráfico 3.13



Fonte: IBGE – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998.

Os titulares que pertenciam às classes de rendimento mais elevadas tinham direito ao tipo de cobertura mais amplo: 96,5% dos que ganham acima de 20 salários mínimos contavam com acesso a consultas, internações e exames complementares, contra aproximadamente 83,7% entre aqueles com rendimento entre 1 e 3 salários mínimos. A mesma relação pode ser estabelecida segundo o valor desembolsado pelo titular para pagamento da mensalidade do plano de saúde. Assim, os dados da PNAD mostram que a garantia de cobertura para consultas, internações e exames complementares era maior entre os titulares que pagavam valores também mais elevados, chegando a atingir mais de 95% entre aqueles que desembolsavam um valor superior a R\$ 50,00 por mês, ao passo que 83,6% daqueles que desembolsavam um valor mensal de até R\$ 30,00 também tinham direito aos três tipos de cobertura. Portanto, apesar dos elevados percentuais de titulares com cobertura para consultas, internações e exames complementares, pode-se afirmar que planos mais caros implicavam acesso ao tipo mais abrangente de cobertura.

Gráfico 3.14



Fonte: IBGE – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998.

À primeira vista, os dados da PNAD sugerem que a clientela do mercado de saúde suplementar, de forma mais ou menos homogênea, possuía um tipo de cobertura que lhes garantia o acesso a Consultas, Internações e Exames Complementares. Tal conclusão, porém, não pode ser aceita sem uma análise mais detalhada acerca dos limites impostos pelas operadoras aos usuários, uma vez que o acesso às internações, por exemplo, era garantida somente para realização de procedimentos de menor complexidade e, portanto, de menor custo. Além disso, os contratos anteriores à legislação que regula o mercado de saúde suplementar não ofereciam cobertura para lesões e enfermidades preexistentes, além de limitarem o número de internações a que os usuários tinham direito. Dessa forma, embora os dados tenham revelado que a maioria dos planos oferecia um pacote de serviços que incluía consulta médica, internação hospitalar e exames complementares, a excessiva abrangência dessas categorias mostra-se claramente insuficiente para determinar o tipo de cobertura efetivamente oferecida aos usuários.

4. A REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

Nos capítulos anteriores foram apresentadas e analisadas: (i) as relações existentes entre as mudanças nas funções do Estado contemporâneo, as atividades públicas de regulação e as características do setor saúde; (ii) os sistemas de saúde e os mecanismos de regulação adotados por quatro países do continente americano, indicativos da recente experiência internacional; e (iii) a caracterização e a trajetória da saúde suplementar no Brasil, que buscou não apenas traçar o perfil da oferta e demanda por planos privados de assistência à saúde, mas também apresentar razões para o surgimento e a consolidação deste setor no país. Dando continuidade ao trabalho, o presente capítulo trata especificamente da regulação do mercado brasileiro de saúde suplementar, procurando identificar os mecanismos criados para regular os aspectos financeiros e assistenciais do setor.

O capítulo está dividido em quatro itens. Os dois primeiros discutem o processo de construção do marco jurídico da regulação, formado pela legislação que regulamenta o setor e cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e as principais inovações decorrentes deste processo. A ANS, órgão criado para regular, normatizar, controlar e fiscalizar as atividades de assistência suplementar à saúde, constitui objeto de discussão e análise do item seguinte. Por fim, realiza-se uma breve discussão a respeito das principais fragilidades do atual processo de regulação da saúde suplementar no Brasil.

A metodologia consistiu de levantamento da legislação que regulamenta o mercado brasileiro de saúde suplementar e pesquisa documental sobre o processo de construção do marco jurídico. As informações relativas à ANS foram coletadas a partir de dados disponibilizados em sua página na Internet e em documentos disponibilizados pela própria Agência, como os contratos de gestão celebrados com o Ministério da Saúde e os relatórios anuais de gestão, que trazem um panorama das principais atividades realizadas pela Agência no período considerado. Dados produzidos por outras instituições também foram utilizados, incluindo levantamentos realizados por entidades representativas dos consumidores.

4.1. Construção do marco jurídico da regulação

Diferentemente do subsistema público de saúde, cujos fundamentos legais foram consolidados a partir da aprovação da chamada Lei Orgânica da Saúde, em 1990, o subsistema privado seguiu sem qualquer tipo de controle governamental até praticamente o final da década de 90, quando a Lei 9.656 de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, foi sancionada pelo Presidente da República, tendo entrado em vigor noventa dias após sua publicação.²⁸

Cerca de um ano e meio após o início do processo de regulação do setor, a Lei 9.961 de 28 de janeiro de 2000 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia vinculada ao Ministério da Saúde e responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades relativas à assistência suplementar à saúde no Brasil. Desde então, diversas resoluções, instruções normativas e portarias foram aprovadas pela ANS e por outras instâncias de regulação, como o Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), procurando estabelecer as regras de funcionamento para o setor.

De acordo com Montone (2002), é possível identificar algumas etapas distintas no processo de institucionalização da regulação da saúde suplementar no Brasil, para fins de entendimento da construção do marco jurídico e regulatório. A primeira dessas etapas corresponderia ao período compreendido entre a promulgação da Constituição de 1998 e a aprovação da Lei 9.656/98, marcado pela discussão do assunto no Congresso Nacional; a segunda etapa estaria relacionada à implantação do modelo regulatório instituído pela nova legislação ao longo de 1998 e 1999; e a terceira etapa teria iniciado com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, em 2000, unificando o modelo bipartite de regulação no Ministério da Saúde e deslocando para a ANS a arena decisória do processo regulatório.

²⁸ A exceção ficava por conta das seguradoras que também atuavam no ramo saúde, que tinham que se submeter à legislação sobre o funcionamento de empresas seguradoras e eram fiscalizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão vinculado ao Ministério da Fazenda.

Primeira etapa: 1988-98

A Constituição de 1988, além de estabelecer os princípios e as diretrizes gerais de organização do subsistema público de saúde, definiu o subsistema privado como setor da atividade econômica a ser regulado pela esfera pública. Segundo Bahia (1999), mais de 15 projetos de lei foram apresentados por parlamentares no Congresso Nacional, entre 1991 e 1997, com o intuito de regulamentar os planos e seguros de assistência à saúde. Apesar dessa grande quantidade de projetos, a discussão sobre o assunto só adquiriu maior relevância a partir da criação de uma comissão especial na Câmara dos Deputados para proferir parecer sobre o Projeto de Lei 4.425/94, de autoria do então senador Iram Saraiva (PMDB-GO), cujo objetivo era proibir a exclusão de cobertura de despesas com tratamento de doenças em contratos que asseguravam atendimento médico-hospitalar pelas empresas privadas de seguro saúde ou assemelhadas.

O reconhecimento da necessidade de regulação do mercado de saúde suplementar não esteve relacionada a uma causa específica, mas a um conjunto amplo de fatores. Em primeiro lugar, a elevada quantidade de queixas e reclamações por parte dos usuários dos planos privados de assistência à saúde junto às entidades de defesa dos consumidores era um indicador claro de que a falta de regras de funcionamento do mercado contribuía para penalizar os usuários, principalmente no que diz respeito ao aumento indiscriminado de preços e à baixa cobertura assistencial dos planos. Em segundo lugar, tais características passaram a ser identificadas como falhas inerentes ao funcionamento dos mercados privados de assistência à saúde, de modo que o setor público deveria intervir em seu funcionamento para garantir uma melhor alocação de recursos e atenuar seus efeitos negativos para os diversos atores envolvidos. Em terceiro lugar, a própria dimensão do mercado brasileiro de saúde suplementar, oferecendo cobertura para mais de 20% da população brasileira, indicava que este setor havia apresentado um elevado ritmo de crescimento durante as décadas de 1980-90, fazendo com que um contingente cada vez maior de pessoas estivesse submetida à situação de risco potencial em virtude das práticas exercidas pelas empresas de saúde suplementar. Finalmente, as pressões exercidas por setores organizados da sociedade, com destaque para as entidades representativas de profissionais médicos e de defesa dos consumidores, constituíram importantes demandas sociais, que foram incorporadas na agenda de discussão durante esta primeira etapa.

Analisando os interesses e o processo decisório na arena legislativa que culminaram com a aprovação da Lei 9.656/98, Pereira, Costa e Giovanella (2001) mostram que diversos pontos de conflito impediram que o relator da referida comissão apresentasse um relatório final para votação no plenário, destacando-se a baixa participação dos movimentos sindical e sanitário no debate parlamentar, deixando o campo aberto para a ação das empresas de saúde suplementar, e a atuação difusa e concorrencial por parte dos representantes das diversas modalidades dessas empresas, dificultando o desenvolvimento de ações mais unificadas. Entidades de defesa dos consumidores e associações médicas também participaram ativamente do debate, posicionando-se geralmente contra os interesses das seguradoras e operadoras, embora por razões distintas.²⁹

Diante da lentidão do processo decisório na arena legislativa e das demandas da sociedade por uma intervenção mais direta do setor público nas regras de funcionamento do setor, o Executivo passou a jogar um papel mais ativo no processo, mediante pressões sobre o Congresso para que a apreciação do referido projeto de lei fosse acelerada. Segundo Pereira, Costa e Giovanella (*op. cit.*), “essas pressões, além de constrangerem os deputados a tomar uma resolução mais rápida, também atingiram as empresas, que passaram a temer que uma regulação feita diretamente pelo Executivo fosse pior do que o processo negociado no Congresso”. Como resultado, foi instituída uma comissão informal, que produziu um relatório no prazo de duas semanas, tendo sido rapidamente aprovado na Câmara dos Deputados, mediante a atuação decisiva das lideranças da base governista.

Após a aprovação na Câmara dos Deputados, o projeto de lei seguiu para o Senado Federal, devido às alterações que o projeto original havia sofrido, tendo sido aprovado em junho de 1998, após a atuação direta e decisiva do então Ministro da Saúde José Serra, que enfatizou a necessidade de regulamentação em razão das imperfeições do mercado de saúde suplementar e estabeleceu um acordo com os parlamentares em relação aos pontos mais polêmicos do projeto, comprometendo-se, em nome do Executivo, a realizar as alterações necessárias mediante a edição de uma medida provisória após a aprovação da nova legislação. Conforme prometido, a Medida Provisória 1.655/98 foi editada no dia seguinte à

²⁹ Enquanto as entidades de defesa dos consumidores estavam mais interessadas em ampliar os direitos contratuais dos consumidores e a qualidade do atendimento à saúde, as entidades médicas demonstravam maior preocupação com as questões relativas aos honorários médicos e preços de procedimentos, à autonomia do exercício profissional e à ampliação da clientela. Cf. Pereira, Costa e Giovanella (2001).

aprovação da Lei 9.656/98, contendo as mudanças acordadas pelo Ministério da Saúde no Senado.³⁰

Os pontos acordados entre o ministro e os senadores permitiram, num primeiro momento, que as divergências internas do Executivo fossem acomodadas, não havendo instâncias governamentais claramente perdedoras ou ganhadoras no processo, e incluíam os seguintes aspectos (Pereira, Costa e Giovanella, 2001:162):

- Ampliação da cobertura para eventos e procedimentos ambulatoriais e hospitalares de modo separado;
- Compromisso de revisão da exclusão de transplantes e órgãos e dos termos de cobertura para lesões e enfermidades preexistentes;
- Nova redação para o aumento de preços dos planos para pessoas acima de 60 anos; e
- Definição do Ministério da Saúde como instituição responsável pela regulação dos aspectos assistenciais e do Ministério da Fazenda como instituição encarregada dos aspectos econômico-financeiros, com poder recíproco de veto.

Dessa forma, o modelo de regulação surgido da Lei 9.656/98 era um *modelo de regulação bipartite*, na medida em que separava a regulação econômica da regulação assistencial, atribuindo essas funções para duas instâncias diferentes: de um lado, a Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) e o Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), órgãos vinculados ao Ministério da Fazenda, passaram a regular diretamente as operadoras no que diz respeito aos aspectos econômico-financeiros, incluindo a autorização de funcionamento das operadoras e a política de reajuste de preços; do outro lado, o Departamento de Saúde Suplementar da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, juntamente com o recém-criado Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), assumiram a regulação das atividades de produção da assistência à saúde, incluindo a comercialização de produtos e a fiscalização da assistência.

³⁰ A edição da MP 1.655/98 representou apenas a primeira de um conjunto de 45 medidas provisórias editadas pelo Executivo num período aproximado de três anos. Dessa forma, o Governo adotou a estratégia de editar novas medidas provisórias sempre que houvesse a necessidade de alterar o texto da Lei 9.656/98 ou reeditar periodicamente a mesma MP, já que o prazo de vigência para uma medida provisória é de 30 dias.

Segunda Etapa: 1999

A segunda etapa de construção do marco jurídico da regulação da saúde suplementar foi marcada pela tentativa de implantação do modelo bipartite de regulação e pela expedição de diversas resoluções do Conselho de Saúde Suplementar, caracterizando o *primeiro ciclo de regulamentação do setor*. De acordo com Montone (2002), toda essa legislação complementar se fazia necessária para viabilizar as exigências da nova lei, uma vez que diversos aspectos do mercado de saúde suplementar careciam de definição, principalmente na dimensão da assistência à saúde. Tratava-se, pois, de criar regras e normas de funcionamento para um setor da atividade econômica que atuava livremente nos aspectos relacionados aos produtos comercializados e submetia-se apenas à legislação do tipo societário, no que diz respeito ao funcionamento das empresas.

O Ministério da Saúde, através das resoluções expedidas pelo CONSU, teve uma atuação bem mais ativa no processo de construção do marco regulatório durante esta segunda etapa, de modo que a legislação complementar aprovada em 1999 esteve direcionada principalmente para os aspectos relacionados à produção de serviços assistenciais. Dessa forma, a definição de doenças e lesões preexistentes, prazos e carências, características dos segmentos, faixas etárias, regras de ressarcimento ao SUS, fiscalização das operadoras e aplicação de penalidades, assim como um detalhado rol de procedimentos hospitalares, ambulatoriais e odontológicos para cada tipo de segmentação dos planos foram os principais temas abordados durante este primeiro ciclo de regulamentação do setor.

Montone (op. cit.) identifica que o modelo bipartite de regulação começou a apresentar seus limites já no primeiro ano de implantação da legislação, sobretudo devido à amplitude da tarefa, ao ineditismo do processo e à falta de unidade estratégica entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Fazenda, gerando problemas de efetividade na política regulatória. Tornava-se claro, naquele momento, que a separação das atividades de regulação em duas instâncias regulatórias diferentes havia sido um erro estratégico e que o modelo precisava ser revisto. Em novembro de 1999, a aprovação da Medida Provisória 1.928/99, convertida na Lei 9.961/00, criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), unificando o modelo bipartite de regulação, agora sob a responsabilidade definitiva do Ministério da Saúde, e dando início à terceira etapa de construção do marco regulatório.

Terceira etapa: 2000-2003

Em diversos aspectos, a criação da ANS representou um ponto de inflexão no processo de construção do marco regulatório da saúde suplementar no Brasil. Em primeiro lugar, por ter unificado as atividades de regulação do setor, antes separadas em dois ministérios. Em segundo lugar, por representar a adoção formal do modelo de regulação por agências, acompanhando o mesmo modelo utilizado para regular os setores de infra-estrutura que haviam sido privatizados na segunda metade dos anos 90, de modo que a ANS foi constituída com as mesmas características das demais agências reguladoras – autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, assim como autonomia em suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes. Além disso, os parâmetros de funcionamento da ANS, assim como a avaliação de seu desempenho, passaram a ser definidos mediante contrato de gestão estabelecido entre o Ministério da Saúde e os membros da Diretoria Colegiada da Agência.

A terceira etapa de construção do marco regulatório caracteriza-se então pela atuação da ANS como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades relativas à assistência suplementar à saúde. Com o intuito de complementar o arcabouço normativo da regulamentação do setor, uma série de resoluções, instruções normativas e portarias foram expedidas pela ANS, dando início ao *segundo ciclo de regulamentação*, que procurou definir diversos aspectos econômicos e financeiros de funcionamento do mercado de saúde suplementar, além de consolidar a regulamentação dos aspectos assistenciais. O Quadro 4.1 permite verificar as principais inovações introduzidas pela ANS neste segundo ciclo de regulamentação.³¹

³¹ Alguns autores dividem o arcabouço normativo da ANS em dois ciclos diferentes de regulamentação. Mesquita (2002), por exemplo, identifica um primeiro ciclo de regulamentação formado pela legislação aprovada durante o primeiro ano de funcionamento da Agência, ao passo que as resoluções, instruções normativas e portarias expedidas nos anos seguintes formariam um segundo ciclo de regulamentação, caracterizado por uma maior preocupação com os aspectos saneadores do mercado. Seguindo linha semelhante de raciocínio, Montone (2002) entende que o processo de construção do marco regulatório do setor estaria, na verdade, em sua quarta etapa, marcado pelo desafio de aperfeiçoar os instrumentos já implantados, ampliar sua efetividade e proceder aos ajustes finos decorrentes dos próprios impactos do processo na organização e gestão do sistema. De todo o modo, o ponto a ser ressaltado é que, após a aprovação da Lei 9.656/98, a criação e a consolidação institucional da ANS deve ser entendida como um divisor de águas no processo de regulamentação do mercado brasileiro de saúde suplementar.

Quadro 4.1

Aspectos regulamentados durante o segundo ciclo de regulamentação da saúde suplementar

Dimensão Econômica e Financeira	Dimensão Assistencial
<ul style="list-style-type: none">• Sistema de informações econômico-financeiras• Plano de contas padrão• Sistema de garantias e provisões técnicas• Sistemática de transferência (voluntária e compulsória) e de leilão de carteira de clientes• Sistemática de Direção Fiscal e de Liquidação Extra-judicial• Sistemática de transferência de controle de operadoras e de requisitos para seus administradores• Sistemática de reajuste, revisão técnica e reajuste por faixas etárias	<ul style="list-style-type: none">• Sistema de informação de produtos• Rol de procedimentos médicos• Rol de procedimentos odontológicos• Rol de procedimentos de alta complexidade• Sistemática de Direção Técnica

Fonte: Montone (2002).

Outras inovações merecem destaque durante esta terceira etapa:

- O Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), que era um órgão de natureza normativa e havia desempenhado um importante papel durante o primeiro ciclo de regulamentação, tornou-se um órgão de conselho interministerial (Casa Civil da Presidência da República, Ministério da Saúde, Ministério da Fazenda, Ministério da Justiça e Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão), responsável por estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor, assim como aprovar o contrato de gestão da ANS, supervisionar e acompanhar as ações e funcionamento da ANS e deliberar sobre a criação de câmaras técnicas;
- Criação da Câmara de Saúde Suplementar, integrado por representantes das entidades de defesa dos consumidores, prestadores de serviços, associações profissionais e operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde, como órgão permanente e de caráter consultivo, não possuindo o direito de voto, mas apenas o de emitir opiniões e pareceres;
- Utilização, pela ANS, de Câmaras Técnicas e Consultas Públicas para discussão de temas relevantes com os diversos atores do setor;

- Aprovação da Lei 10.185/01, criando a categoria de seguradoras especializadas em saúde e subordinando sua atuação à regulação exercida pela ANS.

O Quadro 4.2 sintetiza as principais características das três etapas de construção do marco jurídico e regulatório da saúde suplementar no Brasil.

Quadro 4.2

Étapas da construção do marco jurídico e regulatório do mercado brasileiro de saúde suplementar

Período	Principais Características
1988-1998	<ul style="list-style-type: none"> • Promulgação da Constituição de 1988 e definição do subsistema privado como setor a ser regulado pela esfera pública • Aprovação do Código de Defesa do Consumidor (1991) • Debate no Congresso Nacional (1991-98) • Aprovação da Lei 9.656/98 e da MP 1.665/98, com as alterações exigidas pelo Senado, que dispõem sobre os planos e seguros privados de saúde
1999	<ul style="list-style-type: none"> • Implantação do modelo bipartite de regulação <ul style="list-style-type: none"> - Ministério da Fazenda: regulação da atividade econômica das operadoras - Ministério da Saúde: regulação das atividades de produção de serviços e de assistência à saúde • Criação do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) e da Câmara de Saúde Suplementar (CSS) • Resoluções do CONSU: primeiro ciclo de regulamentação do setor
2000-2003	<ul style="list-style-type: none"> • Aprovação da Lei 9.961/00, criando a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) • Unificação do modelo bipartite de regulação no Ministério da Saúde • Utilização de Câmaras Técnicas e Consultas Públicas para discussão de temas relevantes com os diversos atores do setor • Aprovação da Lei 10.185/01, criando a categoria de seguradoras especializadas em saúde, subordinando-as à esfera de atuação da ANS • Complementação do arcabouço normativo da regulamentação do setor

Fonte: Elaborado a partir de Montone (2002)

4.2. Breve caracterização da legislação

O arcabouço normativo relativo aos diversos aspectos de funcionamento do mercado brasileiro de saúde suplementar é formado por uma legislação considerada extensa e de difícil entendimento para grande parte do público não especializado, principalmente devido à velocidade com que novas resoluções são emitidas pelas instâncias reguladoras, muitas

vezes alterando aspectos que já haviam sido regulamentados em legislação anterior. Nesse sentido, a classificação sugerida pela ANS, que divide o arcabouço normativo referente à saúde suplementar em três grupos distintos – legislação principal, regulamentações complementares e outras normas – é útil para entender os diferentes tipos de normas atualmente existentes.³²

A legislação principal é formada pela Lei 9.656/98, que definiu as regras de funcionamento do setor de assistência suplementar à saúde, e pela Lei 9.961/00, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar, definindo sua natureza, finalidade, estrutura, atribuições, recursos e vinculação institucional. Ambas as leis foram alteradas por diversas medidas provisórias e ainda aguardam consolidação pelo Congresso Nacional.

As regulamentações complementares incluem as regulamentações normativas e operacionais, que abrangem as regras do setor publicadas pelo Congresso Nacional, pelo Conselho de Saúde Suplementar, pela Diretoria Colegiada da ANS, por cada Diretoria isolada da Agência e pelo Ministério da Saúde. A diferença entre os dois tipos de regulamentações (normativas e operacionais) é que as primeiras estabelecem políticas gerais para o setor, ao passo que as regulamentações operacionais expressam decisões da Diretoria Colegiada da ANS sobre temas técnicos de alcance externo, tais como alienação de carteira, instauração de regimes de direção técnica, direção fiscal e de liquidação extrajudicial de operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Finalmente, a ANS identifica um grupo denominado outras normas, integrado por duas leis que se relacionam direta ou indiretamente com o setor de saúde suplementar – a Lei 9.986/00, que dispõe sobre a gestão de recursos humanos das agências reguladoras, e a Lei 10.185/01, que dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde. Além dessas duas leis, diversos comunicados da Diretoria Colegiada da ANS também fazem parte do grupo de outras normas da legislação relativa à saúde suplementar (Quadro 4.3).

³² Conforme informações obtidas no *site* da ANS na internet sobre a legislação do setor: <http://www.ans.gov.br> (Consulta realizada em 01/06/2003).

Quadro 4.3

Arcabouço normativo do mercado brasileiro de saúde suplementar – legislação principal, regulamentações complementares e outras normas.

Tipo	Legislação
Legislação Principal	<ul style="list-style-type: none">• Lei de regulamentação do setor de saúde suplementar, formada pela Lei 9.656/98 e pelas seguintes medidas provisórias: MP 1685-1; MP 1685-2; MP 1685-3; MP 1685-4; MP 1685-5; MP 1685-6; MP 1730-7; MP 1730-8; MP 1801-9; MP 1801-10; MP 1801-11; MP 1801-12; MP 1801-13; MP 1801-14; MP 1908-15; MP 1908-16; MP 1908-17; MP 1908-17; MP 1908-18; MP 1908-19; MP 1908-20; MP 1976-21; MP 1976-22; MP1976-23; MP1976-24; MP1976-25; MP1976-26; MP1976-27; MP1976-28; MP1976-29; MP1976-30; MP1976-31; MP1976-32; MP1976-33; MP1976-34; MP 2097-35; MP 2097-36; MP 2097-37; MP 2097-38; MP 2097-39; MP 2097-40; MP 2097-41; MP 2177-42; MP 2177-43; MP 2177-44• Lei de criação da ANS, formada pela Lei 9.961/00 e pelas seguintes medidas provisórias: MP 1976-33; MP 2097-36; MP-2097-40; MP 2177-44
Regulamentações Complementares	<ul style="list-style-type: none">• Regulamentações normativas, formadas pela seguinte legislação:<ul style="list-style-type: none">- Instruções Normativas das Diretorias da ANS – IN- Resoluções do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU)- Resoluções da Diretoria Colegiada da ANS – RDC- Resoluções de Diretoria da ANS – RE- Resoluções Normativas da ANS – RN- Súmulas Normativas da Diretoria Colegiada da ANS• Regulamentações operacionais, formadas pela seguinte legislação:<ul style="list-style-type: none">- Portarias do Diretor Presidente da ANS- Resoluções da Diretoria Colegiada da ANS – RDC- Resoluções Operacionais da ANS – RO
Outras Normas	<ul style="list-style-type: none">• Lei de gestão de recursos humanos das agências reguladoras, formada pela Lei 9.986/00• Lei de criação das seguradoras especializadas em saúde, formada pela Lei 10.185/2001• Comunicados da Diretoria Colegiada da ANS

Fonte: ANS – www.ans.gov.br. (Consulta realizada em 01/06/2003).

Mais importante, porém, do que identificar e categorizar os diversos instrumentos jurídicos da legislação é analisar seu conteúdo, procurando verificar quais inovações foram introduzidas pela nova regulamentação e em que medida essas inovações representam, do ponto de vista normativo, mudanças substantivas em relação à situação de pré-regulação. Assim, um primeiro conjunto de mudanças diz respeito à segmentação das empresas que atuam no setor de saúde suplementar, assim como à segmentação dos produtos por elas operados e comercializados.

Definição de empresas e produtos

De acordo com a Lei 9.656/98, todas as empresas que operam planos e seguros privados de assistência à saúde passaram a ser consideradas operadoras de planos de saúde, definidas como pessoas jurídicas constituídas sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativas ou entidades de autogestão, que operam produto, serviço ou contrato de assistência à saúde (Artigo 1.º, inciso II). Posteriormente, a ANS classificou as operadoras de planos de saúde em oito modalidades diferentes, a saber:

- **Administradora:** empresas que administram planos ou serviços de assistência à saúde. As administradoras de planos administram exclusivamente planos privados de assistência à saúde, as quais não assumem o risco decorrente da operação desses planos e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos para oferecer aos beneficiários da sua contratante, sendo esses planos financiados por operadoras. Já as administradoras de serviços administram exclusivamente serviços de assistência à saúde, possuindo ou não rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos.
- **Cooperativa médica:** sociedades de pessoas, sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei 5.764/71, que dispõe sobre o funcionamento das sociedades cooperativas, que operam planos privados de assistência à saúde. Deve-se notar que este segmento é caracterizado pelo fato de que os profissionais médicos são, ao mesmo tempo, sócios e prestadores de serviços, recebendo proporcionalmente à sua produção, por tipo e qualidade do atendimento, além de participarem do rateio do resultado positivo auferido no período (Ferron, 2002);
- **Cooperativa odontológica:** sociedades de pessoas, sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei 5.764/71, que dispõe sobre o funcionamento das sociedades cooperativas, que operam exclusivamente planos odontológicos. Difere da cooperativa médica apenas em relação à natureza dos serviços prestados ou tipo de plano;
- **Autogestão:** entidades de autogestão que operam serviços de assistência à saúde ou empresas que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, responsabilizam-se pelo plano privado de assistência à saúde, destinado exclusivamente a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas

ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos, limitados ao terceiro grau de parentesco consagüíneo ou afim, de uma ou mais empresas, ou ainda a participantes ou dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes de profissionais ou assemelhados. As autogestões segmentam-se, ainda, em patrocinadas, na eventualidade de possuir gestão própria, e não patrocinadas. As autogestões patrocinadas, por sua vez, podem ser singulares, quando vinculadas apenas a um patrocinador, ou multipatrocinadas, quando o sistema congrega mais de um patrocinador;

- **Medicina de grupo:** empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde, excetuando-se aquelas classificadas nas modalidades de administradora, cooperativa médica, autogestão e filantropia. São empresas privadas, com fins lucrativos, responsáveis pelo atendimento de usuários de planos coletivos ou individuais/familiares, que possuem acesso à rede própria e credenciada, sendo que a utilização de serviços não credenciados é restrita a planos mais caros, implicando o ressarcimento dos gastos (Ferron, 2002);
- **Odontologia de grupo:** empresas ou entidades que operam exclusivamente planos odontológicos, excetuando-se aquelas classificadas na modalidade de cooperativa odontológica. São semelhantes às operadoras de medicina de grupo, com exceção da natureza do serviço prestado;
- **Filantropia:** entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde e tenham obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos respectivos órgãos dos governos estaduais e municipais. Para tanto, é necessário comprovar que as entidades destinam pelo menos 60% de sua capacidade instalada para a clientela do SUS;
- **Seguradora especializada em saúde:** empresas seguradoras que operam planos privados de assistência à saúde e que providenciaram sua especialização como operadoras de planos de saúde junto à SUSEP, mediante cisão ou outro ato societário pertinente. A diferença em relação às demais operadoras de planos de saúde consiste na

obrigatoriedade contratual de oferecer a possibilidade de livre escolha do prestador de serviço aos usuários. Neste caso, o pagamento das despesas é efetuado diretamente aos prestadores de serviços pelos usuários, que têm direito a ser reembolsado conforme as tabelas de procedimentos ajustadas entre as partes.

Como se pode verificar pelas oito modalidades definidas pela nova legislação, diversos critérios foram utilizados para classificar as operadoras, incluindo: o tipo de atenção prestada (planos odontológicos *versus* planos médico-hospitalares); a natureza jurídica da operadora (empresas comerciais *versus* cooperativas); a assunção do risco financeiro (administradoras e autogestão *versus* cooperativas, medicina de grupo, filantropia e seguradoras); e atendimento da clientela do subsistema público (filantropia *versus* demais tipos de operadoras).³³

Com relação aos produtos, deve-se destacar, em primeiro lugar, a segmentação relativa ao tipo de atenção prestada pelas operadoras, que contempla dois tipos básicos de planos: os planos de assistência à saúde, de natureza médico-hospitalar, e os planos odontológicos. Embora as operadoras de planos de saúde possam atuar tanto em um como em outro segmento, a legislação prevê que a oferta de planos odontológicos só pode ser feita por entidades ou empresas que operam exclusivamente esse tipo de plano, como é o caso das cooperativas odontológicas ou empresas de odontologia de grupo.

Além da diferença relativa à natureza do serviço prestado (médico-hospitalar e odontológico), os planos de saúde podem ser segmentados segundo sua forma de contratação (individual/familiar, coletivo com patrocinador e coletivo sem patrocinador), a data de contratação (contrato novo, contrato adaptado e contrato antigo), a cobertura assistencial (cobertura integral e cobertura integral por segmento), a abrangência geográfica (municipal, conjunto de municípios, estadual, conjunto de estados e nacional) e a organização da rede de serviços (rede própria e rede credenciada/referenciada), como mostra o Quadro 4.4.

³³ Além da classificação por modalidade, as operadoras também foram segmentadas em nove categorias diferentes de acordo com o tipo de atenção prestada, levando-se em consideração os seguintes critérios: percentual de despesas assistenciais gastas em estabelecimentos da rede própria; natureza do serviço prestado; e prestação de serviços ao SUS.

Quadro 4.4

Segmentação dos planos privados de assistência à saúde

Item	Classificação	Definição
Forma de contratação dos planos	Individual ou familiar	Contrato assinado entre um indivíduo e uma operadora de planos de saúde para assistência à saúde do titular do plano (individual) ou do titular e seus dependentes (familiar)
	Coletivo com patrocinador	Planos contratados por pessoa jurídica com mensalidade total ou parcialmente paga à operadora pela pessoa jurídica contratante. Inclui também os contratos mantidos por autogestão em que o beneficiário paga parcialmente a mensalidade
	Coletivo sem patrocinador	Planos contratados por pessoa jurídica com mensalidade integralmente paga pelo beneficiário diretamente à operadora
Data de contratação do plano	Contrato novo	Contrato celebrado a partir de 01/01/99 e que estão totalmente sujeitos à Lei 9.656/98
	Contrato adaptado	Contrato antigo adaptado às normas estabelecidas na Lei 9.656/98
	Contrato antigo	Contratos celebrados antes de 01/01/99 e que não foram adaptados às normas estabelecidas na Lei 9.656/98, não podendo mais ser comercializados
Cobertura assistencial do plano	Cobertura integral	Acesso a todos os tratamentos, serviços, procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos contemplados no Plano de Referência
	Cobertura integral por segmento	Acesso a todos os tratamentos, serviços, procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos contemplados nos seguintes planos: ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetrícia e odontológico
Abrangência geográfica do plano	Municipal	Cobertura do plano limitada a um município específico
	Conjunto de municípios	Cobertura do plano limitada a um conjunto específico de municípios
	Estadual	Cobertura do plano limitada a um estado específico
	Conjunto de estados	Cobertura do plano limitada a um conjunto específico de estados
	Nacional	Cobertura do plano em todo o território nacional
Organização da rede de serviços	Rede própria	Formada por prestadores de serviços que são de propriedade das operadoras de planos de saúde
	Rede credenciada ou referenciada	Formada por prestadores de serviços contratados, cooperados ou conveniados às operadoras de planos de saúde

Fonte: ANS – www.ans.gov.br. (Consulta realizada em 01/06/2003).

O que todas estas categorizações indicam é que o mercado brasileiro de saúde suplementar abrange diversos segmentos diferenciados, que apresentam sua própria especificidade, não podendo ser analisado como um mercado homogêneo e uniforme. Nesse sentido, é preciso reconhecer que a nova legislação contribuiu de maneira significativa para conceituar e enquadrar tanto as operadoras quanto os planos por elas operados em categorias bem

definidas, embora se possa questionar os critérios utilizados para definir as diferentes classificações.

Ampliação das coberturas assistenciais e proteção ao consumidor

Grande parte das inovações trazidas pela nova legislação está relacionada à ampliação das coberturas assistenciais e à proteção ao consumidor, indicando que esta área temática foi bastante enfatizada, destacando-se os seguintes itens:

- Obrigatoriedade de oferta do chamado Plano de Referência, com cobertura assistencial integral a todos os atuais e futuros usuários, a fim de garantir a oferta de produtos sem restrições de cobertura, na medida em que grande parte dos planos anteriores à nova legislação apresentavam problemas de exclusão e cobertura assistencial limitada;
- Estabelecimento de exigências mínimas de cobertura para os demais tipos de planos criados pela nova legislação – ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetrícia e odontológico – objetivando reduzir a assimetria de informações em relação aos tipos de planos e coberturas, mediante uma melhor visualização dos preços e da qualidade dos serviços prestados, de modo a garantir ao usuário a possibilidade de comparação e análise dos produtos que lhe são ofertados;
- Obrigatoriedade da oferta do agravo para a cobertura de doenças e lesões preexistentes, que não podem ter qualquer tipo de exclusão após 24 meses de início do contrato, prazo máximo para vigência da cobertura parcial temporária, possibilitando reduzir os problemas de seleção de risco e de seleção adversa, presentes no mercado de saúde suplementar, mediante a definição de regras para o atendimento de doenças e lesões preexistentes;
- Proibição de impedimento do acesso aos planos de saúde em decorrência da idade do usuário ou da condição de pessoa portadora de deficiência, com o objetivo de atacar o problema da seleção de risco, proibindo a recusa, por parte das operadoras, de usuários de maior risco potencial (idosos e deficientes);

- Proibição de reajuste de preços para pessoas com mais de 60 anos e que forem usuárias do plano por mais de 10 anos, limitando a seleção de risco em função de aumentos extorsivos nos valores das mensalidades;
- Obrigatoriedade de manutenção da cobertura assistencial para funcionários demitidos e aposentados que participavam de planos coletivos empresariais e que contribuam para a manutenção do plano, uma vez que a maioria dos usuários de planos de saúde possui acesso através do vínculo empregatício;
- Obrigatoriedade de aviso pela operadora, com 30 dias de antecedência, a respeito de substituição de prestador de serviço da rede contratada, conveniada e referenciada, assim como necessidade de autorização da ANS para redimensionamento que implique redução do tamanho da rede, procurando criar mecanismos de incentivo à manutenção dos prestadores de serviços, na medida em que a rede de prestadores de serviços vinculada aos planos desempenha um papel fundamental na escolha por parte dos usuários (diferenciação de produto);
- Proibição de qualquer tipo de discriminação no atendimento aos usuários por parte dos prestadores de serviço de assistência à saúde, na condição de contratados, credenciados ou cooperados de alguma operadora de plano de saúde, além da proibição de estabelecimento de contratos de exclusividade entre prestadores e operadoras, objetivando aumentar o nível de responsabilidade daqueles para com os usuários e eliminar os casos de monopólio e cerceamento da livre concorrência entre as operadoras no que diz respeito à contratação, credenciamento e referenciamento de prestadores;
- Obrigatoriedade da oferta de atendimento de urgência e emergência para todos os usuários, impossibilitando sua exclusão por parte das operadoras;
- Garantia de acesso à acomodação de padrão superior, sem qualquer ônus para o usuário, no caso de indisponibilidade de leito hospitalar em estabelecimentos próprios ou credenciados, de modo a impedir a recusa de internação hospitalar em virtude de falta de vaga em leitos mais simples;
- Estabelecimento de cláusulas contratuais que indiquem com clareza as condições de admissão, o início da vigência do plano, os períodos de carência para consultas,

internações, procedimentos e exames, as faixas etárias e os percentuais de reajuste para cada uma delas, as condições de perda da qualidade de beneficiário, os eventos cobertos e excluídos, o regime ou tipo de contratação (individual ou familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão), as franquias, limites financeiros ou percentuais de participação dos usuários nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica, os bônus, descontos ou agravamentos das contraprestações pecuniárias e o número de registro da operadora na ANS, uma vez que não havia qualquer padronização dos contratos anteriores à nova legislação;

- Proibição da rescisão unilateral dos contratos, que passaram a contar com duração mínima de um ano e renovação automática, objetivando coibir a existência de algumas práticas consideradas prejudiciais aos usuários, tais como a falta de garantia de renovação do contrato, a cobrança de taxas e a recontagem de carências no momento de renovação, assim como a suspensão imediata dos serviços após o atraso no pagamento da mensalidade;
- Possibilidade de adaptação dos contratos antigos às novas regras de funcionamento do mercado, uma vez que a nova legislação atinge apenas os contratos comercializados a partir de 01 de janeiro de 1999; e
- Alteração imediata de todos os contratos, independentemente de sua adaptação à nova legislação, de modo que todos os usuários de planos de saúde passam a ter direitos relacionados aos seguintes aspectos: necessidade de autorização para reajustes de contratos para os usuários com mais de 60 anos; necessidade de regulamentação da ANS para as alegações de lesões e doenças preexistentes; proibição da rescisão unilateral do contrato individual ou familiar; e proibição de interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério de médico assistente.³⁴

³⁴ Esta última inovação foi considerada inconstitucional pelo Supremo Tribunal Federal, o que na prática invalida sua aplicabilidade.

Funcionamento das operadoras e fiscalização governamental

O funcionamento das operadoras de planos de saúde e a fiscalização governamental foi uma área também bastante contemplada pela nova legislação. Já no Artigo 1.º da Lei 9.656/98 foram definidas quais seriam as empresas submetidas às novas regras de funcionamento do setor, a saber: *todas as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde (e não apenas comercializam), constituídas sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa ou entidade de autogestão*. Em seguida, foram estabelecidos os requisitos necessários para a obtenção de autorização de funcionamento e encerramento das atividades, assim como o prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para comercialização de produtos após o registro provisório da operadora junto à ANS. Dessa forma, a operação de planos de saúde passou a estar atrelada ao cadastramento prévio da operadora e ao registro de produtos junto ao órgão regulador (Quadro 4.5).

Com relação às operações financeiras, a legislação proibiu as operadoras de realizar quaisquer operações financeiras com seus diretores e membros dos conselhos administrativos, consultivos, fiscais ou assemelhados, incluindo os respectivos cônjuges e parentes até o segundo grau, assim como com empresas controladas por tais pessoas. Todas as operadoras ficaram também obrigadas a submeter suas contas a auditoria externa, com a necessidade de publicação anual das demonstrações financeiras e do parecer dos auditores independentes, com exceção das operadoras com número inferior a vinte mil beneficiários, ficando a ANS responsável por sua publicidade. Além disso, as operadoras ficaram proibidas de requerer concordata, não estando sujeitas à falência ou insolvência civil, mas tão somente ao regime de liquidação extrajudicial, conforme legislação específica que trata da intervenção e da liquidação extrajudicial de instituições financeiras e entidades de previdência privada.

Quadro 4.5

Requisitos para autorização de funcionamento e encerramento das atividades das operadoras

Autorização de Funcionamento	Encerramento das Atividades
<ul style="list-style-type: none">• Registro nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, conforme o caso;• Descrição pormenorizada dos serviços de saúde próprios oferecidos e daqueles a serem prestados por terceiros;• Descrição das instalações e equipamentos da operadora destinados à prestação de serviços;• Especificação dos recursos humanos qualificados e habilitados, com responsabilidade técnica de acordo com as leis que regem a matéria;• Demonstração da capacidade de atendimento em razão dos serviços a serem prestados;• Demonstração de viabilidade econômico-financeira dos planos privados de assistência à saúde oferecidos, respeitadas as peculiaridades operacionais de cada uma das respectivas operadoras; e• Especificação da área geográfica coberta pelo plano privado de assistência à saúde.	<ul style="list-style-type: none">• Comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor ou a inexistência de beneficiários sob responsabilidade da operadora;• Garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;• Comprovação da quitação das obrigações da operadora com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde; e• Informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS.

Fonte: Lei 9.656/98 (Artigo 8.º)

Outra importante inovação relacionada ao funcionamento das operadoras diz respeito à possibilidade de alienação da carteira da operadora, assim como de estabelecimento de regime de direção fiscal ou técnica ou, ainda, liquidação extrajudicial, sempre que forem constatadas nas operadoras insuficiência das garantias de seu equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde de seus beneficiários. Deve-se observar que a competência para determinar a alienação da carteira, o regime de direção fiscal ou técnica, a liquidação extrajudicial e o afastamento dos dirigentes das operadoras sob regime de direção ou em liquidação coube exclusivamente à ANS, que também se tornou responsável por definir as atribuições e competências dos diretores técnico e fiscal, bem como do responsável pela alienação de carteira. A legislação determinou, ainda, a corresponsabilização dos dirigentes das operadoras, cujos bens permanecem indisponíveis enquanto estiverem sob regime de direção fiscal ou em liquidação extrajudicial. Na eventualidade de descumprimento da lei, foram instituídas penalidades financeiras às operadoras na forma de multas, com valores que passam a variar de acordo com o porte das

operadoras, sendo que os recursos arrecadados são direcionados à ANS. O objetivo desta medida, segundo Mesquita (2002), consiste em fazer com que o efeito da penalidade tenha significado para qualquer porte de operadora, de modo que a irregularidade cometida não seja banalizada em função do valor baixo da multa aplicada.

A instituição do Termo de Compromisso por Ajuste de Conduta e o estabelecimento de registro de bens garantidores, fundos e provisões constituem duas outras inovações que merecem destaque no âmbito do funcionamento das operadoras e da fiscalização governamental. A primeira representa um documento assinado pela operadora que se encontra sob processo administrativo, comprometendo-se a corrigir as falhas e irregularidades identificadas pelo órgão regulador. Para Mesquita (*op. cit.*), a adoção deste mecanismo teria o mérito de possibilitar a prática de fiscalização pró-ativa, educativa e disciplinadora, sem reduzir a função fiscalizadora a simples instrumento de arrecadação de multas. Com relação ao segundo aspecto, a legislação determina que os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões devem ser registrados na ANS, não podendo ser alienados sem prévia e expressa autorização.

Relações entre o subsistema público e o privado

As inovações relativas às relações entre os subsistemas público e privado dizem respeito à introdução de mecanismos que possibilitam o ressarcimento pelas operadoras ao SUS, em decorrência da utilização de serviços de prestadores contratados ou conveniados ao subsistema público por parte dos usuários de planos privados. O fluxo do processo envolve três etapas: (i) identificação dos usuários atendidos pelos prestadores integrantes do SUS; (ii) análise dos pedidos e contestações das operadoras; e (iii) cobrança dos valores relativos aos procedimentos identificados (Perez e Miranda F.º, 2002).

Com relação à primeira etapa do processo de ressarcimento, as operadoras ficaram obrigadas a fornecer à ANS, periodicamente, todas as informações e estatísticas relativas às suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, números de CPF e municípios onde residem. A identificação dos procedimentos é realizada a partir de um cruzamento entre os dados do DATASUS e do cadastro de beneficiários das operadoras

na ANS. Uma vez identificada a utilização de serviços junto ao subsistema público por um usuário de plano privado de assistência à saúde, a ANS emite um aviso para a respectiva operadora, que tem o direito de contestar.

As contestações podem ser feitas pelas operadoras mediante a apresentação de impugnações de natureza administrativa e técnica. A análise das impugnações é realizada pela ANS (impugnações administrativas) e pelo Ministério da Saúde (impugnações técnicas), devido à necessidade de auditoria dos procedimentos médicos, com o objetivo de resgatar as informações relativas aos serviços prestados ao usuário de planos de saúde. No caso de indeferimento das impugnações em primeira instância, as operadoras podem apresentar recurso.

A última etapa refere-se à geração e envio dos avisos de cobrança para as operadoras após as fases de identificação e análise das eventuais impugnações, cuja emissão é realizada a cada três meses pela ANS. Com o intuito de estabelecer valores de referência, foi instituída a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP), mediante a qual devem ser feitos os ressarcimentos dos serviços prestados aos usuários de planos de saúde por instituições públicas ou privadas integrantes do SUS. Os valores ressarcidos devem ser distribuídos entre o Fundo Nacional de Saúde e as unidades prestadoras de serviço.

Embora constitua objeto de contestação judicial por parte das operadoras, na medida em que o subsistema público deve oferecer acesso universal e gratuito para todos os cidadãos, o ressarcimento ao SUS pode ser entendido como uma tentativa de melhorar tanto a equidade do acesso ao sistema de saúde como um todo quanto a gestão dos recursos assistenciais, mediante a cobrança dos serviços prestados pelas instituições integrantes do SUS aos consumidores de planos de saúde, incentivando as operadoras a garantir a cobertura assistencial contratada por seus usuários (Mesquita, 2002).

Regulação de preços

As inovações relacionadas à regulação de preços incluem o estabelecimento dos critérios para reajuste dos planos privados de assistência à saúde e o próprio modelo de regulação adotado para esta finalidade. Com relação ao primeiro aspecto, a legislação determinou que

o reajuste de preços pode ocorrer em virtude de três razões: mudança de faixa etária, reajuste financeiro anual e reajuste técnico por variações na sinistralidade.

O reajuste por mudança de faixa etária ocorre automaticamente sempre que o usuário passa de uma faixa etária para outra, sendo que o valor da última faixa etária não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira. O reajuste financeiro anual, por sua vez, baseia-se na legislação que determina que os contratos podem sofrer apenas um reajuste por ano, com base na variação oficial de preços ou na variação de custos do setor, cujo percentual passou a ser determinado anualmente pela ANS para o reajuste dos contratos individuais e familiares, enquanto o reajuste dos contratos coletivos passou a ser objeto de negociação direta entre as operadoras e as empresas contratantes. Já o reajuste técnico diz respeito a variações decorrentes de alterações na quantidade de eventos verificados durante determinado período, não previsto no cálculo atuarial que serve de base para a fixação do preço inicial. Este tipo de reajuste, contudo, deve ser solicitado pelas operadoras à ANS mediante pedido de Revisão Técnica, objetivando corrigir eventuais desequilíbrios que possam comprometer a liquidez e a solvência de determinada carteira, ameaçando a continuidade da prestação de serviços aos usuários desses planos.

Do ponto de vista dos modelos teóricos de controle e reajuste de preços, a nova legislação estabeleceu uma política de reajuste baseada na combinação dos modelos de *price cap* e *yardstick* (Lopes, 2002). Dessa forma, a ANS passou a fixar anualmente o percentual de reajuste para todos os planos contratados por pessoa física (planos individuais e familiares) e planos operados por entidades de autogestão não patrocinadas (integralmente financiados pela contraprestação dos usuários), utilizando como parâmetro para o fator de reajuste a variação média de preços dos planos coletivos. Os reajustes dos planos coletivos, por sua vez, passaram a ser monitorados pela ANS, que precisa ser comunicada com trinta dias de antecedência, no caso de planos coletivos sem patrocinador. Para os planos coletivos patrocinados, a comunicação deve ser feita dentro do prazo de trinta dias após o reajuste.

4.3. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vinculada ao Ministério da Saúde, foi criada pela Lei 9.961 de 28 de janeiro de 2000, como órgão de regulação, normatização,

controle e fiscalização, em todo o território nacional, das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde. Dessa forma, as ações relativas à estratégia de regulação do mercado brasileiro de saúde suplementar passaram a ser realizadas pela ANS, de modo a garantir a consecução dos objetivos básicos definidos pela nova legislação de regulamentação do setor:

- Assegurar aos consumidores de planos privados de assistência à saúde cobertura assistencial integral e regular as condições de acesso;
- Definir e controlar as condições de ingresso, operação e saída das empresas e entidades que operam no setor;
- Definir e implantar mecanismos de garantias assistenciais e financeiras, das operadoras e do sistema, que assegurem a continuidade da prestação de serviços à saúde contratados pelos consumidores;
- Dar transparência e garantir tanto a integração do setor de saúde suplementar ao SUS como que o sistema seja ressarcido quanto aos gastos gerados pelos consumidores de planos privados de assistência à saúde;
- Estabelecer uma política de regulação de preços, definindo mecanismos de controle capazes de coibir possíveis abusos de preço; e
- Definir o sistema de regulamentação, normatização e fiscalização do setor saúde suplementar, buscando o funcionamento equilibrado do sistema e do próprio modelo de regulação e de fiscalização.

De acordo com o Artigo 3.º da Lei 9.961/00, a finalidade institucional da ANS é “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”. Não restam dúvidas, portanto, de que a ANS foi instituída para unificar todas as funções de regulação do setor de saúde suplementar, tanto em seu aspecto assistencial quanto em sua dimensão econômico-financeira, superando o modelo bipartite que havia sido inicialmente proposto pela Lei 9.656/98.

Assim como as demais agências reguladoras, a ANS foi criada como autarquia sob regime especial: apesar de vinculada ao Ministério da Saúde, possui autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, assim como autonomia em suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes. Estas características são importantes, na medida em que uma política regulatória bem sucedida está atrelada à independência das agências e à agilidade na tomada de decisões.

A gestão da ANS é de responsabilidade de uma Diretoria Colegiada, composta por cinco diretores indicados e nomeados pelo Presidente da República, após aprovação prévia pelo Senado Federal, para cumprimento de um mandato de três anos, com possibilidade de uma única recondução. Deve-se destacar que a legislação adotou a não coincidência dos mandatos para os dirigentes da ANS, com um sistema de transição para os diretores da primeira Diretoria Colegiada, incluindo mandato de quatro anos para três diretores e mandato de três anos para os outros dois diretores. Pires e Goldstein (2001) assinalam que a não coincidência de mandatos é uma característica importante, na medida em que contribui para evitar o estabelecimento de vícios administrativos e para estimular a renovação administrativa das diferentes áreas das agências.

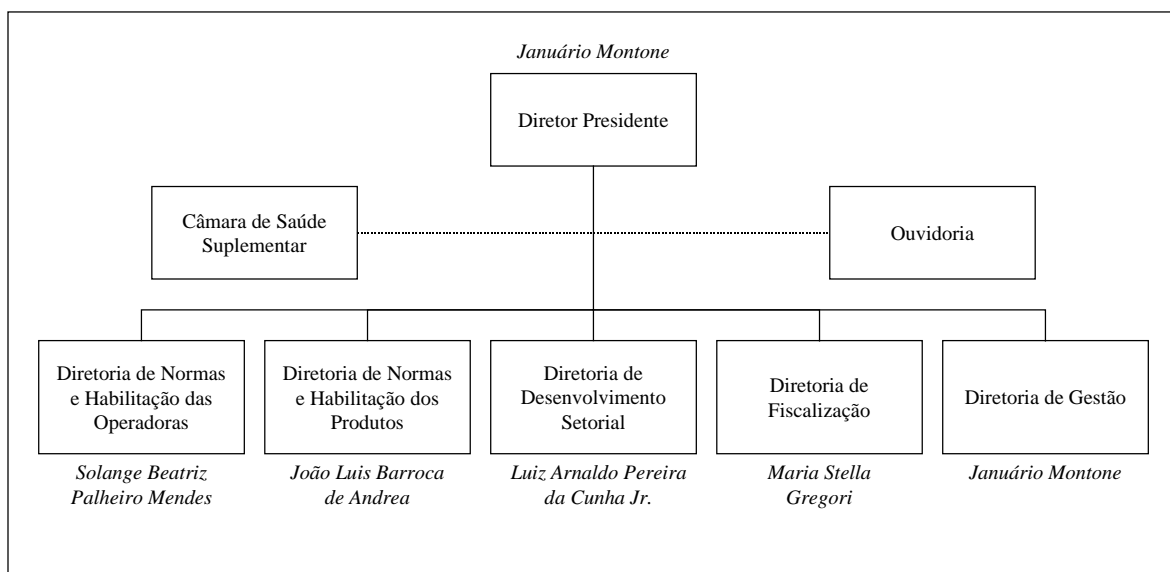
Após quatro meses de exercício, os diretores da ANS somente perderão o mandato em virtude de condenação penal transitada em julgado, condenação em processo administrativo instaurado pelo Ministério da Saúde, acumulação ilegal de cargos, empregos ou funções públicas e descumprimento injustificado de objetivos e metas acordados no contrato de gestão firmado entre a ANS e o Ministério da Saúde, garantindo-se, assim, a estabilidade de seus dirigentes. A legislação também contemplou a questão do insulamento dos dirigentes da ANS, na medida em que seus ex-diretores, até doze meses após deixar o cargo, não poderão representar qualquer pessoa ou interesse perante a Agência, excetuando-se os interesses próprios relacionados a contrato particular de assistência à saúde suplementar, na condição de contratante ou consumidor, assim como não poderão deter participação, exercer cargo ou função em organização sujeita à regulação da ANS.

A Diretoria Colegiada da ANS está estruturada em torno de cinco áreas, de acordo com seu Relatório de Gestão 2001:

- Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE: responsável pela normatização, registro e monitoramento do funcionamento das operadoras, inclusive dos processos de intervenção e liquidação;
- Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos – DIPRO: responsável pela normatização, registro e monitoramento de produtos, inclusive de reajuste de contratos individuais e familiares;
- Diretoria de Fiscalização – DIFIS: responsável por todo o processo de fiscalização, tanto dos aspectos econômico-financeiros quanto dos aspectos médico-assistenciais, além do apoio ao consumidor e articulação com os órgãos de defesa do consumidor;
- Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES: responsável pelo sistema de ressarcimento ao SUS e pelo desenvolvimento de instrumentos que viabilizem a melhoria da qualidade e o aumento da competitividade do setor; e
- Diretoria de Gestão – DIGES: responsável pelo sistema de gerenciamento da agência (recursos financeiros, recursos humanos, suprimentos, informática e informação).

Figura 4.1

Estrutura organizacional da ANS – primeira gestão, 2000-2003



Fonte: ANS

A lei de criação da ANS determinou a necessidade de avaliação da atuação administrativa e do desempenho da Agência e de seus dirigentes através de contrato de gestão negociado entre o seu Diretor-Presidente e o Ministro de Estado da Saúde e aprovado pelo Conselho de Saúde Suplementar (CONSU). A finalidade do contrato de gestão é permitir a avaliação objetiva do desempenho da ANS, mediante o estabelecimento de diretrizes estratégicas, metas e indicadores. Trata-se de um aspecto extremamente importante, na medida em que os contratos de gestão podem ser considerados técnicas de microrregulação utilizadas na implementação de políticas públicas, pois definem relações entre governos e empresas públicas ou privadas. Embora os contratos de gestão estabelecidos pela administração pública possam apresentar variações significativas de formato e conteúdo, todos eles devem estabelecer os objetivos gerais da empresa ou organização, indicadores de acompanhamento de desempenho e de progressividade no acompanhamento das metas (Ribeiro, 2001).

O primeiro contrato de gestão da ANS foi celebrado com o Ministério da Saúde em 21 de dezembro de 2000, com vigência para o ano de 2001. Atualmente, encontra-se em vigência o segundo contrato, celebrado em 10 abril de 2002, que traz as metas e os indicadores de desempenho para o período 2002-2003. Quatro diretrizes estratégicas foram então definidas para a atuação da primeira Diretoria Colegiada da ANS:

1. Ampliar a capacidade efetiva de participação dos consumidores no setor, assegurando e aperfeiçoando as coberturas ofertadas, impedindo ou restringindo, de fato, a vinculação da assistência e dos preços às condições de saúde e idade;
2. Garantir o equilíbrio das informações a todos os participantes do setor – operadoras, prestadores de serviço, agentes do Sistema Único de Saúde e consumidores;
3. Garantir o equilíbrio e a manutenção da estabilidade do setor, definindo e controlando os padrões de entrada, operação e saída das operadoras; e
4. Assegurar aos usuários o acesso, o direito e a defesa dos seus interesses em relação à assistência privada de saúde.

Segundo o Relatório de Gestão do Exercício 2002, os indicadores de desempenho pactuados para os anos 2002-2003 podem ser agrupados em três blocos – indicadores de regulação, indicadores operacionais e indicadores de infra-estrutura. Os indicadores do

primeiro bloco são aqueles vinculados à consolidação do modelo de regulação do setor de assistência suplementar à saúde, os indicadores operacionais estão relacionados com o controle do cumprimento da regulamentação, e os indicadores de infra-estrutura objetivam mensurar o nível de consolidação da ANS em suas atividades de regulação. A classificação dos indicadores de desempenho nos três diferentes blocos pode ser vista no Quadro 4.6.

Quadro 4.6

Classificação dos indicadores de desempenho para o período 2002-2003

Bloco	Indicadores
Indicadores de consolidação do modelo de regulação	<ul style="list-style-type: none"> • Taxa anual de migração de planos antigos para planos novos • Taxa de migração de registro provisório de produtos para registro definitivo • % de operadoras com registro definitivo
Indicadores operacionais de monitoramento e cumprimento da regulamentação	<ul style="list-style-type: none"> • % de acompanhamentos derivados de análise técnica, por segmento • % de operadoras com garantias financeiras constituídas • % de operadoras adotando contabilidade padrão • Números de fiscalizações pró-ativas • Grau de apuração de denúncias • Grau de ressarcimento ao SUS I • Grau de ressarcimento ao SUS II
Indicadores de consolidação da infra-estrutura da ANS	<ul style="list-style-type: none"> • Implantação do Sistema de Informações Epidemiológicas • Implantação da estrutura de Tecnologia de Informação • Implantação dos núcleos regionais • Formação do quadro de pessoal • Capacitação do quadro de pessoal • Produção e difusão do conhecimento em saúde suplementar • Imagem da ANS junto aos usuários, operadoras e prestadores • Satisfação do usuário com os serviços prestados pelas operadoras

Fonte: ANS – Relatório de Gestão do Exercício 2002

As relações da ANS com os diferentes atores do mercado de saúde suplementar ocorrem através de diversos mecanismos de participação (Câmara de Saúde Suplementar, Câmaras Técnicas e Consultas Públicas) e de comunicação, incluindo a Ouvidoria e os serviços de atendimento aos usuários.

A Câmara de Saúde Suplementar (CSS) é um órgão consultivo e permanente, constituindo o principal fórum de discussão do setor, com reuniões mensais e pautas pré-definidas, formada por representantes dos seguintes órgão e entidades:

- Diretoria Colegiada da ANS;
- Ministério da Fazenda, Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Justiça e Ministério da Saúde;
- Conselho Nacional de Saúde;
- Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde e Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde;
- Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização, entidades do segmento de autogestão, empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas, odontologia de grupo e cooperativas odontológicas;
- Entidades de defesa do consumidor, associações de consumidores de planos privados de assistência à saúde e entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais;
- Conselho Federal de Medicina, Conselho Federal de Odontologia, Conselho Federal de Enfermagem, Federação Brasileira de Hospitais, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços, Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas e Associação Médica Brasileira;
- Confederação Nacional da Indústria e Confederação Nacional do Comércio; e
- Central Única dos Trabalhadores, Força Sindical e Social Democracia Sindical.

As Câmaras Técnicas possuem caráter temporário e são instituídas pela ANS sempre que for constatada a necessidade de aprofundamento de temas discutidos no âmbito da Câmara de Saúde Suplementar, sendo formadas por membros indicados pelas entidades que compõem a CSS. Até o final de 2002, a ANS havia instalado seis Câmaras Técnicas para discutir diversos temas relacionados ao processo de regulação do setor – segmentação das operadoras, informações contábeis, rol de procedimentos, garantias financeiras, política de reajuste e planos odontológicos. Das seis Câmaras Técnicas instaladas pela ANS, três ocorreram em 2000, duas foram instaladas em 2000 e terminaram em 2001 e somente uma foi instalada em 2001 e finalizada em 2002.

As Consultas Públicas, por sua vez, representam possibilidade de participação de todos os interessados em apresentar críticas e sugestões sobre temas considerados relevantes para o

funcionamento do mercado, através da página da ANS na internet. Oito Consultas Públicas haviam sido realizadas pela ANS até o final de 2002, abrangendo temas diversos, com sua grande maioria tendo acontecido em 2001.

A Ouvidoria constitui um canal de comunicação entre a sociedade e a ANS, não possuindo vinculação hierárquica com a Diretoria Colegiada ou com a Câmara de Saúde Suplementar. O Ouvidor é indicado pelo Ministro de Estado da Saúde e nomeado pelo Presidente da República para um mandato de dois anos, admitida uma única recondução, sendo vedado ao Ouvidor possuir qualquer interesse, direto ou indireto, em empresas ou pessoas sujeitas à atuação regulatória da ANS.

O serviço de atendimento da ANS é realizado através de diferentes canais de comunicação – internet (*site*, *email*), telefone, fax e carta. Em julho de 2001, foi inaugurado o Disque ANS, central de atendimento telefônico com a finalidade de esclarecer, informar e receber denúncias originárias de todos os participantes do setor. Em um ano de funcionamento, o Disque ANS realizou mais de 49 mil atendimentos, dos quais 88% representaram consultas sobre diversos aspectos de funcionamento do setor e 12% denúncias. Deve-se destacar, ainda, a existência de oito Núcleos Regionais de Fiscalização (NURAFs), localizados nos estados do Pará, Ceará, Bahia, Distrito Federal, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul, destinados a efetuar as ações de fiscalização e atender os participantes dessas regiões.

Com relação aos mecanismos de fiscalização, dois programas foram implementados para o desenvolvimento das ações de fiscalização da ANS: Cidadania Ativa e Olho Vivo. O primeiro caracteriza-se como fiscalização reativa, operacionalizado pela Gerência de Atendimento ao Consumidor e motivado pela demandas espontâneas dos usuários, que realizam suas denúncias através dos canais de comunicação disponibilizados pela Agência, em especial o Disque ANS. Já o programa Olho Vivo foi concebido como forma de fiscalização planejada, com foco nas atividades das operadoras, e compreende um conjunto de ações e procedimentos regulares e sistemáticos de fiscalização, sendo operacionalizado por uma Gerência constituída especificamente para esta finalidade. A implementação de ambos os programas é de responsabilidade da Diretoria de Fiscalização da ANS.

Em recente apresentação realizada durante o 4.º Ciclo de Oficinas da ANS, Alcoforado e Martins (2002) indicaram que a fiscalização reativa foi prioridade nos dois primeiros anos de funcionamento da ANS, seja em virtude da estrutura organizacional da Diretoria de Fiscalização, que não apresentava condições operacionais para implementar simultaneamente ambos os programas, seja porque constituía um desdobramento direto das denúncias efetuadas pelos usuários. Dessa forma, a fiscalização planejada foi implementada somente a partir de 2002, com a realização de 185 ações pró-ativas de fiscalização, envolvendo a verificação do equilíbrio econômico-financeiro das operadoras, o padrão de qualidade dos serviços ofertados e a conformidade legal como um todo. Os objetivos da fiscalização planejada consistem em criar condições para o efetivo cumprimento da lei por parte das operadoras, buscando promover a adequação de suas condições de funcionamento aos parâmetros adotados pelo órgão regulador, desestimulando assim as práticas infrativas. Dessa forma, além da função saneadora, de natureza punitiva, a fiscalização planejada possui também uma função pedagógica e preventiva, visando orientar as operadoras quanto à aplicação das regras e normas estabelecidas.

A metodologia de implementação da fiscalização planejada conta com um Sistema de Seleção de Operadoras, responsável por selecionar aleatoriamente uma amostra de operadoras que serão submetidas à fiscalização pró-ativa. Esta seleção é realizada a partir de uma classificação que leva em consideração o coeficiente de risco das operadoras, dado pela frequência de ocorrências de denúncias, processos e representações e pelo porte da operadora, ponderados por pesos atribuídos ao tipo de operadora à modalidade de contratação.

Deve-se destacar, ainda, dois outros mecanismos de fiscalização implementados pela ANS – o Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta e a aplicação de multas e penalidades. O primeiro desses mecanismos consiste de um documento assinado pela operadora, que se compromete a corrigir as falhas e irregularidades que deram origem ao processo administrativo, incluindo a indenização dos prejuízos delas decorrentes e a informação do ocorrido a todos os usuários afetados pelas respectivas falhas e irregularidades. Mesquita (2002) assinala que este mecanismo possibilita a prática da fiscalização pró-ativa, educativa e disciplinadora, antecipando e universalizando os benefícios da correção aos demais consumidores. A aplicação de multas e penalidades, por sua vez, decorre do poder de

polícia atribuído à ANS e inclui desde uma simples advertência até o cancelamento da autorização para funcionamento e alienação da carteira da operadora.

Os resultados produzidos pela Agência em comparação com as metas estabelecidas em seus contratos de gestão permitem verificar o desempenho da ANS no período considerado. De acordo com o Relatório de Avaliação do Desempenho da Agência para o Período 2000-2001, o índice médio de execução das metas pactuadas no Contrato de Gestão 2000/2001 foi de 90%. Apesar disso, algumas metas apresentaram baixos percentuais de realização, com destaque para aquelas vinculadas às ações de instalação e estruturação da ANS, incluindo a instalação da sede da Agência (60%), a implantação dos suportes logístico, patrimonial e de informática (75%), a seleção e contratação de recursos humanos (51%), a capacitação do quadro de pessoal (43%) e a definição e implantação do modelo de gestão da documentação (50%).

Já com relação às 16 metas pactuadas para o ano de 2002, no âmbito do Contrato de Gestão 2002/2003, somente duas metas do bloco de monitoramento e cumprimento da regulamentação não foram cumpridas pela ANS – percentual de operadoras com plano de contas padrão (67%) e grau de apuração de denúncias (70%). Contudo, é necessário destacar que cinco metas foram cumpridas apenas quando comparadas com o percentual anual obrigatório de realização, situado abaixo da meta estabelecida no contrato de gestão.

Quadro 4.7

Avaliação das metas pactuadas para o ano de 2002

Bloco	Indicadores	Meta	Realizado	Avaliação*
Consolidação do modelo de regulação	Taxa anual de migração de planos antigos para planos novos	25	35	A
	Taxa de migração de registro provisório de produtos para registro definitivo	-	-	-
	% de operadoras com registro definitivo	-	-	-
Monitoramento e cumprimento da regulamentação	% de acompanhamentos derivados de análise técnica, por segmento	40	67	A
	% de operadoras com garantias financeiras constituídas	30	28	B
	% de operadoras adotando contabilidade padrão	100	67	C
	Números de fiscalizações pró-ativas	200	185	B
	Grau de apuração de denúncias	100	70	C
	Grau de ressarcimento ao SUS I	40	46	A
	Grau de ressarcimento ao SUS II	80	73	B
Consolidação da infra-estrutura da ANS	Implantação do Sistema de Informações Epidemiológicas	100	100	A
	Implantação da estrutura de Tecnologia de Informação	100	98	B
	Implantação dos núcleos regionais	4	3	B
	Formação do quadro de pessoal	-	-	-
	Capacitação do quadro de pessoal: total de funcionários treinados	450	930	A
	Capacitação do quadro de pessoal: total de horas de treinamento	10.800	11.573	A
	Produção e difusão do conhecimento em saúde suplementar	42	80	A
	Imagem da ANS junto aos usuários, operadoras e prestadores	1	1	A
	Satisfação do usuário com os serviços prestados pelas operadoras	1	1	A

Fonte: ANS – Relatório de Gestão do Exercício 2002

(*) Legenda da Avaliação: A = meta cumprida integralmente; B = meta cumprida de acordo com o percentual anual obrigatório de realização; C = meta não cumprida

Em seus três anos de funcionamento, a ANS empreendeu um grande esforço de normatização para regulamentar diversos itens relacionados ao funcionamento do mercado de saúde suplementar, como pode ser verificado pela quantidade de normas produzidas pela Agência durante os anos de 2000, 2001 e 2002. A Tabela 4.1. mostra que as Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC) representaram o principal tipo de norma utilizada pela ANS em 2000 e 2001, ao passo que as resoluções operacionais foram predominantes em 2002, que

também registrou uma quantidade razoável de resoluções e instruções normativas, denotando a utilização de um conjunto mais diversificado de instrumentos a partir de 2002.

Tabela 4.1

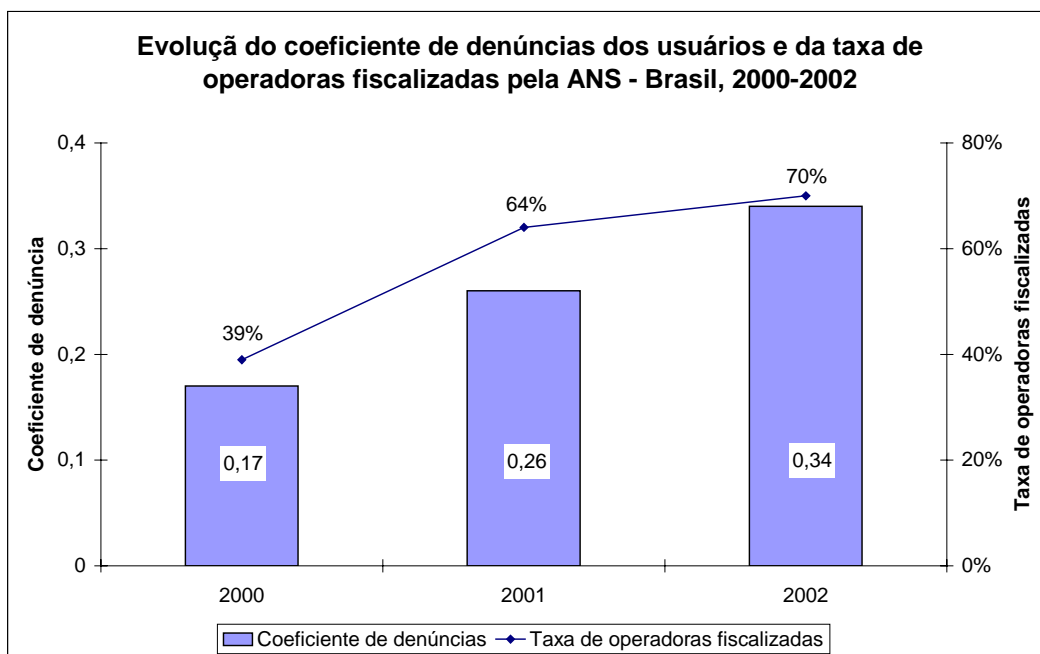
Normas produzidas pela ANS nos anos de 2000, 2001 e 2002

Tipo de Norma	2000	2001	2002
Resoluções da Diretoria Colegiada	46	47	2
Resoluções Normativas	-	-	23
Resoluções Operacionais	-	-	112
Súmulas Normativas	-	-	2
Instruções Normativas	-	-	18
Resoluções de Diretoria	9	12	-

Fonte: ANS – Relatório de Gestão do Exercício 2000; Relatório de Gestão do Exercício 2001; Relatório de Gestão do Exercício 2002

Com relação às denúncias efetuadas por usuários e às ações de fiscalização realizadas pela Agência, o Gráfico 4.1 mostra que tanto o coeficiente de denúncias dos usuários quanto a taxa de operadoras fiscalizadas pela ANS apresentaram grande crescimento no período 2000-2002, principalmente em virtude da consolidação institucional da Agência nos dois últimos anos.

Gráfico 4.1



Fonte: ANS – Relatório de Gestão do Exercício 2002

Outro aspecto importante de atuação da ANS diz respeito à implementação das ações relativas ao ressarcimento ao SUS. Como mostram os dados da Tabela 4.2, o número de beneficiários identificados para fins de ressarcimento aumentou 87% entre julho de 2001 e novembro de 2002. Da mesma forma, o valor total das cobranças enviadas às operadoras passou de R\$ 11,8 milhões em 2001 para R\$ 179,1 milhões em 2002, o que representa um aumento de mais de 1.400% no período. Finalmente, também foi verificado aumento significativo dos valores efetivamente pagos pelas operadoras a título de ressarcimento, saltando de R\$ 4 milhões em 2001 para R\$ 32 milhões em 2002. Esses dados evidenciam que a centralização das ações relativas ao ressarcimento ao SUS na ANS contribuíram positivamente para a implementação do sistema.

Tabela 4.2

Dados relativos ao sistema de ressarcimento ao SUS em julho de 2001 e novembro de 2002

Item de Ressarcimento	Jul 2001 (A)	Nov 2002 (B)	Varição (B) / (A)
Número de beneficiários identificados	195.038	364.371	87%
Valor total das cobranças enviadas às operadoras	R\$ 11,8 milhões	R\$ 179,1 milhões	1.412%
Valor total efetivamente pago pelas operadoras	R\$ 4 milhões	R\$ 32 milhões	689%

Fonte: ANS – Relatório de Gestão do Exercício 2002

4.4. Fragilidades

Apesar dos avanços obtidos do ponto de vista normativo e dos esforços empreendidos pela ANS no sentido de implementar as ações relativas às diretrizes estratégicas estabelecidas para a regulação do mercado de saúde suplementar no Brasil, pode-se destacar a existência de diversas fragilidades para consolidação do processo de regulação do setor, tais como: baixo grau de sustentabilidade financeira do sistema; falta de encaminhamento nas relações entre os subsistemas público e privado; instabilidade do marco jurídico; baixo grau de visibilidade da ANS junto aos usuários; e descumprimento de aspectos da legislação por parte das empresas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Dada a importância de tais aspectos para o futuro da regulação da saúde suplementar no Brasil e, no limite, para a própria sobrevivência do mercado a médio e longo prazos, convém analisar as fragilidades acima apontadas com mais detalhe.

Sustentabilidade do sistema

A operação de planos privados de assistência à saúde assemelha-se à gestão de seguros comercializados pelas tradicionais empresas seguradoras. O seguro (ou o plano de saúde) representa um valor pago pelo segurado (usuário) à seguradora (operadora) em troca da transferência do risco a que ele está exposto (risco de adoecer, associado à perda financeira). O valor pago pelo segurado constitui o prêmio retido pela seguradora e cujo valor está relacionado com o risco transferido do primeiro para este último. Sendo este o

caso, as operadoras de planos de saúde, na condição de empresas seguradoras, devem administrar suas operações baseadas em cálculos de risco, procurando estimar as probabilidades de ocorrência dos eventos que geram indenizações (despesas assistenciais) para um conjunto específico de usuários (carteira). Nesse sentido, quanto maior o risco transferido para as operadoras, risco este definido pelo perfil e tamanho da carteira, maior será o prêmio a ser pago pelos usuários como forma de compensar as perdas financeiras futuras. O total de prêmios ganhos, por sua vez, devem ser suficientes para que a operadora possa cobrir todas as despesas incorridas (indenizações, despesas administrativas, despesas de comercialização e despesas financeiras) e ainda gerar um resultado positivo (lucro) ao final de cada período.³⁵

A partir do exposto acima, duas importantes questões se colocam com relação à sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde suplementar (Biasoto Jr., 2003): (i) o confronto de sistemas em bases de fluxo de caixa *vis a vis* sistemas em bases contributivas; e (ii) a questão da diluição de risco de clientelas.

A primeira questão está relacionada com a forma de pagamento e a constituição de fundos para a realização das despesas. De modo geral, as empresas operadoras de planos privados de assistência à saúde no Brasil utilizam o regime de repartição simples, onde os prêmios ganhos são utilizados para cobertura das despesas correntes, sem que haja constituição de fundos individuais. Na prática, funcionam como uma câmara de compensação de sinistros entre as distintas faixas etárias presentes na carteira, de modo que os prêmios pagos pelos usuários mais jovens financiam as despesas dos usuários mais velhos. Trata-se, portanto, de um sistema baseado na gestão de receitas e despesas correntes, que apresenta grande fragilidade financeira e não estimula a formação de poupanças individuais para a garantia dos recursos a serem utilizados no futuro (gestão contributiva).

Já a questão da diluição de risco de clientelas está associada às possibilidades de redução das taxas de sinistralidade dos planos privados de assistência à saúde. Como os prêmios de risco estão associados ao perfil dos usuários e são inversamente proporcionais ao tamanho das populações seguradas (e considerando que a atual regulação do setor proíbe a prática de

³⁵ Os ganhos obtidos no mercado financeiro constituem outra importante fonte de receita para as empresas que atuam no mercado segurador em geral e devem ser levados em consideração na análise da rentabilidade do negócio, embora estes ganhos não representem sua atividade principal.

seleção de risco pelas operadoras), a diluição do risco pode ser obtida fundamentalmente mediante o aumento do tamanho das carteiras e a adoção de mecanismos de resseguro e co-seguro. Isso significa que carteiras pequenas tendem a apresentar alta concentração de sinistralidade, contribuindo para elevar os custos gerais do sistema. Esta situação é particularmente preocupante no Brasil, dado que 75% das operadoras são de pequeno porte (possuem uma carteira de até 10 mil usuários) e apresentam elevada sinistralidade quando comparadas com as demais operadoras de maior porte. Já a adoção de mecanismos de resseguro (transferência de uma parte do risco e do prêmio arrecadado para outra empresa seguradora) e co-seguro (divisão de risco entre várias empresas seguradoras, ficando cada uma responsável direto por uma determinada parte do valor total segurado) poderiam de fato contribuir para a diluição do risco das operadoras, reduzindo suas taxas de sinistralidade e os prêmios de risco.

Como bem destaca Biasoto Jr. (2003:10-11), a tentativa de elevar os prêmios a patamares adequados para contrapor os riscos e incertezas em tais situações esbarra na capacidade limitada de pagamento dos usuários, de modo que existe um limite superior de aumento das mensalidades dos planos de saúde, a partir do qual os usuários estarão dispostos migrar para planos de outras empresas ou, no limite, a deixar o sistema e passar a utilizar os serviços do subsistema público. O aumento das mensalidades, por sua vez, afeta de forma diferenciada as pessoas que não possuem problemas imediatos de saúde e apresentam baixa propensão ao gasto em saúde, fazendo com que ocorra uma fuga da clientela de menor risco e que deveria gerar fluxo de caixa positivo para financiar as despesas da clientela de maior risco potencial.

Na ausência, portanto, de mecanismos capazes de incentivar a incorporação de clientelas de menor risco, promover a capitalização dos recursos arrecadados e a diluição de risco, a sustentabilidade do sistema fica comprometida pela baixa adesão da clientela de menor risco, pela inexistência de mecanismos de capitalização dos recursos arrecadados e pelos custos elevados das indenizações.

Relações entre o SUS e a saúde suplementar

Conforme discutido no capítulo anterior, o sistema de saúde brasileiro é formado pela conjunção de um subsistema público, de caráter universal e que oferece serviços por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada, e de um subsistema privado, que opera planos privados de assistência à saúde e possui rede própria, credenciada ou referenciada. Apesar das diferenças de organização e atuação, esses dois subsistemas apresentam duas importantes formas de relacionamento:

- Atendimento da clientela privada por parte de hospitais públicos como forma de atrair fontes adicionais de financiamento e compensar eventuais *déficits* gerados no atendimento da clientela SUS (dupla porta de entrada); e
- Venda de serviços da rede privada ao subsistema público a fim de compensar a limitada capacidade do SUS para atendimento de toda a demanda, especialmente na área hospitalar (rede privada contratada).

Como destaca Biasoto (*op. cit.*), tais relações entre o SUS e a saúde suplementar ocorrem sem haja qualquer linha demarcatória entre os dois subsistemas, estabelecida de um ponto de vista sistêmico. Como resultado, observa-se um subsistema público que não consegue oferecer atendimento a toda a população, tendo que contratar serviços junto à rede privada e filantrópica, mas que na prática também atende a clientela de planos privados, com destaque para procedimentos de maior custo e complexidade, e um subsistema privado que atrai uma clientela que o SUS não consegue ou não dispõe de recursos para atingir, especialmente a população situada nos estratos de renda mais elevada e trabalhadores formais vinculados a empresas de médio e grande porte.

A ausência de delimitação macro entre o público e o privado implica, assim, uma indeterminação e uma incerteza no tipo de relação estabelecida entre as duas esferas, seja pela falta de definição de clientelas, seja pela fragilidade do mecanismo de regulação criado para arbitrar a transição entre um subsistema e outro – o ressarcimento ao SUS, que além de não resolver a questão tem sido objeto de todo o tipo de ação judicial por parte das empresas operadoras.

Instabilidade do marco jurídico

Desde a sua aprovação, a legislação que regula as atividades da saúde suplementar no Brasil tem sido objeto de questionamentos judiciais por parte das empresas reguladas, com relação a dois aspectos principais: a submissão de todos os contratos antigos a itens da nova legislação e a questão do ressarcimento ao SUS (Montone, 2003).

O primeiro aspecto diz respeito à retroatividade de alguns itens estabelecidos pela Lei 9.656/98 (e pelas 44 medidas provisórias que a modificaram) aos contratos antigos, independentemente de sua adaptação à nova legislação, tais como a necessidade de autorização para reajustes de contratos para os usuários com mais de 60 anos, a proibição da rescisão unilateral do contrato individual ou familiar e a proibição de interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar. Recente decisão do Supremo Tribunal Federal favorável à Ação Direta de Inconstitucionalidade n.º 1.931, proposta pela Confederação Nacional de Saúde, suspendeu a vigência dos dispositivos legais que regulam os planos privados de assistência à saúde para os contratos celebrados antes de 31 de dezembro de 1998. Na prática, isso significa que as mudanças introduzidas pelo processo de regulação do setor não se aplicam aos chamados “contratos antigos”, mas apenas aos contratos celebrados a partir de 1999 e aos contratos antigos que foram adaptados à nova legislação. Este ponto é particularmente significativo quando se considera que 2/3 dos usuários estão vinculados a planos antigos, sejam individuais ou coletivos.

O segundo aspecto de questionamento judicial está relacionado com a questão do ressarcimento ao SUS, envolvendo tanto a natureza de sua aplicabilidade quanto a tabela de preços utilizada pela ANS para determinar os valores a serem restituídos pelas empresas operadoras. Na medida em que o acesso ao SUS deve ser universal e gratuito, oferecendo cobertura integral para toda a população sem qualquer tipo de distinção socioeconômica, a introdução do mecanismo de ressarcimento ao SUS seria inconstitucional justamente por contrariar o princípio da universalidade do acesso ao subsistema público, penalizando a parcela da população coberta por planos privados de assistência à saúde. Além disso, a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP), que é a tabela de preços criada e utilizada pela ANS para cálculo do ressarcimento, também tem sido objeto

de ações judiciais, uma vez que os valores dos procedimentos da TUNEP são maiores do que aqueles utilizados pelo próprio SUS para remunerar os prestadores públicos e privados que participam do subsistema público. Vale dizer, além da cobrança por um serviço prestado no âmbito de um esquema público e universal, os valores considerados para cálculo do reembolso não estão alinhados com aqueles efetivamente aplicados pela esfera pública (Tabela SUS).³⁶

O que estes dois exemplos mostram é que a regulação do mercado de saúde suplementar no Brasil está baseado, em grande medida, em uma legislação que apresenta grande fragilidade do ponto de vista jurídico. Como resultado, observa-se o fortalecimento do Poder Judiciário no processo de regulação da saúde suplementar e conseqüente perda de legitimidade da ANS.

Visibilidade do órgão regulador junto aos usuários

Os dados da Pesquisa de Opinião Pública com Usuários de Planos de Saúde, realizada em dezembro de 2002 por solicitação da ANS, a partir de uma amostra representativa dos municípios com mais de 50 mil habitantes, revelaram que a grande maioria dos usuários não possuía qualquer informação a respeito da ANS (81%). Além disso, a maior parte dos usuários que conheciam a Agência precisou ser estimulado, seja pelo nome da ANS (13%), seja por descrição sumária (3%). Dessa forma, somente 2% dos usuários demonstraram conhecimento da existência da Agência de forma espontânea.

Embora o percentual de usuários que conhecem a Agência tenha aumentado de 12% para 17% no período 2001-2002, trata-se de um percentual ainda bastante baixo face às necessidades de interlocução com os usuários. De fato, somente 1% dos usuários indicaram espontaneamente que procurariam a ANS caso precisassem de alguma informação sobre os seus direitos ou se quisessem fazer alguma reclamação sobre seu plano de saúde. A grande maioria dos usuários procuraria a própria operadora do plano (60%) ou uma entidade representativa dos consumidores (22%). Da mesma forma, apenas 1% responderam que a ANS constitui o canal pelo qual é informado ou fica sabendo dos seus direitos em relação

³⁶ Até maio de 2003, 123 operadoras haviam obtido liminares judiciais contra a cobrança do ressarcimento, sendo que o montante envolvido neste processo representava 43% do valor passível de cobrança. Cf. Montone

aos planos de saúde, o que confirma o baixo grau de visibilidade da Agência junto aos usuários.

Tabela 4.3

Conhecimento da existência da ANS pelos usuários dos planos de saúde, 2001-2002

Conhecimento da ANS	2001	2002
Conhece a ANS	12%	17%
- Conhecimento espontâneo	2%	2%
- Conhecimento estimulado pelo nome ANS	8%	13%
- Conhecimento estimulado por descrição sumária	3%	3%
Nunca ouviu falar	86%	81%
Não sabe / não respondeu	2%	2%

Fonte: ANS – Pesquisa de Opinião Pública com Usuários de Planos de Saúde, dezembro de 2002

Descumprimento da legislação

O descumprimento de normas por parte das operadoras na comercialização de planos privados de assistência à saúde foi constatado pelo Instituto de Defesa do Consumidor (Idec), organização não governamental que atua na defesa dos interesses dos consumidores, a partir de um teste realizado em fevereiro de 2002 com oito operadoras de grande porte do setor, envolvendo oito diferentes aspectos: (1) conteúdo da “declaração de saúde”; (2) entrevista qualificada; (3) agravo; (4) exames solicitados por médicos não credenciados; (5) exigência de comprovante de pagamento; (6) realização de exames no período de inadimplência; (7) aviso de inadimplência; e (8) cancelamento do contrato.

Com exceção do aviso de inadimplência, todos os demais aspectos testados foram descumpridos no todo ou em parte por algumas operadoras, ao mesmo tempo em que foi constatado que diversas práticas não estavam de acordo com os dispositivos contratuais:

- A “declaração de saúde”, que é um formulário elaborado pela operadora para verificar se o usuário é ou não portador de doença ou lesão preexistente no momento da contratação, apresentaram questões genéricas sobre o passado do consumidor e não se

(2003:56).

restringiram às doenças ou lesões. Algumas delas questionaram sobre hábitos, sintomas e uso de medicamentos, entre outros. Além disso, a maior parte das empresas, ao receber o formulário respondido, não declarou expressamente se o consumidor havia sido enquadrado como portador de doença ou lesão preexistente;

- A realização da entrevista qualificada, dispositivo pelo qual o consumidor é auxiliado por um médico para realizar o preenchimento da “declaração de saúde”, foi negada por cinco das oito operadoras;
- A oferta do agravo, que consiste no pagamento maior da mensalidade para que o portador de doença ou lesão preexistente tenha a cobertura integral garantida pelo plano de saúde, foi um aspecto considerado problemático, na medida em que cinco operadoras informaram, em diferentes situações, que não havia a possibilidade desse mecanismo aos consumidores. A análise dos contratos revelou, porém, que a oferta do agravo fazia parte dos contratos de sete das oito operadoras testadas pelo Idec;
- A realização de exames solicitados por médico não credenciado, que constitui direito assegurado ao consumidor de planos de saúde pela legislação, não estava prevista no contrato de uma operadora, ao passo que três operadoras informaram, ainda, que esse tipo de procedimento não era permitido;
- Não houve uniformidade no comportamento dos prestadores de serviço com relação à exigência de apresentação de comprovante de pagamento da mensalidade por parte do usuário, já que a maioria dos médicos dispensou o comprovante de pagamento para atendimento, enquanto grande parte dos laboratórios fez essa exigência;
- Com exceção de uma operadora, todas as demais informaram ser possível a realização de exames durante o período de inadimplência. Já a maioria dos laboratórios condicionou a cobertura à autorização da operadora, propiciando o desencontro de informações;
- O aviso de inadimplência foi um aspecto efetuado corretamente por todas as operadoras, de modo que os usuários foram devidamente informados sobre a inadimplência, suas conseqüências e previsão contratual; e

- Todas as empresas aceitaram o cancelamento dos contratos, mesmo em situação de inadimplência dos usuários, sem exigir o pagamento das mensalidades em atraso. Mas apenas duas operadoras rescindiram formalmente o contrato.

Embora esse tipo de levantamento não apresente qualquer representatividade estatística, seja para o universo das operadoras, seja para o conjunto das transações efetuadas por cada operadora em cada um dos aspectos avaliados, os resultados apresentados pelo Idec sugerem que algumas regras estabelecidas para o funcionamento do mercado podem estar sendo constantemente descumpridas pelas operadoras, com grave prejuízo para os usuários dos planos. Nesse sentido, é preciso questionar o grau de eficácia das ações de fiscalização da ANS e a própria capacidade institucional da Agência para fazer com que a legislação seja cumprida.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As transformações no âmbito do Estado durante os últimos vinte anos, marcadas pela adoção de políticas de ajuste fiscal e de redução do tamanho do aparato estatal, apontam para o esgotamento de um modelo caracterizado por políticas econômicas ativas, voltadas para a questão do crescimento econômico e com claros reflexos para os sistemas de proteção social existentes nos diferentes países. Essas transformações podem ser identificadas como um processo de redefinição das próprias funções do Estado, que progressivamente deixa de ser um Estado intervencionista para se tornar um Estado regulador.

A literatura sobre a regulação de serviços públicos indica que seus principais fundamentos estão relacionados a uma teoria normativa, de natureza predominantemente microeconômica e que demonstra a necessidade da ação pública regulatória para garantir o pleno funcionamento de mercados privados, cuja eficiência econômica é comprometida pela existência de diversos tipos de falhas. A regulação por propriedade pública e a regulação por delegação constituíram as duas formas institucionais historicamente adotadas pelos diferentes países, sendo a primeira predominante até meados da década de 1970 nos principais países desenvolvidos, com exceção dos EUA, cujo modelo é marcado pela atuação das agências reguladoras independentes. Além disso, a construção de um ambiente regulatório adequado deve levar em consideração uma série de questões importantes, como as estruturas de governança, os esquemas de incentivo da regulação e a natureza responsiva da política regulatória, atentando para o fato de que não há um modelo geral a ser aplicado em todos os casos, uma vez que cada situação apresenta características próprias, assim como diferentes arranjos institucionais.

O setor saúde, por outro lado, representa um caso particularmente significativo, na medida em que se diferencia dos mercados tradicionais de *commodities*, especialmente no que diz respeito à incerteza, ao risco e à assimetria de informações. Essas falhas tornam imperativa a ação regulatória do Estado, não apenas procurando tornar esse mercado mais eficiente, mediante a adoção de mecanismos de incentivo da concorrência e melhor alocação de recursos, como recomenda a teoria econômica tradicional, mas sobretudo garantindo a

qualidade e o acesso da população aos serviços prestados, especialmente dos segmentos sociais mais vulneráveis, que possuem baixa capacidade de negociação e pouca influência no controle da qualidade dos serviços.

As experiências dos EUA, da Argentina, do Chile e da Colômbia na área da regulação do setor privado de assistência à saúde mostram que, mesmo contando com diferentes sistemas de saúde, estes países implementaram diversos instrumentos no sentido de regular o funcionamento das atividades de operação e comercialização de planos privados de assistência à saúde, com ênfase na dimensão econômico-financeira do setor, embora diversos aspectos assistenciais também sejam objeto de regulação. Nesse sentido, o mercado de saúde suplementar desses países é um mercado regulado publicamente, independente do nível de participação do setor privado na oferta de serviços.

No Brasil, a expansão da saúde suplementar foi impulsionada, num primeiro momento, pelo modelo assistencial de saúde adotado no país até meados da década de 1980, caracterizado pelo predomínio de ações de natureza curativa, individual e ligado ao desenvolvimento dos serviços de medicina previdenciária. O Estado, por sua vez, incentivou e ofereceu condições para a realização de investimentos privados no setor saúde, mediante a aquisição de serviços e produtos vinculados ao complexo médico-industrial do setor, o financiamento de investimentos e a contratação de serviços da rede privada, especialmente na área hospitalar.

O segundo ciclo de expansão da saúde suplementar ocorreu durante a fase de implementação do Sistema Único de Saúde que, embora tenha contribuído para modificar o modelo anterior mediante a introdução de uma série de inovações e programas de ampliação do acesso e da cobertura assistencial, não conseguiu ocupar o espaço conquistado pelo setor privado, que passou a contar com maior grau de autonomia em relação ao financiamento público.

O atual mercado brasileiro de saúde suplementar oferece cobertura assistencial para um contingente aproximado de 25% da população brasileira e apresenta uma estrutura formada por um grande número de operadoras de pequeno porte e um número reduzido de grandes empresas que detêm um percentual significativo do mercado. Além disso, os usuários dos planos privados de assistência à saúde são pessoas residentes nas áreas urbanas, de maior

renda familiar, inseridas em determinados ramos da atividade econômica e apresentam condições de saúde comparativamente melhores do que a população dependente do subsistema público, reproduzindo um perfil de demanda semelhante ao encontrado nos demais países latino-americanos. Tais características sugerem que o mercado privado de assistência à saúde, tal como se encontra organizado, tende a reproduzir as desigualdades existentes na sociedade brasileira, dado que o acesso está fundamentalmente relacionado com o nível de renda da população e com as características do mercado de trabalho. A progressiva diminuição da massa de salários, o aumento das taxas de desemprego (aberta e oculta), a crescente informalização do mercado de trabalho e o número reduzido de empresas de pequeno porte que oferecem alguma forma de proteção social na área médica para seus funcionários constituem fatores que limitam as possibilidades de crescimento da saúde suplementar no Brasil.

Embora planos privados de assistência à saúde sejam comercializados há mais de 40 anos no Brasil, somente em 1998 foi aprovada a legislação que regulamenta o mercado de saúde suplementar, a partir da atuação decisiva do Governo Federal na arena legislativa. Uma análise preliminar do conjunto de normas e regras estabelecidas desde a aprovação da Lei 9.656/98, formado por uma extensão legislação complementar, indica um elevado grau de complexidade do arcabouço normativo, dificultando a compreensão das “regras do jogo” para os diversos atores do mercado, principalmente os usuários. Além disso, deve-se destacar que o marco regulatório ainda se encontra em processo de consolidação no país, dada a natureza recente da regulação deste setor e a limitada experiência brasileira no modelo de regulação por agências.

As condições institucionais para a montagem de um sistema regulatório com maior capacidade de atuação foram impulsionadas com a criação da ANS, em 1990, na medida em que a Agência unificou as atividades de regulação em um único órgão e foi constituída como autarquia em regime especial, com autonomia decisória e financeira. As ações desenvolvidas pela ANS em seus três anos de existência indicam a realização de um grande esforço de normatização para definir as regras de funcionamento do mercado de saúde suplementar, com destaque para as seguintes áreas: coberturas assistenciais e condições de acesso; ingresso, operação e saída das operadoras; reajuste de preços; fiscalização das atividades de operação e comercialização dos planos; monitoramento dos contratos; e

ressarcimento ao SUS. Deve-se reconhecer, portanto, que a ANS foi capaz de produzir, em pouco tempo, avanços significativos no sentido de padronizar e estabelecer as condições de operação de um setor que mobiliza cerca de R\$ 22 bilhões por ano.

Por outro lado, é possível identificar uma série de fragilidades no processo de regulação do mercado, comprometendo a própria capacidade da Agência em “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país”, ações que constituem sua finalidade institucional. Tais fragilidades estão relacionadas, entre outras coisas com os seguintes aspectos: esquemas inadequados de gestão de risco praticadas pelas empresas operadoras; fragilidade do marco jurídico da regulação, alvo de constantes ações judiciais, e ausência de regulação adequada nas relações entre os subsistemas público e privado, evidenciando a necessidade de revisão do modelo de regulação adotado.

A resolução das diversas fragilidades identificadas ao longo deste trabalho conforma um conjunto amplo de desafios estratégicos que precisam ser encaminhados com urgência pelo setor público no sentido de garantir a própria solvência do mercado privado de assistência à saúde. A definição de uma regulação sistêmica entre o SUS e a saúde suplementar, a adoção de mecanismos que possibilitem a diluição do risco sem comprometer os direitos dos usuários, a revisão de aspectos da regulação considerados frágeis do ponto de vista jurídico, a portabilidade e mobilidade dos usuários, a repactuação da relação entre operadoras e prestadores, a regulação de contratos antigos e a própria revisão do modelo de agências reguladoras representam importantes desafios para a saúde suplementar no Brasil.

BIBLIOGRAFIA

Capítulo 1

Almeida, C. *O Mercado Privado de Serviços de Saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica hospitalar*. Brasília: IPEA, 1998. (Texto para Discussão, n. 599).

Arretche, M. T. S. Emergência e Desenvolvimento do Welfare State: teorias explicativas. *Boletim Informativo e Bibliográfico em Ciências Sociais*, n.39, p.3-40, 1995.

Arrow, K. J. Uncertainty And The Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*, v.53, n.5, p.941-973, 1963.

Ayres, I. & Braithwaite, J. *Responsive Regulation*. Oxford: Oxford University Press, 1992.

Bresser Pereira, L. C. *A Reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle*. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997. (Cadernos MARE, nº 1)

Costa, N. R. Política Social e Ajuste Macroeconômico. *Cadernos de Saúde Pública*, v.18, Suplemento, p.13-21, 2002.

Chamberlain, E. *Teoria de la Competencia Monopolica*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, 1956

Del Nero, C. O Que é Economia da Saúde. In: Piola, S. F.; Vianna, S. M. *Economia da Saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília: IPEA, 1995.

Draibe, S; Henrique, W. Welfare State, Crise e Gestão da Crise. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v.6, n.3, p.53-78, 1988.

Esping-Andersen, G *Welfare States in Transition: national adaptation in global economies*. London: Sage Publications, 1997.

Farina, E. M. M. Q; Azevedo, P. F; Picchetti, P. A Reestruturação dos Setores de Infra-Estrutura e a Definição dos Marcos Regulatórios: princípios gerais, características e problemas. In: IPEA. *Infra-Estrutura: perspectivas de reorganização: regulação*. Rio de Janeiro: IPEA, 1997.

Ferlie, E.; Asburner, L.; Fitzgerald, L.; Pettigrew, A. *A Nova Administração Pública em Ação*. Brasília: Editora Universidade de Brasília: ENAP, 1999.

Fooland, S.; Goodman, A. C.; Stano, M. *The Economics Of Health And Health Care*. New Jersey: Prentice-Hall, 1997.

Getzen, T. E. *Health Economics: fundamentals and flow of funds*. New York: John Wisley & Sons, 1997

Ham, C. (editor). *Health Care Reform: learning from international experience*. Philadelphia: Open University Press, 1997.

Instituto de Defesa do Consumidor. *Pesquisa do Idec mostra que agências e órgãos reguladores apresentam desempenho insatisfatório*. Disponível na Internet: <http://www.idec.org.br> (consulta realizada em 12 de março de 2003).

Ivanauskas, T. M. *Seguradores versus Provedores no Campo da Saúde Privada*. São Paulo: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, 2002. (mimeo).

Labini, P. S. *Oligopólio e Progresso Técnico*. São Paulo: Nova Cultural, 1986.

Lopes, M. *Regulação da Assistência Suplementar e Preços*. Rio de Janeiro: ANS, 2002. (Apresentação realizada durante o 4.º Ciclo de Oficinas ANS).

Majone, G. *Regulating Europe*. London: Routledge, 1996.

_____. Do Estado Positivo ao Estado Regulador: causas e conseqüências de mudança no modo de governança. *Revista do Serviço Público*, v.50, n.1, p.5-36, 1999.

Martins, C. E. Da Globalização da Economia à Falência da Democracia. *Economia e Sociedade*, n.6, p.1-23, 1996.

Melo, M. A. (2001). A Política da Ação Regulatória: responsabilização, credibilidade e delegação. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v.16, n.46, p.56-68, 2001.

_____. Políticas Regulatórias: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, n.50, p.7-43, 2000.

Mérrien, F. X. *O Estado-Providência*. Paris: Collection Que Sais Je? Puf., 1994. (tradução não revista).

Montone, J. *A Regulamentação do Setor de Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2000.

Phelps, C. E. *Health Economics*. Reading: Addison-Wesley, 1997.

Pierson, P. *Dismanteling the Welfare State? Reagan, Thatcher And The Politics of Retrenchment*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.

Pindyck, R. S; Rubinfeld, D. L. *Microeconomia*. São Paulo: Makron Books, 1994.

Pires, J. C. L. e Goldstein, A. Agências Reguladoras Brasileiras: avaliação e desafios. *Revista do BNDES*, v.8, n.16, p.3-42, 2001

Plihon, D. Desequilíbrios Mundiais e Instabilidade Financeira. *Economia e Sociedade*, n.7, p.85-127, 1996.

Pondé, J. L., *Coordenação, Custos de Transação e Inovações Institucionais*. Campinas: Unicamp: Instituto de Economia, 1994. (Texto para Discussão, n.º 38).

Possas, M. L. *Estruturas de Mercado em Oligopólio*. São Paulo: Editora Hucitec, 1987.

Possas, M. L.; Pondé, J. L.; Fagundes, J. Regulação da Concorrência nos Setores de Infraestrutura no Brasil: elementos para um quadro conceitual. In: IPEA. *Infra-Estrutura: perspectivas de reorganização: regulação*. Rio de Janeiro: IPEA, 1997.

Ribeiro, J. M. Regulação e Contratualização no Setor Saúde. In: Negri, B; Giovanni, G. *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: Unicamp, Instituto de Economia, 2001.

Robinson, J *The Economics of Imperfect Competition*. London: MacMillan, 1965.

Steindl J. *Maturidade e Estagnação no Capitalismo Americano*. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

- Stiglitz, J. (1998). *Redefining The Role Of The State*. Washington: The World Bank Group.
- Teixeira, A. Mercado e Imperfeições de Mercado: o caso da assistência suplementar. In: ANS. *Segundo Ciclo de Oficinas*. Rio de Janeiro: ANS, 2000.
- Walshe, K. The Rise of Regulation in the NHS. *Bouletin of Medical Journal*, n.324, p.967-970, 2002.

Capítulo 2

- Aedo, C. La Competencia Administrada y Reformas para el Sector Salud de Chile. In: Titelman, D. & Uthoff, A. (compiladores). *Ensayos Sobre el Financiamiento de la Seguridad Social en Salud*. Santiago de Chile: CEPAL, 2000.
- Andrade, M. V. e Lisboa, M. B. *Sistema Privado de Seguro-Saúde: lições do caso americano*. Rio de Janeiro: FGV, 2000. (Ensaio Econômico EPGE, n.º 382).
- Arce, H. E. Tendencias, Escenarios y Fenómenos Emergentes en la Configuración del Sector Salud en la Argentina. In: Titelman, D. & Uthoff, A. (compiladores). *Ensayos Sobre el Financiamiento de la Seguridad Social en Salud*. Santiago de Chile: CEPAL, 2000.
- Arteaga, O.; Astorga, I.; Pinto, A. M. Desigualdades en la Provisión de Asistencia Médica en el Sector Público de Salud en Chile. *Cadernos de Saúde Pública*, v.18, n.4, p.1053-1066, 2002.
- Belmartino, S. Los Valores Vinculados a Equidad en la Reforma de la Atención Médica en Argentina. *Cadernos de Saúde Pública*, v.18, n.4, p.1067-1076, 2002.
- _____. Argentina: alternativas de transformação no sistema de serviços de saúde. In: Buss, P. & Labra, M. E. (org.). *Sistemas de Saúde: continuidades e mudanças*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 1995.
- Berdugo, A. E. C.; Luna, M. C.; Ramírez, N. A. *Narrativa Sobre La Reforma Del Sistema de Salud en Colombia*. Bogotá: Instituto Nacional de Salud Pública, 2000.
- Bitrán, R. & Almarza, F. X. Las Instituciones de Salud Previsional en Chile. In: Titelman, D. & Uthoff, A. (compiladores). *Ensayos Sobre el Financiamiento de la Seguridad Social en Salud*. Santiago de Chile: CEPAL, 2000.
- Céspedes, J. E.; Jaramillo, I.; Castaño, R. A. Impacto de la Reforma del Sistema de Seguridad Social sobre la Equidad en los Servicios de Salud en Colombia. *Cadernos de Saúde Pública*, v.18, n.4, p.1003-1024, 2002.
- Findling, L.; Arruñada, M.; Klimovsky, E. Desregulación y Equidad: el proceso de reconversión de Obras Sociales en Argentina. *Cadernos de Saúde Pública*, v.18, n.4, p.1077-1086, 2002.
- Flood, M. C. V. Gasto en Financiamiento de la Salud en Argentina. In: Titelman, D. & Uthoff, A. (compiladores). *Ensayos Sobre el Financiamiento de la Seguridad Social en Salud*. Santiago de Chile: CEPAL, 2000.

González García, G. e Tobar, F. *Más Salud por El Mismo Dinero*. Buenos Aires: Ediciones GEL-ISALUD, 1997.

Hernández, M. Reforma Sanitaria, Equidad y Derecho a la Salud en Colombia. *Cadernos de Saúde Pública*, v.18, n.4, p.991-1001, 2002.

Immergutt, E. As Regras do Jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v.30, n.11, p.139-163, 1996.

Kahn III, C. N.; Rosen, D. A.; Miller, M.; Fyffe, K. H. The Health Insurance Portability And Accountability Act Of 1996. In: Kongstvest, P. R. *Essentials Of Managed Health Care*. Maryland: Aspen Publishers, 2001. (Fourth Edition).

Kaiser Family Foundation. *Changes In Insurance Coverage: 1994-2000 and beyond*. 2002a. Disponível na Internet: <http://www.kff.org>

_____. *Trends And Indicators In The Changing Health Care Marketplace*, 2002. 2002b. Disponível na Internet: <http://www.kff.org>

Kirkman-Liff United States. In: HAM, C. (editor). *Health Care Reform: learning from international experience*. Philadelphia: Open University Press, 1997.

Kongstvest, P. R. *Essentials Of Managed Health Care*. Maryland: Aspen Publishers, 2001. (Fourth Edition).

Labra, M. E. La Reivención Neoliberal de La Inequidad en Chile: el caso de la salud. *Cadernos de Saúde Pública*, v.18, n.4, p.1041-1052, 2002..

_____. As Políticas de Saúde no Chile: entre a razão e a força. In: Buss, P. & Labra, M. E. (org.). *Sistemas de Saúde: continuidades e mudanças*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 1995.

Larrañaga, O. Eficiencia y Equidad en el Sistema de Salud Chileno. In: Titelman, D. & Uthoff, A. (compiladores). *Ensayos Sobre el Financiamiento de la Seguridad Social en Salud*. Santiago de Chile: CEPAL, 2000.

Montoya, S. Reformas al Financiamiento del Sistema de Salud en Argentina. In: Titelman, D. & Uthoff, A. (compiladores). *Ensayos Sobre el Financiamiento de la Seguridad Social en Salud*. Santiago de Chile: CEPAL, 2000.

Phelps, C. E. *Health Economics*. New York: Addison Wesley, 1997. (Second Edition).

Pierson, P. *Dismanteling The Welfare State? Reagan, Thatcher and Politics of Retrenchment*. Cambridge University Press, 1994.

Plaza, B. Mecanismos de Pago y Contratación del Régimen Contributivo dentro del Marco de Seguridad Social en Colombia. In: Titelman, D. & Uthoff, A. (compiladores). *Ensayos Sobre el Financiamiento de la Seguridad Social en Salud*. Santiago de Chile: CEPAL, 2000.

Sánchez, L. G. M. El Financiamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia. In: Titelman, D. & Uthoff, A. (compiladores). *Ensayos Sobre el Financiamiento de la Seguridad Social en Salud*. Santiago de Chile: CEPAL, 2000.

Smith, R. I. & Stewart, K. State Regulation Of Managed Care. In: The Health Insurance Portability And Accountability Act Of 1996. In: Kongstvest, P. R. *Essentials Of Managed Health Care*. Maryland: Aspen Publishers, 2001. (Fourth Edition).

Tafani, R. Problemas y Reforma del Sector Salud en la Argentina. In: Titelman, D. & Uthoff, A. (compiladores). *Ensayos Sobre el Financiamiento de la Seguridad Social en Salud*. Santiago de Chile: CEPAL, 2000.

Trujillo, M. R. La Reforma de la Seguridad Social en Salud en Colombia y la Teoría de Competencia Regulada. In: Titelman, D. & Uthoff, A. (compiladores). *Ensayos Sobre el Financiamiento de la Seguridad Social en Salud*. Santiago de Chile: CEPAL, 2000.

US Department of Health and Human Resources. *Health, United States, 2000*. 2000. Disponível na Internet: <http://www.cdc.gov/nchs/products/pubs/pubd/hs/hs.htm>

Wainer K., U. Hacia una Mayor Equidad en la Salud: el caso de las ISAPREs. In: Titelman, D. & Uthoff, A. (compiladores). *Ensayos Sobre el Financiamiento de la Seguridad Social en Salud*. Santiago de Chile: CEPAL, 2000.

Capítulo 3

Akamine, O. (org.). *Unimed 30 Anos*. São Paulo: Cartaz Editorial Ltda., 1997.

Almeida, C. *O Mercado Privado de Serviços de Saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica hospitalar*. Brasília: IPEA, 1998. (Texto para Discussão, n. 599).

Aureliano, L. e Draibe, S. A Especificidade do Welfare State Brasileiro. In: MPAS/Cepal. *Economia e Desenvolvimento*. Brasília, v.3, 1989.

Bahia, L. O Mercado de Planos e Seguros de Saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. In: Negri, B. e Giovanni, G. *Brasil: radiografia da Saúde*. Campinas: Unicamp: IE, 2001.

_____. *Mudanças e Padrões das Relações Público-Privado: seguros e planos de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz: ENSP, 1999. (Tese de Doutorado).

Braga, J. C. S. e Barros Silva, P. L. A Mercantilização Admissível e as Políticas Públicas Inadiáveis: estrutura e dinâmica do setor saúde no Brasil. In: Negri, B; Giovanni, G. *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: Unicamp, Instituto de Economia, 2001.

Braga, J. C. S. e Paula, S. G. *Saúde e Previdência: estudos de política social*. São Paulo: Hucitec, 1980.

CIEFAS – Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde. *A História da Autogestão no Brasil*. São Paulo: CIEFAS, 2000.

Cohn, A. e Elias, P. Equidade e Reforma na Saúde nos Anos 90. *Cadernos de Saúde Pública*, v.18, Suplemento, p.173-180, 2002.

_____. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. São Paulo: Cortez: Cedec, 2001. (4ª edição).

Cordeiro, H. *A Indústria da Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

- Costa, N. R. e Pinto, L. F. (2002). Piso de Atenção Básica: mudanças na estrutura. In: Negri, B. e Vianna, A. L. *O Sistema Único de Saúde em Dez Anos de Desafio*. São Paulo: Sobravime/Cealag.
- Dain, S.; Faveret, A. C. de S. C.; Cavalcanti, C. E.; Carvalho, D.; Quadros, W. L. Avaliação dos Impactos de Reforma Tributária sobre o Financiamento da Saúde. In: Negri, B. e Giovanni, G. *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: Unicamp: IE, 2001.
- Draibe, S. M. As Políticas Sociais do Regime Militar *Brasileiro*. In: Soares, G. e D'Araújo, M. C. (orgs.). *21 Anos de Regime Militar*. Rio de Janeiro: FGV, 1994.
- Duarte, C. M. R. A Assistência Médica Suplementar no Brasil: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil. Negri, B. e Giovanni, G. *Brasil: radiografia da Saúde*. Campinas: Unicamp: IE, 2001.
- Faveret F.º, P.; Oliveira, P. J. A Universalização Excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Planejamento e Políticas Públicas*, n.3, p.136-162, junho 1990.
- Farias, L. O. Estratégias Individuais de Proteção à Saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.6, n.2, p.405-416, 2001
- IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – Acesso e Utilização de Serviços de Saúde 1998*. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.
- Irion, J. E. O. O Complexo Unimed. In: May, N. L. (org.). *Compêndio de Cooperativismo Unimed*. Porto Alegre: WS Editor, 1998.
- Lauschner, R. O Pensamento Cooperativo. In: May, N. L. (org.). *Compêndio de Cooperativismo Unimed*. Porto Alegre: WS Editor, 1998.
- Médici, A. *Economia e Financiamento do Setor Saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização*. São Paulo: USP: FSP, 1994.
- Montone, J. *Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas*. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2002. (Série ANS – n. 03).
- Negri, B. e Giovanni, G. *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: Unicamp: IE, 2001.
- Oliveira, J. A. de A. e Teixeira, S. M. F. (In) *Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1986.
- Reis, C. O. O. O Estado e os Planos de Saúde no Brasil. *Revista do Setor Público*, v.51, n.1, p.125-149, jan-mar 2000.
- Sanchez, M. C. *Regulação como Instrumento de Políticas Públicas do Estado Contemporâneo: Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS*. São Paulo: USP: FSP, 2001. (Dissertação de Mestrado).
- Silva, P. L. B. *Atenção à Saúde como Política Governamental*. Campinas: Unicamp: IFCH, 1984. (Dissertação de Mestrado).
- Viana, A. L. D. *et alii*. (2002). Descentralização no SUS: efeitos da NOB-SUS 01/96. In: Negri, B. e Vianna, A. L., *op. cit.*
- Viana, A. L. D. *A Política de Saúde no Estado de São Paulo nos Anos 80: formação e tensões*. Campinas: Unicamp: IE, 1994. (Tese de Doutorado)

Capítulo 4

Alcoforado, F.; Martins, J. E. C. *Fiscalização Planejada - Programa de Execução*. Rio de Janeiro: ANS, 2002. (Apresentação realizada durante o 4.º Ciclo de Oficinas ANS).

ANS. *Contrato de Gestão 2000/2001*. Disponível na internet: <http://www.ans.gov.br>

ANS. *Contrato de Gestão 2002/2003*. Disponível na internet: <http://www.ans.gov.br>

ANS. *Relatório de Gestão do Exercício 2000*. Disponível na internet: <http://www.ans.gov.br>

ANS. *Relatório de Gestão do Exercício 2001*. Disponível na internet: <http://www.ans.gov.br>

ANS. *Relatório de Gestão do Exercício 2002*. Disponível na internet: <http://www.ans.gov.br>

Bahia, L. *Mudanças e Padrões das Relações Público-Privado: seguros e planos de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz: ENSP, 1999. (Tese de Doutorado).

Biasoto Jr., G. *Portabilidade: avaliação exploratória das principais potencialidades e dificuldades*. Campinas, 2003. (mimeo).

Ferron, F. *Planos Privados de Assistência à Saúde – Lei 9.656 de 3 de junho de 1998*. São Paulo: Livraria Editora Universitária de Direito.

Lopes, M. *Regulação da Assistência Suplementar e Preços*. Rio de Janeiro: ANS, 2002. (Apresentação realizada durante o 4.º Ciclo de Oficinas ANS).

Mesquita, M. A. F. *A Regulação da Assistência Suplementar à Saúde: legislação e contexto institucional*. In: ANS. *Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

Montone, J. *Evolução e Desafios da Regulação do Setor de Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2003. (Série ANS, n. 04).

_____. *Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas*. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2002. (Série ANS, n. 03).

Pereira, C; Costa, N. R.; Giovanella, L. *O Jogo da Regulação da Saúde Suplementar no Brasil*. *Novos Estudos Cebrap*, n.60, p.151-163, julho 2000.

Perez, C. M. de O.; Miranda F.º, F. M. *Ressarcimento ao SUS*. Rio de Janeiro: ANS, 2002. (Apresentação realizada durante o 4.º Ciclo de Oficinas ANS).

Pires, J. C. L. e Goldstein, A. *Agências Reguladoras Brasileiras: avaliação e desafios*. *Revista do BNDES*, v.8, n.16, p.3-42, 2001

Ribeiro, J. M. *Regulação e Contratualização no Setor Saúde*. In: Negri, B; Giovanni, G. *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: Unicamp, Instituto de Economia, 2001.

Sanchez, M. C. *Regulação como Instrumento das Políticas Públicas do Estado Contemporâneo: Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2001. (Dissertação de Mestrado).