



JOÃO FERNANDO MOURA VIANA

**SAÚDE SUPLETIVA: ESTADO, FAMÍLIAS E EMPRESAS EM
NOVO ARRANJO INSTITUCIONAL**

CAMPINAS, 2012



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE ECONOMIA**

JOÃO FERNANDO MOURA VIANA

**SAÚDE SUPLETIVA: ESTADO, FAMÍLIAS E EMPRESAS EM
NOVO ARRANJO INSTITUCIONAL**

TESE DE DOUTORADO APRESENTADA AO
INSTITUTO DE ECONOMIA DA UNICAMP PARA
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTOR EM
DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, NA ÁREA DE
ECONOMIA SOCIAL E DO TRABALHO.

PROF. DR. PEDRO LUIZ BARROS SILVA – ORIENTADOR

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA
TESE DEFENDIDA POR JOÃO FERNANDO MOURA
VIANA E ORIENTADA PELO PROF. DR. PEDRO LUIZ
BARROS SILVA.

CAMPINAS, 2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
Maria Teodora Buoro Albertini – CRB8/2142 –
CEDOC/INSTITUTO DE ECONOMIA DA UNICAMP

V654s Viana, João Fernando Moura, 1953-
Saúde supletiva: estado, famílias e empresas em novo arranjo
institucional / João Fernando Moura Viana. – Campinas, SP: [s.n.],
2012.

Orientador: Pedro Luiz Barros Silva.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas,
Instituto de Economia.

1. Seguro-saúde. 2. Envelhecimento. 3. Seguridade social. 4. Fi-
nanciamento. I. Silva, Pedro Luiz Barros, 1952-. II. Universidade
Estadual de Campinas. Instituto de Economia. III. Título.

12-043-BIE

Informações para Biblioteca Digital

Título em Inglês: Supplemental health care: state, families and companies in a new
institutional arrangement

Palavras-chave em inglês:

Health insurance

Ageing

Social protection

Financing

Área de Concentração: Economia Social e do Trabalho

Titulação: Doutor em Desenvolvimento Econômico

Banca examinadora:

Pedro Luiz Barros Silva

Eduardo Fagnani

José Carlos de Souza Braga

Claudio Leopoldo Salm

Marcos Vinícius de Campos

Data da defesa: 14-08-2012

Programa de Pós-Graduação: Desenvolvimento Econômico

Tese de Doutorado

Aluno: **JOÃO FERNANDO MOURA VIANA**

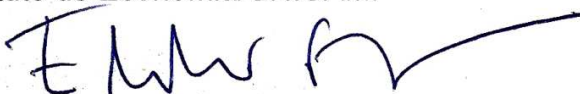
**“Saúde Supletiva: estado, famílias e empresas em novo
arranjo institucional”**

Defendida em 14 / 08 / 2012

COMISSÃO JULGADORA



Prof. Dr. Pedro Luiz Barros Silva
Instituto de Economia/UNICAMP



Prof. Dr. Eduardo Fagnani
Instituto de Economia / UNICAMP



Prof. Dr. José Carlos de Souza Braga
Instituto de Economia/ UNICAMP



Prof. Dr. Claudio Leopoldo Salm
UFRJ



Prof. Dr. Marcos Vinicius de Campos
FAAP

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Pedro Luiz Barros Silva, meu orientador, pela paciência e contagiante determinação.

Agradeço ao Professor Claudio Salm pelo incentivo antes e durante a elaboração deste trabalho. Entusiasta, crítico, exigente, faz da coincidência de opiniões e do compartilhamento da visão política matéria de alegria e cumplicidade. E transforma pontos de vista diferentes em estímulo à inteligência e ao enriquecimento das amizades.

Muito obrigado aos Professores Eduardo Fagnani e José Carlos Braga por terem aceitado participar da banca, após ter sido deles aluno em classe, onde desenvolvi respeito e consideração. Muito obrigado também ao Professor Marcos Vinicius de Campos.

Agradeço a Masé Lemos, minha companheira de todas as horas. Sem ela eu não teria sido capaz de realizar este trabalho.

Esta tese é dedicada ao Professor Aloisio Teixeira, *in memoriam*.

RESUMO

Regimes de proteção social de países que vêm apresentando dinâmica de acelerado envelhecimento populacional, possuem sistemas de assistência à saúde público e privado duplicados e competidores entre si e se utilizam do mesmo complexo público-privado médico industrial, necessitam reestruturar o papel do Estado, das Famílias e das Empresas no financiamento do seu sistema de saúde.

Mostra-se necessário adotar políticas severas de controle de gastos, aumentar o rigor nos processos de incorporação tecnológica, regular a comercialização de produtos e serviços médicos de alto valor e introduzir mecanismos eficientes de portabilidade dos planos de saúde, visando criar competição, em especial no momento dos reajustes de preços.

No Brasil, não se pode mais caracterizar como “supletiva” a atividade dos planos de saúde, o que aponta para a necessidade de revisão da regulação entre o público e o privado no sistema de saúde, uma vez que a concepção original do marco regulatório partia de um sistema supletivo mas que na verdade é duplicado, em termos de suas coberturas, em relação ao sistema público.

Do ponto de vista do financiamento, além de aumentar o volume do gasto público através da estruturação de política fiscal adequada ao seu financiamento nos moldes constitucionais, a sociedade deve discutir a ampliação das deduções tributárias dos gastos com saúde para setores empresariais intensivos de mão de obra e para pessoas físicas idosas, facilitando o acesso destes segmentos aos cuidados médicos. Não visa esta medida atender à expansão do mercado de planos de saúde e sim à manutenção da capacidade de pagamento dos atuais beneficiários de planos privados.

A não adoção deste conjunto de medidas poderá redundar no esgotamento e colapso da capacidade de financiamento da política de saúde como um todo, um dos pilares dos regimes de proteção social do mundo moderno.

ABSTRACT

Social protection schemes in countries showing a rapid ageing population dynamic, and that have public and private health care systems which are duplicate and compete against each other and utilize the same public-private medical industrial complex, need to restructure the role of the State, the Family and the Companies in the funding of its health care system.

There is a need to adopt strict policies to control spending, increase the rigor in the processes of incorporating technology, regulate the commercialization of high value medical products and services and introduce efficient mechanisms for health insurance portability, seeking to create competition, especially when it comes to price adjustments.

In Brazil it is no longer possible to characterize the activity of health plans as “supplemental”, which points to the need to revise the regulation between public and private sectors in health care system, since the original conception of the regulatory framework was based on a supplemental system but is in fact a duplicate in terms of its coverage in relation to the public system.

From a financing point of view, in addition to increasing the volume of public spending through the structuring of fiscal policy appropriate to its constitutional funding form, society should discuss the expansion of tax deductions with health expenses for labour intensive business sectors and elderly individuals, facilitating their access to health care. This measure does not seek to meet the needs of the expansion of the health plans market, but rather the need to preserve the ability to pay of current private plans beneficiaries.

Failure to adopt this set of measures may result in the exhaustion and collapse of the financing capacity of health policy as a whole, one of the pillars of social protection schemes in the modern world.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

PRIMEIRA PARTE: A PROTEÇÃO SOCIAL

- 1.1 Modelos Analíticos
- 1.2 O Regime Brasileiro de Proteção Social: uma síntese de sua evolução
 - 1.2.1 A Primeira República
 - 1.2.2 O Estado Novo
 - 1.2.3 O Período 1945-1964
 - 1.2.4 O Período Militar
 - 1.2.5 A Constituição de 1988 e o processo de implantação do SUS
- 1.3 O Processo Histórico de Implantação do Sistema Supletivo
 - 1.3.1 Implantação e crescimento através de incentivos fiscais
 - 1.3.2 Inflação e gestão financeira
 - 1.3.3 Estabilidade da moeda e período pré-regulatório
 - 1.3.4 Regulação em período de baixo crescimento
 - 1.3.5 Crescimento econômico, expansão

SEGUNDA PARTE: O QUADRO DE AUMENTO ESTRUTURAL DE CUSTOS NA SAÚDE

- 2.1 Envelhecimento, tecnologia e hábitos de consumo
 - 2.1.1 Limite da capacidade de financiamento à saúde
 - 2.1.2 Novas tecnologias e expansão do gasto
 - 2.1.3 O envelhecimento como fenômeno universal
 - 2.1.4 Os gastos com saúde associados ao envelhecimento

2.2 Mecanismos de mitigação

2.2.1 Acúmulo de Reservas

2.2.2 Instrumentos de redução de custos: co-participação, franquias, prontuários eletrônicos

2.2.3 Programas de saúde: Prevenção, qualidade de vida, exercícios físicos

TERCEIRA PARTE: O FINANCIAMENTO DA SAÚDE SUPLETIVA

3.1 Os números do financiamento

3.1.1 O financiamento do sistema supletivo.

3.2 Reajustes dos planos individuais

3.2.1 O Sistema atual de reajustes

3.2.2 A Câmara Técnica de reajustes

3.2.3 A Portabilidade

3.2.4 Mercado Relevante

3.3 Tratamento tributário das despesas médicas e com planos de saúde

3.3.1 As deduções tributárias em vigor

3.3.2 Despesas médicas no IRPF e no IRPJ

3.3.3 Deduções tributárias como mecanismo de manutenção da capacidade de pagamento

QUARTA PARTE: RELAÇÃO PÚBLICO / PRIVADO NA SAÚDE

- 4.1 O debate público/privado na OECD e no Brasil: características da relação público / privado nos sistemas de saúde
- 4.2 Os conceitos de saúde suplementar e sistema complementar de saúde e o conceito de cobertura duplicada no sistema brasileiro de saúde
- 4.3 O compartilhamento da rede de prestadores privados e o compartilhamento da rede de alta complexidade do SUS e do sistema de emergências médicas: a ausência de regulação
- 4.4 Lacunas regulatórias da incorporação tecnológica e da comercialização de materiais e medicamentos de alto custo

CONSIDERAÇÕES FINAIS

ANEXOS

INTRODUÇÃO

O processo de acelerado envelhecimento da população, aliado à disseminação do uso das novas tecnologias e à expansão do desejo individual de consumo de produtos e serviços médicos vêm provocando grande crescimento dos gastos com os serviços de saúde, no Brasil e no mundo. Ainda que este processo ocorra em estágios diferentes, e em especial a Europa já venha introduzindo nas suas políticas públicas algumas adaptações para fazer face à questão, pode-se dizer que no Brasil não se encontram, em especial para a saúde, políticas claramente definidas para o seu enfrentamento.

Ainda que sobrevivam a medicina privada de pagamento direto dos consumidores aos prestadores de serviços e as instituições de filantropia, nosso sistema de saúde é formado essencialmente pelo sistema público operado pelo SUS, e pelo sistema supletivo, operado por empresas privadas constituídas exclusivamente para este fim.

No entanto, o entrelaçamento destes sistemas nunca se deu de forma harmônica, restando sempre carente de solução o problema do financiamento do sistema público e a definição do efetivo papel que deve representar o setor privado. O SUS, apesar de seu acesso universal, não incorporou de forma plena as famílias dos trabalhadores do núcleo dinâmico da economia. O que se chama, no Brasil, de sistema supletivo não é *supletivo*, pois deve atender todas as doenças e tratamentos cobertos pelo SUS, nem *complementar*, pois a ele não é atribuído um conjunto de serviços que poderia agregar algo mais ao oferecido pelo sistema público. Ele é *duplicado* em relação ao sistema público. No entanto, o marco regulatório sobre o qual se assentou o papel do setor privado previa a atividade *supletiva* dos planos de saúde. Esta lacuna regulatória referente ao papel do setor privado, combinada com o sub-financiamento crônico do SUS, e o fato de que ambos se utilizam do mesmo complexo público-privado médico industrial para a prestação dos seus serviços, torna-os competidores e obscurece o debate acerca desse tema estratégico.

A sociedade brasileira precisa encontrar maneiras de aumentar o volume de recursos disponíveis para a saúde pública, através da estruturação de uma política fiscal adequada ao seu financiamento nos moldes constitucionais, de acesso universal e adequada qualidade de atendimento.

Também se deve avançar no aprimoramento da regulação do sistema supletivo. Se ele puder corresponder às demandas dos grupos sociais que decidem optar por seu atendimento, o que vem acontecendo inclusive na esfera dos sindicatos e dos trabalhadores em órgãos públicos, tal fato será positivo para a conformação de nosso regime de proteção social.

O objetivo desta tese é avaliar como os impactos causados pelo envelhecimento populacional e pela incorporação tecnológica poderiam em algum grau ser absorvidos, através de mudanças no papel reservado às Famílias, ao Estado e às Empresas. Estas mudanças inserem-se no contexto da crise dos regimes de proteção social mais avançados – aos quais o nosso vincula-se histórica e politicamente. Será analisada a capacidade de financiamento do nosso sistema de saúde e se ela poderá se esgotar no médio prazo. A partir destes resultados são apresentadas alternativas de natureza regulatória.

A tese parte dos modelos analíticos de Esping-Andersen e do desenvolvimento, por Sonia Draibe e Manuel Riesco, dentre outros, dos elementos que possam colaborar na descrição dos aspectos que dão forma política e institucional ao sistema de saúde brasileiro. Esta parte do trabalho está baseada nas idéias de extrema diversificação dos regimes de proteção social em escala mundial, nas determinantes político-sociais frente às econômicas na constituição dos vários regimes e na acentuada dinâmica temporal de suas estruturas. A crise econômica, em especial a que se observa de forma mais aguda entre 2007 e 2009, irradiada a partir dos Estados Unidos, vem atingindo os países do centro e da periferia capitalista e trazendo reflexos aos regimes de proteção social em todo o mundo. Ao contrário da crise sistêmica, observada na década de 1940, e que

gerou a criação do Welfare State, a atual vem desarticulando os regimes mais solidários de proteção social.

Em seguida, é tratada a construção histórica de nosso regime de proteção social, em especial do sistema de saúde e ainda mais especificamente do sistema supletivo. A experiência internacional, em especial os dados da OECD, e os dados do SUS e da ANS completam a base principal de informações. Tem, portanto, papel crucial na tese a reconstituição feita da trajetória de conformação do sistema de saúde brasileiro, em especial a referente ao sistema supletivo. É através desta reconstituição e da incorporação dos modelos analíticos citados, como ferramentas analíticas, que se procura explicar a dinâmica das relações institucionais, priorizar o conjunto de informações utilizadas, identificar os entraves e esboçar possíveis alternativas para sua superação.

A tese foi estruturada da seguinte maneira:

Na primeira parte, “A PROTEÇÃO SOCIAL”, é realizada a análise de modelos utilizados para caracterizar os regimes ou sistemas de proteção social, com ênfase nas relações entre as Famílias, os Estados e as Empresas na constituição destes sistemas.

Em seguida, o relato sobre a experiência brasileira na formação do seu regime de proteção social, cujos marcos mais importantes foram a introdução do conceito de Seguridade Social e de Universalização da Saúde na Constituição de 1988. A experiência posterior de implantação do SUS e a formação e expansão do Sistema Supletivo que se deu em paralelo, completam a descrição da moldura institucional.

Na segunda parte, “O QUADRO DE AUMENTO ESTRUTURAL DE CUSTOS NA SAÚDE”, é tratado o conjunto de fatores que vêm causando extraordinário aumento de custos na assistência médica. Os fatores causadores desse fenômeno são relativos ao desenvolvimento da tecnologia médica e ao envelhecimento populacional. Associam a esses dois primeiros a natureza de solidariedade

intergeracional dos principais sistemas de proteção social e os seus impactos econômicos e sociais.

Este quadro vai provocar tensões no limite da capacidade de financiamento à saúde no sistema de saúde brasileiro, público e privado. Alguns dados que indicam esta situação de esgotamento dos mecanismos de financiamento são apresentados e analisados. Ainda nesta parte, são explorados possíveis mecanismos de mitigação, com foco no envelhecimento populacional e nas questões de incorporação tecnológica.

Na terceira parte, “FINANCIAMENTO DA SAÚDE SUPLETIVA”, é produzida estimativa sobre o papel de cada ente, Estado, Famílias e Empresas no financiamento do sistema de saúde, público e supletivo no Brasil. São identificados problemas de financiamento do sistema supletivo e se realiza um estudo prospectivo sobre alternativas para os reajustes dos planos de saúde e para as deduções tributárias.

Na quarta parte, “RELAÇÃO PÚBLICO / PRIVADO NA SAÚDE”, são explorados alguns aspectos da relação entre o público e o privado na saúde, tais como o compartilhamento da rede privada de hospitais, o caráter oficial do sistema de incorporação tecnológica e a chamada judicialização da saúde. São identificadas lacunas na regulação que terminam por interferir negativamente neste relacionamento.

É imperioso reconhecer que os aspectos demográficos, que apontam para o acentuado envelhecimento da população brasileira, aliados ao desenvolvimento tecnológico da medicina e os hábitos de consumo de seus produtos, tais como medicamentos, diagnósticos, tratamentos e outros, indicam que a expansão dos gastos com a assistência médica vem se dando sem se vislumbrar limites. Seja por estes fatores, seja pela reversão do atual ciclo de expansão da economia brasileira, tal perspectiva gera grandes preocupações sociais. Pode-se antever uma crise estrutural, do gasto, causada pela prevalência do envelhecimento / tecnologia / consumismo. É possível vislumbrar também outra crise, a da

capacidade de financiamento, causada pela redução no nível da atividade econômica, que está se configurando e fará encontrar, em direções opostas, a necessidade de constante aumento de gastos com a saúde com a redução da capacidade do Estado, Empresas e Famílias em financiar estas despesas. Esta trajetória em possível gestação precisa ser revertida. Esta tese procura contribuir para o enfrentamento de alguns problemas estratégicos. Por este motivo, são explorados os mecanismos que contribuem para preservar a sustentabilidade econômica do sistema de saúde brasileiro. É nesta perspectiva que são tratados não só os mecanismos de redução de custos da assistência médica, de alternativas para o aumento dos recursos para seu financiamento, como também os mecanismos de regulação que visem o melhor relacionamento e a maior eficiência nas relações público-privadas na saúde.

Observa-se que os países da OECD¹ já vêm enfrentando este problema. Os órgãos reguladores dos países que formam aquela entidade vêm realizando esforços no sentido de, através da definição do papel das entidades privadas, de sua relação com os sistemas públicos, buscar a redução dos custos e a maior eficiência do sistema de saúde como um todo.

Neste âmbito, foi necessário trazer à análise o sistema de incorporação tecnológica do Ministério da Saúde e avaliar a necessidade de regulação da comercialização de órteses, próteses, stents e outros produtos de alto valor, cujos preços, cada vez mais elevados vêm tornando impraticável o planejamento das políticas de assistência, públicas e privadas.

As implicações ideológicas às quais este trabalho enfrenta são levadas em conta, mas ao mesmo tempo existem evidências que demonstram que todas as iniciativas relativas à efetiva implantação do modelo constitucional, universal de assistência à saúde, contam com o engajamento político e intelectual de atores sociais com capacidade de ação efetiva. A tese procura demonstrar que é

¹ Para maior detalhamento deste problema, veja-se Social Expenditures Database, OECD, 2011, onde se caracteriza a expansão do gasto social na Europa entre 1980 e 2011.

necessário elaborar políticas que visem permitir a sustentabilidade do sistema de saúde e melhorar a sua regulação, o que não impede, ao contrário, de avançar simultaneamente nas condições de implantação adequada do nosso modelo constitucional de saúde. Os três problemas apontados – gastos crescentes, capacidade de financiamento e sistemas duplicados – podem ser tratados independentemente das ideologias.

Saúde Supletiva: Estado, Famílias e Empresas em novo arranjo institucional

Primeira Parte: A proteção social

1.1 Modelos Analíticos

Os países, de maneira geral, configuram a partir de suas estruturas culturais, políticas, sociais e econômicas diferentes formas de organização de esforços para enfrentar socialmente os eventos associados às necessidades individuais mais fundamentais. Para tanto são criados mecanismos de solidariedade inter-social, inter-generacional e outros, conformando-se em escalas muito variadas de país para país as estruturas de proteção social às pessoas individualmente.

ESPING-ANDERSEN (1999) propõe diferenciar os conceitos “Estado de Bem-Estar Social”, “Regimes de Bem-Estar Social” e “Mecanismos de Proteção Social”. Um Estado de Bem-Estar Social não pode ser confundido com o conjunto de benefícios que ele proporciona aos seus cidadãos, ao contrário, ele depende das relações que estabelece com estes cidadãos visando reduzir os riscos, geralmente associados à saúde, à falta de renda na velhice e à assistência social. Estado, Mercado e Famílias organizam-se sob contratos sociais distintos, dando origem aos diversos Regimes de Bem-Estar Social.

Ao conceito de “Regime” geralmente se associa um outro, que podemos chamar de “Sistema”: Sistemas de Proteção Social. Ou seja, Regimes e Sistemas são categorias assemelhadas que procuram definir um conjunto de políticas públicas. Podemos considerar Sistema de Seguridade Social como o conjunto de políticas públicas e ações da sociedade, articuladas com o objetivo de amparar o indivíduo ante os eventos que afetem sua capacidade de gerar renda, à morte, à doença, à invalidez, à idade avançada, ao desemprego ou incapacidade econômica; assegurar seu acesso aos serviços de saúde quando necessário e garantir que os indivíduos participantes da sociedade possam gozar de vida digna. Neste

contexto, o Estado de Bem-Estar Social pode ser definido como a responsabilidade do Estado em assegurar padrão mínimo de bem-estar-social para todos os seus cidadãos, através da construção social de um Sistema, que define um Regime. Estas definições comportam um número extenso de variações no mundo real. Os fatores políticos, econômicos, sociais e culturais vão influenciar a criação e a caracterização de cada Sistema em particular.

WOOD e GOUGH (2006) definem os regimes de proteção social como aquele conjunto de regras, instituições e interesses que orientam o comportamento individual para que sejam assegurados direitos sociais, de forma desmercantilizada e desclientelizada. Entre os mecanismos governamentais e as pressões político-sociais produz-se uma resultante: os regimes estão vinculados às questões de poder, conflito, dominação e acomodação de interesses. Estes autores incorporam em seu trabalho a já clássica classificação de Esping Andersen para os países europeus, Estados Unidos e Canadá, definindo o Welfare State como um tipo de regime de proteção social. Ainda segundo Wood e Gough, haveriam outros dois tipos de regimes de proteção social, o “informal” predominante na América Latina, na Ásia do leste e do sul e o regime de “insegurança” onde somente uma parcela mínima da população estaria recebendo algum tipo de proteção. Este último seria predominante na África subsahariana, Afeganistão e Gaza. Para a construção destes dois outros tipos, além do conceito de desmercantilização os autores utilizam o conceito de “desclientelização”.

Consideremos o que parece ser essencial para este trabalho, nas análises de Esping Andersen e Wood e Gough: a ideia de que diferentes participações do Estado, do Mercado e das Famílias, a partir da constituição legal de diferentes mecanismos de solidariedade, definem os diversos Regimes de Proteção Social.

Aspectos dos Regimes de Proteção Social:

	Liberal	Social-democrata	Conservador
Papel da Família	RESIDUAL	RESIDUAL	CENTRAL
Papel do Mercado	CENTRAL	RESIDUAL	RESIDUAL
Papel do Estado	RESIDUAL	CENTRAL	SUBSIDIARIO
Modo de solidariedade	INDIVIDUAL	UNIVERSAL	PARENTESCO, CORPORATIVO
Local da solidariedade	MERCADO	ESTADO	FAMÍLIA
Grau de mercantilização	MÁXIMO	MÍNIMO	MÉDIO
Grau de familiarização	MÁXIMO	MÍNIMO	MÉDIO
País típico	Estados Unidos	Dinamarca	Alemanha

Fonte: Adaptação de Esping-Andersen (1999)

O modelo Liberal, cujo exemplo típico são os Estados Unidos, caracteriza-se por transferências universais de pequeno porte, políticas assistenciais residuais e focadas e sistemas previdenciários públicos concebidos para benefícios básicos. Neste modelo, constata-se a dualidade dos riscos, com os riscos “de boa qualidade” colocados no mercado e os “de má qualidade” nas políticas assistenciais, leia-se no estado. Os estamentos da sociedade norte-americana consideram que “falhas do mercado” podem ser assumidas pelo estado, constituindo-se nos riscos que podem ser considerados sociais. Neste modelo verifica-se que é no mercado, desta forma entronizado, que se encontram os locais e os mecanismos principais para o enfrentamento dos riscos sociais.

O modelo Social Democrata, em extremo oposto, baseia-se nos princípios da universalidade da cobertura e desmercantilização dos direitos sociais. Caracteriza-se pela baixa dependência das pessoas ao mercado e às famílias. A sua manutenção está portanto intimamente ligada à capacidade do estado realizar uma série de serviços, associados às varias fases da vida dos indivíduos.

Esta capacidade reflete-se na montagem de complexas estruturas de prestação de serviços, que exigem a preparação de mão de obra altamente especializada e qualificada e também na capacidade de pagar por estas estruturas – e pelos benefícios de natureza financeira. A Dinamarca, a Suécia, seriam exemplos típicos.

O modelo Conservador-Corporativo situa-se a meio caminho entre o modelo liberal e o modelo Social Democrata e tem como exemplo a Alemanha. Está fundado na solidariedade familiar e tem como referências o status económico, o corporativismo e o estatismo. Nele, o estado pode atuar em algumas “falhas do mercado” e também quando as famílias não conseguem arcar com seu próprio bem estar. Observa-se neste sistema uma característica residualista, tal como no sistema Liberal, mas também caracteriza-se, ao contrário deste, em contar com ações para o atendimento às famílias. O modelo Conservador apóia-se fortemente na inserção dos indivíduos no mercado de trabalho e no modelo tradicional de família.

O trabalho de FERRERA (1996, 2000) permitiu, ao analisar as peculiaridades dos países do sul da Europa (Portugal, Espanha, Itália e Grécia) mais que criar um quarto tipo de regime de bem estar social, introduzir uma nova postura metodológica. Esta postura pressupõe identificar as principais características que definem um conjunto de componentes e processos dos sistemas de bem estar dos quatro países, os diferenciando de outros regimes. Caracterizam o Estado de bem estar Mediterrâneo a dualidade da sociedade do ponto de vista da proteção social: dada a grande extensão da economia informal e recentemente do desemprego, os sistemas de proteção social cobrem somente a uma parte da população, a qual fica dividida entre protegidos e desprotegidos; o papel decisivo da família; a peculiar estrutura da previsão social, composta pelo pilar da seguridade social voltado ao mercado formal de trabalho e o pilar dos programas universais, que inclui o programa universal de saúde; e a significativa presença de mecanismos políticos discricionais de distribuição de benefícios sociais: corporativismo, clientelismo e apadrinhamento, controladas por partidos políticos.

A partir destas análises, GIOVANNI (2009)² aumenta a complexidade da análise, tal como mostra o quadro abaixo:

Modelos	Residual liberal	Meritocrático-conservador	Institucional redistributivo/social-democrata	Neo-liberal pós-keynesiano
Características				
Cobertura	Marginal	Ocupacional	Universal	focalizada
Destinatários principais	Pobres	Trabalhadores	Cidadãos/residentes	Vulneráveis
Desenho institucional	Localismo	Ocupacionismo	Universalismo	Segmentação setorial
Fragmentação institucional	Alta	Alta	Baixa (ausente)	Alta
Gama de prestações	Limitada	Media	Extensa	Ad-hoc
Estrutura de prestações	Ad-hoc	Contributiva-retributiva	Cidadania/residência	Ad-hoc
Generosidade de prestações	Baixa	Variável	Alta	Baixa
Crítérios de elegibilidade	Prova de meios	Participação securitária	Cidadania/residência	Cidadania ou prova de meios
Financiamento	fiscal	contributivo	fiscal	Fiscal contributivo ou terceiro setor
Nível de despesa	Baixo	Médio	Elevado	Controlado
Componente predominante	Programa com teste de meios	Transferências	Consumos públicos	Transferências consumos públicos
Prevenção	Ausente	Modesta	Ampla	Estratégica
Papel do estado	Mínimo	Complementar	Substitutivo	Mínimo regulador
Stateness	Residual	Variável	Essencial	Variável
Robustez do direito à prestação	Baixa	Baixa	Alta	Regressiva
Papel do terceiro setor	Alto	Baixo	Baixo	Alto estratégico
Grau de mercantilização	Alto	Médio	Baixo	Crescente
Redistribuição	Baixa/vertical	Média/horizontal	Alta/vertical	Compensatória vertical

Fonte: Geraldo di Giovanni, 2009

² Geraldo Di Giovanni, “As estruturas elementares das políticas públicas, Unicamp-NEPP, 2009 Caderno de Pesquisa 82.

A tipologia elaborada por Geraldo Di Giovanni, além de caracterizar mais detalhadamente a classificação básica proposta por Esping-Andersen, cria uma nova categoria, “Neo-liberal pós-keynesiano” (coluna 5) que aparece como uma espécie de convergência contemporânea dos vários modelos. No Brasil, a cobertura focalizada em detrimento das políticas universais através do nivelamento “por baixo” - em especial no atendimento proporcionado pelo sistema público de saúde e nos baixos tetos dos benefícios previdenciários; a eleição dos segmentos mais vulneráveis como destinatários principais, a segmentação setorial, parecem indicar que a trajetória brasileira parece, infelizmente, se encaminhar para este modelo.

Ainda que os modelos propostos não esgotem as possibilidades dos arranjos institucionais e os Regimes de Proteção Social quando vistos em detalhe, em cada país, sejam sempre únicos, Sonia Draibe e Manuel Riesco³ avançam na consolidação dos estudos sobre a caracterização dos Sistemas de Proteção Social. A primeira questão, que nos propõem Draibe e Riesco, refere-se a que vários autores⁴, entre as décadas de 60 e 80, portanto anteriores ao citado trabalho de Esping Andersen, de 1999, tendem a compartilhar, para efeito da caracterização dos diversos Estados de bem estar social, de vários pressupostos das teorias de desenvolvimento e modernização, tais como: o Estado de bem estar é um fenômeno da modernidade e, como tal, se relaciona com seus processos sociais maiores: a urbanização, a industrialização, a transição demográfica, a estrutura de classes, as políticas salariais e a evolução do estado que os acompanha; o Estado de bem estar tende a avançar na mesma medida que avançam os processos de modernização capitalista, em uma dinâmica de convergência⁵ que pode admitir vários ritmos e formatos institucionais, devido a fatores políticos ou a distintos “recursos de poder” dos atores principais. Estes estudos tendem a

³ Sonia Draibe e Manuel Riesco, “Estado de bienestar, desarrollo economico y ciudadanía: algunas lecciones de la literatura contemporânea”. Serie Estudios y Perspectivas, CEPAL, 2006.

⁴ Essays on the Welfare State, R. M. Titmus, 1958

⁵ Segundo Draibe e Riesco, a modernização provoca o desaparecimento de formas tradicionais de proteção social, predominantes em sociedades agrárias e em estruturas sociais marcadas pela “família estendida”.

tratar o fenômeno do estado de bem estar social de duas maneiras. Por uma parte, mediante conceitos gerais, e modelos formais, utilizando-se de conceitos baseados na investigação empírica, que medem diferenças a partir de alguns atributos genéricos. Ou, ao contrário, buscam identificar diferenças dos níveis de desenvolvimento, baseadas em categorias como: tradicional-moderno, rural-urbano e outros semelhantes.

O avanço teórico sobre as várias formas de estruturação dos regimes de proteção social de certa maneira sintetizam os peculiares fundamentos sociopolíticos de determinada sociedade. A questão parece ser a dificuldade de se enquadrar “casos mistos” em classificações gerais.

Confirmam-se essas questões na análise de referências de classificação mediante as quais ganham corpo os argumentos “desenvolvimento embrionário”, “incompleto”, “baixa extensão do trabalho assalariado”, “baixa cobertura dos programas sociais” argumentos que Draibe e Riesco consideram conhecidamente frágeis, uma vez que evidências empíricas e comparações históricas mostram bem que não há correlação estreita entre grau de industrialização e urbanização e extensão do estado de bem-estar; e indicam a importância dos requisitos internos, dos fatores políticos e dos mecanismos internacionais de difusão na antecipação de sua emergência.

Todos os Regimes, no entanto, vêm defrontando-se com a crise capitalista que ocorre no mundo a partir de 2007/2009. Conforme BARROS SILVA ⁶, no discurso da maioria dos governantes, ao menos, parece ir se delineando uma tendência: restrições novas de caráter marcadamente estrutural aos regimes de proteção social de tipo Welfare State parecem encabeçar a lista de prioridades das agendas governamentais. Ao contrário de outras crises que marcaram a trajetória da proteção social, no centro e na periferia capitalista, esta é, segundo o autor, uma crise mais aguda e com sentido inverso da crise do final dos anos quarenta, que possibilitou a estruturação do moderno Welfare State.

⁶ Pedro Luiz Barros Silva, Notas Introdutórias sobre Proteção Social e Capitalismo em Transformação: crise, realidade e mitos”, IE-UNICAMP, 2012, Mimeo

A desestruturação dos mercados de trabalho, com o incremento cada vez maior de relações informais; a desindustrialização e desestruturação de economias nacionais e de determinadas regiões; a tendência a se combater as crises financeiras através de políticas de austeridade fiscal e redução de gastos públicos, o que inclui sempre o campo das políticas sociais; o envelhecimento populacional e os avanços tecnológicos na saúde, com o extraordinário aumento dos custos da assistência médica e a extensão do período médio de benefícios previdenciários causada pela expansão da expectativa de vida vêm reforçando a tese de que está se tornando impossível financiar os regimes de proteção e as políticas sociais de cada país.

É sob o signo da crise econômica, da crise dos regimes de Welfare State, do envelhecimento da população e consequente demanda por mais recursos e da pressão política por redução dos gastos sociais que nos inscrevemos atualmente, na perspectiva de indagar quais novos arranjos institucionais poderiam ser propostos para o enfrentamento deste quadro, seja na atuação política, seja na inclusão de novas leis, seja na evolução dos marcos regulatórios das agências governamentais.

1.2 O Regime Brasileiro de Proteção Social

O regime brasileiro foi formado ao longo de nossa história, às vezes a frente dos próprios avanços econômicos, como o estabelecimento do princípio da universalidade da saúde na Constituição de 1988. Hoje, ao mesmo tempo que as coberturas de saúde são universais e as da Previdência Social, somadas aos programas de transferência direta de renda tornam a Previdência brasileira muito próxima da universalidade, nosso Sistema traz forte grau de iniquidade. Vivemos sob um regime em que a equidade só se dá em padrões mínimos de subsistência. Estas características vêm do processo de construção de nosso Sistema, aqui relatado de maneira bastante resumida:

1.2.1 A Primeira República

Segundo o Censo Demográfico do IBGE, a população brasileira em 1900 era de cerca de 17 milhões de pessoas, com expectativa de vida de 33,4 anos. O Brasil de 1900 era predominantemente agrário. Não havia política social sistemática nesta época. O episódio da “Revolta da Vacina”, ocorrido no Rio de Janeiro em 1904 quando o médico Oswaldo Cruz implantou, em nome da Prefeitura e do Governo Federal aquele que foi o primeiro grande programa de saúde brasileiro é bem ilustrativo deste período:

“Uma vez instituída a vacinação obrigatória, de maneira autoritária, a população, humilhada pelo poder público violento, não aceitou a campanha. Os pais de família rejeitavam a exposição das partes do corpo a agentes sanitários do governo. Durante uma semana a população enfrentou as forças da polícia e do exército até ser reprimida com violência.”⁷. SEVCENKO⁸ mostra a vinculação do movimento à conjuntura política e econômica da época: contra a vacina, unem-se jacobinos, civis oriundos de setores urbanos prejudicados pelo governo, monarquistas, jovens oficiais formados nas escolas de preparação de cadetes. No campo econômico, o Brasil vivia um período de demissões de funcionários e operários, de suspensão de serviços e pagamentos, de aumento da carga tributária.

Operava-se a difícil passagem do sistema monárquico para o sistema republicano, que era impregnado de aspectos conservadores do regime anterior. No entanto, algumas iniciativas começavam a surgir, ainda que ambientadas no espírito contraditório da Primeira República, tais como a criação do Departamento Nacional do Trabalho em 1918 por Wenceslau Braz e do Departamento Nacional da Saúde Pública em 1920, organizando os Serviços de Saúde Pública municipais. A regulamentação das atividades desse órgão se deu

⁷ Revista da Vacina – Centro Cultural da Saúde – Ministério da Saúde

⁸ Nicolau Sevcenko: A Revolta da Vacina: Mentes Insanas em Corpos Rebeldes, Scipione, 2001, São Paulo

em 1923, através da publicação de um Decreto, que vigorou como Regulamento Sanitário federal por muitos anos.⁹

Alguns autores consideram que o início efetivo da configuração do Sistema de Seguridade Social Brasileiro se deu em 1919, com a Lei dos Acidentes de Trabalho - Lei 3724 de 15 de janeiro de 1919 e com a Lei Eloi Chaves, publicada em 24 de janeiro de 1923, que determinou a criação de uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os empregados de cada empresa ferroviária. No entanto, caracterizou-se este período não como a efetiva entrada do Estado na conformação de um regime de proteção social e muito mais como respostas ainda fragmentadas e limitadas. Conforme BARROS SILVA (1984) constituindo-se em respostas pontuais que se processavam em consonância com as características da estrutura estatal em movimento mais propriamente reativo às pressões advindas, sobretudo, dos segmentos operários mais organizados.

1.2.2 O Estado Novo

É no Estado Novo (1937–1945), durante a ditadura Vargas, que vincula-se o conjunto de políticas sociais ao conjunto de políticas econômicas. Essas políticas são identificadas como importantes recursos de poder para a estruturação do sistema político que caracterizou o período populista e, no plano econômico, de relevante contribuição para a dinamização da classe assalariada emergente (DRAIBE, GUIMARÃES E AZEREDO, 1991). A criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, os IAPs, que passaram a prover a saúde e a aposentadoria, por categorias de trabalhadores, inicialmente ferroviários, depois comerciários, trabalhadores da indústria, dos serviços, atingiu boa parte da população empregada nas cidades de maior porte.

Estes Institutos conviviam com as Caixas de Aposentadorias e Pensões, estas estruturadas por empresas. Tinham, Institutos e Caixas, como característica o livre estabelecimento das suas regras atuariais. Não havia interferência do poder

⁹ Ministério da Saúde, FUNASA – Uma visão histórica da saúde brasileira, 2011

público no sentido de regular diretamente suas atividades, seja de atendimento à saúde ou de aposentadorias e pensões.

A interrelação deste sistema com as estruturas de poder político e sindical, as suas relações com os capitais privados e públicos envolvidos no processo de industrialização da época, e que passa a ser o condutor da economia brasileira, configuram as características iniciais deste Sistema.

Em novembro de 1930, Getúlio cria o Ministério do Trabalho, da Indústria e do Comércio, revelando uma nova concepção do Estado. Ao mesmo tempo que concede direitos, cria medidas de controle, através da figura do Delegado do Ministério do Trabalho, que acompanha o funcionamento e as finanças dos sindicatos. O Estado Novo, de 1937, ao mesmo tempo que consolida direitos trabalhistas, amplia os mecanismos de controle repressivos nos sindicatos. Também em novembro de 1930 é criado o Ministério da Saúde.

1.2.3 O Período 1945-1964

O Brasil inicia um período de transformação profunda em sua história política e econômica. A industrialização com a implantação das indústrias de bens de capital e de bens de consumo durável, a urbanização, a criação de um setor terciário moderno, as modificações na estrutura do emprego, conviveram neste período com um processo inflacionário persistente, com restrições ao desenvolvimento tecnológico autônomo, com um sistema educacional precário e principalmente, do ponto de vista do sistema de proteção social, com relações entre o trabalho e o capital atrasadas.

A Constituição de 1946 mantém a estrutura do Estado Novo e da CLT, em que pese alguns avanços nas estruturas civis, como a redução de alguns controles do estado sobre os sindicatos. Aprova-se neste período a Lei Orgânica da Previdência Social, que após tramitar por doze anos no Congresso é aprovada em 1960 e determinou, dentre outros elementos, a uniformização dos planos e benefícios dos IAPs, que já manifestavam tendências de déficit. Pela LOPS, o Estado passou a ser encarregado do pagamento de pessoal e encargos,

significando, em termos de regime de financiamento, a passagem de um regime de capitalização coletiva para um regime de repartição simples. Esta passagem nos parece ser fundamental, pois significa a adoção de um modelo meritocrático, em que a posição individual e a expansão do sistema ficam vinculadas ao mercado de trabalho. Segundo SANTOS (1979) o exercício da cidadania se dava via regulamentação das profissões.

Criou-se em 1955 o SAMPS, Serviço de Assistência Médica da Previdência Social e em 1959 o SAMDU, Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência.

O Sistema permanece fragmentado neste período, em que pese os avanços econômicos e sociais, o que talvez reforce as teses sustentadas por Draibe e Riesco anteriormente, relativas às especificidades dos processos de construção dos sistemas de proteção social, uma vez que o período, conhecido como os nossos “anos dourados” caracterizaram-se pelo extraordinário desenvolvimento econômico e social, mas não encontraram a mesma expansão nos sistemas de proteção social. Esta observação pode ser aplicada também ao processo que envolveu a Constituição de 1988, que avançou como nunca nas políticas sociais, em que pese vivermos à época um difícil período econômico, com elevada inflação e problemas de financiamento do Estado brasileiro.

1.2.4 O Período Militar

A evolução do sistema se dá na moldura política e institucional da revolução de 64, pela maciça incorporação de funcionários de empresas estatais produtivas, e de funcionários públicos “celetistas” em órgãos da crescente administração indireta que passam a aumentar as demandas por novos instrumentos de proteção social.

Os sucessivos planos econômicos implantados no período terminaram por impulsionar a criação ou o crescimento de grandes empresas estatais, nos mercados de petróleo, eletricidade, petroquímica, telefonia, portos, bancos e outros, chamados genericamente de “infra-estrutura”. Atraiu algumas das maiores empresas multinacionais industriais. Constituiu uma nova burocracia

estatal, que em conjunto com as novas formas de organização sindical geraram demandas mais sofisticadas sobre o sistema de proteção social existente. Nestes segmentos aprofundou-se o regime meritocrático.

Em 1971 é criado o Pró-Rural, que estende os benefícios previdenciários aos trabalhadores rurais. Em 1972 são incluídos os empregados domésticos, os autônomos em 1973 e em 1974 é instituído o Amparo Previdenciário aos maiores de 70 anos e aos inválidos não-segurados.

Também em 1974 é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, quando foram cortados os vínculos com a estrutura sindical e reafirmados os mecanismos de gestão centralizada do Estado. A estrutura do MPAS contava com o INPS, responsável pela administração e gestão dos benefícios; o IAPAS, responsável pela gestão administrativa, financeira e patrimonial; e o Inamps, Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, a quem cabia a administração do sistema de saúde. Em 1977 o sistema foi consolidado no Sistema Nacional de Previdência Social, incorporando a Legião Brasileira de Assistência (LBA), a Fundação Nacional do Bem Estar do Menor (FUNABEM) a Empresa de Processamento de Dados (DATAPREV) e a Central de Medicamentos (CEME). Em que pese os avanços institucionais, os problemas de gestão vêm na origem do sistema. Se a inclusão de novos contingentes populacionais, ainda que vinculados a algum tipo de contribuição para a previdência, somados às pessoas que passaram a gozar do chamado Amparo Previdenciário, traria problemas atuariais futuros para o sistema, os efeitos seriam mais rápidos na assistência médica. A estrutura física disponível no país não comportava o aumento da demanda. Por este motivo, neste período, além da expansão da rede própria, o sistema passou também a contratar uma rede credenciada de estabelecimentos privados, remunerada, como até hoje o são, por uma tabela de prestação de serviços prestados à clientela de contribuintes. Note-se a importância deste fato para a construção do sistema de saúde brasileiro, que, à medida em que avança para um modelo universalista, o faz, já neste período, sem uma estrutura de investimentos e de gestão que o sustente adequadamente.

Não é por outro motivo que a insatisfação com o INAMPS já se manifestava, nesta época, por mais que o estado não admitisse a sua incapacidade de cobrir as diferenças atuariais que se faziam sentir entre o modelo de repartição herdado dos IAPs e absorvido pelo Inamps. O Sistema assim evoluiu, até a Constituição de 1988:

Evolução dos principais marcos da legislação da seguridade social de 1919 a 1988

Ano	Caracterização da legislação
1919	A Lei no 3.724, de 15/01, tornou compulsório o seguro contra acidentes do trabalho em certas atividades.
1923	O Decreto no 4.682, de 24/01, na verdade a conhecida Lei Elói Chaves (o autor do projeto respectivo), determinou a criação de uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os empregados de cada empresa ferroviária. O Decreto no 16.037, de 30/04, criou o Conselho Nacional do Trabalho, com atribuições, inclusive, de decidir sobre questões relativas a Previdência Social.
1930	O Decreto no 19.433, de 26/11, criou o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, tendo como uma de suas atribuições orientar e supervisionar a Previdência Social, inclusive como órgão de recursos das decisões das Caixas de Aposentadorias e Pensões. O Decreto no 19.497, de 17/12, determinou a criação de Caixas de Aposentadorias e Pensões para os empregados nos serviços de força, luz e bondes.
1933	O Decreto no 22.872, de 29/06, criou o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos, considerado “a primeira instituição brasileira de previdência social de âmbito nacional, com base na atividade genérica da empresa”.
1934	O Decreto no 24.272, de 21/05, criou o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes. O Decreto no 24.615, de 09/07, criou o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários.
1936	A Lei no 367, de 31/12, criou o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários.
1940	Criado o salário-mínimo de referência para os pisos previdenciários.
1943	O Decreto-Lei no 5.452, de 01/04, aprovou a Consolidação das Leis do Trabalho, elaborada pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, que elaborou também o primeiro projeto de Consolidação das Leis de Previdência Social.
1945	O Decreto no 7.526, de 07/05, dispôs sobre a criação do Instituto de Serviços Sociais do Brasil, unificando a previdência.
1960	A Lei no 3.807, de 26/08, criou a Lei Orgânica de Previdência Social– LOPS, que unificou a legislação referente aos Institutos de Aposentadorias e Pensões. O Decreto no 48.959-A, de 10/09, aprovou o Regulamento Geral da Previdência Social.
1963	A Lei no 4.214, de 02/03, criou o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural – FUNRURAL. A Resolução no 1.500, de 27/12, do Departamento Nacional de Previdência Social, aprovou o Regimento Único dos Institutos de Aposentadoria e Pensões.
1966	O Decreto-Lei no 66, de 21/11, modificou dispositivos da Lei Orgânica da Previdência Social relativos às prestações e ao custeio. O Decreto-Lei no 72, de 21/11, reuniu os seis Institutos de Aposentadorias e Pensões no Instituto Nacional de Previdência Social – INPS.

1967	A Lei no 5.316, de 14/09, integrou o seguro de acidentes do trabalho na Previdência Social.
1971	A Lei Complementar no 11, de 25/05, instituiu o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural – PRO-RURAL, em substituição ao plano básico de Previdência Social rural.
1974	A Lei no 6.036, de 01/05, criou o Ministério da Previdência e Assistência Social, desmembrado do Ministério do Trabalho e Previdência Social. A Lei no 6.125, de 04/11, autorizou o Poder Executivo a constituir a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social – DATAPREV. A Lei no 6.179, de 11/12, instituiu o amparo previdenciário para os maiores de 70 anos ou inválidos, também conhecido como renda mensal vitalícia. A Lei no 6.195, de 19/12, estendeu a cobertura especial dos acidentes do trabalho ao trabalhador rural.
1977	A Lei no 6.439, de 01/09, instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS, orientado, coordenado e controlado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social. A Lei no 6.435, de 15/07, dispôs sobre previdência privada aberta e fechada (complementar).
1986	O Decreto-Lei no 2.283, de 27/02, instituiu o seguro-desemprego .
1988	Constituição, instituindo a universalização da proteção social e criando a seguridade social

Fonte: Evolução histórica da Previdência Social, Suplemento Histórico, Anuário Estatístico da Previdência Social, 2008.

Este Quadro mostra a evolução do país e sintetiza a cronologia exposta anteriormente. Inicia-se na Primeira República e seu sistema incipiente que atendia demandas pontuais; passa pelo Estado Novo com a constituição de um modelo vinculado à política econômica; pelo período 1945-1964 e a aparentemente contraditória redução no ritmo de configuração do sistema; daí ao período militar, com a ênfase no modelo meritocrático, ainda que com ações no sentido de maior abrangência de coberturas e em seguida o marco da Constituição de 1988, e a passagem para o regime universal de assistência, em período de restrição fiscais acentuadas. Segundo Sonia Draibe, citada anteriormente, tal evolução está caracterizada por traços conservadores que têm íntima relação com a estrutura sócio-econômica de baixos salários, com o quadro de pobreza e exclusão social no qual se apoiou. O seguro social teria papel de vertebrar a própria estrutura dos mercados de trabalho, assegurando a proteção, em primeiro lugar, do trabalhador urbano formalmente vinculado ao mercado de trabalho e, posteriormente, de segmentos de classe média corporativamente organizados, e não a partir do cidadão portador de direitos sociais básicos. A história da configuração do sistema caracteriza o acesso fragmentado, associado

positivamente a sistemas de força, barganhas e privilégios e, negativamente, a um baixo grau de universalização e uniformização dos direitos sociais.

1.2.5 A Constituição de 1988 e o processo de implantação do SUS

A Constituição Brasileira consagrou para a Seguridade Social políticas de caráter universal, semelhantes às que existem nas sociedades mais avançadas. Colocou em marcha o processo de prover um Sistema Único de Saúde pelo qual a “saúde é direito de todos” e onde o “acesso universal e igualitário” seria financiado por “toda a sociedade” com recursos dos orçamentos públicos e de contribuições sociais, criadas especificamente para esse fim. Equacionar a execução de um sistema tão completo e abrangente em um país de tão grandes e profundas marcas de desigualdade social não tem sido tarefa simples.

A trajetória de criação e execução desse sistema vem-se defrontando com uma série de obstáculos. O primeiro deles refere-se ao aumento dos custos do atendimento à saúde. Esse não é um problema especificamente brasileiro, todos os países do mundo enfrentam problema semelhante¹⁰. A incorporação permanente de novas tecnologias médicas, refletidas em equipamentos, medicamentos e tratamentos caros, e o envelhecimento da população, levaram os custos dos serviços de saúde pública a patamares muito superiores ao que se podia imaginar algumas décadas atrás.

A Constituição de 1988, junto com a radical reforma do sistema de saúde que promoveu, instituiu também novas fontes para o seu custeio – além da folha de salários, o faturamento e o lucro - que passariam a integrar uma nova peça orçamentária, o Orçamento da Seguridade Social. Vale destacar, no entanto, que a preocupação à época era não só conferir estabilidade aos novos mecanismos de financiamento como também diversificar receitas, com a intenção de torná-las menos vulneráveis às vicissitudes do ciclo econômico.

¹⁰ Vide, para informações mais detalhadas, a publicação da OECD, *Health at a Glance*, 2011, Capítulo 7.

A resistência à nova prática orçamentária e fiscal foi grande e desde os primeiros dias após a promulgação da Constituição, iniciou-se um processo, denominado “operação desmonte”, com a finalidade de descaracterizar o Orçamento da Seguridade Social.

A deterioração crescente das contas públicas e as dificuldades de natureza fiscal e financeira introduziram novos ingredientes nas já precárias condições do custeio do sistema de saúde. No período hiper-inflacionário, a demora na liberação de recursos levava à sua desvalorização; e quando a inflação foi controlada, parte desses recursos foi retirado de sua destinação, sob denominações como Fundo Social de Emergência e Desvinculação das Receitas da União. Pode-se afirmar que um dos mais importantes elementos para enfrentar o quadro de dificuldades fiscais foi a utilização das contribuições sociais – CSLL, COFINS e outras, para gastos que não os da Seguridade Social.

O Sistema Único de Saúde enfrentou, assim, fortes constrangimentos de natureza político-econômica no processo de sua implantação.

O desmonte do seu orçamento, o contexto hiperinflacionário, a marcante heterogeneidade política, econômica e social do país tornaram o processo de implantação do SUS entre 1988 e 1994 bastante tímido.

Em marco de 1990 o INAMPS foi transferido do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde, deslocando o comando da saúde para esta esfera de Governo. A Lei Orgânica da Saúde, de novembro daquele ano, operacionalizou alguns preceitos constitucionais, e em dezembro a Lei 8142 pôe em funcionamento o sistema de transferências de recursos entre as esferas federal estadual e municipal, além de definir o papel dos Conselhos de Saúde nos três níveis de governo e das Conferências Nacionais de Saúde. Esta base de estruturação prevalece até hoje como sistema operacional e também como fonte permanente de negociação entre as três esferas.

No início dos anos 90, estas discussões iniciaram-se com problemas nas formas de definição dos arranjos federativos necessários para montar um sistema que mantivesse papéis diferenciados na gestão das distintas esferas de governo.

No entanto, pouco se avançou, segundo MÉDICI¹¹, em superar a lógica de financiamento baseada no pós-pagamento, que vigia como sistema de financiamento da saúde desde a época do INAMPS: A maior parte dos serviços (especialmente os hospitalares) continuou a ser prestada por instituições privadas e paga de acordo com tabelas de pagamento para procedimentos hospitalares (AIH) e ambulatoriais, que eram ressarcidos ao prestador após verificadas e autorizadas pelo Ministério da Saúde. No entanto, nos casos de estados e municípios, as NOBs permitiam que estes recebessem diretamente pelos serviços prestados de acordo com programações associadas a quantidades de serviços prestados pelos estabelecimentos públicos próprios destas esferas de governo. Tal sistemática de financiamento, baseada na produção de serviços, particularmente na assistência, ainda segundo aquele autor, “levava os governos locais a exacerbar o uso de recursos de custeio para a alta e média complexidade e a minimizar o uso de medidas de atenção primária e de saúde pública....”.

A criação da CPMF, em 1996, gerou recursos adicionais para o Sistema, permitindo implementar mecanismos que organizaram a ampliação da transferência de recursos federais para os estados e municípios. São desta época a Norma Operacional Básica 1996, que pactuou de forma integrada os orçamentos para a saúde nas várias esferas de governo; o Piso de Atenção Básica, que define um mínimo a ser gasto com a atenção básica à saúde; os programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família; a transferência de hospitais federais para estados e municípios.

Em 1998 foi aprovada a Lei 9656, que criou o marco legal para o Sistema de Saúde Supletiva e em 1999, com a criação da Anvisa, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, se estabeleceu o marco legal para a regulação de produtos, serviços e tecnologias da saúde. Note-se que, em que pese a Constituição

¹¹ André Medici: Brasil, a Nova Agenda Social (Casa das Garças, IETS, LTC, 2011)

brasileira em 1988 em seus Art. 197 e Art. 199 tratar da questão do papel do setor privado na saúde, foram necessários 10 anos para que a Lei regulamentasse o artigo, estabelecendo seu marco regulatório. E 11 anos para atender ao Art. 200, com a criação da Anvisa.

Em 2000 foi aprovada a Emenda Constitucional 29, que procurava estabelecer uma estratégia para equilibrar, manter e distribuir os encargos das fontes de financiamento da saúde pública. Ressalte-se a importância desta emenda, no sentido de tentar recompor alguns dos mecanismos de financiamento à saúde, de certa forma abandonados após 1988.

Em anexo, o marco legal mais importante da definição do sistema de saúde brasileiro, tal como está hoje na Constituição, com destaque para as alterações da EC 29.

Segundo MÉDICI (2011), a redução no ritmo de expansão do SUS nos anos mais recentes fez com que alguns problemas que poderiam ter sido minorados no período 2002-2009 continuem sem solução ou encaminhamento. Esses problemas podem ser organizados em três blocos: problemas de cobertura e qualidade dos serviços; problemas de organização e eficiência dos serviços; e problemas legais, de governança e de regulação do sistema.”

Já segundo LÍGIA BAHIA,¹², “Para efetivar o SUS, o Brasil deveria ter expandido a rede de serviços e, necessariamente, o financiamento para a saúde pública. Ocorreu o contrário, políticas fiscais incentivaram a privatização da assistência. A experiência com as brigas em torno da CPMF ensinou que a alocação de mais recursos para a saúde pública é antes uma questão de prioridade política do que de criação de uma fonte específica de recursos. Aprendemos ainda que botar os termos do debate de cabeça para cima auxilia a compreensão da complexidade das decisões envolvidas com o financiamento do SUS. O que estamos pleiteando é o direito à saúde, melhoria das condições de vida e saúde e o atendimento oportuno, digno e resolutivo, o financiamento e a qualidade dos gastos são meios

¹² Em artigo publicado no Le Monde Diplomatique Brasil em outubro de 2011

essenciais para o alcance desses objetivos. A conversa sobre o SUS não inicia e nem termina no financiamento”.

Enquanto se trava o debate, o sistema político dá suas cartas: recentemente, quando da regulamentação da Emenda Constitucional 29, em 7 de dezembro de 2011, aconteceu fato importante e emblemático para os rumos da saúde pública no Brasil. Em que pese a relatoria do projeto de lei que regulamentava a Emenda Constitucional ser de deputado da situação e da grande maioria parlamentar com que conta o Governo Federal ter aprovado o projeto de lei, que tramitava desde 2000, a presidente Dilma Rousseff o sancionou com vários vetos. Estes vetos geraram frustração, uma vez que esperava-se, com a sanção da lei, avançar na estabilidade e aumento dos recursos para a saúde pública. Em seguida, foram contingenciados cerca de R\$ 5,4 bilhões de recursos do orçamento da saúde para o ano de 2012. A reação do Conselho Nacional de Saúde foi a de enviar carta à presidente, da qual extraímos algumas passagens, no blog “Saúde com Dilma”:

“No Brasil, é crônico o sub-financiamento da saúde. A União, em particular, não tem priorizado os investimentos em saúde, tendo reduzido sua participação no montante total de recursos aplicados na saúde ao longo dos últimos 20 anos. A recente aprovação da regulamentação da EC-29, sem garantir os 10% das receitas correntes brutas do orçamento federal para a saúde, frustrou as expectativas do povo brasileiro de ver ampliados os investimentos e melhorados o acesso e a qualidade da atenção à saúde, expressas nas deliberações da 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em novembro de 2011. Como se isso fosse pouco, a equipe econômica do governo federal propõe agora um contingenciamento da ordem de R\$ 5,4 bilhões no já restrito orçamento do Ministério da Saúde. ... Neste sentido, o Conselho Nacional de Saúde se manifesta publicamente, solicitando à presidenta Dilma que, atenda a seus compromissos de campanha, priorize a saúde e não proceda o contingenciamento das verbas previstas na LOA para o orçamento do Ministério da Saúde.”.

No mesmo sentido, Gilson Carvalho¹³, médico sanitário, afirma no blog “Saúde com Dilma”: “(os) vetos da presidenta Dilma enterram a lei que regulamenta a EC-29” ; neste blog, o médico faz uma análise artigo por artigo e dos vetos da lei.

1.3 O processo histórico de implantação do Sistema Supletivo

O marco principal da implantação do Sistema Supletivo foi a aprovação da Lei 9656, em 1998; em janeiro de 2000 foi criada a ANS pela Lei 9961. No entanto, o Sistema Supletivo vinha ganhando forma desde meados do século XX. Podemos falar da história de seus segmentos: a história das auto-gestões, a história das empresas de medicina de grupo, das cooperativas médicas, das seguradoras de saúde, das organizações filantrópicas. Há uma história da regulação, longa e atribulada. Temos também uma história “do mercado”, contada pelo crescimento do número de pessoas que aderem ao Sistema Supletivo e a dinâmica de suas variáveis econômico-financeiras. Há uma história do relacionamento com o sistema público de saúde, vinculado ao entrelaçamento entre o sistema público de saúde e o sistema privado, no campo da evolução social do país, e nas questões de natureza macro-econômica. Há uma história “ideológica” que mostra transformações na maneira da sociedade brasileira lidar com os elementos que constituem nosso sistema de saúde.

Para efeito do presente texto, pretendemos, à maneira do que foi feito no capítulo “A Constituição de 1988 e o processo de implantação do SUS” traçar uma trajetória de implantação do Sistema Supletivo que, ainda sem esgotar todas as possibilidades de análise e nem mesmo aprofundar todas as “histórias” elencadas no parágrafo anterior, recolha os elementos que pareçam ser os mais importantes para se aproximar das questões atuais e do que possa ser mais agudo, mais crítico, na agenda contemporânea setorial.

A Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) foi fundada

¹³ <http://www.saudecomdilha.com.br/index.php/2012/01/17/gilson-carvalho-vetos-da-presidenta-dilma-enterram-a-lei-que-regulamenta-ec-29/> visitado em março de 2012.

em 1944, durante o Estado Novo. No primeiro ano, ela já conta com 3,5 mil associados, de um total de 7,2 mil funcionários do banco. Em 1967, a extinção do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários (IAPB) pressiona o crescimento da Caixa, uma vez que grande número de funcionários se sentem desassistidos no INAMPS. Em 1970 a Cassi assume completamente a assistência à saúde dos funcionários do BB; em 1973 a filiação se torna obrigatória. Em 1995 há um forte aumento nas contribuições dos associados para reequilibrar as finanças e tornar a Cassi uma empresa auto-sustentada. Em 1997 é lançado o Plano Cassi-Família, que incorpora 130 mil participantes no ano de seu lançamento; é criada a rede de serviços próprios nas principais cidades de atuação do Banco. Em 2006 a Cassi passa a administrar convênios de outras empresas, como os do Serpro e do Banco Central.¹⁴

A história da Cassi ilustra bastante bem os vários momentos da Saúde Supletiva: A criação das Caixas, nos primórdios de nosso sistema de proteção social; o impacto da extinção dos IAPs e a sua centralização no INAMPS, que ensaiava os primeiros passos na direção dos problemas de gestão e sub-financiamento, permitindo a expansão do sistema supletivo; os impactos financeiros sentidos quando da estabilização monetária e a redução de recursos provocada pelo fim da gestão inflacionária dos ativos; o crescimento com a estabilidade monetária; a verticalização e a diversificação das fontes de receitas.

Qualquer periodização traz imperfeições e apresenta riscos de privilegiar o que não é tão importante e omitir aspectos essenciais. Combinando-se fatores político-regulatórios, macro-econômicos e de desenvolvimento empresarial, propomos a seguinte periodização, com o objetivo de sintetizar os principais momentos de constituição do Sistema Supletivo, tal como o conhecemos atualmente. Com adaptações, esta é a periodização proposta no Capítulo III, “A indústria antes da Lei 9656/98” em “A história e os desafios da saúde suplementar”¹⁵.

¹⁴ Consulta ao Portal Cassi: www.cassi.com.br, março de 2012

¹⁵ IEES, vários autores, organização e coordenação, José Cechin, 2008

1.3.1 Implantação, crescimento e financiamento privado através de incentivos fiscais (1964-1981)

Inauguram o funcionamento do Sistema Supletivo as Caixas de Assistência, como a Cassi, do Banco do Brasil, e a Fundação GEAP. O site do GEAP relata a sua criação em 1945, como “assistência patronal à saúde dos servidores do extinto Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários”. Ainda que permaneçam dúvidas quanto ao que seria “assistência patronal dos servidores”, pode-se, conforme BAHIA E VIANA¹⁶ afirmar: “Alguns dos atuais esquemas de assistência privada à saúde, baseados na captação de recursos de empresas empregadoras e de seus empregados, foram criados nos anos 40 e 50. Exemplos disso são, no setor público, a implantação da Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi) e a assistência patronal para os servidores do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (atual Geap).”

A instituição do convênio-empresa, por volta de 1964 pode ser considerada o marco para a expansão do setor suplementar no Brasil; (ALMEIDA, 1998)¹⁷ refere-se ao convênio firmado entre a Volkswagen e o IAPI em 1964 como o primeiro destes convênios. Segundo a autora, a empresa assumia a responsabilidade pela cobertura de saúde de seus funcionários em troca da dispensa de recolher as respectivas contribuições previdenciárias. Em 1966 é fundada a Associação Brasileira das Medicinas de Grupo, Abramge, reunindo 11 empresas, 10 delas situadas em São Paulo. Em 1967, é criada a primeira Unimed, na cidade de Santos, “...como reação ao surgimento das primeiras empresas de medicina de grupo criadas por advogados, empresários ou grupos médicos não vinculados ao movimento da categoria”¹⁸ Algumas questões atuais já estavam colocadas naquela época, como a natureza do trabalho médico, as relações entre

¹⁶ Lígia Bahia e Ana Luiza Viana, em *Regulação e Saúde: Estrutura, Evolução e Perspectivas de Assistência Médica Suplementar*, MS-ANS, 2002.

¹⁷ Celia Almeida, “O Mercado Privado de Serviços de Saúde no Brasil: Panorama atual e Tendências da Assistência Médica Suplementar, Texto para discussão 599, IPEA, 1998).

¹⁸ Cristina Maria Rabelais Duarte, em *Unimed: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil*, Cadernos de Saúde Pública, 2001).

o atendimento público e privado na saúde, o abatimento fiscal de despesas médicas e com planos de saúde.

Neste processo, importante principalmente pelo fato de que estava-se jogando, neste período, a construção histórica das bases do sistema de saúde brasileiro, os atores iniciavam a definição de seus papéis: a medicina de grupo organiza-se em torno de proprietários ou acionistas de hospitais e amplia sua oferta de serviços, criando redes “credenciadas” de profissionais, laboratórios e hospitais; O INAMPS credencia um conjunto de estabelecimentos de saúde que se assemelha ao credenciado pelas empresas de medicina de grupo e o valor da Unidade de Serviço paga pelo setor público transforma-se em uma espécie de “piso” de remuneração pela prestação dos serviços. O Governo cria a política de abatimento fiscal de despesas com convênios médicos. As empresas empregadoras, em especial as grandes multinacionais recém-instaladas e empresa públicas de grande porte ou utilizam-se do sistema de convênio-empresa ou criam seus próprios planos. Estes planos passaram a se denominar de Auto-gestões e também se organizam através de um sistema de tabelas de remuneração vinculadas direta ou indiretamente às tabelas do INAMPS. As seguradoras, amparadas pela edição do Decreto-Lei 73/66 e pela resolução 11/76 do Conselho Nacional de Seguros Privados, que autorizou o início das operações do Seguro-Saúde, denominado Seguro de Reembolso de Assistência Médica e/ou Hospitalar, também iniciam suas operações. Para as seguradoras, as tabelas do INAMPS eram também um “piso”: somente era possível comprar um seguro saúde baseado “no valor da unidade de serviço multiplicado pelo nível de cobertura” (BAHIA E VIANA, citadas acima). Registre-se também que a Associação Médica Brasileira publicou também sua primeira tabela de honorários em 1967, através da qual iniciam-se as tentativas de se padronizar os valores a serem cobrados pelos médicos aos convênios.

Poderíamos caracterizar o período como de grande expansão, baseado na implantação do convênio-empresa incentivado pela opção de se abater os gastos com o convênio nos impostos. O sistema estruturou o pagamento das despesas médicas e assistenciais em tabelas, de médicos e do INAMPS, dependendo a qualificação do serviço, basicamente, de quantos múltiplos destas tabelas os

convênios e os seguros pagariam aos prestadores de serviços. Instalaram-se neste período as medicinas de grupo, as cooperativas médicas, as seguradoras e as auto-gestões. Estes pontos são consensuais. Já com relação à perda de espaço do sistema público para o setor privado, pode-se propor uma abordagem política ao fato de que as decisões do Governo nesse sentido estariam compondo uma política de privatização dos serviços médicos; ou então, podemos creditar este fato ao contraditório movimento de expansão do Sistema de Seguridade brasileiro, que ao se decidir pela incorporação de grandes contingentes populacionais ao sistema sem proporcional aumento de recursos para seu financiamento, além de não ter desenvolvido os necessários sistemas de gestão, tornou os serviços insatisfatórios. Seja impulsionado por uma política de privatização deliberada, seja pelo fato de que a qualidade dos serviços pioraram por conta da incorporação de um grande e novo contingente de pessoas a serem atendidas sem que o sistema fosse preparado para tal, ou a ocorrência destes fatores concomitantemente, estes fatos teriam criado as condições para que o provimento privado dos serviços fosse considerado de melhor qualidade e se expandisse.

O período se encerra, no início dos anos 80, contando o Sistema Supletivo com cerca de 15 milhões de clientes, apenas na medicina de grupo e no sistema Unimed, excetuando-se deste total, por falta de dados, as seguradoras e as autogestões, segundo fontes da Abramge e da Federação das Unimeds conforme BAHIA E VIANA¹⁹, citadas anteriormente.

1.3.2 Inflação e gestão financeira (1981-1994)

O Brasil passou por um grande desajuste fiscal e financeiro durante a década de 1980. Esse desajuste, em parte, foi conseqüência das duas crises do petróleo (1973 e 1979), da declaração da moratória da dívida externa mexicana, em 1982 e da elevação das taxas de juros que remuneravam a dívida externa brasileira.

¹⁹ Regulação e Saúde: Estrutura, Evolução e Perspectivas de Assistência Médica Suplementar, MS-ANS, 2002.

A inflação medida pelo IGP-DI da Fundação Getulio Vargas, em termos da sua taxa anual para este período e a variação do PIB percapta, segundo o IBGE apontavam:

Ano	Crescimento populacional	Variação do PIB	Variação do PIB per capta	Variação do IGP-FGV
1981	2,2	(4,25)	-6,30	95,2
1982	2,2	0,83	-1,30	99,7
1983	2,1	(2,93)	-4,95	211,0
1984	2,1	5,40	3,26	223,8
1985	2,0	7,85	5,71	235,1
1986	2,0	7,49	5,42	65,0
1987	1,9	3,53	1,60	415,9
1988	1,8	(0,06)	-1,85	1037,0
1989	1,7	3,16	1,39	1782,0
1990	1,7	(4,35)	-5,93	1476,0
1991	1,6	1,03	-0,57	480,2
1992	1,6	(0,54)	-2,07	1157,0
1993	1,5	4,92	3,36	2708,0
1994	1,5	5,85	4,33	1092,0

Fontes: IBGE,- Diretoria de Pesquisas e FGV-Instituto Brasileiro de Economia

Foram vários planos econômicos, congelamentos de preços, uma moratória da dívida externa e um confisco de aplicações financeiras. A assistência médica supletiva manteve-se e cresceu administrando financeiramente o precário equilíbrio entre receitas e despesas, através dos instrumentos da indexação.

Caracteriza-se o período pela falta de dados e pelo descontrole da atividade. Os critérios de reajustes das chamadas “contraprestações pecuniárias”, os reajustes mensais dos planos de saúde, não eram claros, em geral dependiam do comportamento dos índices gerais de preços acrescidos de imprecisas medições de sinistralidade. A hiperinflação fez com que as operadoras, assim como os demais setores econômicos brasileiros, operassem sua administração desvinculando os custos das receitas. O que determinava a performance da empresa era muito menos a relação entre seus custos e receitas e muito mais o intervalo temporal entre ambas, na expectativa de corrosão inflacionária dos custos e da valorização inflacionária das receitas. Em ambiente tão confuso, era de se esperar dificuldades para a expansão do sistema supletivo; no entanto isto

não aconteceu. Os números apontam para 14,4 milhões de beneficiários em 1980-1981²⁰; quanto ao número de operadoras, no início do período, predominavam as Medicinas de Grupo, que em 1980 cobriam 8,5 milhões de pessoas, ou 59% do total. Em 1987, a cobertura já tinha crescido para 22,4 milhões de pessoas, com as Medicinas de Grupo representando 58% do total, as Autogestões 23 %, as Cooperativas Médicas 15% e as Seguradoras menos de 4%, segundo aquela pesquisa.

1.3.3 Estabilidade da moeda, ajuste das empresas e período pré-regulatório (1994-2000)

Com o advento do Plano Real em 1994, antecedido pela implantação do Código de Defesa do Consumidor (CDC), em 1990, as operadoras passaram por seu primeiro período de ajustes: as empresas deixam de contar com as “receitas inflacionárias” do período anterior e as cláusulas do CDC são aplicadas nos contratos da medicina supletiva.

Pode-se afirmar que no período anterior, de hiperinflação, o relacionamento comercial do mercado “comprador” de serviços de saúde (as operadoras) com o mercado “vendedor” de serviços (médicos, hospitais, laboratórios e outros) permitia às operadoras praticar o postergamento sistemático dos pagamentos aos seus prestadores de serviços, provocando, a estes, perdas inflacionárias. Na outra ponta, os mecanismos de correção monetária e as relações contratuais com suas fontes pagadoras permitiam certa proteção contra a corrosão inflacionária de suas receitas. Com as elevadíssimas taxas de juros obtidas nas aplicações financeiras da época, associadas ao processo de postergamento dos pagamentos aos seus credores, os ganhos financeiros-inflacionários das operadoras tornam-se mais importantes do que a gestão operacional da assistência médica. Este processo extingue-se com o fim do período hiper-inflacionário. As empresas têm de se adaptar à nova realidade, voltar a administrar seus custos, sem regulação padronizada. Salvo o setor segurador, que desde 1976 trabalhava sob algumas regras da Resolução 11/76 do Conselho Nacional de Seguros Privados, os demais

²⁰ Segundo a PNAD - IBGE 1982

segmentos não tinham qualquer regra de controle que pudesse organizar a reestruturação das empresas.

Apoiados no recém-implantado Código de Defesa do Consumidor e representados por entidades civis e Procons, os consumidores tiveram reconhecida sua hipossuficiência nas relações com as operadoras de saúde. As cláusulas contratuais que colocavam o consumidor em desvantagem, assim como aquelas que permitiam o cancelamento uni-lateral de contratos de planos de saúde foram reconhecidas pela Justiça como abusivas e consideradas nulas. Desta forma, foram impostos alguns limites jurídicos à reestruturação das empresas para a adaptação ao fim do período de ganhos inflacionários.

Paralelamente a este processo adaptativo, de natureza empresarial, tinha curso o embate político para a definição do marco legal que viria a ser adotado para a saúde supletiva. Dentre os principais atores na arena de disputas políticas para a configuração do marco regulatório estavam: o movimento de defesa dos consumidores; as entidades médicas; o governo federal, através de órgãos executivos, de elaboração de estudos e projetos; as operadoras, através de suas entidades de representação à época, a Abramge, a Fenaseg, a Unimed Central, e o CIEFAS, que representava as auto-gestões; o legislativo, que apresentou inúmeros projetos de lei para a regulamentação e o judiciário, que já vinha formando jurisprudência, em especial aquela baseada na aplicação do CDC.

Pode-se destacar algumas iniciativas importantes do período pré-regulatório²¹, que iriam dar conteúdo ao futuro marco legal. A já citada utilização do CDC, por parte do judiciário, para até mesmo anular cláusulas contratuais consideradas abusivas. A Resolução 1401, de 1993, do Conselho Federal de Medicina, que estabelecia, em nível nacional, que todas as enfermidades relacionadas na Classificação Internacional de Doenças (CID) fossem atendidas pelos planos de saúde, sem restrições quantitativas. Esta resolução dava também aos médicos todos os poderes quanto à escolha do médico pelo paciente, liberdade para

²¹ “A história e os desafios da saúde Suplementar, vários autores, IESS”, organização e coordenação de José Cechin, 2008, citado anteriormente.

definir sua remuneração, liberdade de escolha de terapêuticas e de escolha de hospitais e laboratórios para diagnósticos e tratamentos. Ainda que um recurso contrário, impetrado em conjunto pela Abramge, Fenaseg, FBH e Fenaess obtivesse liminar e tenha suspenso os seus efeitos, estava demonstrada a capacidade política e a linha que viria a ser adotada daí por diante pelas associações médicas. O Ministério do Trabalho, que já havia reconhecido o Sinange, Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo em 1986 e em 1989 o Sindicato Nacional das Cooperativas de Serviços Médicos, comandou um grupo de trabalho com a Saúde e a Previdência, e o apresentou ao Presidente da República, José Sarney. A elaboração do Projeto ocorreu simultaneamente aos trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte; no entanto o Projeto, que previa a criação de uma autarquia para regulamentar, controlar, fiscalizar e registrar as operadoras não foi enviado ao Congresso. Apenas dois anos mais tarde seu conteúdo foi apresentado sob a forma de Projeto de Lei 657, de 13/5/91, mas foi arquivado depois de tramitar quatro anos na Câmara, em 1995. O Ministério da Fazenda ao final do ano 1995 preparou uma Medida Provisória que, além de buscar parâmetros para reajustes de preços, entrava também nas discussões sobre coberturas assistenciais. A referida MP nunca foi encaminhada ao Congresso. As energias do Ministério da Saúde estavam canalizadas para a aprovação da CPMF (1996/1997) mas foi nomeada uma comissão especial, para propor medidas de regulação; o relatório apresentado, no entanto, não teve desdobramentos. Com a posse do Ministro Carlos Albuquerque em dezembro de 1996, criou-se nova comissão, articulada por Barjas Negri, secretário-executivo do Ministério, envolvendo Saúde, Fazenda e Justiça, que produziu nova proposta. O Congresso Nacional apresentou neste período vários projetos associados à regulação da saúde supletiva. Em 1994 foi constituída Comissão Especial, para cuidar da matéria e compatibilizar os vários projetos existentes. As dificuldades de se obter um relatório consensual se fizeram seguir em várias tentativas de consolidação das posições em um único projeto. O deputado Marcos Vinicius de Campos apresentou projeto no sentido da criação da Agência Nacional de Saúde Supletiva, em 1997. Ministério da Fazenda e SUSEP, seguradoras, medicinas de grupo grandes, medicinas de grupo pequenas, entidades de defesa de

consumidores, médicos, unimed, autogestões, por conta da demora em se definir qual seria a regulação a ser adotada e da falta de liderança política do Governo para conduzir efetivamente o processo, estavam radicalizadas em suas posições, em defesa de interesses corporativos.

A esta altura, o Executivo acenou com a possibilidade de editar uma Medida Provisória, trazendo para si a liderança do processo legislativo. Por conta desta possibilidade, o Presidente da Câmara, deputado Michel Temer, encaminhou o projeto ao plenário sem o parecer da comissão especial; em 8 de outubro o substitutivo ao PL 4425/94 foi apresentado pelo Deputado Pinheiro Landim para apreciação dos parlamentares, que o aprovaram sete dias mais tarde.

No Senado, a tramitação do projeto apresentou problemas, certamente associados ao sistema de “toque de caixa” utilizado pela Câmara. No Senado, os vários atores puderam se manifestar quanto ao projeto oriundo da Câmara, prevalecendo no entanto, no jogo das representações políticas no Senado, aqueles contrários ao projeto, principalmente por conta da pouca abrangência da cobertura assistencial a ser cumprida pelos planos e pela indicação da Susep como órgão regulador.

A nomeação de José Serra para o Ministério da Saúde alterou o processo de articulação política em torno da regulação dos planos de saúde. O Ministério da Saúde, que até então participava do processo de maneira codjuvante, passou a liderá-lo. Consolidou com os senadores a definição de alguns pontos, que seriam objeto de Medida Provisória, a ser editada pelo Executivo: ampliação de coberturas, com adoção de um Plano de Referência com coberturas mínimas; nova redação para o aumento de preços para pessoas com mais de 60 anos; compromisso de revisão dos termos de coberturas para lesões e enfermidades pré-existent; definição do Ministério da Saúde como instituição responsável pela regulação dos aspectos assistenciais e do Ministério da Fazenda como instituição encarregadas dos aspectos econômico-financeiros, com poder recíproco de veto. Assim foi aprovada a Lei 9656, em 12 de maio de 1998. Em 3

de junho a Lei foi sancionada pelo Presidente da república e dois dias após o governo editou a Medida Provisória 1665, contendo as mudanças acordadas.

O período que se seguiu pode ser caracterizado como de regulação bi-partite. A Susep, do Ministério da Fazenda, regularia os aspectos econômicos e financeiros e o Departamento de Saúde Suplementar, da Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério Saúde, os aspectos assistenciais.

Com a criação da ANS através da Lei 9961, de janeiro de 2000, as atividades reguladoras ficaram a cargo de um único órgão. O processo de constituição do marco regulatório durou mais de uma década e as questões de fundo ganharam maior clareza. O processo foi conflituoso, como não poderia deixar de ser, tendo em vista as dissensões entre os vários atores privados envolvidos e as contradições do setor público, este também dividido entre várias visões do Sistema de Saúde a ser adotado pelo Brasil.

1.3.4 Regulação e adaptação das operadoras, entre 2000 e 2003, em período de baixo crescimento econômico e compressão tarifária

O período de instalação da ANS coincidiu com uma fase de baixo crescimento econômico do país, que enfrentou uma série de crises internacionais. Conforme a tabela abaixo, o crescimento do PIB acumulado no período (9,7%) permite calcular uma variação anual média de 2,42% entre 2000 e 2003. No ano 2000, o IBGE estimava a taxa de crescimento populacional em 1,64% ao ano, o que faz com que a taxa de crescimento do PIB percapta do período fique abaixo de 1% ao ano. Percebe-se na tabela a redução na participação da saúde supletiva no PIB brasileiro neste período. Os reajustes concedidos pela ANS ficaram abaixo do IPCA. Ainda que não se tenha evidência estatística para associar os dois comportamentos diretamente, ficam claras a perda de participação da saúde supletiva no PIB e também que os reajustes concedidos pela ANS ficaram abaixo da inflação medida pelo IPCA. Neste período o Sistema de Contas nacionais do IBGE mostra expansão da saúde pública. Tendo em vista as características de vinculação dos serviços da assistência supletiva aos planos coletivos, veja-se

ainda na tabela que o período foi de baixa evolução na criação de empregos formais. As estatísticas do Ministério do Trabalho mostram, já para o ano de 2004 um acréscimo significativo desta variável.

PIB, Participação setorial no PIB, Empregos, Inflação e Reajustes dos Planos

	Varição do PIB	Saúde Supletiva Participação no PIB ²²	Fabric. de produtos farmacêuticos	Saúde Pública	Empregos Formais Criados	Inflação IPCA	Reajuste ANS ²³
2000	4,3	0,3%	0,8%	1,7%	657.596	5,97	5,42
2001	1,3	0,5%	0,7%	1,7%	591079	7,67	8,71
2002	2,7	0,3%	0,6%	1,9%	762415	12,53	7,69
2003	1,1	0,2%	0,6%	1,8%	645.433	9,30	9,27
	2,42*				1.523.276 ²⁴	40,33**	34,85**

Fontes: IBGE, Ministério do Trabalho e ANS – * Media do Período **

Neste primeiro período da ANS foram editadas várias Medidas Provisórias, mensalmente e por mais de três anos. A MP 2177-44/01, de agosto de 2001, a 45a, permanece em vigor, encerrando esta sistemática. De um lado, vê-se que entre a Lei 9656/98 e a Medida Provisória final não há muitas mudanças. No entanto, uma mudança foi muito importante: a introdução da obrigatoriedade de oferecimento do Plano de Referência, na MP 2177-44/01 transformou o conceito de Saúde Supletiva em Sistema Duplicado e até hoje gera uma série de problemas, conforme veremos mais a frente.

A primeira tarefa enfrentada nesta fase inicial foi a própria criação física da Agência, a contratação e treinamento de pessoal, a montagem dos sistemas de

²² A participação de uma atividade na economia pode ser medida pela divisão de seu valor adicionado pelo valor adicionado total da economia. Os percentuais das colunas 2, 3 e 4 referem-se a esta relação destes setores na Conta Satélite Saúde do Sistema de Contas Nacionais do IBGE.

²³ O reajuste da ANS refere-se, aproximadamente à média dos reajustes dos contratos coletivos e são aplicados aos contratos individuais.

²⁴ De maneira ilustrativa, este foi o número de empregos criados em 2003; veja-se o quanto os números eram baixos no período 2000/2003.

informação, a montagem de bases de dados e estruturação de projetos de pesquisas, uma vez que a ANS começou “do zero”.

Em abril de 2000 a primeira Diretoria Colegiada da ANS foi constituída, mas antes de sua posse algumas bases já estavam sendo definidas. As regras para fornecimento de informações para a montagem do cadastro de beneficiários; as regras para o registro provisório de operadoras e produtos; as normas para registro do plano de referência; e para o pagamento da taxa de saúde suplementar formaram o conjunto prioritário de ações regulatórias. Logo em seguida à sua posse, a Diretoria Colegiada dedica-se à definição das normas necessárias ao ressarcimento ao SUS.

Dentre as tarefas prioritárias da ANS, estava a de garantir a prestação da assistência na qualidade e na quantidade contratadas, retirando do mercado as empresas que se estabeleciam sem a necessária solvência e liquidez para honrar seus compromissos. Ainda no primeiro semestre de 2000 a ANS definiu mecanismos para o acompanhamento econômico-financeiro das operadoras, as normas para a elaboração dos planos de recuperação e as normas para revisão técnica, para corrigir situações de desequilíbrio de partes das carteiras das operadoras e que poderiam comprometer todo o seu funcionamento. Neste primeiro semestre, a ANS passou a exigir das operadoras a apresentação de uma Nota Técnica Atuarial para registro dos planos de saúde. Desde então, os preços “de entrada” ou “de venda” de um plano são livres e equilibrados atuarialmente. As transferências de carteiras entre operadoras teve seus mecanismos de controle estabelecidos, sendo necessária a sua aprovação pela ANS. Neste primeiro semestre foi editada a primeira norma de reajuste das mensalidades. Definiram-se no segundo semestre os padrões para registro das operações, elaboração e apresentação das demonstrações contábeis nos Planos de Contas e a sistemática de decretação de regimes de intervenção, de Direção Técnica (questões administrativas) e de Direção Fiscal (insuficiências de garantias ou anormalidades econômico-financeiras graves). Em janeiro de 2001 saem as normas de liquidação das operadoras em situação de insolvência ou em que as ações de Direção Técnica ou Direção Fiscal não tenham sanado os problemas.

Durante o período 2000/2003 a ANS submeteu 15 temas a consultas públicas, posteriormente transformadas em normas: doenças e lesões pré-existentes, garantias financeiras, alienação compulsória de carteiras, regras para o envio de informações relativas à assistência prestada, informações para o cadastro de beneficiários, cartões de desconto, contrato entre operadoras e hospitais, diversificação dos ativos das operadoras, cheque-caução, contrato entre operadoras e prestadores de serviços SADT, e adaptação de contrato.

O esforço das operadoras de adaptação às regras foi grande²⁵: neste período, aumentaram-se as coberturas, aumentaram-se as exigências contábeis e econômico-financeiras, foram criadas e expandidas as exigências de informações a serem prestadas, criou-se um aparato fiscalizatório, tanto das normas da ANS quanto do cumprimento dos contratos em um período de restrições macro-econômicas causadas principalmente pelas crises internacionais enfrentadas no período.

Durante o período inicial da regulação, a área da ANS que cuidava da solvência e da liquidez das operadoras, além de determinar a intervenção quando estas não estavam bem, não criava os critérios nem realizava os cálculos do reajuste anual das mensalidades. Cabia à área de produtos, ocupada principalmente com as questões de natureza assistencial, a criação das regras e elaboração dos cálculos dos reajustes. Estes, como vimos na tabela anterior, acumularam no período 2003/2000 um percentual de 34,85%, contra a inflação, medida pelo IPCA do IBGE de 40,33%. Nesta época, as operadoras, além de não concordar com os reajustes da ANS, uma vez que entendiam que a variação de seus custos médico-hospitalares e de seus custos administrativos eram substancialmente maiores, apontavam que a desvalorização do Real encarecia importantes custos, tais como medicamentos, materiais de diagnóstico e outros. A taxa de câmbio (R\$/US\$ Nominal) informada pelo Banco Central variou de 1,79 em 2000 para 3,07 em 2003; o chamado Índice Big Mac da Revista The Economist, passou neste

²⁵ Esta caracterização baseia-se na experiência profissional do autor da tese, que, à época trabalhou na reestruturação de várias operadoras de planos de saúde, visando sua adaptação à nova realidade regulatória, que aconteceu em período de ajustes macro-econômicos.

período, de 2,95 para 4,55, ou seja, apontando taxas de desvalorização do Real de 71% e 54% respectivamente.

1.3.5 Crescimento econômico, expansão 2004-2011

Este período caracteriza-se pela conjugação de vários fatores favoráveis às operadoras do sistema supletivo: o crescimento econômico permitiu a sua expansão; deu-se a consolidação dos sistemas de exigências financeiras e administrativo-contábeis, deu-se a consolidação dos sistemas de exigências assistenciais; os reajustes autorizados ficaram bem acima dos índices de inflação. Ou seja; ambiente econômico favorável, estabilidade da regulação e consideráveis reajustes.

Somente as empresas mais bem estruturadas e eficientes conseguiram permanecer no mercado após passar pelos dois ajustes, o primeiro relativo ao fim do processo inflacionário e o segundo relativo à regulação de suas atividades. Empresas desorganizadas ou sem capacidade de constituir reservas proporcionais às suas atividades não conseguem mais operar. Discutem-se as relações com os prestadores e as conseqüências positivas e negativas do fenômeno da verticalização das atividades das operadoras, ou seja, a rede própria de prestação de serviços assistenciais; discutem-se também as melhores formas de remuneração aos prestadores, se o pagamento direto por serviço prestado ou por modalidades mistas, com a coexistência do pagamento por serviço prestado e de pacotes por performance ou através de mecanismos percapta. Verificou-se também neste período o desinteresse de algumas operadoras em vender novos planos individuais. Por outro lado, cresce a modalidade de planos coletivos por adesão, mais baratos que os individuais e fora das regras de impossibilidade de rompimento do contrato unilateralmente pela operadora e da imposição de reajustes anuais pela ANS. Os planos antigos, ainda não adaptados à Lei sofreram também no período algumas iniciativas para sua adaptação à nova legislação. Veja-se na tabela abaixo que os titulares destes planos vêm sofrendo reajustes de grande magnitude determinados pela ANS para operadoras que assinaram Termo de Compromisso com a Agência. Passado

o período mais intenso de adaptação ao novo marco regulatório, a agenda da ANS deslocou-se para a implantação do sistema da TISS (Troca de Informação em Saúde Suplementar) e do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar. A ANS considera, segundo seus Relatórios de Atividade, que este programa de qualificação “caracteriza nova perspectiva regulatória”²⁶.

Tabela: Dados gerais da saúde supletiva, inflação e reajustes:

	Vari- ação do PIB	Saúde Supletiva Participa- ção no PIB	Fabric. de produtos farmacêutic- os	Saúde Públic- a	Empregos Formais Criados	Inflaçã- o IPCA	Reajus- te e ANS Planos Novos	Reajuste ANS TC Planos Antigos
2004	5,7	-	-	-	1.523.276	7,60	11,75	11,75
2005	3,2	0,2%	0,7%	1,8%	1.253.981	5,68	11,69	23,48
2006	4,0	0,2%	0,7%	1,8%	1.228.686	3,14	8,89	12,07
2007	6,1	0,3%	0,7%	2,0%	1.617.392	4,45	5,76	8,62
2008	5,2	0,3%	0,6%	2,0%	1.452.204	5,90	5,48	6,76
2009	-0,6	0,3%	0,7%	2,1%	995.110	4,31	6,76	6,76
2010	7,5	-				5,90	6,73	9,46
2011	3,2	-				6,50	7,69	7,27
	4,28					52,61	86,04	124,79**
	*						**	

Fontes: IBGE, Ministério do Trabalho e ANS – * Media do Período **

²⁶ Relatório de Gestão da ANS, 2007.

Segunda Parte: O quadro de aumento estrutural de custos na saúde

2.1 Envelhecimento, tecnologia e hábitos de consumo

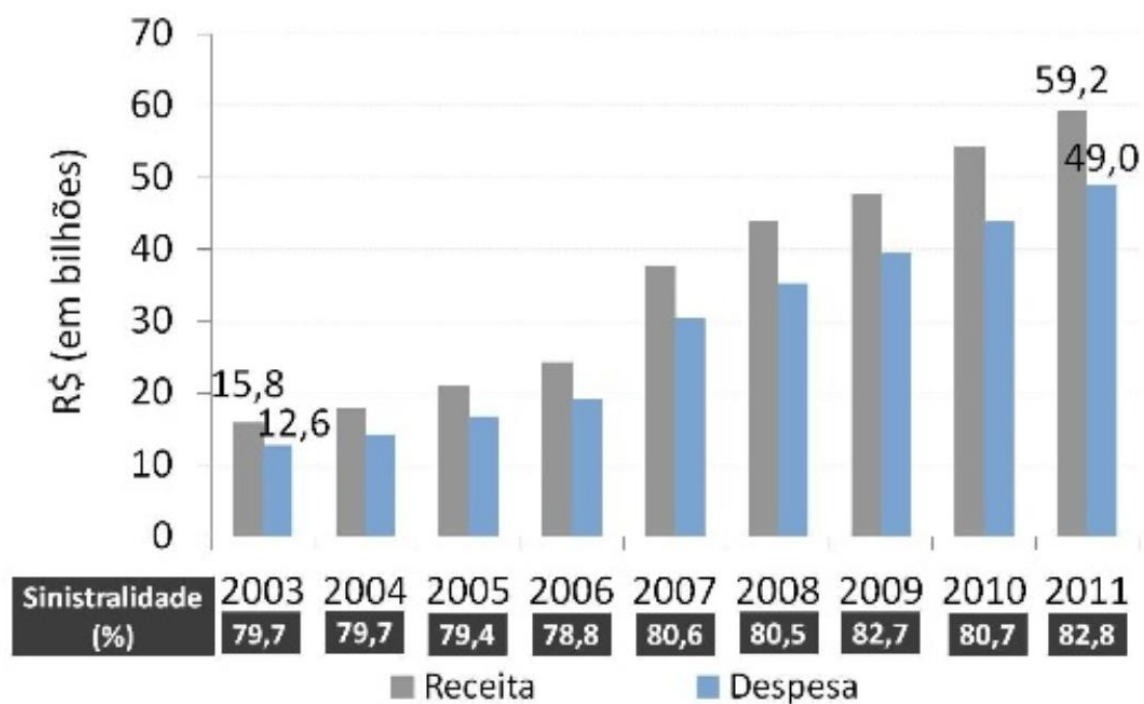
2.1.1 Limite da capacidade de financiamento à saúde

O início do ano de 2012 trouxe o sistema público de saúde às manchetes dos jornais, por conta da insatisfação, no meio acadêmico e dos profissionais da saúde, causada pelos vetos da presidente Dilma à Lei que regulamenta a Emenda Constitucional 29, dos cortes efetivados no orçamento da Saúde para 2012 e da troca de acusações entre prefeitos, governadores e o Ministro da Saúde acerca de problemas na qualificação do sistema público e na divisão de responsabilidades. Estamos em momento de intensos debates sobre o financiamento do sistema público de saúde e a mensagem do Governo Federal foi depreendida, por vários atores envolvidos na saúde pública brasileira, como indicativo de que os valores atuais são os valores de teto dos gastos federais com a saúde pública. Segundo essa interpretação, quaisquer aumentos no gasto público com a saúde pública ficarão por conta dos estados e das prefeituras. A criação de um novo tributo, nos moldes da CPMF, encontra fortes resistências da sociedade e dos parlamentares, uma vez que parece que chegamos a um limite socialmente aceitável da carga tributária brasileira. A carga tributária do País bateu em 2011 o recorde que antes era de 2008.²⁷ O acompanhamento mensal das principais receitas apontou um incremento em 2 pontos do PIB na arrecadação entre o final de 2011 e o de 2009. Extrapolando essa variação para a carga global se projeta que chegue em 2011 a 36,2% do PIB, recuperando não apenas a baixa sofrida depois da crise, como ainda superando o nível mais alto anterior, de 35.6% em 2008, e os dos anos em que se cobrava a CPMF. Os tributos federais, concentrados em poucos setores, lideraram a expansão da carga, no curto e no longo prazo.

²⁷ Segundo a edição de janeiro do **Termômetro Tributário Brasileiro**, realizado por José R.Afonso, Kleber Castro e Márcia Matos, “

Os reajustes autorizados pela ANS para os planos individuais são de dois tipos. O primeiro, para os contratos novos, assinados após a Lei 9565, de 1998, é calculado a partir da média da variação de preços dos contratos coletivos. Eles além de serem utilizados no reajuste anual dos contratos individuais, mostram o que está acontecendo entre as operadoras e as empresas, qual foi a média dos reajustes dos contratos coletivos. Refletem o reajuste da grande maioria dos contratos. O outro tipo, que atinge contratos anteriores à Lei atinge um número substancialmente menor de beneficiários, apesar de não haver informação segura disponível sobre quantas são estas pessoas. Enquanto a inflação medida pelo IPCA entre 2000 e 2011 foi de 114,17%, os reajustes da ANS foram de 150,88% e aqueles dos planos anteriores à Lei, de 203,15%. Ainda assim, segundo dados da ANS, a taxa de sinistralidade (despesas assistenciais divididas pelas receitas de planos) vêm se mantendo em patamar elevado, até subindo um pouco. Esta taxa atingiu 82,8% em 2011. Será difícil construir mais espaço para recuperação tarifária causada pela elevação mais que proporcional dos custos médicos frente aos índices gerais de preços.

Gráfico 3: Evolução das receitas, despesas e sinistralidade de operadoras médico-hospitalares até 3º Tri do ano



Fonte: ANS, Cadernos de Informação da Saúde Suplementar, abril de 2012.

Reajustes autorizados pela ANS, Inflação e PIB

Período	Reajuste ANS (1)	Reajuste ANS (2) TC	Variação do IPCA	Variação do PIB
2000	5,42	5,42	5,97	4,3
2001	8,71	8,71	7,67	1,3
2002	7,69	7,69	12,53	2,7
2003	9,27	9,27	9,30	1,1
2004	11,75	11,75	7,60	5,7
2005	11,69	23,48	5,68	3,2
2006	8,89	12,07	3,14	4,0
2007	5,76	8,62	4,45	6,1
2008	5,48	6,76	5,90	5,2
2009	6,76	6,76	4,31	-0,6
2010	6,73	9,46	5,91	7,5
2011	7,69	7,27	6,50	3,7
Acumulado	150,88	203,15	114,20	53,92

Fontes: ANS e IBGE (1) Planos Individuais, que seguem a média dos contratos coletivos. (2) Entre 2000 e 2004 seguem os reajustes dos planos individuais; de 2005 em diante, seguem os reajustes do TC; estas são as médias simples dos reajustes autorizados às operadoras do TC. Os TC (Termos de Compromisso) significaram a pactuação entre algumas operadoras e a ANS para a aplicação de reajustes diferenciados aos planos anteriores à Lei 9656. Estes reajustes são definidos pela ANS a partir de características diferenciadas destes contratos, desde que assinados antes de 1 de janeiro de 1999 e não adaptados à lei 9656.

A consultoria Towers, em seu relatório anual de 2010, aponta resultados para 236 empresas nacionais e multinacionais que contam com programas de benefícios. Segundo esta pesquisa, a mediana do custo mensal *per capita* dos planos de saúde destas empresas aumentou 20,6% entre 2009 e 2010; o custo do plano de saúde passou a corresponder em média a 8,57% da folha salarial das

empresas que compõem o painel da Towers; segundo a pesquisa, 48% das empresas pretendem alterar seus planos de saúde, destas 49% para reduzir custos.

A Unidas, em seu relatório do ano de 2010, mostra que a evolução de custos das empresas que compõem seu painel de pesquisas cresceu quase 20% entre 2008 e 2010.

Tabela: Custos per capita da assistência médica no sistema Unidas

	2010	2009	2008
Cobertura Médico-Hospitalar (percapita/ano)	2408,79	2359,72	2032,36
Cobertura Médico-Hospitalar (percapita/mês)	200,73	196,64	169,36
Cobertura odontológica (percapita/ano)	97,98	91,84	66,33
Cobertura Odontológica (percapita/mês)	8,17	7,65	5,53

Fonte: Sistema Unidas, relatório anual de Gestão 2010

Nas tabelas abaixo, é feita a simulação do impacto da mudança da estrutura demográfica sobre os custos de assistência médica. As duas primeiras colunas tratam da distribuição atual da população brasileira e da distribuição atual do número de beneficiários de planos de saúde, segundo o IBGE e a ANS. Vê-se na coluna 3 que as duas distribuições são razoavelmente próximas; quanto mais perto da unidade, maior a equivalência, quanto >1 significa que há, proporcionalmente, mais gente desta faixa de idade na população geral do que nos beneficiários de planos e, ao contrário, quanto <1 significa que há mais gente, proporcionalmente, nos planos do que na população geral. O que se verifica é que não há grande discrepância entre as duas distribuições de população, o que nos permitiria, para esta estimativa, aceitar a projeção da distribuição da população por faixas etárias para 2030 como uma proxy da distribuição da população por faixas etárias dos planos de saúde para 2030. Se aplicamos os atuais custos por

faixa etária da Unidas às duas estruturas de população (2010 e 2030) temos, na última coluna, qual seria a variação de custos, ocasionada somente pela aplicação da futura distribuição etária estimada do número de beneficiários. Outras dimensões da evolução dos custos, como a “inflação médica” (aumento dos preços relativos dos itens da saúde frente aos preços gerais), incorporação tecnológica, novos tratamentos e outras, ficam de fora desta estimativa. Por este cálculo, a sinistralidade passaria dos atuais 82% para 119% em 2030.

Estimativa da variação de custos 2010-2030

Faixas etárias	Pop Brasil	Beneficiários Brasil	Pop/Benef	Faixas unidas	Custos unidas
80 ou +	1,6	1,88	0,89		
70 a 79	3,4	3,38	1,03	acima de 70	7223
60 a 69	6,1	5,76	1,07	60 a 69	2451
50 a 59	9,7	10,33	0,94	50 a 59	2376
40 a 49	13,1	14,13	0,92	40 a 49	1391
30 a 39	15,7	18,8	0,83	30 a 39	989
20 a 29	18,1	19,42	1,25	20 a 29	502
10 a 19	17,9	12,6	1,42	18 a 29	542
0 a 9	15,3	13,7	1,11	0 a 17	

Faixas etárias	% popul. 2030	% beneficiários 2010	contribuição 2030	contribuição 2010	variação
80 ou +	2,8	1,88	202,24	135,79	
70 a 79	5,4	3,38	390,04	244,13	
60 a 79	9,5	5,76	232,84	141,17	
50 a 59	15,6	10,33	370,65	245,44	
40 a 49	18,9	14,13	262,89	196,54	
30 a 39	22,7	18,8	426,76	185,93	
20 a 29	10,7	19,42	53,71	97,48	
10 a 19	5,7	12,6	30,89	68,29	
0 a 9	8,7	13,7	47,15	74,25	
			2017,17	1389,02	45%
			119%	82%	

Fontes: IBGE e Unidas, Relatório Anual de Gestão 2010

As famílias brasileiras têm plano de saúde de acordo com sua própria capacidade de pagamento de um plano individual ou de sua inserção no mercado formal de

trabalho, além de outros fatores de natureza comportamental. FARIAS²⁸ identifica em estudo de 2001 que a qualidade do atendimento, em especial na forma como se dá a relação médico/paciente; as condições de acesso, traduzidas pela existência ou não de filas, senhas e da frustração quando o atendimento marcado com dificuldades não se dá por falta de médicos, por exemplo; e a sensação de segurança, que é produto de mediação subjetiva entre as características particulares de cada pessoa face contextos concretos formam, paralelamente às limitações econômicas, o conjunto de fatores que a avaliação do sistema supletivo seja vista como muito mais favorável do que a avaliação do SUS.

Quando a ANS determina percentuais de reajustes para os planos de saúde está arbitrando a maior ou menor transferência de recursos das famílias para as operadoras dos planos. Ao se utilizar da média dos reajustes de contratos entre as empresas e os planos, está determinando que a variação das transferências observadas em determinado ano, entre as empresas e as operadoras, será a mesma que realizarão as famílias. Vimos que estas transferências têm sido substancialmente maiores que a inflação medida pelo IPCA, por conta da variação constantemente a maior dos custos da assistência médica em relação aos índices gerais de preços. Este é um problema estrutural: o aumento de preços relativos somente pode ser sustentado pelo aumento da renda das famílias e pelo aumento da produção das empresas, do ponto de vista econômico e pelos fatores comportamentais citados anteriormente.

A ANS realizou estudo com base no Suplemento de Saúde da Pesquisa Nacional de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD/IBGE) de 2008²⁹. Conclui que renda familiar e cobertura por plano privado de saúde relacionam-se positivamente; nos dois últimos estratos de renda mais elevados, referentes a rendimentos entre 10 e 20 salários mínimos e acima de 20 salários mínimos, 64% e 69% das pessoas de referência do domicílio afirmaram ter plano

²⁸ Sobre este assunto, veja-se “Estratégias de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar”; Luiz Otávio Farias, Ciênc. saúde coletiva vol.6 no.2, São Paulo, 2001

²⁹ Publicada no Caderno de Informação da Saúde Suplementar de junho de 2010.

privado de saúde. Por outro lado, nos estratos de menor rendimento, essa participação não ultrapassa 12%. A renda média mensal da população com plano privado era de R\$1195,30 e da população sem plano era de R\$ 397,40. Por outro lado, entre as pessoas cobertas por planos privados de saúde, a distribuição da renda mensal domiciliar per capita em decis mostra que os planos pelo emprego têm uma participação maior em quase todos os decis de renda. Dentre os decis, entre o segundo e o nono, os planos pelo emprego são responsáveis por mais de 60% da cobertura por planos privados de saúde.

A despesa familiar com saúde, em relação à despesa familiar total, medida pelo ENDEF (Estudo Nacional da Despesa Familiar) em 1974/1975 e pelas Pesquisas de Orçamento Familiar, de 2002/2003 e de 2008/2009, ambas do IBGE, mostram a evolução nesta participação nos três momentos, de 4,2%, 6,5% e 7,2%. Na pesquisa de 2008/2009, Saúde ultrapassa Educação (3,0%) e Vestuário (5,5%), correspondendo a 36% das despesas com alimentação.

A população brasileira depende do bom atendimento do sistema público, de se inserir no mercado formal de emprego ou da sua capacidade de, alternativamente, pagar por um plano de saúde individual/familiar. A possibilidade de expansão do sistema supletivo, hoje, estaria condicionada, portanto, à passagem de maiores contingentes das classes D e E para a classe C, através do crescimento da participação do emprego formal sobre o informal e do crescimento da renda. No entanto, as expectativas macro-econômicas para 2012 e para os próximos anos não são animadoras. A crise econômica européia, a indefinição quanto à melhoria da situação norte-americana e as expectativas de redução do crescimento econômico chinês tornam incertas as possibilidades de expansão maior de nossa economia, com aumento na participação do mercado formal de trabalho, principal porta de entrada para o sistema supletivo, e na renda da população.

Este conjunto de limitações do Estado, das Famílias, das Empresas e das operadoras de saúde indica que a capacidade de financiamento do sistema de saúde brasileiro pode estar próxima de seu esgotamento. E todos prevêem que os

custos da assistência médica vão subir mais nos próximos anos: o financiamento do sistema de saúde, seja ele público ou privado, estará ainda mais ameaçado pela prevalência de dois fenômenos contemporâneos, o impacto de custos das novas tecnologias e o envelhecimento populacional. No quadro “Estimativa da variação de custos 2010-2030” tratamos desta questão, que voltará a ser abordada mais a frente.

2.1.2 Impacto das novas tecnologias e expansão do gasto

A expansão dos gastos com saúde causada pelo processo de envelhecimento populacional aliado à incorporação tecnológica na saúde se dá em todo o mundo, embora de forma diferenciada. Vivemos o aumento mundial dos gastos com a saúde. Incorpora-se aceleradamente tecnologia médica, a população envelhece. E estes fenômenos estão associados.

Nas duas primeiras tabelas abaixo, podemos observar a expansão do número de ressonâncias médicas realizadas entre 1990, seu custo e o de outros exames, no Brasil.

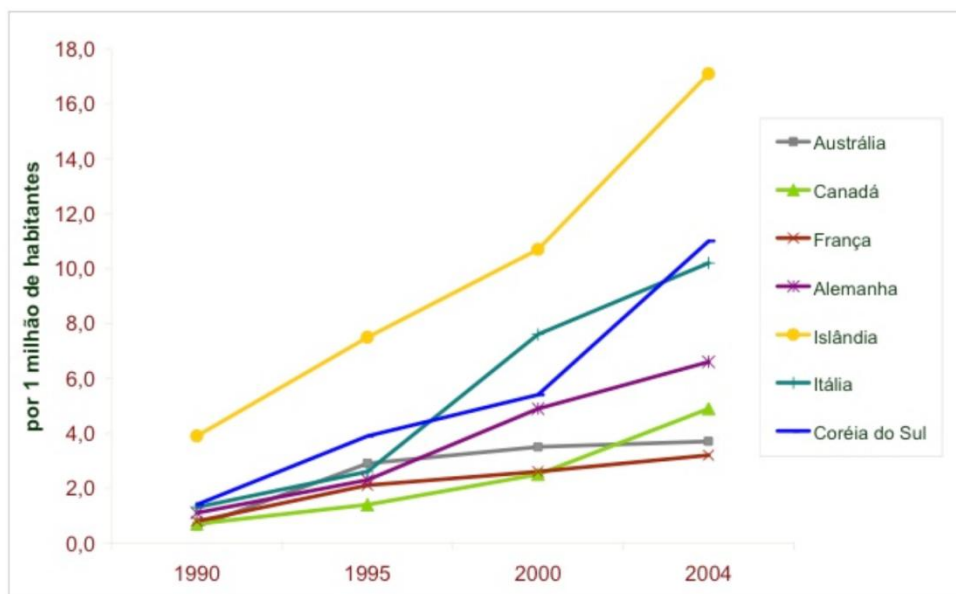
A expansão do número de exames sofisticados, como as ressonâncias magnéticas está ali evidenciada; nos países selecionados partiu-se da média de aproximadamente 1 exame por milhão de habitante em 1990 para a média de 6 exames em 2004, chegando alguns países, como a Itália e a Coreia do Sul a 10 exames por milhão de habitantes em 2004.

A tabela seguinte mostra os preços médios dos exames mais comuns. As ressonâncias, que aqui são utilizadas como exemplo, situam-se em faixa de preços completamente distinta dos exames mais tradicionais, como as ultrassonografias e as endoscopias.

Tabelas:(1) Número de ressonâncias magnéticas por 1 milhão de habitantes, alguns países da OECD, de 1990 a 2004.

(2)Valor de alguns exames selecionados.

Gráfico III. Número de Ressonâncias Magnéticas por 1 milhão de Habitantes



Fonte: OECD Health Data 2006

Exame	Valor Médio (R\$)
Ultrassonografia pélvica intra-vaginal	41,42
Endoscopia digestiva alta	77,29
USG abdomen	76,96
USG órgãos	36,92
Hemograma completo	5,87
TSH	14,54
Mapeamento de retina	18,50
Ressonância magnética coluna lombo-sacra	373,01
Ressonância magnética joelho	348,80
Ressonância magnética ombro	344,29

Fonte: Person – Inteligência em Saúde, 6º OPS, São Paulo, 25/07/2011

A avaliação sobre os efeitos de introdução de tecnologia é área específica de estudo na Saúde. No contexto internacional, a ATS – Avaliação de Tecnologias em Saúde surgiu nos anos 60 , configurando-se como importante instrumento no

auxílio à tomada de decisão dos gestores em saúde³⁰. No Brasil as atividades deste campo foram iniciadas na década de 80, assumindo papel crescente tanto no meio acadêmico quanto nas políticas públicas. No âmbito governamental, o projeto Reforsus introduziu a questão da inovação tecnológica e sua incorporação nas políticas do SUS.³¹

Construiu-se um aparato institucional: o Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, do Ministério da Saúde, conduz as diretrizes e promove a avaliação tecnológica para a incorporação de novos produtos e processos no SUS. Em 2005 foi instituída a Comissão de Política e Gestão Tecnológica (CPGT) para elaborar a política de gestão de tecnologias em saúde e estabelecer o fluxo para incorporação de tecnologias no SUS. Presidida pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e composta por cerca de 20 órgãos, entidades, associações, agências, institutos, Ministério Público (Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão), sua complexa estrutura dá a indicação da multiplicidade de aspectos que compõem a questão tecnológica na saúde. Sob a coordenação do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT), vinculado à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, a CITEC, Comissão para Incorporação de Tecnologias, elabora e pactua os critérios para a realização dos estudos de monitoramento das novas tecnologias, que consideram os aspectos epidemiológicos, tecnológicos, econômicos e de interesse governamental para a definição destas prioridades. São parâmetros a gravidade e prevalência da condição de saúde; o custo social da condição de saúde; o potencial para melhorar o resultado/benefício para a saúde; o potencial para mudar os custos para o sistema de saúde; o potencial para contribuir para a melhoria da qualidade da assistência; o potencial em reduzir os riscos para a saúde; o custo unitário ou agregado da tecnologia frente à demanda de utilização; a suficiente disponibilidade de evidência científica; a controvérsia ou grande interesse entre os profissionais de saúde; e as exigências de ações do Estado:

³⁰ Panerai, RB, Mohr JP. Health Technology Assessment methodologies for developing countries. Washington DC: PAHO; 1989, appud Rev. Saúde Pública, 2006.

³¹ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. REFORSUS: Avaliação tecnológica em saúde subsidiando a melhoria da qualidade e eficiência do SUS. Brasília, 1998.

análise da pressão política de associações de portadores de patologias, de pesquisadores, do Ministério Público, e do Judiciário.

O DECIT, desde maio de 2006, passou a integrar a Rede Internacional de Avaliação de Tecnologias em Saúde, e a ANS participa do fluxo para incorporação de tecnologias, a partir da CITEC, em atuação conjunta com a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e da Anvisa. A ANS tem no seu “rol de procedimentos”, a lista permanentemente atualizada de coberturas obrigatórias, o instrumento oficial de incorporação de tecnologias – no sentido amplo, de procedimentos, medicamentos e tratamentos.

A montagem deste aparato institucional, no entanto, não evita a pressão sobre os serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados, para que sejam incorporados mesmo que não sejam previstos, ou mesmo existam, os recursos financeiros necessários. O ritmo atual de inovação tecnológica na área de Saúde não dá indicações de que seja atenuado. Ao contrário, o “consumismo sanitário” que instalou-se nas sociedades mais desenvolvidas é resultado da interação entre os conhecimentos que a população tem dos progressos tecnológicos aplicados à medicina”.³²

Por outro lado, “o extraordinário aumento do número de tecnologias produzidas e incorporadas nas duas últimas décadas tem sido associado à queda da mortalidade, claramente evidenciada em áreas como a perinatal e a cardiovascular, e ao aumento do volume de conhecimento e informação produzido sobre tecnologias médicas ...”.³³

A tensão entre estes dois pontos vem sendo arbitrada, além do sistema de incorporação tecnológica comandado pelo Ministério da Saúde, também pelo Poder Judiciário que, tendo em vista a interpretação de que o SUS é o agente público que deve prestar a toda a população todos os serviços médicos; e que os

³² Juliana Carrijo Melo, Miguel Cendoroglo Neto, em Educação Continuada em Saúde, I Seminário Internacional de Avaliação de Tecnologia em Saúde, Hospital Albert Einstein, São Paulo, 2008.

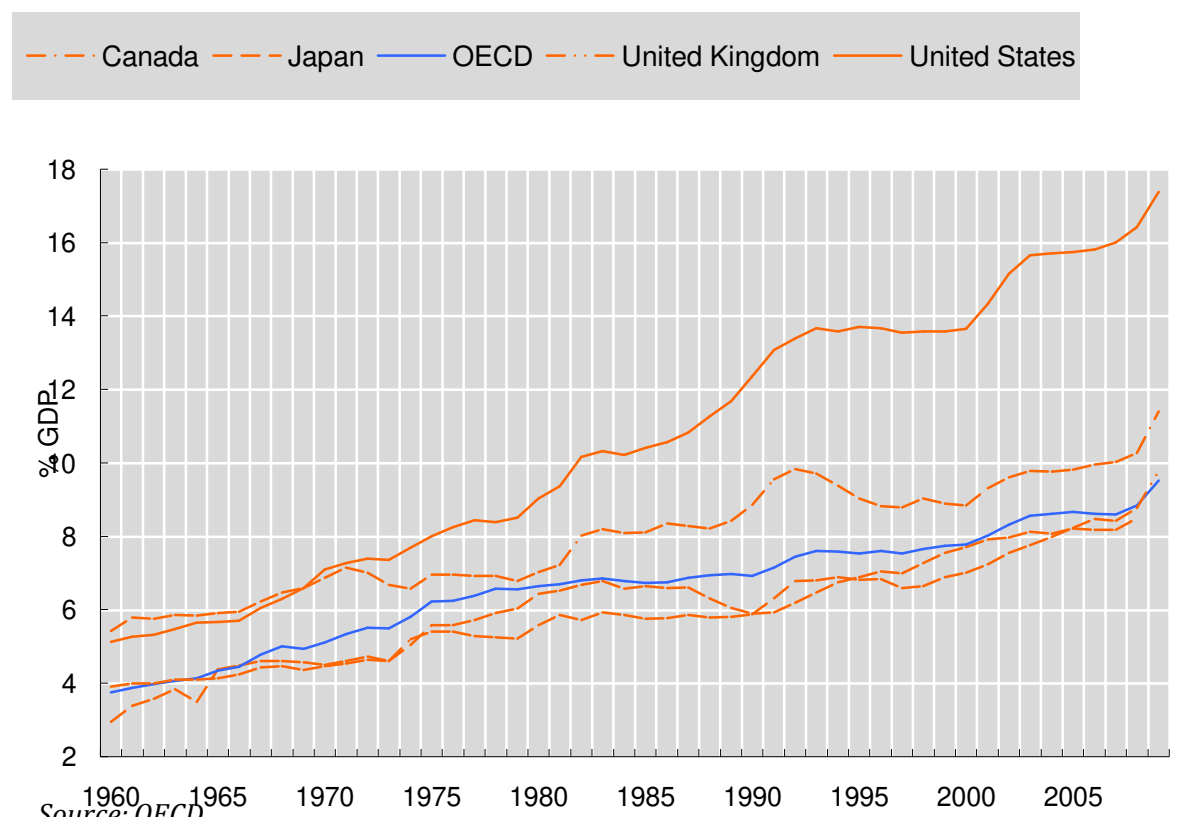
³³ Cutler e McClellan; Lichtenberg, 2001, appud Leticia Kraus Silva em Avaliação Tecnológica e análise custo-efetividade em saúde, Fiocruz, 2003.

planos de saúde devem ter o mesmo papel frente a seus associados, determina judicialmente o fornecimento de medicamentos, tratamentos experimentais e outros recursos médicos, o que traz consequências imprevisíveis na gestão dos recursos do sistema de saúde. O acesso seletivo às ações do judiciário põe em cheque os já precários mecanismos de equidade.

A expansão dos gastos, sejam eles públicos (o Estado) sejam eles privados (as Famílias e as Empresas) tem-se verificado em todo o mundo.

Veja-se na série de tabelas abaixo, a escalada dos gastos com a saúde no exterior e no Brasil. Os gastos dos países da OECD passaram de um patamar de cerca de 4% do PIB em 1960 para cerca de 9% em 2005.

Tabela: Gasto total, público e privado, como expressão percentual do PIB, entre 1960 e 2009:



Gasto total, público e privado com saúde, como % do PIB – Fonte OECD

A expansão dos gastos de saúde, como percentual do PIB, multiplica-se no núcleo central do sistema capitalista. Ainda que não se considere os Estados Unidos, cujo gasto aumentou mais de quatro vezes entre 1960 e 2009, os números parecem denotar que se não se tomarem medidas de natureza regulatória, os países vão atingir a marca simbólica de 10% do PIB médio da OECD brevemente, mesmo naqueles países onde se verifica a gestão pública destes recursos.

Veja-se nos gráficos abaixo a predominância da participação dos gastos públicos (à exceção dos Estados Unidos, Chile e México) e a recente “colagem” da expansão dos gastos públicos e privados na saúde, ambos subindo muito e em taxas parecidas.

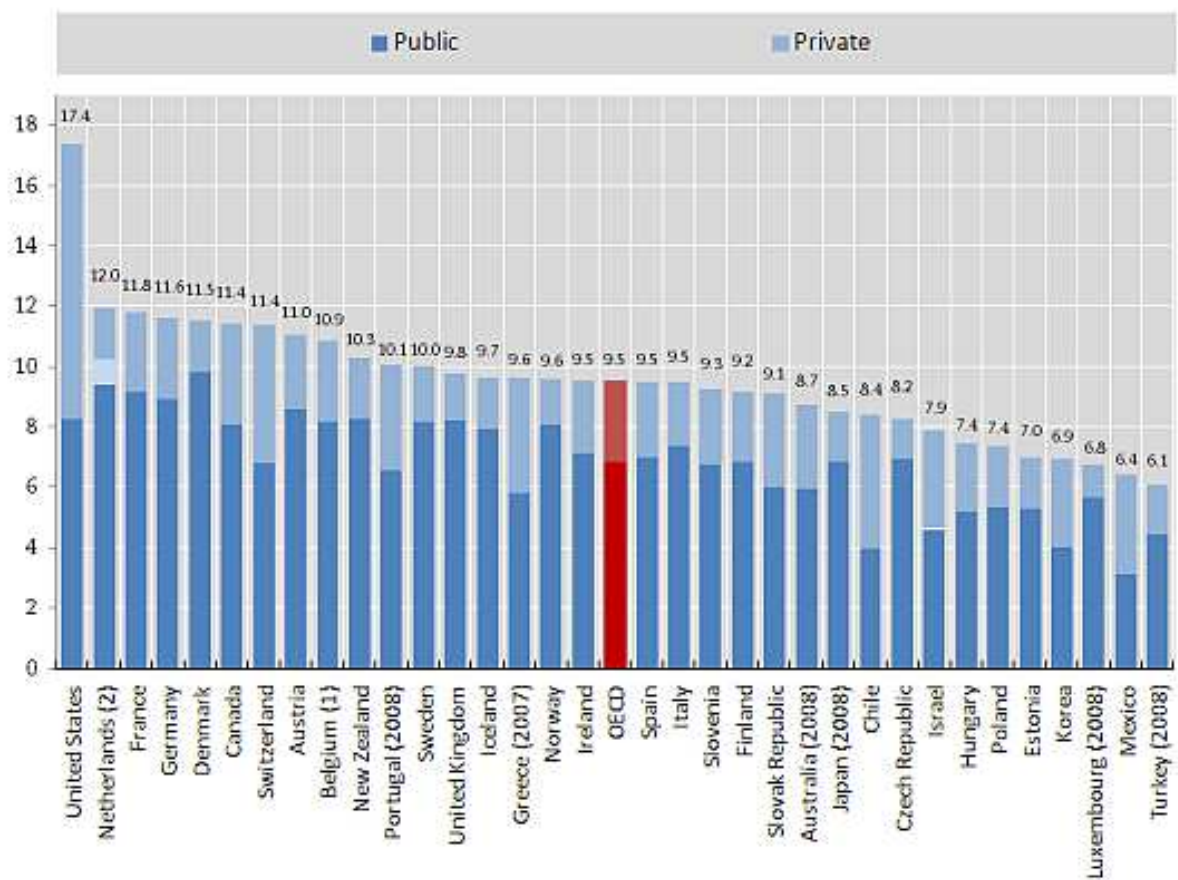
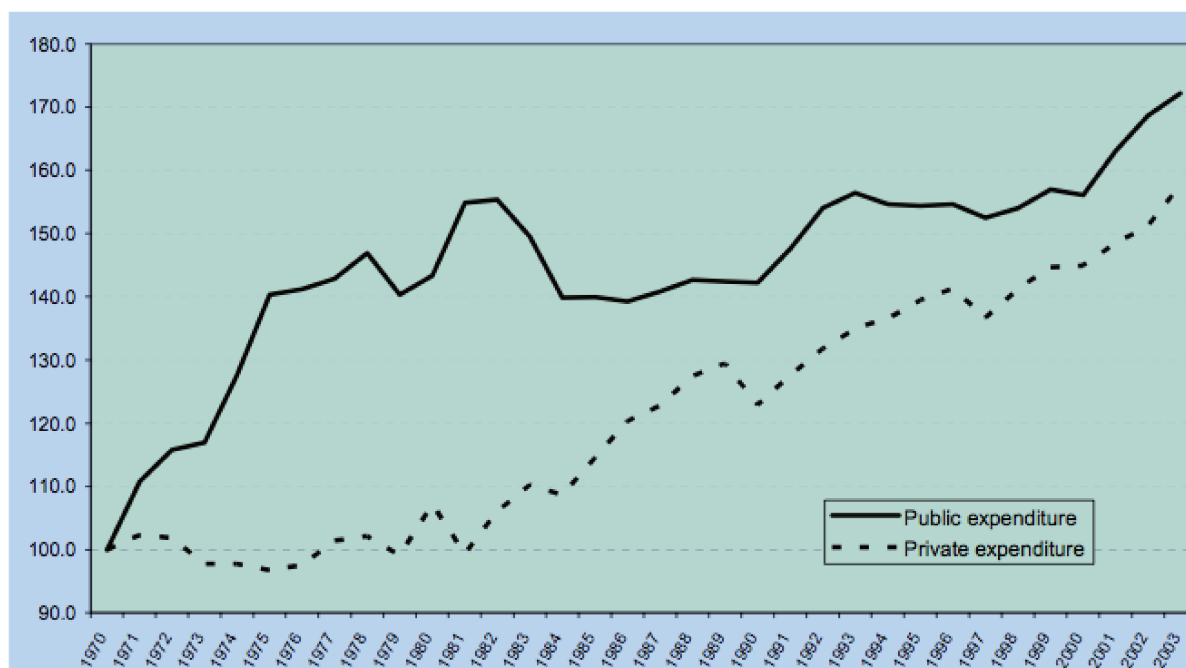


Figure 1.1 Evolution of public and private OECD health spending ¹

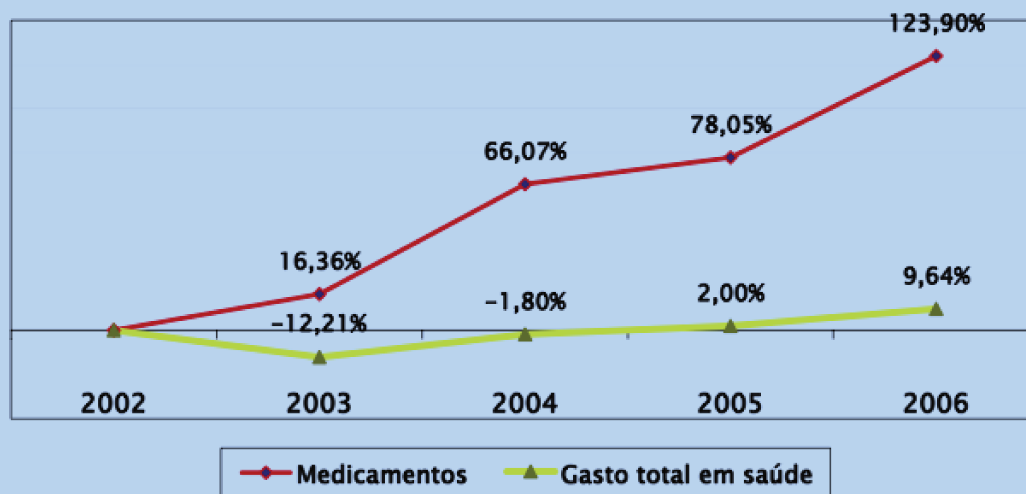
Index 1970 = 100



1. Unweighted average of available OECD countries. As a % of GDP.

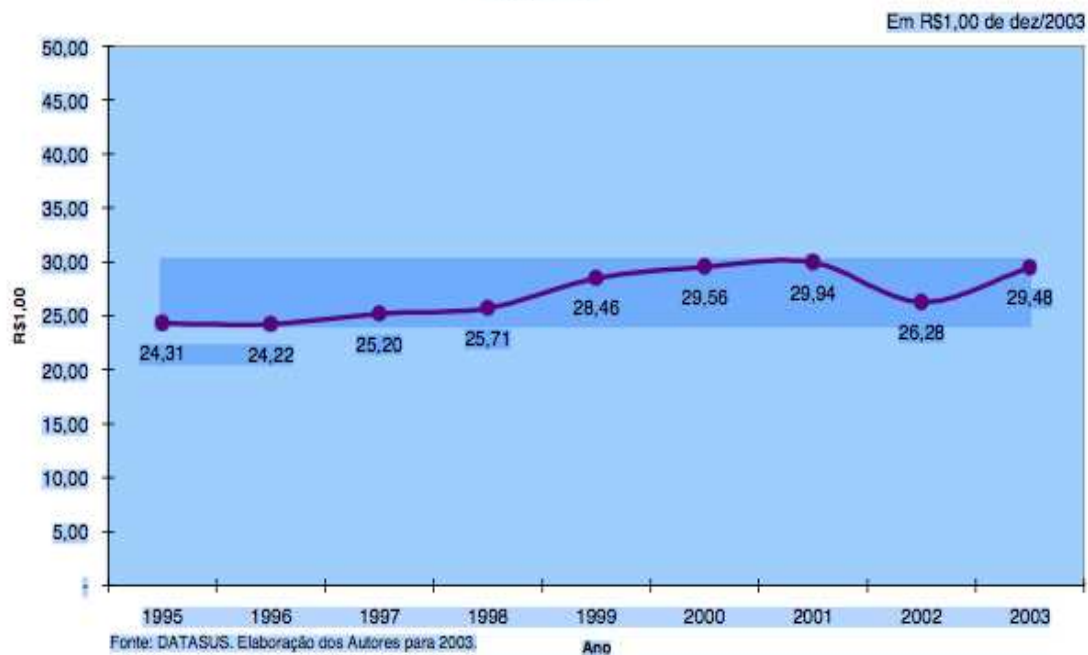
Source: OECD Health Database (2005).

Gráfico 2. Evolução real do gasto total em saúde e com medicamentos do Ministério da Saúde. Brasil, 2002-2006.



Fonte: Siga Brasil (valores liquidados pelo Fundo Nacional de Saúde) para gasto com medicamentos e gasto total em saúde e Índice Geral de Preços DI da Fundação Getúlio Vargas para trazer os valores a preços de 2002.

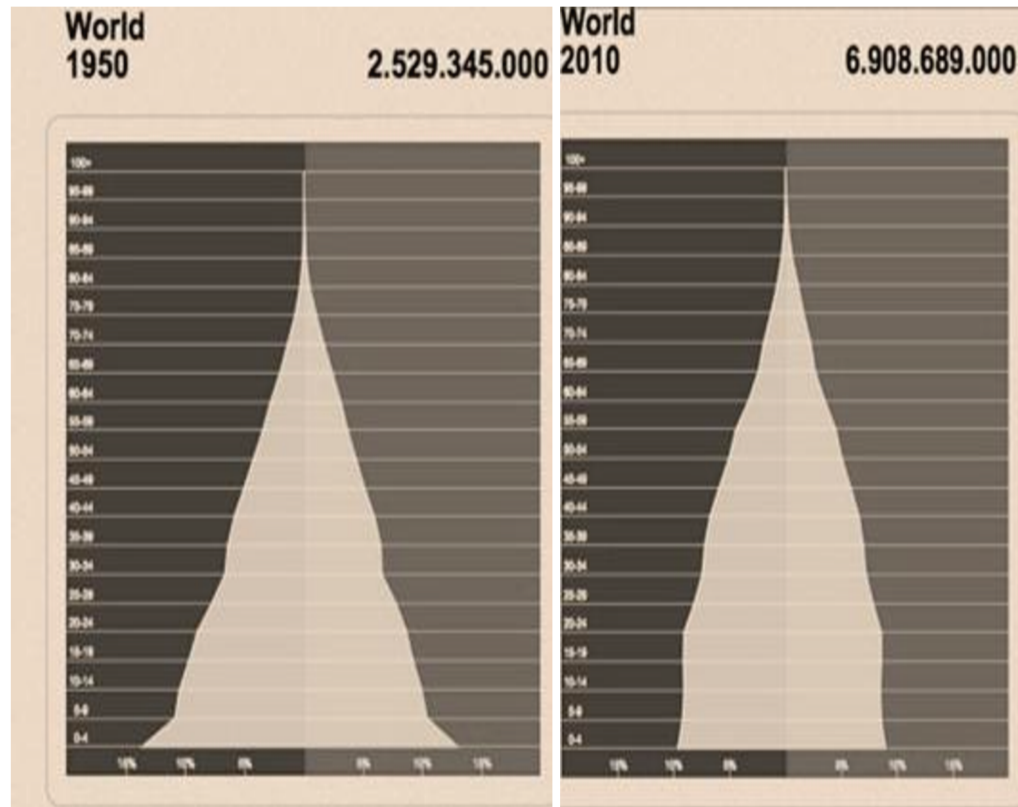
**Gráfico VII.II – SUS: Gasto *Per Capita* do MS com Atenção de Alta Complexidade
1995 - 2003**



Conforme se pode observar nos gráficos acima, os gastos com medicamentos e os gastos com a atenção à alta complexidade, estes em boa parte motivados pelas questões tecnológicas, vêm ganhando importância no SUS.

2.1.3 Impacto do envelhecimento, como fenômeno universal

As pirâmides etárias do Mundo e do Brasil mostram o envelhecimento da população em escala mundial. No mundo:

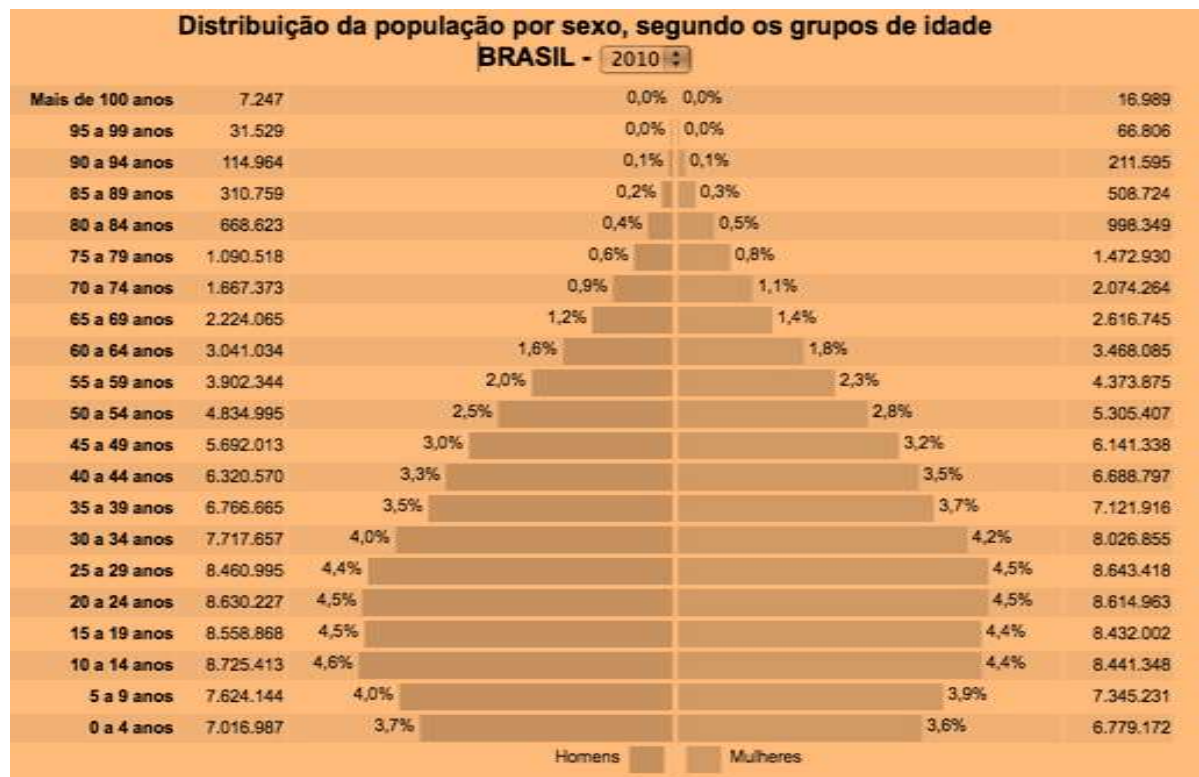


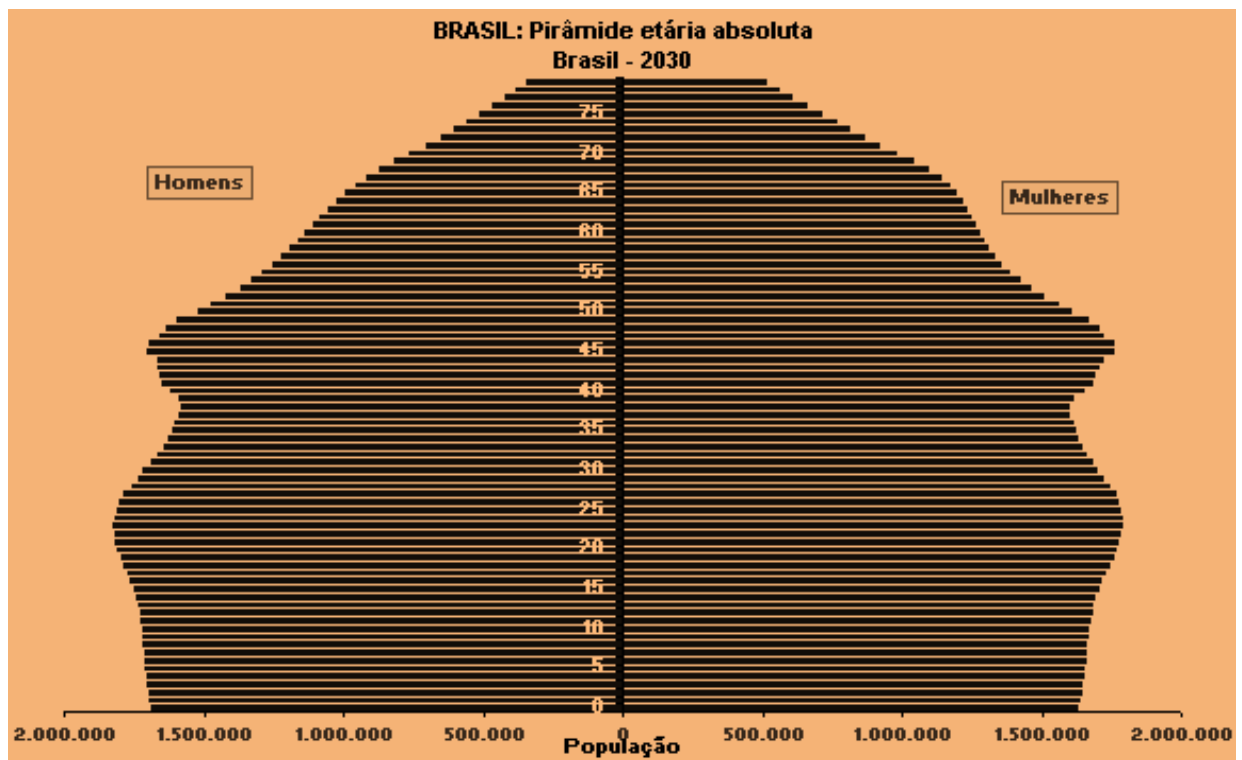
Fonte: Nações Unidas, Divisão de População, 2008



Fonte: Nações Unidas, Divisão de População, 2008

No Brasil





Fonte das pirâmides etárias: IBGE, Diretoria de Pesquisas, 2010

No Brasil, o Método das Componentes Demográficas para projetar populações por sexo e idade tem sua origem na equação compensadora ou equação de equilíbrio populacional. As taxas de fecundidade, as taxas de mortalidade infantil e a expectativa de vida são as variáveis que explicam as projeções, em termos da composição etária futura da população.

A taxa de fecundidade vem caindo em ritmo continuado e intenso, de acordo com os dados da PNAD, utilizados pelo IBGE para fazer as projeções populacionais. Segundo o IBGE, espera-se que a fecundidade limite para o Brasil posicione-se em 1,5 filho por mulher. Esta taxa era de 6 filhos por mulher em 1965 e de 1,9 filhos por mulher em 2010.

Para estimar a população com menos de 1 ano de idade, é necessário que o número de nascimentos ocorridos durante o ano seja calculado. Isto é feito levando-se em consideração o número de mulheres em idade fértil, de 15 a 49

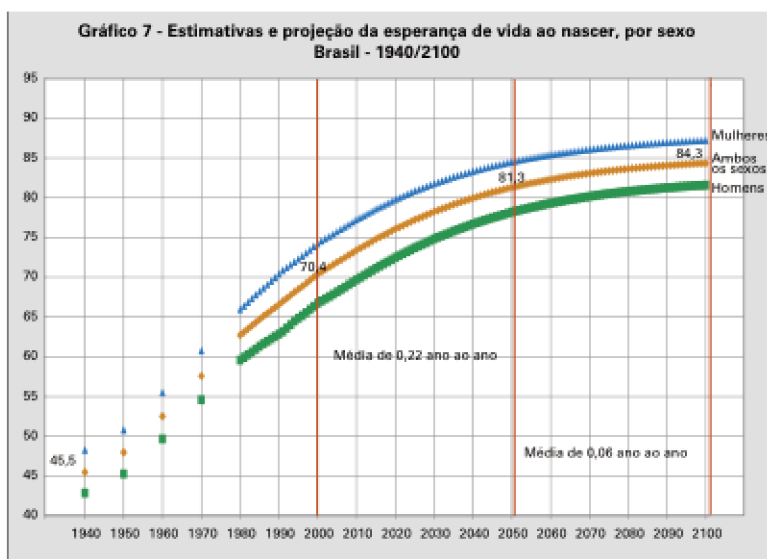
anos e um conjunto de taxas específicas de fecundidade por idade . O produto destas taxas pela população feminina nas respectivas idades fornece o número de nascimentos em cada idade específica . Somando-se os nascimentos para cada idade, obtém-se o número total de filhos.

Os procedimentos que permitem estimar e projetar os níveis e padrões da mortalidade e da fecundidade estão descritos em detalhes em estudos específicos, disponibilizados no portal do IBGE na Internet , razão pela qual não se considera necessário explicitar exaustivamente estes passos , bastando mostrar os resultados finais correspondentes, tal como nas tabelas da próxima página.

Para efeito destas projeções, o IBGE considerou nulo o saldo migratório internacional.

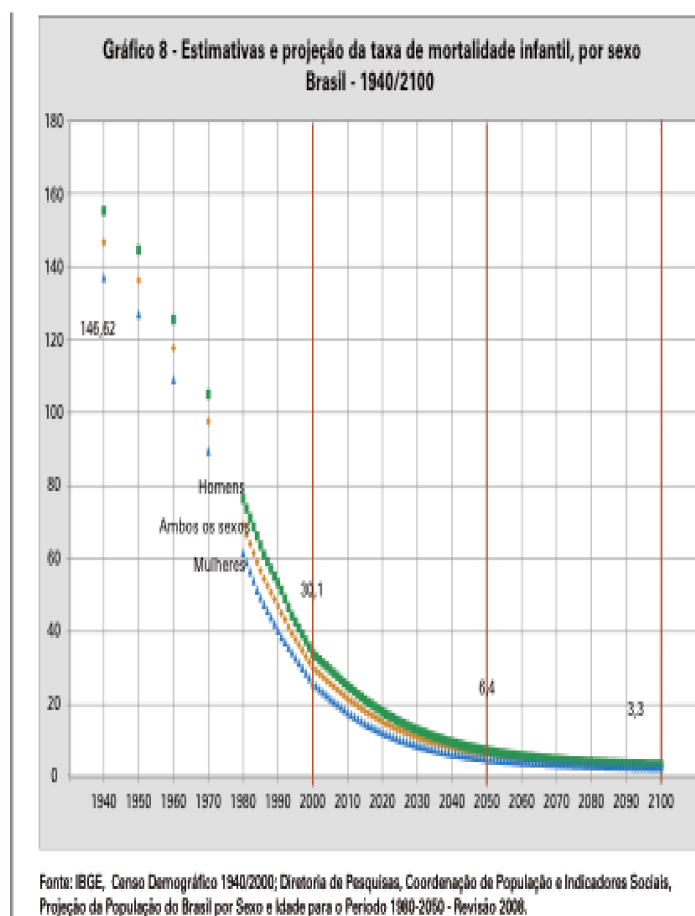
Os gráficos abaixo mostram a variação ao longo do tempo da expectativa de vida, crescente, de 45,5 anos em 1940 para cerca de 74 anos em 2012 e a extraordinária redução da taxa de mortalidade infantil.

Gráfico: Comportamento evolutivo esperado das esperanças de vida ao nascer , por sexo:



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1940/2000; Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 - Revisão 2008.

Gráfico: Estimativas e projeção da taxa de mortalidade infantil:



2.1.4 Os gastos com saúde associados ao envelhecimento

O aumento das despesas de saúde associado ao envelhecimento, materializado em número de consultas, exames, internações, e na tendência à cronicidade das doenças associadas à velhice está demonstrado à exaustão na literatura.

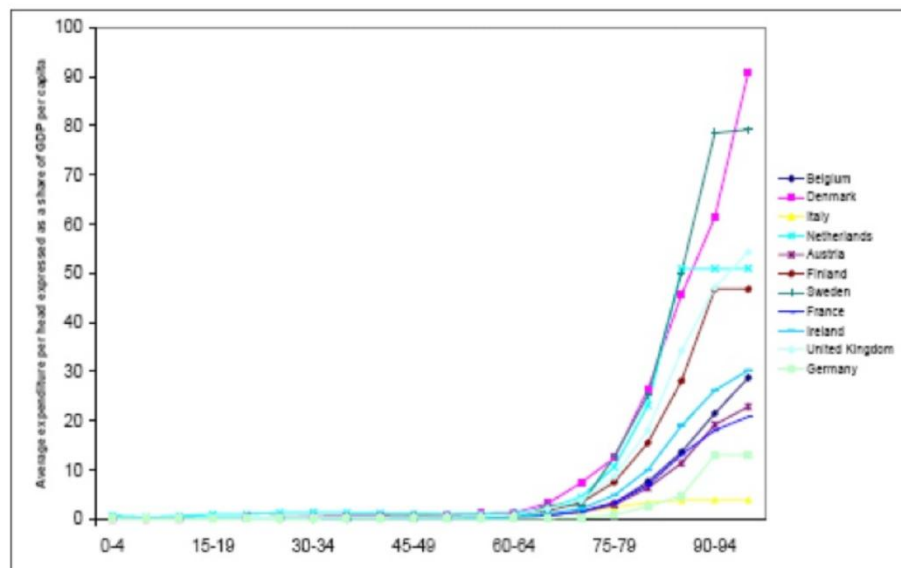
Aspectos relacionados ao conceito de proteção social, tal como tratados nas páginas iniciais deste trabalho, ganham aqui relevo especial. Adicionalmente aos custos médicos, correlacionados diretamente ao processo de envelhecimento, trata-se de indagar como a sociedade pretende lidar com o próprio envelhecimento da população, tendo em vista as também rápidas e profundas mudanças de comportamento, da composição das famílias e dos papéis de

gênero.

O declínio nas taxas de fecundidade tornaram as famílias menos numerosas mas mais estreitas; por outro lado, o aumento da expectativa de vida torna a família mais vertical e composta por várias gerações; crianças e idosos com perdas de capacidade funcional e instrumental para realização de suas tarefas diárias contam com probabilidades cada vez maior de convivência familiar; é razoável supor que os membros adultos das famílias – em menor número – sejam demandados a prestarem mais cuidados; as mulheres participam cada vez mais do mercado de trabalho, abrindo mão da dedicação doméstica exclusiva; o desejo de viver sozinho, como categoria valorizada, está em franca expansão.

Ou seja, será que o atual arranjo entre Famílias, Estado e Mercado dará conta não só da expansão dos gastos com saúde, mas também da distribuição pactuada de encargos da proteção social sobre os idosos? Tendo em vista a perda de capacidade para realização de tarefas diárias e a necessidade de tratamento de doenças crônico-degenerativas, não se discute apenas uma “cura” mas apoio para a qualidade de vida dos idosos.

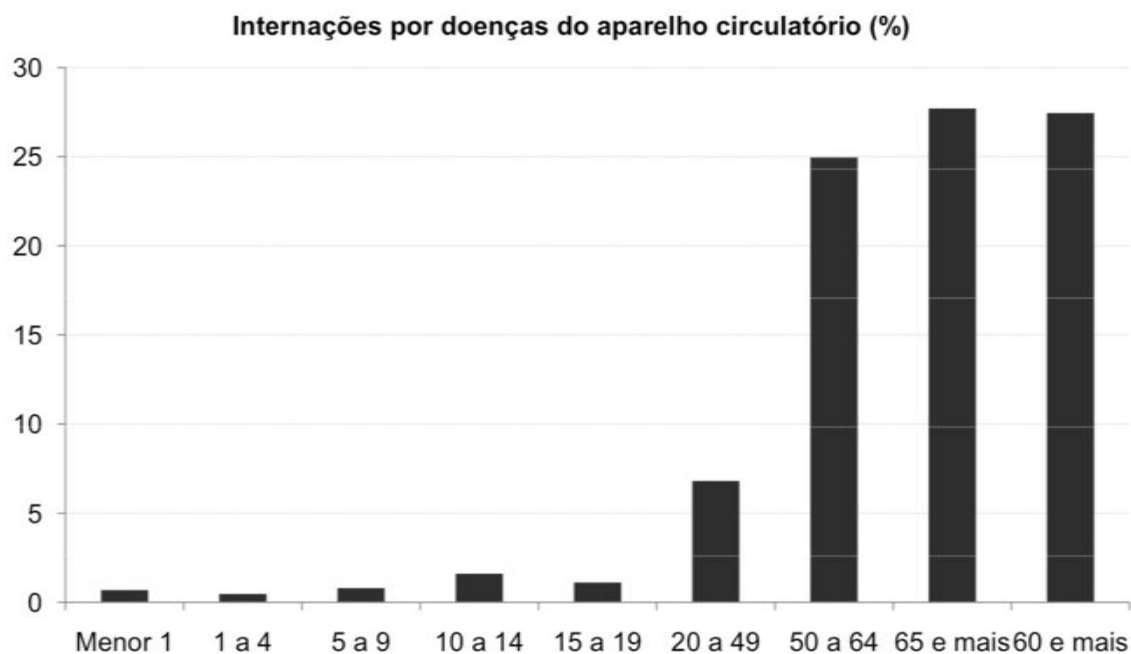
Figura 2. Gastos com Saúde em Países da União Européia, Cuidados de Longo Prazo, por perfil de idade



Fonte: Westerhout e Pellikaan (2005: pg.8)

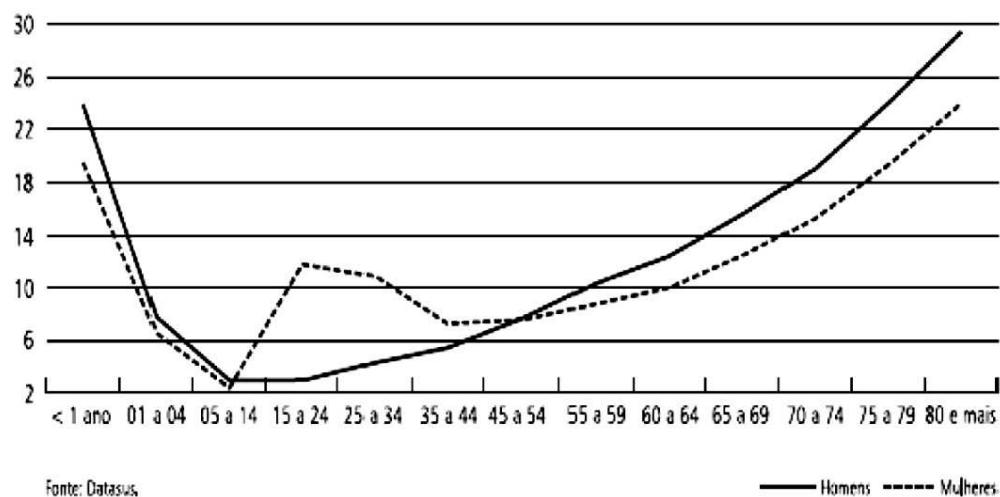
Doenças crônicas	Prevalência por faixa etária (% população da faixa)						
	0-17	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 +
Coluna ou Costas	1,8	6,5	13,3	21,9	30,2	35,1	35,2
Câncer	0,1	0,1	0,3	0,6	1,2	1,9	3,2
Diabete	0,9	0,5	1,4	4,0	9,2	15,3	17,0
Hipertensão	0,2	2,9	8,9	19,3	35,5	50,5	56,5
Coração	0,7	1,0	1,9	4,0	8,4	13,9	21,7

Fonte: PNAD 2008, IBGE



Fonte: Ministério da Saúde - 2009

GRÁFICO 2
TAXA DE UTILIZAÇÃO NO SUS, POR FAIXA ETÁRIA — 2003



Fonte: Nunes, 2004, pág. 431

2.2 Mecanismos de mitigação

Ainda que o envelhecimento populacional no Brasil seja fato irreversível, pode-se explorar alguns mecanismos de mitigação do problema.

2.2.1 Acúmulo de reservas para o pagamento do plano de saúde

Um dos problemas associado ao envelhecimento e os gastos com saúde refere-se ao fato de que exatamente quando os rendimentos do trabalho declinam, os gastos com a saúde aumentam. De um lado, os sistemas de proteção social, coletivos por natureza, procuram construir soluções para a perda de capacidade de trabalho na idade avançada, através da provisão de renda. No entanto, conforme PASINATO³⁴ “em países como o Brasil o problema soma-se a uma já ampla lista de questões sociais mal resolvidas pela sociedade, tais como a pobreza e a exclusão de crescentes contingentes da população e aos impressionantes níveis de desigualdades vigentes na sociedade.” Conforme a autora, o que se observa nos países desenvolvidos é que, dado o funcionamento dos sistemas de proteção social, há uma incidência relativa da pobreza menor nas idades avançadas, se comparadas com as demais fases do ciclo da vida, o que possibilita maior independência e autonomia dos idosos, em termos de renda. No Brasil, no entanto, “ainda que a legislação brasileira pareça, até mesmo, bastante avançada, não condiz com a realidade. A garantia de uma renda mínima, como a atualmente assegurada a praticamente a universalidade dos idosos brasileiros, não significa o atendimento de condições dignas para sua sobrevivência e bem estar, além de pouco interagir com as demandas familiares”.³⁵

³⁴ PASINATO, MARIA TEREZA, Envelhecimento, ciclo de vida e mudanças socio-econômicas: novos desafios para os sistemas de seguridade social, 2009, Tese de doutorado na UERJ, Instituto de Medicina Social, UERJ

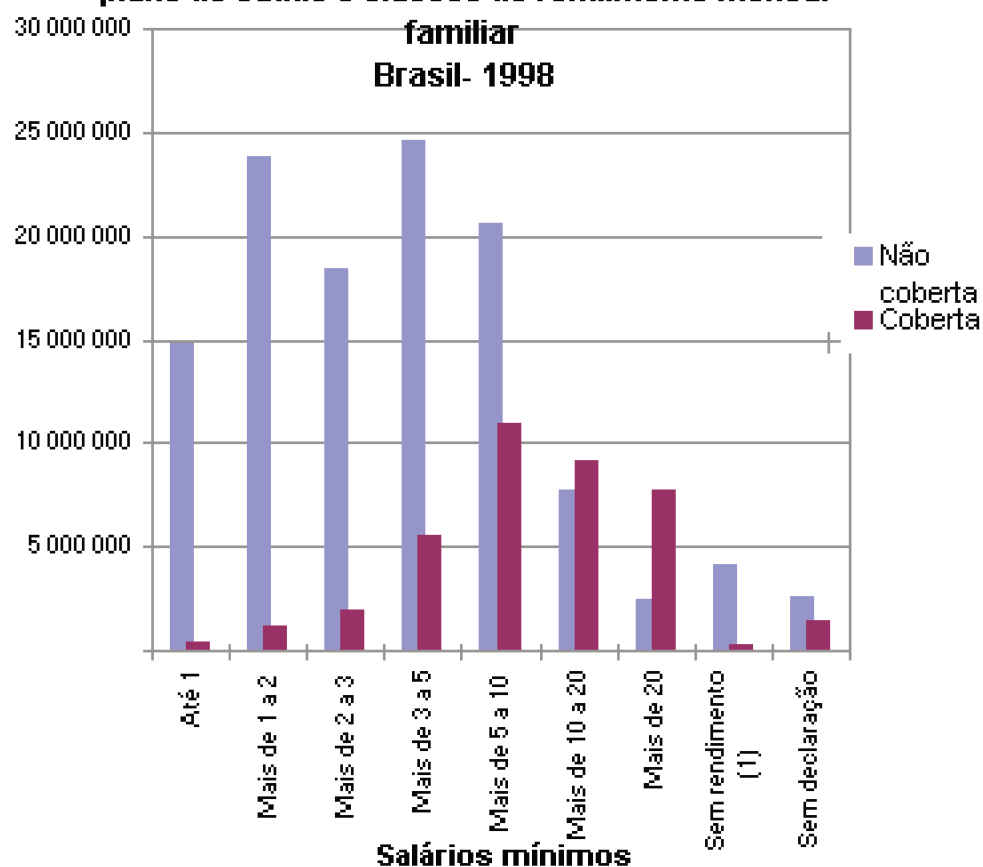
³⁵ Idem

Tomando-se por base as pesquisas de Luiz Otavio Farias³⁶, acerca das estratégias individuais de proteção à saúde, citadas anteriormente, seja pela saída do mercado formal de trabalho por aposentadoria, onde anteriormente eram prestados serviços de saúde pelo sistema supletivo, seja pela demanda por segurança do provimento de serviços de saúde em grau de qualidade e facilidade de acesso, os brasileiros de forma geral querem ter um plano de saúde. Recente pesquisa feita pelo Instituto Datafolha, sob encomenda do IESS, mostrou, entre outros dados que, entre os não beneficiários de planos de saúde, 67% relataram desejar possuir um plano de saúde, sendo que 88% alegam que o motivo de não ter um plano é que o preço é elevado para o seu nível de renda.

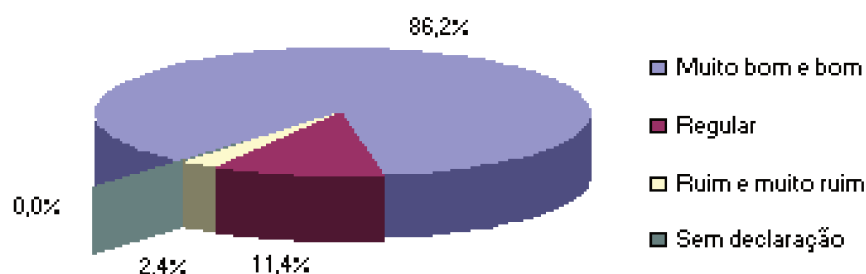
A PNAD 1998 mostra alguns aspectos sobre os planos de saúde:

³⁶ “Estratégias de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar”; Luiz Otávio Farias, Ciênc. saúde coletiva vol.6 no.2, São Paulo, 2001

Gráfico 5 - População residente, por cobertura de plano de saúde e classes de rendimento mensal



**Gráfico 11 - Pessoas que tiveram atendimento de saúde nas 2 últimas semanas, por avaliação do atendimento
Brasil - 1998**



Como vimos anteriormente, os brasileiros têm plano de saúde principalmente porque a empresa onde trabalha fornece um plano, financiado na totalidade ou em parte pelo empregador; ou paga um plano individual, por situar-se em faixa de rendimento que permite este gasto.

A questão que se coloca é como fazer para pagar um plano de saúde quando da saída do emprego, por aposentadoria, ou manter o plano individual, um vez que o teto máximo de benefícios do INSS em geral não permite acomodar no orçamento dos aposentados o pagamento do plano de saúde, que sofre reajustes por faixa etária exatamente neste período da vida.

A criação de mecanismos que permitam a constituição de um fundo de recursos ao longo da vida para fazer frente a este problema já deveria ter sido adotada pela regulamentação da saúde supletiva, até porque seus efeitos só se fazem notar depois de bastante tempo, o período atuarialmente necessário para minimizar os efeitos do aumento de preços contratualmente estipulado para as mudanças de faixa etária combinadas com a perda de rendimentos vinculada à saída do mercado de trabalho. Propõe-se a imediata regulamentação e oferecimento obrigatório de programas de acúmulo de reservas para o pagamento do plano de saúde após os 60 anos de idade.

2.2.2 Os instrumentos de redução de custos assistenciais: co-participação, franquias, prontuários eletrônicos.

Os regimes de co-participação, franquias e outros, que se caracterizam pela participação do associado do plano em algumas despesas assistenciais têm caráter “moderador” no uso dos recursos de saúde. Em geral não se aplicam aos atendimentos de urgência ou emergência e também às despesas assistenciais de maior vulto econômico ou complexidade médica. Estes regimes provocam a redução das despesas assistenciais de duas maneiras: na redução direta do custo, pela participação do associado nas despesas e através da participação do associado do plano, em algum grau, no encaminhamento de seu tratamento.

A regulamentação sobre estes regimes, que se deu através da resolução do Conselho número 8, de novembro de 1998 dispõe, como aspectos mais relevantes:

“Art. 2º Para adoção de práticas referentes à regulação de demanda da utilização dos serviços de saúde, estão vedados:

VII – estabelecer co-participação ou franquia que caracterize financiamento integral do procedimento por parte do usuário, ou fator restritor severo ao acesso aos serviços;

VIII – estabelecer em casos de internação, fator moderador em forma de percentual por evento, com exceção das definições específicas em saúde mental.

Art. 3º Para efeitos desta regulamentação, entende-se como:

I – “franquia”, o valor estabelecido no contrato de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou odontológico, até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada;

II – “co-participação”, a parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou operadora de plano odontológico, referente a realização do procedimento.

A inclusão dos fatores moderadores podem, contra uma pequena participação do associado, proporcionar reduções substanciais nos valores pagos pela prestação dos serviços, seja em planos coletivos, seja em planos individuais. A partir do conhecimento detalhado dos custos assistenciais de cada produto registrado na ANS, as operadoras podem realizar os cálculos atuariais e estabelecer as reduções de custo – e consequentemente dos preços – para cada modalidade de regime de co-participação.

A regulação da ANS deve tornar obrigatória a apresentação de alternativas de regimes de fatores moderadores quando da comercialização de qualquer tipo de plano, bem como criar regras especiais para a formação de fundos ou reservas matemáticas para fazer frente à co-participação ou franquia quando do envelhecimento do associado.

Com relação aos prontuários eletrônicos, este pode ser o instrumento que centraliza e registra o conjunto de ações mitigadoras para o problema do envelhecimento no atendimento à saúde supletiva. Pode-se conferir a ele, além do apontamento das questões médicas do associado, também o acompanhamento da formação de reservas para o pagamento de mensalidades e da co-participação, ou franquia. O SUS vem desenvolvendo o chamado “cartão sus” já algum tempo e o sistema supletivo vem acompanhando junto a ANS os estudos e debates para a implantação do prontuário eletrônico. A questão do sigilo médico e os limites de uso das informações do associado/paciente pelas operadoras parece ter sido o principal obstáculo para a implantação obrigatória do prontuário eletrônico. Espera-se que se encontre um ponto adequado para o equilíbrio destas questões, urgentemente, para tornar os prontuários eletrônicos peça fundamental na racionalização das despesas médicas e ao mesmo tempo instrumento eficaz do controle de sua saúde, do ponto de vista médico e financeiro, por parte dos associados do sistema supletivo. Eles devem tornar-se

³⁷ Resolução Consu número 8, de novembro de 1988.

obrigatórios e fornecidos gratuitamente pelas operadoras a seus associados, Pode-se prever um programa de implantação gradativo, iniciando-se com a obrigatoriedade para todos os beneficiários com mais de 60 anos de idade.

2.2.3 Programas de saúde: prevenção, qualidade de vida, exercícios físicos.

Ainda que pareça ser evidente que os programas de prevenção, de melhor qualidade de vida e de realização de exercícios físicos melhorem a vida das pessoas e reduzam os custos assistenciais, estas ações não encontram na literatura da economia da saúde a verificação empírica proporcional.

A Tabela abaixo apresenta a frequência de indivíduos que praticam atividade física suficiente no lazer, no conjunto da população adulta das 27 cidades (14,9%). Essa frequência é maior para o sexo masculino (18,3%) do que para o feminino (11,9%). A proporção de homens ativos no lazer declina com a idade e seu maior valor encontra-se na faixa etária dos 18 aos 24 anos (27,4%); e a menor entre os 35 e os 44 (11,9%), voltando a subir após 54 anos. Entre as mulheres, a situação mais desfavorável encontra-se nas faixas etárias extremas (9,9%, entre 18 e 24 anos; e 10,0%, acima de 64 anos de idade), sendo maior na faixa etária entre 25 e 34 anos (13,5%). A proporção de homens ativos no lazer na faixa etária mais jovem (18 a 24 anos) chega a ser quase três vezes maior do que a de mulheres ativas na faixa equivalente e, após 54 anos, é aproximadamente 1,6 vezes maior.

Tabela 1 - Percentual de adultos (18 anos ou mais de idade) que praticam atividade física no lazer ^a no conjunto das capitais de Estados, por sexo, idade e anos de escolaridade. Brasil, 2006

Variáveis	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC _{95%} ^b	%	IC _{95%} ^b	%	IC _{95%} ^b
Idade (anos)						
18 a 24	18,3	17,5-19,1	27,4	26,0-28,8	9,9	9,1-10,7
25 a 34	15,7	15,1-16,4	18,3	17,1-19,4	13,5	12,7-14,3
35 a 44	11,9	11,3-12,4	11,9	11,0-12,8	11,8	11,1-12,5
45 a 54	13,3	12,6-13,9	13,5	12,4-14,6	13,0	12,2-13,9
55 a 64	16,0	15,1-16,9	19,9	18,2-21,6	12,9	11,9-14,0
65 ou mais	12,7	11,9-13,6	17,1	15,5-18,7	10,0	9,1-10,9
Escolaridade (anos)						
0 a 8	12,1	11,6-12,6	14,5	13,6-15,4	10,1	9,5-10,7
9 a 11	17,4	16,9-17,9	22,5	21,6-23,3	13,3	12,7-13,9
12 ou mais	18,9	18,3-19,5	22,9	21,9-23,9	15,2	14,5-15,9
TOTAL	14,9	14,6-15,2	18,3	17,8-18,8	11,9	11,6-12,3

Fonte: sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico – Vigitel

a) Proporção de adultos que praticam atividades de intensidade leve ou moderada por pelo menos 30 minutos diários em cinco ou mais dias da semana ou que praticam atividades de intensidade vigorosa por pelo menos 20 minutos diários em três ou mais dias da semana.

b) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%

A atividade mais realizada pelos homens é a caminhada (27,9%), seguida do futebol (25,5%) e da musculação (18,8%). A grande maioria das mulheres que fazem atividade física pratica caminhada (61,1%); e 11,1%, musculação. Mais de 50% das atividades físicas praticadas no lazer pelos homens restringem-se a duas modalidades, caminhada e futebol; e para as mulheres, a uma única modalidade (caminhada). A distribuição dessas modalidades, todavia, difere com a idade. As mulheres de 18 a 24 anos já praticam a caminhada em 34,3% e ampliam essa proporção progressivamente, atingindo 52,6% entre 25 e 34 anos e chegando a 84,5% nos 65 anos ou mais entre as mulheres ativas no lazer nesta faixa etária mais avançada. A frequência de caminhada também aumenta entre os homens a partir de 45 anos de idade, quando atinge o nível de 51,9%. As demais atividades tendem a diminuir com o aumento da idade, em ambos os sexos.

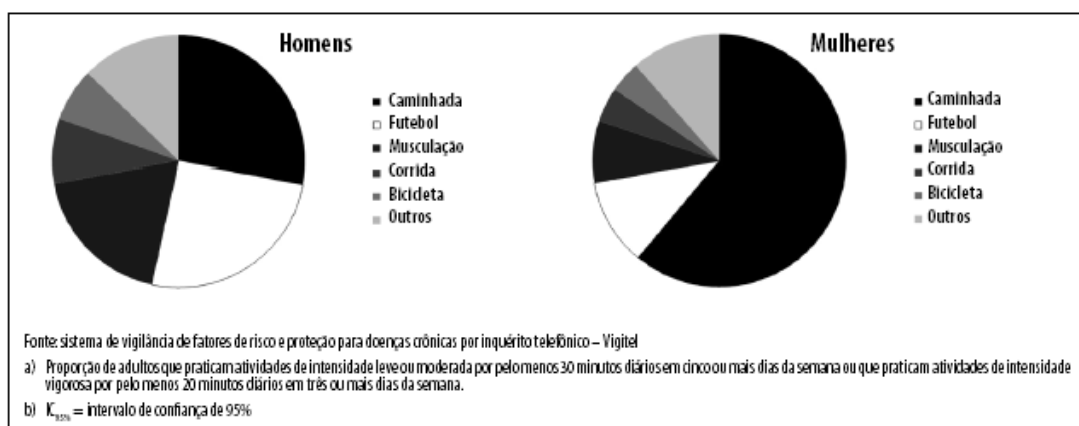


Figura 2 - Percentual de ativos no lazer^a nas 27 capitais de Estados, por sexo, segundo modalidade. Brasil, 2006

Esta pesquisa foi realizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde, do Ministério da Saúde, em 2006, em 27 capitais de Estados.³⁸

A redução dos níveis de atividade física acompanham o envelhecimento, quando as indicações médicas apontariam para exatamente o contrário. Assim, as empresas e os planos de saúde deveriam tomar para si as iniciativas que visem a ampliação da atividade física de seus associados, assim como as de caráter preventivo e de mudanças de estilo de vida.

As doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por 60% dos óbitos, segundo o Ministério da Saúde. Seus fatores de riscos são modificáveis, como o tabagismo, a inatividade física, a alimentação inadequada, a obesidade e o consumo de álcool. Trata-se de um mal que pode ser prevenido, geralmente a um custo menor do que o das intervenções curativo-assistenciais.

Propõe-se que as operadoras e as empresas que as contratam para prover o

³⁸ A pesquisa cujos dados estão disseminados acima, foi realizada por Deborah Carvalho Malta, Erly Catarina Moura, Adriana Miranda de Castro, Danielle Keylla Alencar Cruz, Otaliba Libânio e aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde. Seus resultados completos estão em <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742009000100002>

atendimento da saúde de seus funcionários passem, obrigatoriamente, a trabalhar com um calendário de implantação de programas de atividade física e prevenção de doenças.

Terceira Parte: O Financiamento da Saúde Supletiva

3.1. Os números do financiamento

O sistema de saúde no Brasil tem como formas de acesso o sistema público e os serviços privados. O sistema público operado pelo Sistema Único de Saúde, SUS, garante acesso universal em todos os níveis de atenção e é financiado por impostos e contribuições sociais, incluídos nos orçamentos federal, estaduais e municipais. O sistema privado é financiado através do pagamento direto aos prestadores de serviços pelo consumo de produtos e serviços médicos ou através do sistema supletivo.

O sistema supletivo está estruturado em planos coletivos e planos individuais. Os planos individuais são pagos pelas pessoas físicas que desejam ter proteção à sua saúde além daquela oferecida pelo sistema público, operado pelo SUS. Os planos coletivos são financiados total ou parcialmente pelo empregador, através de relação baseada em vínculo formal de trabalho; há também planos coletivos que funcionam através do sistema de adesão, no qual as pessoas individualmente se agrupam por categorias profissionais ou qualquer outro tipo de vínculo para dar um caráter de mútuo às suas despesas com saúde. O sistema de adesão pode se dar através da constituição de uma operadora, as Auto-gestões, ou através de um estipulante que contrata uma operadora em nome deste grupo.

Participam, então, do financiamento do sistema de saúde brasileiro o governo federal, os governos estaduais e municipais, as empresas e as pessoas físicas (Estado, Mercado e Famílias). Para efeito do presente trabalho, não vamos considerar os planos odontológicos, o atendimento privado na odontologia e as ações do sistema público com relação à esta especialidade.

Os grandes números do sistema supletivo, em dezembro de 2011, são:

Beneficiários em Planos de Assistência Médica (excluem-se os exclusivamente odontológicos)	Número de Vínculos
TOTAL	47.008.888
> Planos Individuais	9.656.863
> Planos Coletivos	36.152.682
* Empresarial	29.163.296
* Adesão	6.951.510
* Não identificado	37.876
>Não informado	1.199.343
POR FAIXA ETÁRIA	
0-18	11.624.672
19-58	29.822.783
59 ou mais	5.554.869
MODALIDADE	
AUTO-GESTÃO	5.321.857
COOPERATIVA	16.922.032
FILANTROPIA	1.479.510
MEDICINA DE GRUPO	17.484.547
SEGURADORA	5.800.942

Fonte: ANS, dados de dezembro de 2011;

Os números acima trazem alguns problemas, oriundos da base cadastral da ANS: existe a possibilidade de uma pessoa ter mais de um plano de saúde e portanto estar contada mais de uma vez; e considera-se o eventual sub-dimensionamento dos registros de algumas operadoras junto à ANS. Mas, segundo os dados oficiais, os vínculos com o sistema supletivo são de cerca de 47 milhões de pessoas, em dezembro de 2011. O IBGE estimou para junho daquele ano uma população brasileira de 192.379.287 pessoas. Pela universalidade do sistema, seriam cerca de 192 milhões de brasileiros cobertos pelo SUS. Se, por hipótese, quem tem um plano de saúde fica de fora do SUS, teríamos aproximadamente 47 milhões de pessoas no sistema supletivo e 145 milhões de pessoas no sistema público.

A magnitude e a composição do gasto com saúde no Brasil são objeto de algumas estimativas de Andre Medici, em “Brasil: Uma Nova Agenda Social”, já anteriormente citado. Segundo ele, em 2006 o gasto total com saúde

representava 8,8% do PIB, valor superior ao gasto médio dos países latino-americanos, situado em 7,3%; o que corresponde a um gasto percapta de 731 dólares de 2006; a maior parcela dos gastos (cerca de 57%) é privado e 43% são gastos públicos.

Ainda segundo Medici, pelo sistema de contas nacionais do IBGE, o governo gasta 43%, as famílias 30% e as empresas, aí incluindo as entidades filantrópicas, 27%. Na rubrica governo, o governo federal responde por 21%, estados e municípios participam cada um com 11%.

Os gastos realizados pelo sistema supletivo têm a participação de 7% para a medicina de grupo, 7% para cooperativas médicas, 7% para seguradoras, 5% para as auto-gestões.

Gastos por entidade	%
Governo Federal	21
Governos Estaduais	11
Governos Municipais	11
Entidades Filantrópicas	1
Seguradoras de Saúde	7
Auto-gestões	5
Cooperativas	7
Medicinas de Grupo	7
Famílias	30

Estimativa de André Medici, Fontes: ANS, IBGE.

No entanto, gastos *realizados* pelo sistema supletivo podem ser considerados como *realizados através* do sistema supletivo. Isto porque as operadoras, sejam elas seguradoras, medicinas de grupo, auto-gestões, cooperativas ou filantrópicas, prestam os serviços de assistência à saúde para as famílias e para as empresas. Segundo estes dados, não se identificam os gastos das empresas que contratam operadoras de planos e seguros para a assistência de saúde de seus funcionários, ou operam através de auto-gestões. Os gastos das famílias com

planos de saúde também não estão aí discriminados. Podemos tentar estimar os gastos das empresas e refazer o cálculo dos gastos das famílias.

Segundo o sistema de contas nacionais do IBGE, o Consumo Final de produtos e serviços de saúde, por setor institucional, é realizado pelas Famílias, Administração Pública e Instituições sem fins lucrativos. As estatísticas de 2008 permitem estimar um gasto de R\$128.865 milhões para as Famílias (57%) e R\$ 93.383 milhões para a Administração Pública (42%) e Filantrópicas 1%.

Além dos 30% apresentados no quadro anterior como gastos das famílias no financiamento do sistema de saúde, estas pagam planos de saúde em qualquer uma das modalidades de operadoras apresentadas na tabela. E as empresas, como dito anteriormente, também pagam planos de saúde para seus funcionários e não estão discriminadas neste quadro. O Sistema de Contas Nacionais considera que as empresas não são consumidoras de saúde; quando gastam com saúde, o fazem para as famílias, no caso, seus empregados. Já quando a Administração Pública gasta com saúde para a população (as famílias) é consumidora de saúde.

Na tentativa de amenizar o problema, que é da natureza da metodologia do Sistema de Contas Nacionais, sugerimos a leitura comparada dos dois quadros anteriores; no primeiro quadro, vemos que dos 45,6 milhões de associados a planos de saúde identificados e informados, cerca de 9,6 milhões estão vinculados a planos individuais, aproximadamente 6,9 milhões a planos de adesão, pagos pelas pessoas físicas que “aderem” a um plano negociado por um estipulante e cerca de 29,6 milhões de pessoas estão vinculadas a planos empresariais. Por estes números, de maneira combinada e eliminando os detalhes de pagamento dos planos de adesão e de participação dos empregados no pagamento dos planos empresariais, podemos propor uma distribuição: aproximadamente 1/3 dos beneficiários de todo o sistema supletivo são financiados pelas famílias, e 2/3 pelas empresas. Como dificuldade adicional para se tentar estimar qual a participação das famílias e das empresas no financiamento da saúde supletiva, os valores associados aos planos coletivos e

individuais pelos tipos de operadoras não são diretamente equivalentes. Por falta de dados, as diferenças de valores não serão consideradas. Desta forma, tomando-se apenas como uma avaliação muito preliminar, consideramos que dos 27% atribuídos ao sistema supletivo, 9% sejam financiados pelas famílias e 18% pelas empresas (1/3 e 2/3). Como o consumo final de planos de saúde é das famílias, ainda que em parte pagos (gastos) pelas empresas, chegamos assim à aproximação com os dados do sistema se contas do IBGE, com 43% gastos pelos Governos e 57% dos gastos com saúde realizados pelas Famílias. Separando-se a parte gasta pelas Empresas com planos de saúde para as Famílias, de 18%, e os gastos das Famílias com planos de saúde, de 9%.

No quadro abaixo, o resultado destas estimativas, que são bastante simplificadas e apenas procuram indicar uma tendência do financiamento da saúde no Brasil, segundo as Entidades Governo, Famílias e Empresas.

Gastos por entidade	%
Governo Federal	21
Governos Estaduais	11
Governos Municipais	11
Famílias – Gastos Gerais com saúde	30
Famílias – Gastos com planos de saúde	9
Famílias - Gastos com planos de saúde pagos pelas Empresas	18
Total	100

Os gastos dos três níveis de governo, que são oriundos de nossa complexa e criticada estrutura tributária são colocados à disposição de um operador (o SUS) para que ele preste os serviços de assistência à saúde da população, através do sistema operado em conjunto com estados e prefeituras. Os recursos que financiam a “operação SUS” são oriundos de uma estrutura tributária onerosa - conforme vimos anteriormente atingiu 36,2% do PIB em 2011 e carente de profunda reforma, uma vez que torna-se cada vez mais ineficiente, em termos da

competitividade da economia brasileira e cada vez mais injusta do ponto de vista social.

Veja-se os dois quadros abaixo, o primeiro trata da distribuição da carga tributária por famílias, em proporção da renda mensal e o segundo mostra o perfil da carga tributária, concentrada em tributos indiretos e que está na origem da má distribuição social dos impostos no Brasil. Ambos foram elaborados por José Roberto Afonso.³⁹

Tabela: Distribuição da carga tributária estimada por famílias em proporção da renda:

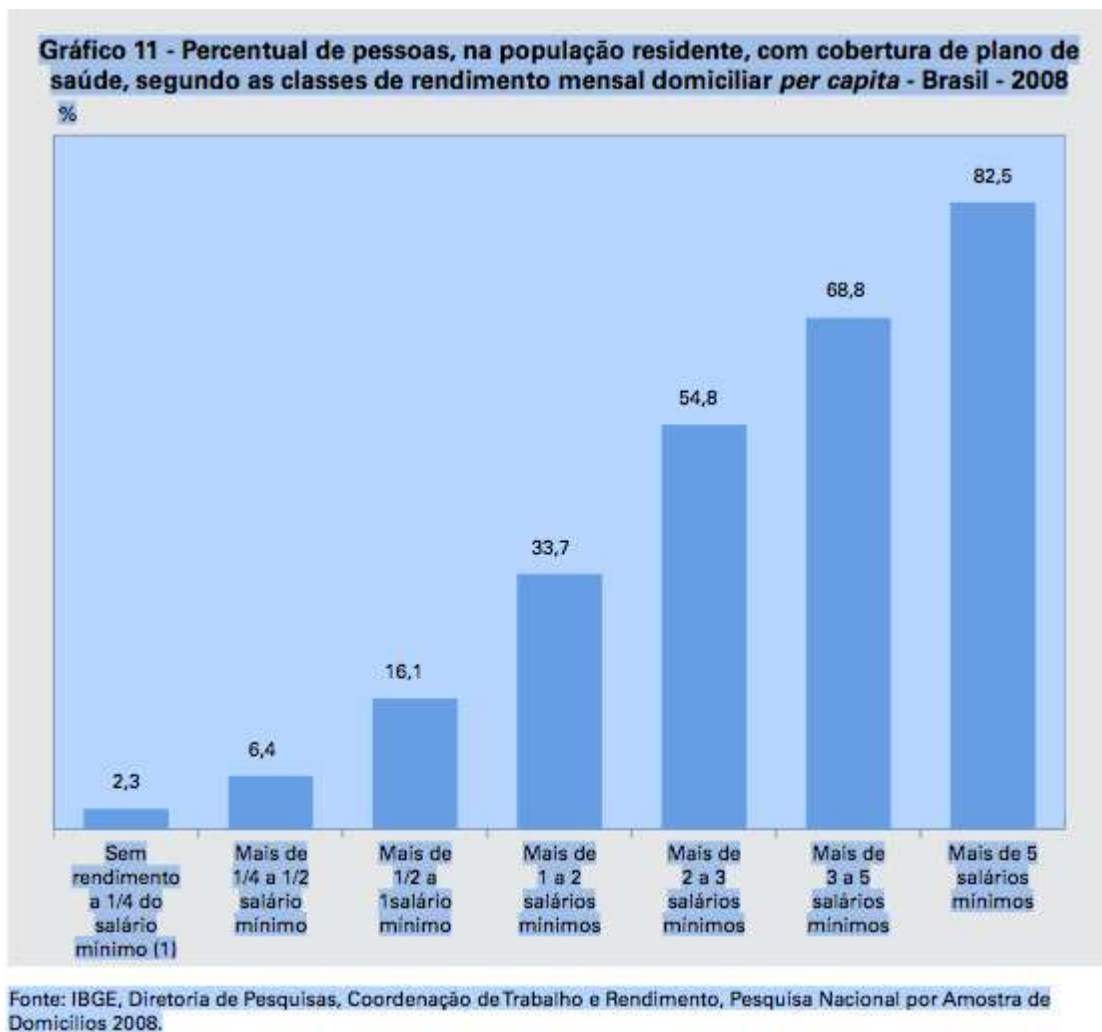
Renda Mensal Familiar	1996 %	2004 %	2008 %
Até 2 SM	28,2	48,8	53,9
2 a 3 SM	22,6	38,0	41,9
3 a 5 SM	19,4	33,9	37,4
5 a 6 SM	18,0	32,0	35,3
6 a 8 SM	18,0	31,7	35,0
8 a 10 SM	16,1	31,7	35,0
10 a 15 SM	15,1	30,5	33,7
15 a 20 SM	14,9	28,4	31,3
20 a 30 SM	14,8	28,7	31,7
Mais de 30 SM	17,9	26,3	29,0

Fonte: José Roberto Afonso, 2012

³⁹ Para mais detalhes, os dados estão na apresentação : www.joserobertoafonso.ecn.br/attachments/.../Afonso%20ESAF.pdf . Consulta realizada em maio de 2012.

Tabela: Carga tributária por tipo de incidência:

Incidência	%
Bens e serviços	42,4
Salários e mão de obra	28,4
Renda, lucros e ganhos	19,5
Patrimoniais	3,5
Comércio exterior	1,6
Taxas	1,6
Transações financeiras	2,0
Demais	1,0



Conforme as tabelas e o gráfico anterior, quanto menor a renda das Famílias mais elas pagam impostos, proporcionalmente à sua renda, e menos têm planos de saúde, uma vez que as duas portas principais de ingresso no sistema, o plano coletivo através do emprego formal e o plano individual, através de recursos próprios, não estão disponíveis para as famílias de menor renda e desvinculadas do mercado formal de trabalho. Veja-se abaixo que, em que pese a recuperação observada do mercado formal de trabalho nos últimos anos, ele ainda encontra-se muito distante do padrão observado na década de 1980:

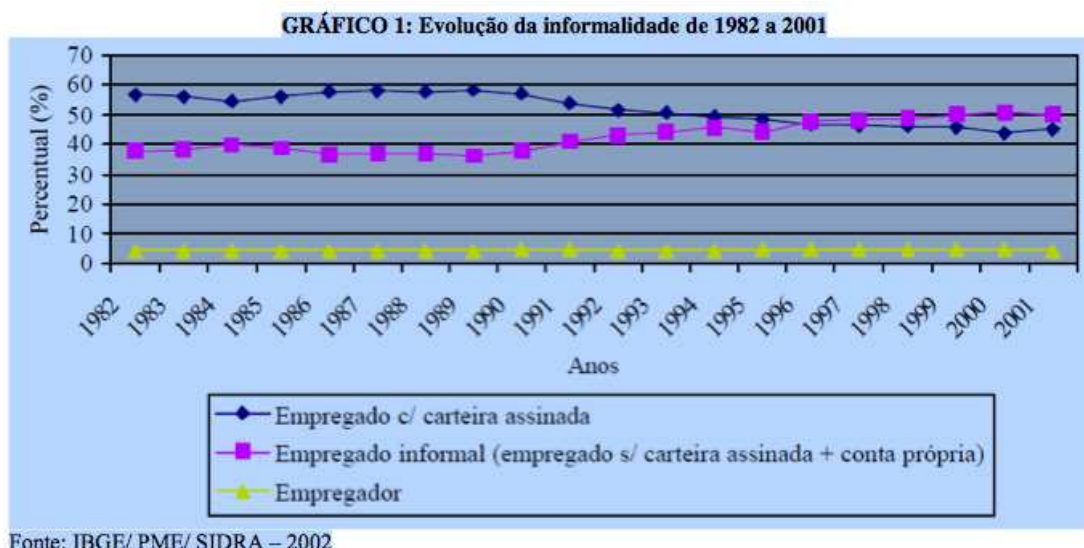


TABELA 1: Número de Trabalhadores ligados aos Mercados de Trabalho Formal e Informal.

Período	Sem Carteira	Autônoma	Total Informal	Com Vínculo Formal
2004	20.401.954	31.885.773	52.287.727	35.964.746
2005	20.547.657	32.921.667	53.469.324	37.436.349
2006	20.940.113	32.764.341	53.704.454	39.542.509
2007	20.687.730	32.781.760	53.469.490	41.244.419
2008	21.012.933	31.669.065	52.681.998	43.550.611

Fonte: IBGE – 2010

A combinação das duas estruturas de financiamento, do sistema público e do sistema privado, determinam como se dá o financiamento do sistema de saúde brasileiro. Na parte pública, o Brasil tem um sistema tributário concentrado sobre produtos e serviços, salário e mão de obra. Estes tributos representam 70,8% da carga tributária, que foi de 36,2% do PIB em 2011. Este tipo de sistema não incentiva a formalização do mercado de trabalho. A maior formalização do mercado de trabalho traria dois efeitos extremamente positivos para o

financiamento do sistema de saúde como um todo: com relação ao sistema público, aumentaria o contingente de pessoas para as quais são recolhidas contribuições sociais, aumentando a arrecadação; e com relação ao sistema supletivo, ampliaria potencialmente o número de beneficiários participantes de planos de saúde coletivos custeados pelos empregadores.

O sistema da saúde brasileiro está se aproximando de um ponto em que, dado o seu atual padrão de financiamento, não será possível sustentá-lo através do simples aumento do gasto público, para o sistema público e dos reajustes das mensalidades dos planos individuais e das faturas das operadoras contra as empresas contratantes, para o setor supletivo.

O crescimento econômico, a reforma do sistema tributário, e a maior formalização do emprego no Brasil formam o conjunto capaz de aumentar a capacidade de financiamento do sistema de saúde brasileiro, tanto público quanto privado. No entanto, estas são variáveis que se situam fora do sistema de decisões e regulamentação da saúde.

3.2 Reajustes dos planos individuais

Uma primeira alternativa seria a de alterar o sistema de reajustes dos planos individuais tal como hoje se pratica. Os reajustes são iguais para todos os tipos de planos de saúde, daquele mais simples ao mais sofisticado, para todas as regiões brasileiras, da menor cidade do interior às grandes capitais e para todos os tipos de operadoras, das maiores seguradoras às menores cooperativas médicas.

Tal sistema não introduz qualquer grau de competição entre as operadoras e vem se dando em ritmo acelerado nos últimos anos, fazendo com que os preços dos planos de saúde venham tendo preço relativo cada vez maior dentre os produtos consumidos pelas famílias brasileiras. Veja-se o ritmo de crescimento dos reajustes na página 51, que alcançaram entre 2004 e 2011 86,04% para os planos comercializados após a regulamentação da lei 9656/98 e 124,79% para os planos vendidos após a Lei, contra os 52,61% do IPCA para o mesmo

período.⁴⁰

Segundo PEREIRA E HUSSNE⁴¹, “O setor de saúde suplementar está organizado, pelo lado da oferta, por um conjunto de relações contratuais entre as operadoras de planos de saúde, os prestadores de serviços de assistência médico-hospitalar (médicos, hospitais e laboratórios) e odontológica, a indústria de medicamentos e, finalmente, a indústria de materiais e equipamentos. Pelo lado da demanda, temos os consumidores individuais, pessoas físicas, e os clientes corporativos, pessoas jurídicas. É importante distinguir, no setor de saúde suplementar, a existência de dois mercados distintos: o primeiro, à montante, composto por prestadores de serviços – médicos, hospitais, laboratórios – e o segundo à jusante, composto por operadoras de planos de saúde. Este último é caracterizado por baixos níveis de barreiras à entrada e, de maneira geral, são competitivos e apresentam na assimetria de informação potencial fonte de falha de mercado. Já no mercado à montante pode-se verificar a presença de monopólios naturais se considerados mercados geograficamente definidos de maneira mais restrita. Não obstante, não há regulação formal para a atividade dos prestadores de serviços, alcançando a ação regulatória apenas o mercado à jusante. De modo geral, os mercados de saúde suplementar apresentam características específicas e falhas de mercado que não estão relacionadas à presença de monopólios naturais, mas sim à existência de assimetria de informações. Ademais, no setor de saúde suplementar, a demanda por serviços é irregular e imprevisível e o segurado não necessariamente possui conhecimento suficiente a respeito da qualidade dos serviços prestados.”

Quando uma operadora pretende lançar um novo plano de saúde ou um novo seguro de saúde, seja ele coletivo ou individual, elabora uma Nota Técnica de Registro de Produto, NTRP, que justifica, tendo em vista a experiência atuarial da operadora em outros produtos, a formação dos preços do Plano de Assistência à Saúde, demonstrando critérios técnicos, variáveis e parâmetros utilizados.

⁴⁰ Os reajustes para 2012 foram de 7,93% para os planos novos e 9,37% para os contratos anteriores à lei das seguradoras, revelando que mantém-se a tendência de reajustes.

⁴¹ Edgard Antonio Pereira e Rodrigo Delgallo Hussne, em “Modelo para a Regulação de Preços de Planos de Saúde Individuais, EDAP, outubro de 2010.

Segundo as normas atuariais, a NTRP deverá ser atestada por atuário registrado no Instituto Brasileiro de Atuária e ser atualizada quando ocorrer alteração das premissas epidemiológicas, atuariais ou de custos, que modifiquem o Valor Comercial da Mensalidade. Conforme a orientação do Instituto Brasileiro de Atuária, o cálculo atuarial deve ser revisto anualmente. A ANS assim define a NTRP:

“A Nota Técnica de Registro de Produtos é a justificativa inicial através de cálculos atuariais dos preços dos planos de saúde e deve acompanhar a solicitação de registro de produto, ficando vigente até que seja efetuada sua atualização. A atualização da NTRP representa a reavaliação dos preços estabelecidos anteriormente, e será válida apenas para as comercializações efetuadas a partir da data do seu recebimento na ANS, desde que processada com sucesso.”⁴²

Isto significa que, ainda que não haja nos planos e seguros de saúde, como nos demais ramos do seguro, uma importância segurada, sustentada pela Nota Técnica e amparada nas imprevisibilidades pelas reservas técnicas correspondentes, a ANS considera, e nesse sentido é apoiada tecnicamente pela atuária, que ela dura por um ano. O preço inicial dos planos de saúde, sejam eles coletivos ou individuais, é livre. Na renovação do contrato entre a operadora e o contratante ou estipulante de um contrato coletivo, esta atualização se dá, gerando na prática a atualização da Nota Técnica que sustentava aquele contrato coletivo. Caso não haja acordo entre as partes, o contratante vai procurar no mercado uma operadora que atenda seus limites e interesses; em outras palavras, contratará uma operadora que tenha registrado um produto atuarialmente equilibrado e compatível com suas necessidades, em termos do tipo de assistência contratada e do preço.

Para os contratos individuais, no entanto, não é assim que se pratica a

⁴² Para maiores detalhes, em especial quanto ao tratamento das faixas etárias, margens de segurança, custo assistencial, frequência, ajustes, carregamentos e outros, consultar a Resolução Normativa 63/03 da ANS.

atualização dos valores. A ANS determina um percentual de reajuste, que vai valer para todos os contratos individuais, de todos os tipos, de todas as regiões, de todos os preços, de todas as variações de custo. E toma a média dos contratos coletivos, também de todos os tipos, regiões, preços e variações de custo. O que sustenta a utilização deste método, que objetiva atualizar os cálculos atuariais, é a hipossuficiência do consumidor, que está preso a um contrato e não tem condições de negociar, sozinho, os valores que lhe serão cobrados na renovação anual do contrato. Esta é uma importante falha de mercado que precisa ser enfrentada para reduzir os problemas do financiamento do setor supletivo, uma vez que os contratos devem ficar ajustados o mais próximo possível ao do momento da contratação. Correções a maior ou a menor significam desequilíbrio na relação contratual inicial. Ou seja, após um ano, os contratos baseados nos princípios atuariais das Notas Técnicas deixam de contemplar as regras atuariais e passam a ser administrados em um regime de receitas e despesas, assemelhado a um regime de repartição simples. Daí em diante, o sistema de reservas técnicas e financeiras, de produtos individuais, criado e mantido pela ANS apóia-se fragilmente em contratos sustentados por Notas Técnicas que não tem mais vinculação e validade atuarial.

O tratamento fiscal que se dá na legislação brasileira aos gastos com saúde é motivo de infundável polêmica. Os gastos com planos individuais de saúde, assim como as demais despesas de prestação de serviços médicos recebem tratamento fiscal especial, junto às despesas das famílias com educação. As despesas com planos de saúde pagas pelas empresas para seus funcionários têm tratamento fiscal peculiar, podendo ser deduzidas, tal como uma despesa operacional, na apuração do lucro real. Aqui vamos tentar reunir algumas informações sobre esta questão, e tentar avaliar o quão importante é este sistema, para o financiamento do sistema supletivo, levando-se em conta a equidade no sistema tributário e no sistema de saúde.

As falhas de mercado associadas ao financiamento da saúde supletiva não estão afetas somente à questão dos valores pagos às operadoras. O pagamento das despesas médicas realizadas pelos beneficiários dos planos de saúde – sejam eles

coletivos ou individuais – é definido pelos médicos, que determinam os procedimentos aos pacientes, que não têm e nem precisam ter conhecimento dos detalhes da condução médica de seus tratamentos. O pagamento é feito por um terceiro, as operadoras. A introdução de mecanismos de co-pagamento (franquias, co-participações) desde que tenham caráter “moderador” e não se apliquem aos atendimentos de urgência ou emergência e às despesas assistenciais de maior vulto ou complexidade médica, reduzem custos sem prejuízo do tratamento médico. Ainda assim, as relações econômicas “à montante” no mercado supletivo, na expressão de Edgard Pereira, fazem parte dos mecanismos mais profundos do seu financiamento. O pagamento direto, contra a prestação de serviços, os chamados “pacotes” e o “desempenho por performance” são as principais modalidades de operação e trazem cada um deles não só custos diferentes para os tratamentos de saúde mas também alteram a maneira como se dá o financiamento da saúde supletiva.

Outra falha de mercado na questão dos valores pagos aos planos e seguros de saúde refere-se à saída de beneficiários dos contratos coletivos por aposentadoria ou sem justa causa. Estão em vigor alguns fatores mitigadores, que garantem, através de uma proporcionalidade ao tempo de serviço, que estas pessoas permaneçam por um tempo no plano da empresa. No entanto, após esse período, o beneficiário fica em uma espécie de “limbo jurídico”. O aposentado – os demitidos sem justa causa têm sempre a expectativa de se incorporar ao plano de saúde do novo emprego – tendem a se transformar em um passivo de sua ex-empresa, das operadoras ou de si próprios, na medida em que terão dificuldades de pagar por um plano de saúde, ainda que coletivo, mas composto por uma população bastante mais envelhecida do que aquela que formava seu grupo na empresa onde trabalhava. Este é um contingente que vem se tornando cada vez mais expressivo.

Desta forma, propomos a identificação de dois pontos principais para tratar os problemas de financiamento do sistema supletivo, que nos parecem palpáveis e importantes: o sistema de reajustes dos planos individuais e o tratamento fiscal das despesas das famílias e empresas com planos de saúde.

Os modelos de remuneração dos prestadores de serviço e a passagem dos aposentados e demitidos sem justa causa de planos coletivos empresariais para os atualmente chamados “pools de risco” compõem a fronteira de estudos a serem realizados proximamente.

3.2.1 O sistema atual de reajustes

O atual sistema de reajustes dos planos individuais está baseado na assimetria de informação, desfavorável ao consumidor, combinada à baixa capacidade do consumidor mudar de plano, quando ele entende que o reajuste é muito elevado. Os órgãos de defesa de consumidores, o judiciário, os legisladores e o órgão regulador consideram que o consumidor é hipo-suficiente no momento de reajustar anualmente os valores dos planos e portanto o órgão regulador deve arbitrar o assunto.

No entanto, pelo atual sistema, a ANS vem concedendo reajustes bem acima da inflação, chegando no período entre 2004 e 2011 a reajustes acumulados de 86,04% nos contratos assinados após a Lei 9656 e 124,79% nos contratos anteriores à Lei, contra variação de 52,61% do IPCA. Segundo vários atores importantes do mercado ⁴³ e como vimos anteriormente, a manutenção deste ritmo de reajustes poderá tornar os preços dos planos incompatíveis com a renda da população e torná-los economicamente insustentáveis.

O reajuste anual dos contratos visa reequilibrar o contrato assinado ao início da entrada do beneficiário no gozo das coberturas assistenciais previstas no contrato que ele assinou com a operadora. Para aquele plano, de preço inicial

⁴³ Nesse sentido, assim manifestam-se o Procon-SP e o IDEC na Câmara de Reajustes da ANS: “A previsão futura dos gastos com saúde é um dos desafios cruciais que enfrentam vários países no contexto da situação demográfica e mudanças sociais que atualmente ocorrem no mundo.

Para avaliar corretamente a adoção de modelos de reajustes que possam garantir a sustentabilidade do sistema com despesas crescentes de saúde a longo prazo e estabelecer políticas adequadas é essencial desenvolver um método confiável para estimar a evolução do comportamento do setor de saúde suplementar e desempenho das despesas e investimento em tecnologia. “

livre, a regulação transfere o mecanismo de atualização atuarial para a fixação de um percentual único de reajuste para todos os tipos de planos individuais, pela ANS, com base nas variações que a Agência observou nos contratos coletivos ao longo daquele ano. O plano inicialmente registrado deve ser atuarialmente atualizado, mas essa atualização não se aplica aos contratos em vigor, apenas para os novos contratos que serão comercializados. Desta forma, um mesmo “produto” passa a ter dois preços, um atuarial e outro que é resultado do reajuste oficial, aplicado sobre o valor inicial do plano. Apenas em caso de a operadora verificar que os custos daquele produto variaram exatamente de acordo com o reajuste oficial é que teremos um mesmo preço para este produto. Pela metodologia de cálculo do reajuste, essa seria uma coincidência estatística.

A defesa da hipo-suficiência do consumidor sustenta-se na hipótese de que, findo o período de um ano, no aniversário do contrato, o consumidor desconhece a variação dos custos assistenciais referentes aos beneficiários vinculados ao produto a que ele está vinculado contrualmente, registrado na ANS e está inferiorizado para discutir o reajuste com a operadora.

Em uma situação, que consideramos como ideal e hipotética, o consumidor poderia receber de sua operadora as informações sobre a variação de custos do grupo de beneficiários a que pertence em termos de determinada região e determinado produto. Uma vez que avalie que a operadora não faz uma gestão adequada e pretende obter reajuste que considera muito elevado, possa, conhecendo os reajustes de outras operadoras para o mesmo “produto” em sua região, passar para uma operadora que considere mais eficiente, em termos de custos e qualidade de atendimento. Nesta situação, o plano de saúde individual poderia prescindir dos reajustes definidos pela ANS.

Para avançar nesta direção, a regulação deve evoluir para que sejam estabelecidos novos padrões competitivos, delimitados os “mercados relevantes”, seja transparente e prática a classificação padronizada dos planos e incrementada a portabilidade. Vejamos cada um destes elementos e levantar quais propostas principais vêm sendo apresentadas.

3.2.2 A câmara técnica de reajustes

Podemos tomar como ponto de partida a criação em 26 de maio de 2010, do Regimento Interno da Câmara Técnica de Reajuste. “A Câmara Técnica terá como finalidade a manifestação de opiniões no sentido de contribuir para a melhor decisão e construção de norma relativa à implementação do Novo Modelo de Reajuste a ser oferecido ao Mercado de Saúde Suplementar”.

Foram realizadas quatro reuniões da Câmara entre 01/06/2010 e 08/12/2011, após as quais, a Câmara Técnica foi encerrada: “Depois de vários estudos, o grupo chegou à conclusão de que é necessária a ampliação da série histórica dos dados das operadoras, encaminhados à ANS, para que seja possível reavaliar a evolução dos custos do setor. Com isso, a Câmara Técnica foi encerrada, mas a ANS continuará realizando estudos para o desenvolvimento de uma nova metodologia.”⁴⁴

Segundo as Atas de Reuniões, inicia-se a Primeira Reunião da Câmara com fala de Alfredo Luiz de Almeida Cardoso, Diretor da Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos da ANS, afirmando que “há uma correlação entre a CT de Portabilidade e a do Novo Modelo de Reajuste”. “Também salientou que se busca construir um cenário no qual se possa caminhar para um processo de desregulamentação com uma portabilidade maior. Uma portabilidade mais exercível num mecanismo de comparação objetiva da rede e de algum mecanismo no qual cada consumidor/paciente possa portar as suas informações assistenciais de forma a reduzir o custo de uma mudança de uma operadora para outra. “

Infelizmente, o mesmo Diretor disse, ao final da Terceira reunião da Câmara: “ ... a Câmara Técnica visa o aprimoramento do modelo de reajuste. A decisão de desregulamentar o reajuste de produtos individuais não é técnica e sim política, o que não é o papel da Câmara Técnica”. O sr. Maurício Lopes, representante da Fenasaúde, “...indagou que os outputs da Câmara Técnica podem ser uma

⁴⁴ Site da ANS, em 23 de abril de 2012.

mensagem para a Diretoria Colegiada da ANS, e que talvez o regulador, bem como os órgãos de defesa da concorrência, devam recomendar algum tipo de reeleitura do legislativo para poder trazer algum tipo de desregulamentação”. Ao que o sr. Alfredo “colocou que a ANS regula o mercado dentro da Lei.” “Concluindo a Terceira Reunião, o sr. Alfredo Cardoso definiu que os representantes têm 15 dias para analisar a proposta. No caso de haver um consenso, encerra-se a Câmara Técnica e constitui-se o Grupo Técnico que irá aprofundar a proposta da ANS de modelo de reajuste. Caso contrário, será agendada nova reunião para continuidade das discussões, que poderá resultar em uma nova proposição ou manutenção da atual metodologia de reajuste.”

Durante as reuniões foram apresentadas várias propostas, a partir daquela sugerida pela ANS. Praticamente todas giraram em torno de reajustes por incentivo, do tipo Price Cap, composto de algum índice de variação de custos (I) e mais um fator (X) associado à produtividade setorial. Proposta bastante diferente foi apresentada pelo sr. Antonio Westenberger, representante da Abramge, que propôs a construção por instituição externa de pesquisa (FGV, Fipe) de um índice setorial de variação de preços, composto por um índice Laspeyres que levasse em conta um grupo de produtos formadores dos principais custos e realizada pesquisa mensal da variação de seus preços em locais previamente escolhidos.

A criação de um índice setorial de preços, tal como apresentada pela Abramge, significaria, em nosso entendimento, aumentar o grau de indexação a que estão submetidos os reajustes dos planos individuais. Parece-nos que esta proposta vai em direção contrária às pretensões mais gerais, que propugnam, em alguma medida, a introdução de mecanismos de incentivo à produtividade, de premiação ao desempenho. Talvez por este motivo, esta linha não tenha prosperado nas reuniões.

Assim, alguns pontos foram identificados e todos concordaram que: é preciso elaborar nova sistemática de reajustes; a sistemática deve levar em conta características regionais, de tipos de operadoras, de porte e outras variáveis, considerando-se que o índice único não atende mais à realidade; a base DIOPS

não apresentou as consistências estatísticas necessárias para sua utilização no cálculo dos fatores (I) e (X)⁴⁵. Ressalte-se aqui dois posicionamentos que poderiam nortear novos caminhos nesta área: Na Ata da Terceira Reunião: “O sr. Alfredo Cardoso pontuou que as discussões demonstram a dificuldade de regulação do reajuste, destacando que a maior concorrência talvez tornasse desnecessária a intervenção da ANS. “... A desregulamentação só seria possível em um cenário de ampliação da portabilidade, existência de critérios de comparabilidade da rede assistencial e onde os consumidores pudessem portar seus prontuários médicos sem custos adicionais”.

Edgard Pereira, representando a Fenasaúde, diz na Reunião: “No segmento das operadoras as típicas falhas de mercado dizem respeito à questão informacional (assimetria de informação) e de mobilidade. Relativamente ao modelo proposto, considerando as falhas de mercado do setor, o primeiro componente do modelo regulatório deveria ser a implementação de mecanismos à concorrência, tais como redução da assimetria de informações, certificação de operadoras e incentivos à mobilidade. “

Parece que fica mesmo um pouco difícil falar de desregulamentar “em tese”, uma vez que as condições de mobilidade não parecem suficientes. No entanto, é possível que a regulamentação, independentemente das mudanças dos cálculos dos reajustes, evolua nos fatores que impedem a desregulamentação. Ou seja, é possível reduzir efetivamente as assimetrias de informação, implantar as medidas que tornam o mercado efetivamente competitivo, ampliar sobremaneira a portabilidade. Um mercado assim constituído seria melhor para os consumidores e para as operadoras engajadas na eficiência, qualidade e boa governança. E, uma vez implantadas estas condições, pode ser iniciado o

⁴⁵ Após análise do Grupo Técnico, encarregado de avaliar estatisticamente uma amostra de 369 operadoras, que correspondem a 68% dos beneficiários e 79% da despesa. Pareceu ser bastante frustrante que a base DIOPE não tenha se mostrado estatisticamente sólida para os estudos de elaboração do cálculo dos fatores (X) e (I).

processo gradual de desregulamentação. Esta partiria da constatação de que em determinados mercados os produtos podem ser classificados homogêneamente, as assimetrias de informação foram reduzidas extraordinariamente, a portabilidade está se dando de maneira fluida. A ANS poderia avançar na identificação e divulgação do que poderíamos chamar de “Mercados Relevantes Competitivos”. E iniciar uma experiência controlada de desregulamentação dos reajustes dos planos individuais por estes locais.

3.2.3 A portabilidade

A efetiva portabilidade é elemento fundamental para que os consumidores possam fazer escolhas, trocar de operadora quando não está satisfeito, seja por questões de preços ou de qualidade da prestação dos serviços. Segundo FONSECA (2004)⁴⁶,

“A portabilidade será tratada neste ensaio como a possibilidade, quando demandada por um beneficiário, de trocar de produtos, sendo ambos regulamentados pela Lei 9656/98, dentro de uma mesma seguradora ou operadora de plano de saúde ou de trocar de seguradora ou operadora sem a perda de benefícios já adquiridos como cumprimento de carências ou direito adquirido de atendimentos relacionados à doença ou lesão pré-existente. É um conceito mais abrangente do que a simples compra de carência ou adaptação de contrato, que representam somente alguns dos aspectos englobados pela portabilidade. A compra de carência, conhecida como a prática de aceitar um beneficiário de outra seguradora ou plano de saúde sem a exigência de cumprimento de novos prazos de carência, é habitualmente praticada no mercado de planos de saúde. Quase sempre, este acordo exclui a cobertura para doenças pré-existentes, gestação e parto. Depende de acordo entre o comprador e empresa e é estimulado em períodos de promoção, objetivando geralmente renovação de uma carteira envelhecida ou competição comercial. Na prática não se constitui, portanto, em certeza ou direito do beneficiário.”

⁴⁶ Artur Lourenço da Fonseca, “Portabilidade em Planos de Saúde no Brasil”, ENSP, abril de 2004.

A ANS iniciou a regulamentação dos processos de Portabilidade através da Resolução Normativa 186, de 14/1/2009, que estabeleceu sistemática que pretendia ir além da mera “compra de carência”. A partir daquela data os beneficiários que desejassem mudar de plano e/ou de operadora deveriam buscar, através de site da Agência, um documento chamado Guia ANS de Planos de Saúde. Ali, a partir do número de registro na ANS de Planos de Saúde do seu “plano de origem”, pode obter um “Relatório de Plano em Tipo Compatível para a Portabilidade de Carências”. Uma vez que o beneficiário informe o desejado “plano de destino”, vai obter os preços máximos deste plano por faixa etária. Com a Guia ele pode solicitar a Portabilidade. No pé de página da Guia se encontra a seguinte frase: “A apresentação deste relatório não exime o beneficiário do atendimento aos demais requisitos previstos na Resolução Normativa 186 e na Resolução Normativa 19 da DIPRO, de 2009.”

Entre esta primeira regulamentação e a instalação de nova Câmara Técnica de Portabilidade, que teve três reuniões, em junho, julho e agosto de 2010, apenas cerca de mil portabilidades foram efetuadas, em um universo de milhões de beneficiários. Dentre os motivos elencados para explicar a baixa adesão, o período curto para o exercício da portabilidade, de até dois meses após o aniversário do contrato; dificuldades na identificação de equivalência dos planos; prazo de permanência elevado para estar apto à portabilidade; e exigência do uso de informações que não seriam de amplo conhecimento do beneficiário.

Durante as reuniões da Câmara, além de se debater como ampliar as possibilidades da Portabilidade, foram introduzidas duas outras vertentes do assunto: a extensão da portabilidade aos Planos Coletivos por Adesão e a criação da Portabilidade Especial, voltada aos beneficiários cujas operadoras encontrem-se em processo de liquidação. Em que pese a importância destas vertentes, não vamos tratar delas aqui, uma vez que não estão afetas diretamente à questão dos reajustes dos planos individuais.

As reuniões, tais como se pode depreender de suas Atas, foram caracterizadas, segundo nosso entendimento, por duas linhas mais importantes: avançar na

Portabilidade; e evitar que o instituto da Portabilidade termine por permitir ou incentivar o comportamento “oportunista” de consumidores.

Apresentamos, nos Anexos ao final do texto alguns pronunciamentos durante as reuniões.

Cerca de um ano após foi editada a Resolução Normativa 252, em 28 de abril de 2011. Esta Resolução consagrou algumas sugestões das reuniões da Câmara, em especial com relação ao encurtamento do prazo necessário de permanência no plano de origem e na implantação do sistema nos planos de adesão e na chamada Portabilidade Especial. Entretanto não avançou com relação ao problema que parece-nos central na questão, a permanência de forte assimetria de informações. O sistema em vigor, da Guia ANS de Planos de Saúde, é conservador. No entanto, parece-nos bastante justificável o caráter cuidadoso com que a ANS vem tratando do assunto, visando impedir o mau uso do instituto da Portabilidade. A Portabilidade é e deverá ser cada vez mais um fator crucial da regulamentação dos Planos de Saúde. Tão importante que a sua implantação tem de ser feita muito cuidadosamente, como tem feito a ANS.

Passado o período de um ano desde a edição da RN 252, parece configurar-se um bom momento para diminuir as assimetrias de informação. Os fatores limitadores já estão em operação e parecem realmente impedir o oportunismo. O aumento das informações passa pela caracterização de produtos e de aspectos da rede.

ROMANO ⁴⁷ trata do tema da padronização e classificação de produtos de forma bastante interessante. O autor elabora uma descrição das características gerais do mercado, na perspectiva da definição e classificação dos “produtos” planos de saúde, baseado nas características da oferta de bens e serviços embutidos nos planos de saúde e nas expectativas dos consumidores, caracterizando a forma como os planos de saúde são vistos pelos consumidores. Propõe o autor, como se

⁴⁷ Ricardo Romano, “Proposta de Tipologia de Produtos para a Pesquisa de Preços dos Planos de Assistência à Saúde” FGV/UNESCO/ANS, agosto de 2004,

vê ao final, que são Os “conteúdos” inerentes ao plano de saúde e a “percepção” que têm os consumidores quanto aos “conteúdos” os elementos que permitem caracterizar e comparar os planos de saúde. Segundo aquele autor:

Características gerais do mercado – ótica da oferta:

Os preços não são formados somente nas operadoras, seu ambiente incorpora outros mercados, configurando uma cadeia produtiva. Sob esta ótica, o plano é o produto final desta cadeia produtiva.

Os valores unitários dos insumos e serviços utilizados expressam dinâmicas de formação de preços e de concorrência típicos de certas estruturas que compõem o preço final, tais como os oligopólios da indústria de equipamentos hospitalares e da indústria farmacêutica. As quantidades de bens intermediários (medicamentos, consultas, exames, etc.) assim como a tecnologia não são determinados como uma função de produção tradicional. Na cadeia produtiva da saúde, a utilização de serviços e as opções de tecnologia incorporam interesses dos médicos, da indústria farmacêutica, da indústria de equipamentos e de materiais hospitalares.

As quantidades de insumos estão associadas ao perfil epidemiológico do grupo atendido, aos hábitos de consumo e à relação médico-paciente. Esse conjunto de fatores que afetam as quantidades utilizadas no processo produtivo de assistência introduz uma tendência de elevação estrutural nos custos e nos preços – tema que se tornou conhecido na literatura de economia da saúde como “inflação médica”⁴⁸.

Características gerais do mercado – ótica da demanda:

⁴⁸ Ver a esse respeito FELDSTEIN, Paul J. *Health Care Economics*, Delmar Publishers, 1988, e GETZEN, Thomas E. *Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds*, John Wiley & Sons, Inc., 1997, que abordam essa tendência no setor de saúde suplementar nos EUA.

A aquisição do produto (contratação do plano) não implica no seu uso imediato. Portanto a avaliação qualitativa do plano pode demorar algum tempo, como no caso da internação hospitalar.

Já no que se refere ao tipo de prestadores credenciados, a questão é diferente. Se é crucial a qualidade da rede de prestadores para a definição do produto, não é a simples existência de rede o que determina a qualidade do plano, mas também a existência ou não de restrições de acesso a esses prestadores. Dois planos podem ter a mesma rede, porém com diferentes graus de acesso.

Na prática, o consumidor avalia a qualidade e os preços dentro dos limites determinados pela assimetria de informação típica desse mercado e as operadoras exploram essa “falha de mercado” de diversas formas. Entre os fatores que definem a qualidade da assistência anteriormente mencionados – relacionados às restrições de acesso aos serviços – há alguns que são mais visíveis para o consumidor do que outros, ou que são avaliados de forma mais subjetiva, pois que independem do uso direto dos serviços para sua avaliação.

É a percepção do consumidor sobre os elementos diferenciadores do produto que faz com que planos com idêntica cobertura assistencial e mesma rede de prestadores sejam comercializados com preços diferentes. Quais são as características de um plano que um consumidor pode considerar para avaliar a qualidade da assistência à saúde? Quais são os elementos de diferenciação, sob a ótica do consumidor, que podem ser capazes de justificar preços distintos? Com efeito, basta que os consumidores percebam os planos como diferentes – segundo suas preferências subjetivas, independentemente dos aspectos objetivos do produto – para que ocorra diferenciação do produto e de seus preços.

O mercado de planos de assistência à saúde apresenta certa vocação para a diferenciação, seja mediante as características do produto (marca, qualidade, etc), seja pela diferenciação condicionada às características dos consumidores – na medida em que a diferenciação depende também dos critérios de avaliação

dos consumidores, que se diferenciam quanto ao nível de renda, por exemplo. Por isso, elaborar uma lista das possibilidades de diferenciação dos planos é um exercício complexo, uma vez que a diferenciação decorre, em larga medida, de fatores subjetivos, tais como confiabilidade e reputação da operadora, forma de comercialização, custo de utilização do plano.

É importante ressaltar que estas características estão associadas à formação do preço inicial dos planos de saúde. Uma vez que o contrato entre em andamento, o princípio da mobilidade, da Portabilidade, é essencial para que os dois principais fatores citados por Ricardo Romano possam ser constatados pelo consumidor. O primeiro, se há efetividade da assistência, expressa não mais pela descrição da rede de prestadores de serviços, mas também e principalmente pelo acesso à rede que ele efetivamente tem. O segundo, em duas etapas, com relação aos preços. A efetividade obtida com a rede e o preço do plano é posta em cheque no momento em que o consumidor precisa do plano (que, como foi dito, não acontece no “ato de compra”, ao contrário de outros bens e serviços) e em seguida, ao receber o primeiro reajuste.

Ricardo Romano, em seu trabalho pioneiro, identifica para as Regiões Metropolitanas estudadas, Rio de Janeiro, São Paulo, Brasília, Belo Horizonte, Porto Alegre e Salvador, que a estruturação do mercado se dá pelos tipos de operadoras, sobre as quais ele identifica características operacionais capazes de diferenciar os seus produtos, a qualificação da rede de prestadores, o grau de acesso à essas redes e os preços dos planos. Em um segundo grau, as demais variáveis: padrão de conforto, abrangência geográfica e franquia/co-participação.

A estratégia de usar a limitação da Portabilidade por faixas de preços parece atender à esta complexa rede de fatores, na medida que a combinação destes fatores é utilizada pelas operadoras para definir os preços iniciais e pelos consumidores para escolher o plano e entender que o preço oferecido parece ser

adequado. Esta escolha é baseada em assimetria de informação que será reduzida quando da necessidade de utilizar esta rede. Se ela corresponder ao esperado, o consumidor deve se dar por satisfeito. O sistema seria competitivo em caso de ampliação da portabilidade por aumento de informação, em busca de melhor preço por serviço ao menos no padrão do anterior. Ou menor reajuste da contraprestação pecuniária.

Ao par da evolução dos mecanismos de redução das assimetrias de informação, não só em termos do tipo de informação que a ANS poderia divulgar aos consumidores mas também com relação às formas de comunicação, a ANS deveria definir para os beneficiários dos planos quais seriam os chamados Mercados Relevantes dos Planos de Saúde.

Poderia-se imaginar que a ANS defina e divulgue em seu site e nos principais jornais um quadro mensal que permita ao beneficiário identificar o seu plano, saber quais outras operadoras operam o seu “plano compatível” e a que preços. Ao mesmo tempo, receber de sua operadora justificativa, em formato regulado, para o reajuste anual.

3.2.4 Mercado Relevante

O nível de detalhe geográfico para os quais poderiam ser divulgadas estas informações poderiam aproveitar-se dos conceitos de “Mercado Relevante”, bastante utilizados na legislação de defesa da concorrência.

A noção de dominação de um mercado é relativa. Ela só tem sentido uma vez definido concretamente o mercado a que se refere, aquilo que se designa correntemente mercado relevante. Determinar estes mercados é o primeiro passo para identificar posições dominantes. Ou, em nosso caso, identificar o seu reverso, aqueles mercados em que as condições de competição sejam tais que haja potencial efetivo e amplo de substituição de um plano por outro. Em um mercado relevante de grande amplitude, as posições dominantes serão difíceis de encontrar; em um mercado relevante muito restrito, mesmo empresas

menores poderão deter posição dominante.

E como a ANS poderia identificá-los, visando atingir um ponto razoável de dimensão geográfica onde se poderia assegurar a não-manipulação do mercado pelas operadoras e ao mesmo tempo agregar características bastante homogêneas, seja de comportamento cultural/social dos consumidores, seja das características da rede de prestadores de serviços locais, que possam realmente significar um “Mercado Relevante de Planos de Saúde”?

A literatura sobre Mercado Relevante associa “produto” a uma dimensão “geográfica”; nesse sentido, POSSAS⁴⁹ destaca que o mercado é definido na dupla dimensão produto e geográfica. “Note-se que “produto” é uma designação genérica, que pode abranger grupos de produtos; isto é, agregados de produtos não idênticos, mas “bons” substitutos.” A questão seria de avaliar a possibilidade de que a atividade econômica possa vir a dotar-se de apresentar algum nível de agregação de produtos em alguma área geográfica na qual o exercício de poder de mercado seja logicamente possível.

PEREIRA E HUSSNE, citados anteriormente, realizam análise da concentração de 89 mercados relevantes geográficos de planos de saúde individuais no Brasil . Esses mercados foram delimitados utilizando -se metodologia gravitacional e foram analisadas as concentrações considerando os indicadores C 1, C4, C5 e HHI10.

Há diferenças substanciais entre os graus de concentração dos diferentes mercados relevantes geográficos analisados no referido estudo . Em relação ao indicador C1 (parcela detida pela maior empresa do mercado), os valores vão de 18,61% no Recife/PE até 99,54% em Umuarama/PR. O menor índice C4 entre os mercados analisados é de 55,01% em São Paulo /SP, que também apresenta o menor índice HHI (10,63%). No outro extremo do espectro de concentração está o município de Lages/SC, onde os índices C4 e HHI são , respectivamente, iguais a 100% e 99,53%.

⁴⁹ “Os conceitos de mercado relevante e de poder de mercado no âmbito da defesa da concorrência”, Mario Luiz Possas, mimeo, 1995.

Portanto, verifica-se acentuada heterogeneidade entre os graus de concentração dos 89 mercados analisados . Segundo os autores , os mercados menos concentrados são aqueles mais populosos , formados por municípios com maior densidade demográfica e com oferta de serviços de saúde significativamente maior.⁵⁰

3.3 Tratamento tributário das despesas médicas e de planos de saúde

O crescimento econômico e a formalização do emprego têm o duplo efeito de ampliar os recursos disponíveis para o financiamento do sistema público, através da maior arrecadação de impostos e contribuições sociais e do sistema privado, através da elevação do número de empregados com planos de saúde mantidos pelas empresas – esta a principal porta de entrada para o sistema supletivo. Este é o quadro que define estruturalmente a quantidade de recursos potencialmente disponíveis para o financiamento da saúde no Brasil, tendo em vista as características de seu sistema, tal como foi formado historicamente, na convivência do sistema público com o sistema privado.

Registre-se a expectativa de que este quadro geral possa evoluir positivamente, incluindo-se aí não só a maior disponibilidade potencial de recursos para a saúde pública, bem como a decisão política de que os preceitos iniciais da chamada PEC 29 voltem a fazer parte da matéria legal sobre as obrigações do Governo Federal com relação aos gastos mínimos com saúde. E também que haja efetiva melhora nos aspectos gerenciais e organizacionais do SUS.

O financiamento do sistema está apoiado na presença dos governos federal, estaduais e municipais, através do SUS, gestor do sistema público, que é responsável por cerca de 43% dos gastos do país com saúde; nas famílias, com

⁵⁰ ANDRADE, MV; GAMA, MM; RUIZ, RM; MAIA, AC; MODENESI, B; TIBURCIO, DM. *Estrutura de Mercado do Setor de Saúde Suplementar no Brasil*. Texto para DISCUSSÃO, ANS, 2010.

39%, destes, 9% com planos de saúde; e nas empresas, com 18% do gasto com saúde no Brasil, através do pagamento, para seus funcionários, de planos de saúde, segundo nossas estimativas.

Desde o início da conformação do atual sistema de saúde brasileiro, em especial após a criação do primeiro Convênio entre a Volkswagen e o IAPI em 1964 e ainda mais, após a Constituição de 1988, trava-se a discussão sobre as ações dos vários governos federais, diga-se, de amplo espectro ideológico ao longo do tempo, acerca da questão saúde pública e saúde privada. Conforme vimos na Parte 1 deste texto, a criação, em 1974, do Ministério da Previdência e Assistência Social, extinguindo os IAPS e conseqüentemente a estrutura sindical de atendimento à saúde, trazia o embrião do que parece ser o problema central desde então: por vários motivos os vários sistemas públicos de atendimento à saúde que vêm sendo montados sofrem de sub-financiamento. Na passagem, em 1974, do sistema sindical para o sistema centralizado e estatal, assim como na passagem, promovida pela Constituição de 1988, do sistema meritocrático para o universal, o que se deu foi a incorporação de maiores contingentes populacionais a serem assistidos, sem a respectiva cobertura orçamentária.

O quadro de sub-financiamento crônico do sistema público arrasta-se até hoje, trazendo desconfiância da população com relação ao atendimento de saúde quando ele se faz necessário. O sub-financiamento ganhou contornos dramáticos quando a presidente Dilma Rousseff vetou vários artigos da Lei que regulamentou a PEC 29, ao mesmo tempo em que promoveu cortes no orçamento para a saúde de 2012. Esta posição, que frustrou vários segmentos da saúde pública, torna ainda mais urgente a busca por alternativas ao financiamento da saúde no Brasil, uma vez que a realidade do envelhecimento populacional e do encarecimento da medicina não esperam e tendem a piorar o atendimento médico da população. Neste sentido, o papel do setor supletivo termina por ser ainda mais importante, sendo necessário também nesse segmento explorar fontes de financiamento adicionais, tendo em vista que ele se encontra em perspectiva restritiva, também pelas questões do envelhecimento populacional e do encarecimento da medicina.

Uma vez que se adota o preceito básico de não se propugnar o aumento do financiamento do sistema supletivo através do aumento da iniquidade do sistema de saúde brasileiro, partimos da seguinte primeira pergunta: A política tributária atual, no item relativo às deduções tributárias das despesas com saúde retira recursos do sistema público de saúde?

As despesas com a saúde no Brasil são financiadas pelos orçamentos federal, estaduais e municipais. A base de variação para os gastos do governo federal com a saúde é a soma do que foi investido no ano anterior em Ações e Serviços Públicos de Saúde acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) - crescimento da economia somado à inflação.

Os governos estaduais e municipais obedecem a requisitos de gastos mínimos com a saúde, em termos percentuais de seus orçamentos totais. A regulamentação da PEC 29 reduziu o escopo do que seriam “gastos com saúde” uma vez que alguns entes estavam realizando despesas com outras atividades que não a saúde e lançando-as nesta rubrica.

Não existe, em nenhuma esfera de governo, seja ele federal, estadual ou municipal, a vinculação de tributos ou contribuições sociais, especificamente para o financiamento da seguridade social em geral ou o financiamento da saúde especificamente. A Constituição de 1988 somente foi alterada, com relação ao financiamento do sistema único de saúde, pela PEC 29, que foi regulamentada ao final de 2011.

Após a promulgação Constituição de 1988, não foi implantado o sistema nela proposto para o financiamento do SUS. Assistiu-se quando da implantação do SUS à “operação desmonte” do orçamento da seguridade social. A criação do “orçamento da seguridade social”, tal como disposto no Parágrafo 1 do Art. 198, não aconteceu. Por este motivo, o orçamento do Ministério da Saúde e das

secretarias estaduais e municipais de saúde – e conseqüentemente o do SUS – passou a depender da política fiscal, mais ou menos restrita em termos da participação dos gastos da saúde nos gastos gerais das três esferas de poder. A iniciativa da PEC 29, foi a de, ainda que sem um orçamento específico para a seguridade social, estabelecer gastos mínimos para a saúde em relação ao montante arrecadado. A sua regulamentação, embora não tenha atendido às expectativas dos atores mais importantes do cenário da saúde pública, avançou, no sentido de reservar para a saúde montantes percentuais fixos dos orçamentos estaduais e municipais, restringir algumas despesas que vinham sendo incluídas nesta conta, como por exemplo despesas com saneamento, limpeza de rios e outras, que se por um lado melhoram condições sanitárias da população, não são despesas com saúde pública. No entanto não está mais na pauta a questão do orçamento da seguridade social. Temos, efetivamente, um sistema em que a saúde é financiada como uma das atividades do orçamento geral, nas três esferas de governo.

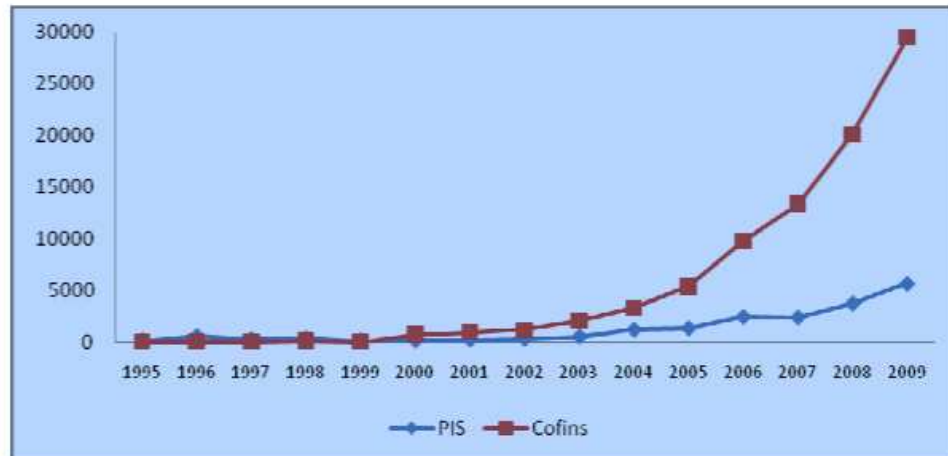
3.3.1 As deduções tributárias em vigor

Este orçamento geral sofre o efeito das políticas de incentivos fiscais federal, estaduais e municipais. MACIEL,⁵¹ em seu trabalho “Política de Incentivos fiscais: quem recebe isenção por setores e regiões do país” mostra que a partir dos anos 2000, a política de incentivos do governo federal passa a se apoiar cada vez mais nas contribuições sociais do PIS e da Cofins.

Três Leis – 9990/00, 10147/00 e 10485/02 – estabeleceram regimes especiais de tributação, respectivamente, para os setores de comercialização de petróleo e seus derivados e álcool; farmacêutico e de cosméticos; e automobilístico. Além destes regimes especiais, incentivos foram e vêm sendo cada vez mais concedidos pelo governo federal no âmbito do PIS e da Cofins, conforme mostra a Figura abaixo:

⁵¹ Marcelo Sobreiro Maciel, Políticas de Incentivos Fiscais, citado.

Figura 1 – Renúncias de receitas tributárias para o PIS e a Cofins, de 1995 a 2009, em R\$ milhões



Fonte: *Demonstrativo de Gastos Tributários*, vários anos, disponível no site www.receita.fazenda.gov.br

São crescentes os incentivos à indústria, como o PITCE, do final de 2003; os vários decretos editados entre 2004 e 2006 de desoneração do IPI para máquinas e equipamentos; os regimes especiais de tributação, tal como a Lei 11033/04 que criou o Reporto, que concede isenção de IPI, imposto de importação, PIS e Cofins para empresas do setor portuário; o PAC, que origina o Regime Especial de Incentivos para o Desenvolvimento da Infra-estrutura; a chamada guerra fiscal do ICMS travada pelos estados e que significam renúncias de receitas tributárias; o Simples, que propiciou tratamento tributário favorecido às micro e pequenas empresas e que é a principal renúncia tributária da União. Este amplo quadro dá origem à tabela abaixo, na qual são discriminados os gastos tributários por função orçamentária em 2009, com itens selecionados e total. O conceito “Gasto Tributário” é assim definido pela SRF:

“Para financiar seus gastos , os governos utilizam -se da arrecadação compulsória de recursos – que em termos técnicos caracteriza a tributação de um país . O conjunto de normas que definem e delimitam o processo de arrecadação compõe o sistema tributário legal . Em geral , os sistemas tributários não possuem outro objetivo que não o de gerar recursos para a administração. O dispêndio de tais recursos é feito por fora do sistema tributário, por meio de orçamentos aprovados pelos representantes da população. No entanto , o sistema tributário é permeado por desonerações . São consideradas desonerações tributárias todas e quaisquer situações que

promovam: presunções creditícias , isenções, anistias, reduções de alíquotas , deduções ou abatimentos e adiamentos de obrigações de natureza tributária. Tal grupo de desonerações irá compor o que se convencionou denominar de “gastos tributários.”

Previsão dos gastos tributários por função orçamentária e por modalidade de gasto – Itens selecionados

Função orçamentária	Gasto Tributário	R\$ milhão de 2010	%
Assistência Social	Varios	4.781	4,20
Saúde	Despesas médicas IRPF	3.325	2,91
	Assistência médica a empregados IRPJ	2.961	2,60
	Produtos químicos e farmacêuticos	951	0,83
	Entidades sem fins lucrativos	2.587	2,27
	Medicamentos	2.507	2,20
Trabalho	Varios	11.749	10,32
Educação	Despesas com educação IRPF	1.400	1,23
	Demais	3.679	3,23
Cultura	Varios	1.721	1,51
Ciência e Tecnologia	Varios	2.968	2,61
Agricultura	Varios	8.842	7,37
Industria	Varios	22.337	19,62
Comércio e Serviços	Varios	35.270	30,97
Transporte	Varios	3.288	2,89
Demais	Varios	5.509	4,83
Total		113.875 (1)	100,00
Arrecadação Governo Federal		826.000	
PIB 2010		3.675.000	

Fonte: Demonstrativo dos Gastos Tributários – Secretaria da Receita Federal, 2010. (1)
13,78 % da arrecadação

A função “Saúde” teve reduzida a sua participação relativa, caindo cerca de 19,1% do total em 2004 para 10,81 % em 2010. O que mais explica a perda de importância nos gastos com saúde é o pequeno crescimento relativo da dedução de despesas médicas no imposto de renda de pessoas físicas. Apenas o montante de renúncia do item Medicamentos cresceu acima dos gastos da União. Marcelo Maciel explica que como os gastos expandiram-se significativamente no período em análise, um eventual declínio na participação relativa deve ser visto com a devida ressalva, pois em termos nominais o gasto pode ter aumentado.

3.3.2 Despesas médicas no IRPF e IRPJ

A legislação sobre o tratamento das despesas médicas no IRPF e no IRPJ encontra-se nas leis: 9250/95 para as pessoas físicas e 9249/95 para as pessoas jurídicas. Segundo a SRF, com base na lei 9250, “As despesas médicas ou de hospitalização dedutíveis restringem-se aos pagamentos efetuados pelo contribuinte para o seu próprio tratamento ou o de seus dependentes relacionados na Declaração de Ajuste Anual Consideram-se despesas médicas ou de hospitalização os pagamentos efetuados a médicos de qualquer especialidade, dentistas, psicólogos Consideram-se também como despesas médicas ou de hospitalização os pagamentos efetuados a empresas domiciliadas no Brasil destinados a cobertura de despesas com hospitalização, médicas e odontológicas”.

Podem também ser deduzidas da base de cálculo do imposto devido: os gastos com instrução (com limites); uma quantia por dependente; as contribuições para a Previdência Pública e Privada; e os gastos com pensões alimentícias. Após o cálculo do imposto a pagar, podem ainda ser abatidos: doações para alguns Fundos de amparo à criança; para o PRONAC (Cultura); Audio-visual (Cinema); previdência de empregados domésticos; e Programas de pesquisa oncológica e de apoio a deficientes.

A Lei 9249, define o tratamento das despesas com planos de saúde no IRPJ:

“Art. 13. Para efeito de apuração do lucro real e da base de cálculo da contribuição social sobre o lucro líquido, são vedadas as seguintes deduções, independentemente do disposto no [art. 47 da Lei nº 4.506, de 30 de novembro de 1964](#):

I - de qualquer provisão, exceto as constituídas para o pagamento de férias de empregados e de décimo-terceiro salário, de que trata o [art. 43 da Lei nº 8.981, de 20 de janeiro de 1995](#), com as alterações da [Lei nº 9.065, de 20 de junho de 1995](#), e as provisões técnicas das companhias de seguro e de capitalização, bem como das entidades de previdência privada, cuja constituição é exigida pela legislação especial a elas aplicável; [\(Vide Lei 9.430, de 1996\)](#)

II - das contraprestações de arrendamento mercantil e do aluguel de bens móveis ou imóveis, exceto quando relacionados intrinsecamente com a produção ou comercialização dos bens e serviços;

III - de despesas de depreciação, amortização, manutenção, reparo, conservação, impostos, taxas, seguros e quaisquer outros gastos com bens móveis ou imóveis, exceto se intrinsecamente relacionados com a produção ou comercialização dos bens e serviços;

IV - das despesas com alimentação de sócios, acionistas e administradores;

V - das contribuições não compulsórias, **exceto as destinadas a custear seguros e planos de saúde, e benefícios complementares assemelhados aos da previdência social**, instituídos em favor dos empregados e dirigentes da pessoa jurídica;

.....

Por força desta lei, as despesas com assistência médica para funcionários podem ser tratadas pelas empresas como se fossem despesas operacionais na apuração do lucro real e na base de cálculo da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido. Mas ainda assim, caberia a dúvida com relação à classificação das despesas médicas para custear planos e seguros de saúde como “não-operacionais”, ou “operacionais” uma vez que são cada vez mais obrigatórias em acordos coletivos de trabalho, além de que oferecer plano de saúde é pré-condição para a manutenção e atração de funcionários qualificados.

3.3.3 Deduções tributárias como mecanismo de manutenção da capacidade de pagamento

As despesas médicas e com planos de saúde das pessoas físicas e as despesas com planos de saúde para funcionários estão no quadro da página 7 e atingiram o montante de R\$ 6,2 bilhões⁵² ou 5,51% do total de deduções tributárias. Ressalte-se o valor de cerca de R\$ 2,9 bilhões de deduções no IRPJ, que têm como contrapartida os cerca de 29,1 milhões de pessoas atendidas em Planos Coletivos Empresariais, correspondendo a uma isenção tributária de R\$ 99,65 por pessoa. Ressalte-se que estes dados estão em alguma medida enviesados, uma vez que as deduções tributárias apenas incluem as empresas que não optaram pelo simples e/ou pelo lucro presumido. Estas, se pagam planos de saúde não se beneficiam de dedução tributária. Seus beneficiários estão contados nos números da ANS mas seus gastos não se beneficiam de deduções e portanto não estão contados. Ficam também excluídos, pelo mesmo motivo, os gastos de órgãos públicos que contratam planos empresariais para seus servidores mas que não pagam imposto de renda. Ou seja, a isenção por beneficiário é maior do que os dados disponíveis permitem medir. Ainda assim este parece-nos um programa de incentivos fiscais extraordinariamente bem sucedido e que deveria ser ampliado. Veja-se comparativamente que, segundo o Sistema de Contas Nacionais, em 2009 a entidade Administração Pública (federal, estaduais e municipais) gastou R\$ 123,5 bilhões com a manutenção do sistema de saúde público. Se consideramos que o SUS atinge todos os 192 milhões de habitantes, mas destes cerca de 147 milhões façam uso efetivo do sistema, uma vez que a diferença é atendida pelos planos de saúde, teríamos um gasto percapta de R\$ 840,16. Todos os dados referem-se a valores anuais.

No entanto, se os números acima soam como “eficientes”, nada falam sobre “equidade”. A política tributária atual, relativa às deduções tributárias das despesas com saúde retiram recursos do sistema público de saúde? Maria de

⁵² Aí incluídas as despesas médicas “particulares” além dos planos de saúde, no IRPJ.

ANDREAZZI E OCKÉ-REIS⁵³ propõem que a discussão sobre os gastos tributários na saúde “enquanto instrumento de preservação da equidade do financiamento da atenção à saúde deve ser inserido numa discussão mais ampla sobre a fragilidade financeira do Estado, em face da globalização, da desigualdade social e da pobreza absoluta vistas no Brasil.”

Segundo aqueles autores, foram identificados três espaços relevantes de discussão sobre as políticas de saúde e a renúncia fiscal, nos anos 2000: o simpósio sobre Planos de Saúde, promovido pela Câmara dos Deputados em 2001; a XII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003 e o Fórum de Saúde Suplementar, promovido pela ANS em 2003.

As divergências de posições encontradas podem ser resumidas por dois importantes interlocutores: O relatório final da XII Conferência Nacional de Saúde apresentou uma proposta que visa eliminar, explicitamente, a renúncia fiscal. No seu ponto 27 aprovou-se a política de:

“suspender os subsídios oriundos da dedução de Imposto de Renda para gastos com planos e seguros de saúde, revertendo os valores correspondentes arrecadados para a constituição de um fundo nacional voltado para o financiamento de ações emergenciais em saúde e de atenção básica.”

Já a UNAFISCO, entidade que congrega os auditores fiscais do Ministério da Fazenda, considera:

“não se pode renunciar a uma renda que não existe, pois o rendimento bruto não representa a capacidade contributiva do contribuinte. Esta só começa após a dedução dos gastos necessários à aquisição e manutenção da renda e do patrimônio, assim como do mínimo indispensável a uma existência digna para o contribuinte e sua família.”

⁵³ Fátima de Andreazzi e Carlos Ocké-Reis Renúncia de arrecadação fiscal: subsídios para discussão e formulação de uma política pública. Revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2007.

ANDREAZZI E OCKÉ-REIS (2007), citados anteriormente, propõem observar a questão da equidade na saúde e as deduções tributárias de maneira objetiva, ao mostrar que se as deduções tributárias para a saúde, forem reduzidas ou extintas, tal fato não implicaria em aumento de recursos para a saúde pública:

“Considerando os marcos da política econômica do Governo Federal e o montante dos recursos financeiros associados à renúncia , veremos a seguir quais seriam os possíveis conflitos de interesse envolvidos nessa arena . Em particular, problematizar o provável tratamento que o Ministério da Fazenda adotaria no caso do surgimento de recursos extras originários da eliminação dos gastos tributários decorrentes das despesas privadas com planos de saúde e com os desembolsos diretos efetuados com médicos , exames e hospitais. Seriam eles reaplicados nos programas voltados à atenção básica em saúde, de acordo com a resolução da XII Conferência Nacional de Saúde? Será oportuno agora esclarecer como o conceito de equidade tangencia toda essa discussão relativa à renúncia de arrecadação fiscal na área da saúde , no contexto do debate do financiamento setorial do SUS . Quem sabe assim seja mais fácil compreender os diferentes propósitos das políticas apresentadas pelo Ministério da Fazenda e pela Conferência Nacional de Saúde . Como nos chamou atenção PEREIRA ⁵⁴ o significado de equidade na saúde “depende , de forma crucial, da maneira como se define o conceito de justiça social , e que este, por sua vez, depende de juízos de valor ou pontos de vista da sociedade , tal como articulados por indivíduos, grupos ou governos .

Sem entrar no mérito se os gastos privados das famílias constituem ou não uma “preferência do consumidor” , pois em alguma medida tais famílias são compelidas a utilizar o mercado privado de serviços de saúde , dados o acesso precário e a qualidade duvidosa de certos procedimentos oferecidos pelo SUS, surge um dilema para os formuladores de política . Da ótica setorial , parece razoável defender a idéia da redução e ou eliminação da renúncia fiscal visando a atender ao princípio da equidade no financiamento da saúde , dado que o sistema teoricamente deveria cobrir as necessidades de saúde de todos os cidadãos . No entanto , da ótica macroeconômica , isso significaria punir apenas os setores de renda média , que estão já sendo desfavorecidos pela

⁵⁴ PEREIRA, J. Justiça social no domínio da saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.6, n.4, 1990

política econômica (POCHMANN, 2001)⁵⁵. Além do mais, os compromissos atuais do Governo Federal com a consecução do superávit primário e das metas de inflação, de uma parte, não asseguram *a priori* que recursos equivalentes aos gastos tributários atuais com saúde sejam dirigidos para os grupos mais vulneráveis. De outra parte, esses compromissos impedem a expansão dos recursos financeiros necessários para se consolidar o caráter único do SUS - incorporando toda a população a um cuidado integral. Para ilustrar, cabe lembrar que a recente polêmica em torno da aplicação dos recursos provenientes da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) residiu no fato de que o aumento da arrecadação promovida pela CPMF não resultou em aportes adicionais para a saúde, porque houve, a rigor, uma substituição das fontes prévias do financiamento público da atenção à saúde (OCKÉ-REIS; RIBEIRO; PIOLA, 2001)⁵⁶.

Em suma, boa parte da arrecadação com tributos é destinada ao pagamento da dívida pública, cujos encargos são sistematicamente retroalimentados pelas elevadas taxas de juros, dada a subordinação do modelo econômico atual aos mecanismos de especulação financeira (BRESSER- PEREIRA, 2003,)⁵⁷. Esse autor, comentando os gastos sociais do Estado, afirma: “distorção maior em relação ao gasto total do Estado é aquela com os juros, resultado não apenas de uma dívida pública alta, mas principalmente de uma taxa de juros básica absurda. De forma marcante, observa-se a presença de um esquema de desvio das riquezas geradas no país para a acumulação financeira, supondo-se que a correlação entre carga tributária e aumento do superávit primário é por demais transparente para demonstrar que o arrocho fiscal tem significado uma transferência de recursos para o setor financeiro, tendo, aliás, parcela significativa sido subtraída da renda do trabalho”

E chegam à conclusão de que os maiores beneficiários do sistema de incentivos fiscais para as despesas com saúde são as famílias dos estratos inferiores e

⁵⁵ Marcio Pochmann O emprego na globalização: a nova divisão internacional do trabalho e os caminhos que o Brasil escolheu, Boi Tempo Editorial, 2001.

⁵⁶ Carlos Octávio Ocké Reis, José Aparecido Carlos Ribeiro, Sérgio Francisco Piola, Financiamento das Políticas Sociais nos anos 1990: O caso do Ministério da Saúde, Texto para discussão 802, IPEA, 2001.

⁵⁷ Bresser Pereira, Desenvolvimento e crise no Brasil, 2003, Editora 34, São Paulo.

médios de renda e as empresas que atuam em mercados mais competitivos, menos intensivas em capital e onde o peso da força de trabalho é maior.⁵⁸

Além deste fato, a redução, eliminação ou restrição a faixas de renda das famílias da renúncia não vem acompanhada de elevação do gasto público com saúde que compensasse o maior encargo assumido por famílias e empresas.

Assim, acompanhando as conclusões de Andreazzi e Ocké-Reis, parece-nos que o sistema de incentivos fiscais não retira recursos do sistema público de saúde. A eliminação ou redução da renúncia fiscal com gastos privados em saúde , desacompanhada de outras medidas de política econômica que promovam a equidade do ponto de vista das capacidades de participação nas riquezas produzidas no país implicaria, marcadamente, ônus tributário para as classes de renda média e média baixa , e as médias empresas , restando dúvidas se recursos financeiros adicionais cheguem, de fato, aos mais pobres.

E como as deduções tributárias poderiam, ao contrário, *contribuir* com a equidade no sistema de saúde?

⁵⁸ No entanto, é importante constatar que o peso dos gastos com saúde das famílias é maior nos estratos inferiores e médios de renda , isto é, abaixo de 30 salários- mínimos (SAYD, 2003; OCKÉ-REIS; GAIGER; ANDREAZZI, 2003). Considerando a hipótese da manutenção de um nível de gastos privados com saúde mesmo se eliminando o benefício tributário, em função das dificuldades não -resolvíveis em médio prazo do SUS , as famílias que serão proporcionalmente mais afetadas serão aquelas de rendas médias e médias baixas, e não aquelas de rendas mais elevadas.

Raciocínio análogo pode ser feito em relação às empresas . Os empregadores se beneficiam dos incentivos patrocinados pela renúncia fiscal dos gastos destinados aos seus empregados e executivos . Em uma situação desvantajosa , num primeiro exame, se encontram as empresas que atuam em mercados competitivos, menos intensivas em capital e onde o peso da força de trabalho é mais significativo , sem a possibilidade de abater os gastos com planos de saúde dos seus funcionários.

É fato que, pela sua própria natureza, o sistema privado de saúde pratica algum grau de seleção de risco. O próprio preço, maior, das mensalidades, à medida que o beneficiário envelhece, já significa um grau de seleção. Por outro lado, as empresas de maior intensidade de mão de obra e menor remuneração média por empregado também terminam por tender a se afastar dos planos de saúde, pois eles vão onerar mais a sua folha, proporcionalmente à outra empresa, intensiva em capital. Esta também termina por ser uma espécie de seleção. No entanto, tanto as pessoas mais velhas quanto as empresas intensivas de mão de obra não têm tratamento diferenciado pelo imposto de renda em termos das deduções tributárias.

A Legislação poderia ampliar as deduções para estes dois grupos, visando ampliar as populações cobertas, de maior custo, seja no caso da pessoa física, seja da pessoa jurídica intensiva em mão de obra.

Foi apresentado, em 29/06/2010, Projeto de Lei do Senado, pelo Senador Jorge Yanai, que Altera a Lei nº 9.249, de 26 de dezembro de 1995, para aumentar em 30% o montante dedutível, na apuração do lucro real e da base de cálculo da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido, das despesas com seguros e planos de saúde, e dispõe sobre a concessão às pessoas jurídicas de selo e certificado de excelência no cuidado com a saúde do empregado.

O Projeto foi rejeitado em 24/06/2011 na Comissão de Assuntos Econômicos.

A nosso ver o aumento em 30% do montante dedutível deveria ser aplicado às pessoas físicas com mais de 60 anos e às empresas que cumprissem requisitos a serem estabelecidos que configurem ser ela intensiva em mão de obra de baixa remuneração.

Tal medida, que necessitaria de lei, traria impactos positivos ao Financiamento da Saúde Supletiva, com eficiência e aumento da equidade no sistema como um todo.

Quarta Parte: Relação Público/Privado na Saúde

A Constituição Federal define:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197: “São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”.

4.1 O debate público/privado na saúde

O Brasil apresenta um sistema de saúde composto pelo atendimento público universal e pelo sistema supletivo privado, que no entanto não são “universal” nem “supletivo”. A universalidade não incorporou de forma plena as famílias do que se poderia chamar “núcleo dinâmico da economia”. Por outro lado, o sistema supletivo é um sistema duplicado do sistema público, devendo oferecer cobertura para todos os tratamentos, assim como o SUS está também obrigado a oferecer. Esta característica tem suas origens, tal como descrito anteriormente, na mudança do texto da Lei 9656, através da primeira Medida Provisória que a alterou, obrigando às operadoras de planos a oferecer um Plano de Referência, que dá cobertura a todas as enfermidades e tratamentos. Pelo texto legal inicial, a Lei 9656, as operadoras poderiam oferecer cobertura “suplementar” ao sistema único, mas após a edição da primeira Medida Provisória que a substituiu, passaram a constituir o sistema “duplicado” que prevalece até hoje. As lacunas na delimitação de atuação

entre os sistemas gera constante embate ideológico, enquanto se assiste à permanente exclusão no atendimento público e o crescimento cada vez maior dos custos do atendimento privado.

Os conceitos suplementar, complementar e duplicado derivam não só das disposições legais, mas também das características que assume a regulação infra-legal da saúde. Há um certo paradoxismo quando os reguladores oficiais brasileiros, por força do disposto na referida Medida Provisória recriam cada vez mais profundamente no que seria inicialmente supletivo –os planos de saúde– uma cobertura duplicada do sistema público, acirrando a competição entre os sistemas. Formuladores da política de saúde pública brasileira ao mesmo tempo apontam que a duplicidade é o grande problema do sistema, uma vez que o setor privado termina por expandir-se nas deficiências do sistema público. Mas insistem que o setor privado deve cobrir todas as doenças e tratamentos exigidos do setor público.

O próprio serviço público de saúde é fornecido também por prestadores privados de serviços de saúde, uma vez que o atendimento se utiliza de vasta rede de unidades de saúde privadas, que atende também aos planos de saúde. Ao mesmo tempo, expande-se a rede de alta complexidade do SUS, de natureza pública, que posiciona-se como referência mesmo quando comparada à rede de prestadores privados, ocasionando outro tipo de competição entre os sistemas.

O tratamento das despesas com planos de saúde no imposto de renda das pessoas físicas e jurídicas⁵⁹, assim como a expansão que se tem verificado da utilização dos planos de saúde por funcionários públicos e a inclusão do item “plano de saúde” na pauta de reivindicações dos sindicatos completam a polêmica, na medida em que alguns autores, tais como Isabela Soares Santos nos informam:

“Ademais, estratégias como subsídio fiscal para gasto privado com saúde e incentivos a planos para funcionários públicos confundem e prejudicam o sucesso

⁵⁹ Veja-se detalhes na “Parte 2, Financiamento da Saúde Supletiva” .

da universalidade e devem ser combatidos, não obstante seu enfrentamento não garanta o sucesso do SUS.”⁶⁰

É inevitável imaginar o que pensariam os milhões de brasileiros que pagam seus próprios planos de saúde, ou são empregados em empresas privadas ou órgãos e empresas públicos que pagam seus gastos com saúde, indiretamente citados pela autora, sobre esta frase.

Ao contrário desta visão, propomos a discussão de alguns temas, na perspectiva de que é melhorando o SUS, e não piorando o sistema privado, e melhorando o sistema privado, e não piorando o SUS, que vamos melhorar o sistema de saúde brasileiro.

Neste sentido, regular melhor as relações entre o público e o privado na saúde, do ponto de vista do atendimento às demandas e necessidades da população, parece-nos contributivo e útil para a melhor conformação do sistema de proteção social.

A descrição histórica sintética do processo de implantação do SUS, tal como feita na Primeira Parte deste trabalho, em que pese tentar trazer causas e buscar interpretações, não propõe a indagação crucial: por que as motivações éticas, que organizaram a política de criação do SUS não produziram uma cobertura verdadeiramente universal? E por que os últimos dez anos de administração do PT criaram o estado de desânimo dos entusiastas do SUS, causado pela não implantação da PEC 29 e pelos cortes do orçamento da saúde, como vimos anteriormente?

Conforme OCKÉ-REIS⁶¹, a não-realização completa dos princípios estabelecidos na Constituição, baseados no modelo europeu de bem-estar, se deveu a três grupos de fatores principais:

⁶⁰ SOARES SANTOS, Isabela. Evidência sobre o mix público-privado: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [en línea] 2011, vol. 16

⁶¹ Ocké-Reis, Carlos, “A constituição de um modelo de atenção à saúde universal: uma promessa não cumprida pelo SUS?” Texto para discussão 1376, CNPq, MCT.

1. A existência de um sistema público e um privado que são paralelos, ou duplicados. Apesar de a Constituição designar que a assistência à saúde é um direito social e os seus recursos serão alocados com base na necessidade de utilização e não pela capacidade de pagamento, a existência de um setor privado duplicado permite que parte das pessoas pode ser coberta por planos e seguros de saúde: trabalhadores de média e alta renda, trabalhadores de baixa renda empregados em empresas do núcleo dinâmico da economia, executivos, funcionários públicos e suas respectivas famílias.
2. O Estado não induziu a democratização das instituições que regulamentam os médicos liberais e prestadores de serviços dos hospitais privados; tampouco a reforma sanitária brasileira pôde adotar uma postura de caráter público em relação a esse setor privado.
3. As características do financiamento dos planos de saúde fazem com que os trabalhadores do polo dinâmico da economia e da administração pública estão cobertos pelos planos de saúde e seus representantes políticos não apoiam o SUS no Congresso na medida que seria necessária.

Os sistemas público e privado concorrem, funcionam sem sinergia. A classificação da OECD enquadra o Brasil no modelo de cobertura duplicada, segundo o qual a clientela da medicina privada contribui e usufrui também do sistema público.⁶²

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde no mundo; presta assistência à saúde para cerca de 145 milhões de pessoas desde a assistência básica até os

⁶² Ainda que se possa ponderar com o fato de que existem deduções tributárias para os gastos da saúde privada, estes incidem apenas sobre o imposto de renda das pessoas físicas e jurídicas. A participação do imposto de renda em relação à arrecadação de tributos federais em 2011 foi de 25,76%. Tomando-se estimativas de José Roberto Afonso, no Termômetro Tributário de junho de 2011, a União arrecadada 78% dos impostos, o que permite a estimativa de que o imposto de renda corresponda a cerca de 20% da carga tributária total do país. Veja-se também o capítulo deste trabalho sobre as deduções tributárias.

tratamentos de alta e média complexidade, além dos serviços de emergência. Conta com excelente programa de vacinação e um programa de AIDS reconhecido internacionalmente. Realiza pesquisas em diversas áreas da ciência, inclusive pesquisas com células tronco.

O acúmulo técnico-político dos três níveis de gestão do SUS, Federal, Estadual e Municipal, na implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e da estratégia de Saúde da Família, tem possibilitado a identificação de um conjunto de questões relativas às bases conceituais e operacionais do que se tem denominado "Atenção Básica à Saúde" e de suas relações com os demais níveis do sistema. A expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem

responsabilidade.

O principal objetivo do programa é alcançar o acesso universal à assistência primária para todos os cidadãos.

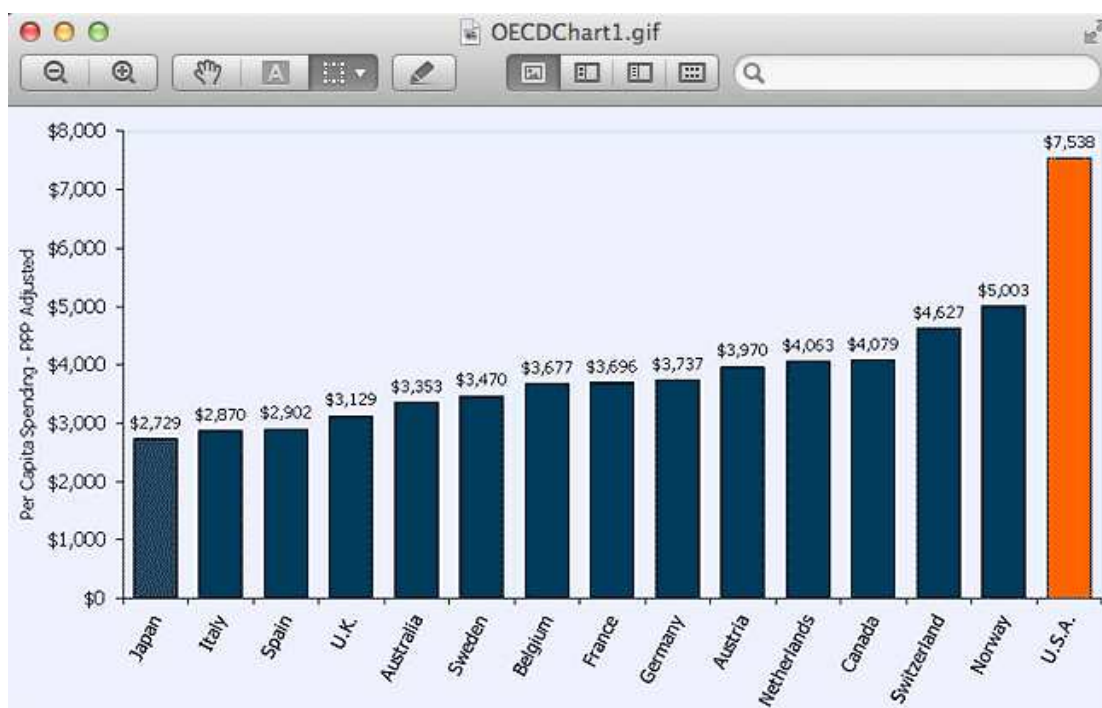
Os problemas relativos ao financiamento e à gestão dos sistema, no entanto, permanecem. O aumento crescente da prevalência de doenças crônicas dentre as populações de mais baixa renda, o acesso restrito e as listas de espera desorganizadas para serviços especializados; os pacientes de baixa renda e pobres que são deixados em espera na emergência dos hospitais; os gastos crescentes com medicamentos causados por determinações judiciais; o baixo nível de investimentos; a falta de médicos e outros profissionais de saúde, seja no interior seja nas grandes cidades, por conta da inexistência de real estímulo à constituição de um grupo profissional estimulado e vinculado efetivamente à saúde pública, formam a outra face do SUS, problemática e excludente.

Segundo SANTOS, citada anteriormente,

“Para garantir o sucesso da universalidade, o projeto não poderá desconsiderar o grau de exigência de demandas individuais, que abrangem desde o desejo de escolha do paciente por estabelecimento, profissional, rapidez, disponibilidade de horário para realização do serviço e possibilidade do seu agendamento, até as possibilidades de escolha de tratamento e medicamento a serem consumidos e de incrementar a hotelaria do serviço. Para a adesão dos mais ricos ao SUS, será preciso incluir tais demandas no debate do que deve ser oferecido e como”.

Ou seja, a questão da fila, da hotelaria e da possibilidade de escolha deveriam entrar na pauta de discussão sobre o SUS.

O sistema privado, como visto anteriormente, atende cerca de 47 milhões de pessoas, e teve receitas totais de cerca de 72 bilhões de reais em 2010. Ou seja, presta a assistência à saúde a este grupo por um custo de cerca de R\$1500,00 reais por ano, na média geral. Os gastos médios dos planos de saúde situam-se abaixo dos US\$ 1000,00 anuais. Veja-se abaixo o gasto per capita dos sistemas de saúde, público e privado, dos países da OECD. Os nossos gastos, mesmo os privados, se comparados aos gastos destes países, situam-se em patamar muito inferior.



O orçamento do SUS para 2011 foi de R\$ 77 bilhões, para o atendimento de 145 milhões de pessoas. Ou seja, cerca de R\$550,00 percapita / ano, ou menos de US\$300,00 anuais.

O sub-financiamento do sistema público é evidente e ele se defronta com um processo de competição com o sistema privado que lhe é completamente desfavorável, tendo em vista o citado caráter duplicado de nosso sistema.

Pleitear a modificação de seus mecanismos de financiamento, através de profunda reforma tributária para recuperar o espírito do orçamento da seguridade social, deveria ser tarefa de cada brasileiro. É uma questão constitucional. No compasso de espera por esta reforma, iniciativas como a da PEC 29 deveriam ser resgatadas, e mesmo a luta por maior participação da saúde na divisão dos recursos da atual sistemática orçamentária não pode ser relegada.

As mudanças gerenciais do SUS, levantadas por vários especialistas, e em especial a ampliação do Programa de Saúde da Família, acompanhadas do que for possível de se realizar na linha de consideração de demandas individuais levantada na página anterior também não podem ser abandonadas.

Além destas medidas, podemos tentar avançar na melhor regulamentação entre os sistemas público e privado, no sentido da melhor definição destas relações.

4.2 OECD e Brasil: características da relação público /privado nos sistemas de saúde

Os sistemas de saúde, nos países em geral, oferecem seus serviços através de uma composição entre o sistema público e o sistema privado. A OECD consolida os dados para seus países-membros da seguinte forma:

Tabela: População coberta por seguros privados de saúde e por sistemas de cobertura pública:

País	Gasto publico como % do gasto total	Cobertura do sistema público	Condições para acesso (1)	Gasto privado como % do gasto total	População coberta pelo gasto privado	Tipos de cobertura privada
Australia	68,9	100		7,3	44,9	Duplicada, complementar, suplementar
Austria	69,4	99		7,2	0,1 – 3,8	Primária, complementar, suplementar
Belgica	72,1	99		n.a.	57,5	Primária, complementar, suplementar
Canada	70,9	100		11,4	65,0	Suplementar
Dinamarca	82,5	100		1,6	28,0	Complementar, suplementar
Finlandia	75,1	100		2,6	10,0	Duplicada, complementar, suplementar
França	75,8	99,9		12,7	86,0	Complementar, suplementar
Alemanha	75,0	90,9		12,6	18,2	Primária, complementar, complementar
Grecia	56,1	100		n.a.	10,0	Duplicada, suplementar
Hungria	75,5	100		0,2	i	Suplementar
Irlanda	73,3	100		7,6	43,8	Duplicada, complementar, suplementar
Italia	73,4	100		0,9	15,6	Duplicada, complementar, suplementar
Japao	78,3	100		0,3	i	n.a.
Coreia	44,4	100		n.a.	n.a.	Suplementar
Mexico	47,9	45 a 55%		2,5	2,8	Duplicada, suplementar
Holanda	63,4	75,6		15,2	92,0	Primaria, suplementar
Nova Zelandia	78,0	100		6,3	35,0	Duplicada, complementar, suplementar
Noruega	85,2	100		0	i	n.a.
Polonia	70,0	n.a.		n.a.	i	Suplementar

Portugal	68,5	100		1,5	14,8	Duplicada, complementar, suplementar
Espanha	71,7	99,8		3,9	13,0	Primaria, duplicada, suplementar
Suecia	85,0	100		n.a.	i	Complementar, suplementar
Suiça	55,6	100		10,5	80,0	Suplementar
Inglaterra	80,9	100		3,3	10,0	Duplicada, suplementar
Estados Unidos	44,2	24,7		35,1	71,9	Primaria, suplementar, complementar
Brasil	43,0	100		57,0	24,4	Duplicada

Fontes: OECD HEALTH WORKING PAPERS NO. 15

PRIVATE HEALTH INSURANCE IN OECD COUNTRIES: THE BENEFITS AND COSTS FOR INDIVIDUALS AND HEALTH SYSTEMS

Francesca Colombo and Nicole Tapay

Observações: n.a. : dado não disponível; i: valor insignificante

(1) De acordo com esta publicação, as condições de acesso à cobertura do sistema público nestes países, à exceção do Brasil, cujos dados não são originários da OCDE, são:

Países	Acesso e cobertura
Austrália	Todos os residentes permanentes têm direito ao Medicare (o sistema público de seguro-saúde financiado por impostos). Estas pessoas têm de se registrar previamente no Medicare, para que os benefícios possam ser pagos.
Áustria	A quase totalidade da força de trabalho e aposentados são cobertos por um seguro de saúde regulado e compulsório. Pessoas assistidas pela assistência social e prisioneiros recebem serviços e benefícios de saúde do Estado. 1% da população não tem cobertura.
Bélgica	Plano de saúde compulsório e regulado inclui um sistema para trabalhadores assalariados e outro para trabalhadores por conta própria. Para estes, estão excluídos alguns riscos de pequeno porte.
Canadá	Toda a população tem direito à cobertura pública, financiada por impostos federais e das províncias.

Dinamarca	Toda a população tem direito à cobertura pública financiada por impostos federais, estaduais e municipais.
Finlândia	Toda a população tem direito à cobertura pública, financiada por impostos estaduais e municipais.
França	O sistema de seguridade social provê cobertura para todos os residentes legais.
Alemanha	Todas as pessoas empregadas e seus dependentes são cobertos por seguro de saúde regulado. Isto não inclui trabalhadores por conta própria e servidores civis. Empregados com uma renda acima de determinado nível pode optar por se excluir do sistema de fundos sociais para as doenças. Preenchendo certos requisitos, alguns segurados podem escolher permanecer no sistema público, de maneira voluntária, mesmo que tenham autorização para ficar fora do sistema. Empregados por conta própria também podem ficar no sistema público de maneira voluntária.
Grécia	Toda a população tem direito à cobertura pública, financiada por uma combinação de impostos e contribuições sociais para seguros de saúde.
Hungria	Todos os residentes permanentes têm direito à cobertura pública regulada.
Irlanda	Toda a população é coberta pela cobertura hospitalar pública, financiada por impostos gerais.
Itália	Toda população é coberta pelo Serviço de Saúde Nacional, financiado por impostos gerais.
Japão	Toda a população é coberta pelo sistema de seguro de saúde público e regulado.
Coréia	Toda a população é coberta pelo sistema de seguro de saúde público e regulado.
México	Os sistemas sociais públicos cobrem toda a população empregada no setor privado formal e trabalhadores públicos, isto é, excluem empregados por conta própria, o setor informal e pessoas

	desempregadas. Desde 2004, o Sistema de Proteção Social de Saúde oferece um novo sistema de seguro de saúde público que foi implantado para prover um sistema público de saúde para a população excluída da seguridade social.
Holanda	O acesso ao sistema público é determinado pela renda. Pessoas acima de determinada faixa de renda (28,9% das pessoas em 2000) não são cobertas.
Nova Zelândia	Toda a população é coberta pela cobertura pública, financiada por impostos gerais.
Noruega	Toda a população é coberta pelo sistema público, financiado por impostos federais, estaduais e municipais.
Polônia	Todos os grupos que têm cobertura estão definidos na regulação pública. As pessoas que ficam de fora podem, voluntariamente, comprar o seguro social de saúde.
Portugal	Toda a população está coberta pelo sistema de Serviço Nacional de Saúde, financiado por impostos gerais.
Espanha	Praticamente toda a população está coberta pelo Sistema Nacional de Saúde, financiado por impostos gerais. Servidores civis e seus dependentes são cobertos através de um esquema especial. Um pequeno grupo de trabalhadores por conta própria e profissionais liberais e empregadores não estão cobertos.
Suécia	Toda a população está coberta pelo sistema oficial, financiado por impostos gerais.
Suíça	Toda a população está coberta pelo sistema oficial, financiado por taxas locais e transferências estaduais.
Inglaterra	Todos os residentes são cobertos pelo Sistema Nacional de Saúde, financiado pelos impostos gerais.
Estados Unidos	As pessoas que podem se utilizar dos programas públicos são aquelas acima de 65 anos e os portadores de doenças graves (Medicare) pobres ou quase pobres (Medicaid) e crianças pobres (CHIP) . Direitos acima do medicaid são definidos pelos estados.

Brasil	Todos os residentes são cobertos pelo SUS, financiado por impostos federais, estaduais e municipais.
--------	--

À exceção do México e dos Estados Unidos, todos os países da OECD oferecem cobertura pública se não universal, muito próxima da universal. A complementariedade, a complementariedade ou mesmo a duplicação também são características destes países, veja-se que mesmo onde o acesso ao sistema público é universal, o gasto público representa uma parte do gasto total com saúde. Os dados mostram desde a Noruega, com 85% do gasto com saúde realizado pelo sistema público, até a Coreia, com 44%, apesar de contar, ambos os países, com 100% de cobertura no sistema público.

O financiamento dos sistemas de saúde privados recebe também incentivos fiscais e monetários. Segundo a tabela abaixo, os países da OECD têm as seguintes políticas de incentivo:

País	Tipo de incentivo
Australia	30% dos prémios são devolvidos para compras individuais de seguros de saúde privados.
Belgica	Firmas podem deduzir dos impostos a pagar os pagamentos de prémios para empregados.
Canadá	Créditos de impostos, permissões, deduções e exclusões (tax credits, allowances, deductions and exclusions).
Dinamarca	Firmas podem deduzir dos impostos a pagar os pagamentos de prémios para empregados.
Finlândia	Nenhum incentivo.
França	Empregadores podem deduzir o montante de seguros de saúde privados pagos para empregados, da renda tributável (taxable income).
Alemanha	Prémios pagos a seguros de saúde privados assim como as contribuições para a seguridade social são dedutíveis até um certo limite. Custos com cuidados de saúde não cobertos por seguradoras podem ser deduzidos até um montante máximo, que é baseado na renda.
Grécia	Prémios são dedutíveis da renda tributável até um limite de dedução de 587 euros por ano.
Irlanda	Impostos: Aplicável a todos os pagadores de impostos, limitado às coberturas registradas. Isenções de impostos são disponíveis para pagamento direto de despesas de saúde não cobertos pelos planos de saúde.
Itália	Prémios para apólices comerciais de grupo e apólices de mútuas, de grupo e individuais, são dedutíveis da renda tributável, até um teto de 1250 euros.
México	Impostos: Completamente dedutíveis, sem limites
Holanda	n.i.

Portugal	Impostos dedutíveis: 25% do montante de prémios, limitados a 71,75 euros por pessoa solteira, 143,50 por pessoa casada e 35,88 por filho.
Espanha	Os prémios não pagam impostos; os valores pagos são dedutíveis da renda, segundo limites de 360,61 euros por ano (individual); 1202,02 euros por ano se inclui mulher e dependentes. Empregadores: os prémios pagos são considerados despesas dedutíveis.
Inglaterra	Empresas podem deduzir da renda tributável.
Estados Unidos	Crédito de impostos : 60% do prémio, aplicável a desempregados (trade-displaced persons) em produtos qualificados (seguradora deve ter uma licença). Deduções de impostos: 100% para empregados.
Brasil	As despesas com planos de saúde são dedutíveis pelas pessoas físicas, do total da renda tributável. As empresas podem abater da renda tributável os gastos com planos de saúde com seus funcionários.

Os dados acima mostram o extenso mix de combinações entre o público e o privado nos países da OECD e no Brasil. Constata-se também variadas combinações de incentivos fiscais à atividade de seguros privados de saúde. O estudo da OECD, citado acima e de onde as informações são oriundas, ao analisar as relações entre o público e o privado na OECD – os dados do Brasil foram incluídos ao estudo apenas para efeito comparativo – chega às seguintes conclusões:

Seguros Privados de Saúde (SPS) apresentam tanto riscos quanto oportunidades para o atendimento das metas de desempenho do sistema de saúde. Por exemplo, nos países em que os SPS têm um papel importante, este sistema tem o mérito de trazer mais recursos para o sistema de saúde, oferecer mais opções para o segurado e tornar o sistema mais resolutivo.

O impacto dos SPS no sistema de saúde da Organização para a Cooperação Econômica e o Desenvolvimento (OCDE) ganham corpo em parte pelas vantagens que aquele sistema criou para seus agentes. Contudo, algumas das variáveis, como as características e estrutura do mercado de SPS, o papel que estes seguros cobrem dentro do campo de saúde e as diversas intervenções do Governo, cada uma tem um impacto substancial na sua performance. Em muitos casos, o grau e o tipo de

interferência do Governo influenciarão o surgimento de desafios ou a solução adequada das questões existentes.

A implantação de seguros privados é um dos instrumentos que ajudam a promover um sistema de saúde completo, estendem as metas do sistema de saúde do Governo e vão de encontro aos desejos dos consumidores e da sociedade. No entanto, dadas as barganhas que frequentemente ocorrem nesta área, alguns podem achar que os custos são mais que proporcionais que os benefícios atingidos. No entanto, a maioria dos países da OCDE continuará a ter algum tipo de SPS. Para muitos desses países, uma questão fundamental passou a ser como melhor usar este mercado – qual o papel e significado que os SPS devem ter no sistema geral de saúde – e não se tal sistema deva ou não existir. As respostas dos países a estas questões são variadas, dependendo das prioridades políticas estabelecidas e do contexto histórico do sistema de saúde. Por exemplo, os formuladores da política podem ter objetivos específicos para os mercados básicos de SPS e formular e impor doutrinas destinadas a este tipo de cobertura. Ao mesmo tempo, eles podem decidir não fazer grandes investimentos regulamentando outros tipos de seguro, concentrando seus gastos numa paridade de acessos através de cobertura pública. As preferências do público também influenciarão no desenvolvimento do mercado e ajudarão nas diretrizes de seus formuladores.

As vantagens e desvantagens dos SPS dependem com frequência do papel que eles representam no sistema de saúde e no seu entrosamento com a cobertura pública.

Um sistema baseado em SPS que forneçam a atenção primária pode melhorar a resolubilidade e garantir melhor escolha pelos consumidores, mas isto virá a custos maiores. Onde os SPS fornecem atenção primária para certos grupos populacionais, garantir acesso com um nível de preços aceitável será uma política a ser considerada. Porém, a criação de regras para evitar falhas de mercado e promover equidade tem seus custos, não apenas em termos de recursos do Governo mas também na diminuição da flexibilidade das seguradoras e em sua habilidade

para inovar. Ademais, pode ser um desafio especial tentar oferecer à cobertura privada um acesso adequado às populações mais vulneráveis.

Mercados duplicados podem servir de controle para aperfeiçoar a resposta do sistema quando os formuladores de política consideram eficiente reduzir a despesa com saúde pública para um nível compatível com o desejo de as pessoas gastarem. No entanto, este tipo de seguro resulta, em geral, numa diferença de acesso aos tratamentos e cobertura segundo o status do seguro adquirido. O grau no acesso diferenciado que ocorre e a extensão pela qual este diferencial é percebido variam de país para país. Acrescente-se que, embora tal seguro possa reduzir algumas das pressões sofridas pelos sistemas de saúde pública, ele não reduzirá significativamente os gastos com a saúde pública.

Na presença de uma significativa divisão de custos entre custo público e custo privado, os sistemas complementares de seguro auxiliam o acesso aos tratamentos. Contudo, sistemas duplicados induzem ao risco moral. A não ser que se mantenha algum mecanismo de co-participação ou franquia para o segurado, a cobertura de seguros privados prejudica o esforço para controlar o gasto público.

Contrastando com outros tipos de SPS, o mercado de seguros em sistema suplementar é menos interligado com o sistema público de cobertura. Coberturas suplementares excluídas da lista pública e oferecidos por entidades privadas realmente reduzem os gastos públicos. E também é preciso levar em conta que os SPS, em geral, abrangem uma área menos universal do que a cobertura pública alcança e, portanto, a decisão de tirar certas coberturas do setor público deve ser balanceada com o desejo de diminuir o custo deste setor com as implicações com a equidade, ao não prover alguns serviços no sistema público.

Os SPS também levantam alguns desafios que cruzam as suas diferentes regras de funcionamento. Por exemplo, acesso às coberturas dos SPS pode ser importante objetivo social em sistemas de cobertura universal, nos quais os formuladores da política queiram oferecer uma alternativa aos serviços médicos públicos universais,

ou quando há problemas no fornecimento de seus serviços. Nestes casos, eles devem se preocupar com as falhas do mercado, procurando garantir o acesso de grupos de alto-risco aos SPS. Para tanto, eles poderão contar com diversos instrumentos. Os formuladores de política precisarão equilibrar as metas de acesso ao plano, às vezes conflitantes, para estabelecer um amplo e diversificado pool de vidas cobertas, especialmente em mercados voluntários. Ao mesmo tempo, o Governo e as seguradoras deveriam se esforçar para divulgar os claros termos das apólices e a melhor disseminação das informações, para que os consumidores potenciais possam tomar decisões bem estruturadas com relação aos SPS.

Este Relatório expôs uma visão sobre algumas das diretrizes e dos instrumentos mais eficazes empregados pelos países da OCDE em seus diversos mixes de seguros, em sua busca para solucionar os diversos desafios trazidos pela mistura de financiamentos, encorajar o acesso público aos SPS e aumentar a confiança do público nesses produtos. Também ficaram destacadas as vantagens e desvantagens das diversas abordagens do assunto, inclusive as forças e fraquezas de certos regulamentos e instrumentos fiscais, bem como as conseqüências de usar uma ferramenta em lugar de outra. Os problemas que aparecem com os SPS podem ser melhorados através de intervenções do Governo, embora vários itens continuem a trazer desafios, inclusive sobre como maximizar a eficácia de cada uma das várias ações. O Relatório também chamou atenção para um número de barganhas que os formuladores devem levar em conta quando forem decidir qual a maneira de promover suas escolhas políticas num sistema de saúde público-privado.

O papel dos SPS deve ser estruturado em torno de metas objetivas para financiamento da saúde e sobre objetivos mais amplos, para produzir política coerente. Uma maneira flexível de conduzir a política será também necessária para resolver quaisquer problemas ou resultados indesejáveis que possam surgir da interação entre SPS e sistemas públicos.

4.3 Os conceitos de saúde suplementar e sistema complementar de saúde e o conceito de cobertura duplicada no sistema brasileiro de saúde

O Brasil alcançou, através da Constituição de 1988 patamar privilegiado na conformação do seu sistema de proteção social, em termos mundiais, ao assegurar a universalização dos serviços de saúde e seu financiamento através de orçamento próprio, da seguridade social. O fato de haver um mix entre os serviços público e privado, contando este setor privado com algum tipo de incentivo fiscal é, como vimos, característica comum à quase totalidade dos países da OECD. O que parece nos caracterizar é menos a conformação de um sistema misto, mesmo que duplicado e sim as nossas lacunas regulatórias, que terminam por criar atividades sobrepostas e indefinidas entre a operação pública e a operação privada duplicada. A agenda proposta pela OECD com relação à regulação entre as atividades públicas e privadas na saúde coincide com a que desenvolvemos neste trabalho, com relação às questões de tecnologia médica, anti-seleção de riscos, relação com aposentadoria e envelhecimento, padrões de financiamento e outros.

Há duas grandes visões sobre a influência dos seguros privados na universalidade dos sistemas públicos. Há um senso comum de que quanto maior for a parcela da população atendida no sistema privado o sistema público ficaria mais desonerado, pela diminuição da demanda por seus serviços. Os seus gastos, portanto, cairiam na mesma proporção. Mas há também os que pensam diferentemente. Há a hipótese de que o tamanho do setor privado é inversamente proporcional à penetração do sistema público e que os problemas do setor público interessam diretamente ao setor privado, que atuaria politicamente para a baixa capacidade de financiamento e a consequente má qualidade de prestação dos serviços públicos. E assim criar as condições para a expansão do setor privado.

Nossa questão é a conformação de um sistema duplicado, no qual o setor público é tão excludente e tem tão graves problemas de financiamento. Não vamos aqui colecionar uma série de indicadores favoráveis ao setor privado, em termos da menor fila, de melhor atendimento ou de melhor resolubilidade do atendimento; mas também não vamos colecionar argumentos que procurem demonstrar aumento

da inequidade causada pelas deduções tributárias, pleitear a criação de instrumentos que dificultem o funcionamento dos planos de saúde, imputar-lhes custos crescentes, em nome de um projeto estratégico de reforço político do SUS que não vem dando certo. A experiência dos países da OECD, com a qual compartilhamos, tem sido a de preservar os sistemas públicos e discutir qual o papel que deve caber ao setor privado, do ponto de vista do interesse comum de toda a sociedade.

O dilema da reconstrução dos sistemas de proteção social, após o neo-liberalismo, está associado à capacidade de se criar novos mecanismos de solidariedade entre as Famílias, as Empresas e os Estados, capazes de assegurar um novo paradigma de sustentabilidade econômica para a seguridade social. Conforme se viu pelos dados e análises da OECD, esta é a meta atual de todos os países. A disputa entre forças ideológicas e forças econômicas sempre existiu e existirá nas sociedades e parece óbvio concluir que as mudanças dependerão do papel que os atores saberão desempenhar na definição das estratégias para a defesa de seus projetos.

A continuidade da existência do atual sistema duplicado deixou de ser uma questão de opção para os formuladores da política de saúde. O sistema privado funciona, é resolutivo e a população deseja que ele exista, conforme mostram todas as pesquisas. Um exemplo delas foi a realizada pelo Datafolha, denominada Avaliação de Planos de Saúde, entre 24 de janeiro e 4 de fevereiro de 2011, pela qual 89% dos entrevistados declararam-se satisfeitos ou muito satisfeitos com o seu plano de saúde. Dos *não* beneficiários de planos de saúde entrevistados, 67% relataram desejar possuir plano de saúde e destes, quando indagados sobre quais itens de consumo que desejavam possuir, o segundo item mais desejado foi o plano de saúde, logo após a casa própria.

Mesmo assim, e esta é uma primeira proposta no âmbito das relações público / privadas, a supressão da legislação que obriga o oferecimento do Plano de Referência permitiria a venda de planos de saúde que ofereçam cobertura suplementar com a criação de uma nova geração de planos de saúde. Conforme vimos anteriormente, a obrigação, criada por Medida Provisória no auge das

negociações para a regulamentação dos planos de saúde restringiu as opções com que poderia contar a população. Esta poderia, por exemplo, contratar somente internações hospitalares para procedimentos de maior magnitude, assumindo os riscos de menor monta. Naturalmente esta formulação exigiria grande esforço dos reguladores da ANS e deveria, com toda a certeza, ser amplamente discutida com os elaboradores da política no Ministério da Saúde. Articular mais a política pública de saúde com a política de saúde privada deveria ser objetivo óbvio mas, ao que parece, esta articulação não estaria sendo feita a contento. Discutir as possibilidades e os ganhos de recriação de um sistema supletivo, que poderia oferecer coberturas adicionais às do SUS, seja em termos de procedimentos especiais atualmente não cobertos, em termos de hotelaria *suplementar* ou outros elementos poderiam melhorar o sistema como um todo.

4.4 O compartilhamento da rede de prestadores privados e o compartilhamento da rede de alta complexidade do SUS e do sistema de emergências médicas: a ausência de regulação.

Segundo o Portal Brasil, do Governo Federal, o SUS possui convênio com quase toda a rede hospitalar brasileira. Fazem parte do SUS hospitais públicos, privados e universitários.

Existem 6500 hospitais no país integrados ao SUS, sendo 48% deles particulares. Entre as unidades da rede pública que atendem ao SUS estão 69 hospitais federais, 618 estaduais e 2278 municipais. Todos os hospitais universitários atendem pelo sistema de saúde pública.

A remuneração destas atividades se dá por transferências orçamentárias diretas, através dos mecanismos tri-partidos do SUS (Federal, Estadual e Municipal) e, no caso dos hospitais particulares, através da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM (órteses, próteses e materiais).

O sistema supletivo conta com a rede privada conveniada, assim como faz convênios com hospitais públicos da rede de alta complexidade e com hospitais universitários. Quando um beneficiário de plano de saúde é atendido na rede pública, gera o

pagamento de um procedimento, através do sistema chamado de ressarcimento ao SUS.

Segundo os dados da ANS, estes são os numeros da rede conveniada do setor supletivo:

Tipo	Número
Clínica ou ambulatório especializado	17.093
Consultório isolado	66.980
Hospital especializado	437
Hospital geral	1.502
Policlínica	1.814
Pronto-socorro especializado	54
Pronto-socorro geral	57
Unidades de diagnóstico e tratamento	7160

A convivência do uso privado e público da rede se dá sob diferentes níveis de remuneração. Os dois sistemas estão amparados pela sistemática de tabelas. Existe a tabela do SUS para o pagamento da rede particular conveniada; existe a tabela de ressarcimento ao SUS, a ser paga pelos planos de saúde e existe a tabela dos planos de saúde para os pagamentos dos estabelecimentos credenciados às operadoras. Este sistema –pagamentos do setor supletivo para os seus credenciados – vem caminhando para a adoção de uma única tabela de procedimentos, ainda que com valores diferenciados por operadora.

Estamos diante de um sistema de compartilhamento dos recursos entre os dois sistemas, portanto competitivo e cuja equalização e norma principal é o uso de distintas tabelas para o pagamento da prestação de serviços.

Renilson Rehen⁶³, importante formulador de políticas para a saúde pública, sugere que “é preciso avaliar a situação de um mesmo prestador privado de serviços, pessoa física ou jurídica, que mantém relações com o setor público e o privado. A gestão pública se dá sobre o uso e não sobre a oferta de serviços, além de decidir sobre a contratação e condições de prestação destes serviços.” Ainda de acordo com Renilson Rehen, muitos hospitais prestam serviços ao SUS sem contrato, o que torna a relação abstrata, sem a definição de direitos e obrigações. Outro desafio que ele apontou diz respeito à oferta de serviços, não orientada pelas necessidades da população e que ainda necessita de regulação.

Os pagamentos feitos através das três tabelas apresentam problemas. Veja-se abaixo alguns valores pagos pelo SUS e seus custos, tal como estimados pela Federação das Santas Casas do Rio Grande do Sul:

Procedimento	Custo (R\$)	TabelaSUS (R\$)
Consulta em especialidade	24,07	10,00
Emergência adulto	566,34	64,77
Urgência pediátrica	59,06	11,42
Raio X tórax	32,96	14,32
Ultrassonografia abdominal	60,86	21,53
Diaria de UTI	938,64	363,31
Apendicectomia	1537,47	366,90
Amigdalectomia	644,07	269,26

Fonte: Federação das Santas Casas do Rio Grande do Sul, 2010

A diferença entre os valores pagos pelos planos e pelo SUS criam competição desvantajosa para os usuários do SUS.

Valores médios pagos por consultas e internações pelos planos de saúde:

⁶³ Palestra no Seminário Nacional de Atenção Primária em Saúde e sobre as Relações Público-Privado no SUS, promovido pelo Conselho Nacional de Saúde em fins de 2010,

	Gasto médio por consulta médica	Gasto médio por internação
Cooperativa Médica	46,03	4.294,64
Filantropia	38,59	2.253,63
Medicina de Grupo	43,15	4.802,00
Seguradora	65,47	17.560,52

Fonte: ANS, 2010

O ressarcimento ao SUS, criado pelo artigo 32 da Lei nº 9.656/1998 e regulamentado pelas normas da ANS, é a obrigação legal das operadoras de planos privados de assistência à saúde de restituir as despesas do Sistema Único de Saúde no eventual atendimento de seus beneficiários que estejam cobertos pelos respectivos planos.

Segundo a ANS estes são os passos do ressarcimento:

Atendimento: Os beneficiários do Plano de Saúde são atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Triagem: A ANS cruza os dados dos sistemas de informações do SUS referentes a identificação de usuários com o Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) da própria Agência.

Levantamento: Após a identificação dos beneficiários dos planos de saúde atendidos no SUS, a ANS exclui os atendimentos sem cobertura contratual.

Notificação: O próximo passo da ANS é notificar as operadoras a respeito dos valores que devem ser ressarcidos, cujos parâmetros estão entre os valores cobrados pelo SUS e os cobrados pelas operadoras.

Ou seja, aqui configura-se uma terceira importante tabela, a regular o relacionamento entre os planos de saúde e o SUS, através da interveniência da ANS.

Consideremos que os principais prestadores de serviços médicos aos usuários do SUS sejam:

Rede de Alta Complexidade

Rede Privada

Unidades de Emergência, municipais e estaduais

Hospitais Universitários

Hospitais Estaduais

Hospitais Municipais

Consideremos a existência de ao menos três tabelas mais importantes:

Tabela do SUS, pela qual o SUS paga seus convênios

Tabela de Ressarcimento ao SUS, que paga as despesas de beneficiários de planos na rede pública

Tabela de pagamentos do setor supletivo ao setor privado

Os hospitais da rede de alta complexidade poderiam funcionar de maneira a acolher seus usuários, através exclusivamente de sua identificação civil. Na alta, e somente neste momento, teriam de indagar da situação de ser ou não beneficiário de plano de saúde. Esta rede de hospitais trabalharia através de convênios obrigatórios com todos os planos de saúde e valores negociados através de tabela única, criada a partir da atual tabela de ressarcimento ao SUS. Têm de ser encontradas formas jurídicas de recebimento pela prestação destes serviços para alguns destes hospitais. Os hospitais universitários estariam enquadrados nesta categoria.

A rede de emergência, que já é formada em grande maioria por hospitais municipais e estaduais, seria financiada em sua totalidade por impostos destes entes federativos e portanto não fariam parte do sistema de deduções tributárias, que é federal. Esta rede forneceria o atendimento de serviços como acidentes de trânsito, afogamentos, incêndios, violência e outros desta natureza, e atenderia indiscriminadamente a não-beneficiários e beneficiários de planos de saúde.

A Rede Privada que atende ao SUS teria suas relações comerciais reguladas, através de contrato. Este contrato teria características não somente comerciais mas também de natureza gerencial. Seria instituído para estas empresas privadas – os hospitais e unidades de diagnósticos – um programa de comprometimento com a saúde pública, pelo qual estaria assegurado, uma vez que participasse do sistema, o tratamento dos

pacientes do SUS nas mesmas condições dos pacientes privados. É evidente que as tabelas de pagamento teriam de se aproximar, ao longo do tempo, daquelas pagas pelos planos de saúde. A substituição dos atuais mecanismos de convênio por novas relações de comprometimento formariam a base desse novo relacionamento.

A participação dos médicos e profissionais de saúde, quando empregados nos hospitais públicos e também aqueles empregados nos hospitais privados que pretendam trabalhar com o SUS, passaria pela transformação destas relações profissionais, incluindo-se aí questões como a dedicação exclusiva, a remuneração compatível e a própria formação nas universidades públicas, que deveriam voltar-se, ainda que de forma alternativa à formação médica liberal, à formação de profissionais médicos e enfermeiros de saúde pública.

Estas sugestões apenas ilustram o que poderia ser um novo marco regulatório na questão do compartilhamento da rede de prestadores de saúde brasileiros. As características de utilização da mesma rede pelo setor público e pelo setor privado, intermediada por tabelas de preços que induzem à baixa competitividade do setor público e o caráter duplicado a que se chegou apontam a necessidade de nova forma de regulação; a apresentada tem características de contribuição ao debate e poderia ser objeto de discussão, na qual a importância que se queira dar ao sistema de saúde do país poderia se materializar através de escolhas deste tipo.

4.5 As lacunas regulatórias da incorporação tecnológica e da comercialização de materiais e medicamentos de alto custo

Conforme vimos na Primeira Parte, construiu-se um aparato institucional para regular a incorporação tecnológica: o Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, do Ministério da Saúde, conduz as diretrizes e promove a avaliação tecnológica para a incorporação de novos produtos e processos no SUS. Foi instituída a Comissão de Política e Gestão Tecnológica (CPGT) para elaborar a política de gestão de tecnologias em saúde e estabelecer o fluxo para incorporação de tecnologias no SUS. Presidida pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e composta por cerca de 20 órgãos, entidades, associações, agências e

institutos, sua complexa estrutura dá a indicação da multiplicidade de aspectos que compõem a questão tecnológica na saúde. Sob a coordenação do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT), vinculado à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, a CITEC, Comissão para Incorporação de Tecnologias, elabora e pactua os critérios para a realização dos estudos de monitoramento das novas tecnologias, que consideram os aspectos epidemiológicos, tecnológicos, econômicos e de interesse governamental para a definição destas prioridades. O DECIT, desde maio de 2006, passou a integrar a Rede Internacional de Avaliação de Tecnologias em Saúde, e a ANS participa do fluxo para incorporação de tecnologias, a partir da CITEC, em atuação conjunta com a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e da Anvisa. A ANS tem no seu “rol de procedimentos”, a lista permanentemente atualizada de coberturas obrigatórias, o instrumento oficial de incorporação de tecnologias – no sentido amplo, de procedimentos, medicamentos e tratamentos.

Conforme vimos, a montagem deste aparato institucional, no entanto, não evita a pressão sobre os serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados, para que sejam incorporados mesmo que não sejam previstos, ou mesmo existam, os recursos financeiros necessários. O ritmo atual de inovação tecnológica na área de Saúde não dá indicações de que seja atenuado. Ao contrário, o “consumismo sanitário” que instalou-se nas sociedades mais desenvolvidas é resultado da interação entre os conhecimentos que a população tem dos progressos tecnológicos aplicados à medicina”.⁶⁴

Por outro lado, “o extraordinário aumento do número de tecnologias produzidas e incorporadas nas duas últimas décadas tem sido associado à queda da mortalidade, claramente evidenciada em áreas como a perinatal e a cardiovascular, e ao aumento do volume de conhecimento e informação produzido sobre tecnologias médicas ...”⁶⁵

⁶⁴ Juliana Carrijo Melo, Miguel Cendoroglo Neto, em Educação Continuada em Saúde, Einstein.

⁶⁵ Cutler e McClellan; Lichtenberg, 2001, appud Leticia Kraus Silva em Avaliação Tecnológica e análise custo-efetividade em saúde, Fiocruz, 2003.

A tensão entre estes dois pontos vem sendo arbitrada, além do sistema de incorporação tecnológica comandado pelo Ministério da Saúde, também pelo Judiciário que, tendo em vista a interpretação de que o SUS é o agente público que deve prestar a toda a população todos os serviços médicos; e que os planos de saúde devem ter o mesmo papel frente a seus associados, determina judicialmente o fornecimento de medicamentos, tratamentos experimentais e outros recursos médicos, o que traz consequências imprevisíveis na gestão dos recursos do sistema de saúde. O acesso seletivo às ações do judiciário põe em cheque os já precários mecanismos de equidade.

A questão da incorporação tecnológica tem também, além dos aspectos associados ao próprio sistema de incorporação e à judicialização da prestação de serviços e do consumo de materiais médicos, um componente adicional, relativo à ausência de regulamentação da importação e do próprio comércio de materiais como órteses e próteses.

Estes três aspectos parecem entrelaçados e merecedores de regulação mais apropriada.

Cláudio Maierovitch, diretor da Comissão para Incorporação de Tecnologias (Citec) em 2009, admitiu⁶⁶ que o Ministério da Saúde possui apenas um processo de incorporação tecnológica, porém este é fragmentado. “Mas, queremos construir um método único de avaliação. Hoje, atuamos de forma reativa, avaliando as propostas recebidas. Queremos identificar quais são os problemas e ações prioritárias de cada área do Ministério e buscar as tecnologias para atendê-los, de forma única, reunindo todos os segmentos da saúde na tomada de decisões de incorporações de novas tecnologias.

A CITEC foi substituída recentemente pela CONITEC, a quem passa a responder pela política de inovação tecnológica do SUS. No Anexo ao final do texto, ficam identificadas algumas diferenças de qualidade do processo, como, por exemplo, a condição prévia para análise de incorporação o registro do produto ter sido

⁶⁶ Em palestra na ABIMED, em julho de 2009

aprovado pela Anvisa.

A análise das mudanças obtidas na passagem da CITEC para o CONITEC parecem ser mais positivas com relação à documentação exigida, que agora incluem estudos econômicos e de eficácia terapêutica, além de condicionar a apresentação do processo de incorporação à regularização do produto, em termos de registro na ANVISA e preço definido pela CMED. Estes procedimentos permitem a possibilidade de se observar a eficácia e a comparação de custos, além de incorporar estudos já realizados que permitiram o registro do produto e a fixação de seus preços, que é realizada pela CMED/ANVISA utilizando-se a prática de preços no mercado internacional.

No entanto, resta pendente nesta nova regulamentação as relações com os procedimentos judiciais que se observa. Mesmo que as decisões relativas à incorporação tecnológica possam avançar, como se poderia criar mecanismos que reduzissem as pressões das decisões judiciais sobre os custos do sistema de saúde?

O então Ministro da Saúde , José Gomes Temporão defendeu em seminário promovido pelo Supremo Tribunal Federal, que a prestação isolada do atendimento em saúde , resultado de ações judiciais para o fornecimento de medicamento s e tratamentos específicos para um paciente ou para um grupo de pacientes , não muda o panorama do País . Segundo ele , o uso da via judicial para se requerer medicamentos experimentais, que não constam na lista do SUS , podem colocar em risco a saúde e a vida dos pacientes.

“Estamos falando , aqui, de um ambiente fortemente monopólico , dominado por interesses econômicos que desconsideram o equilíbrio da justiça , pelo que criam de assimetria entre as necessidades em saúde e a voracidade do capital” , salientou.

“Grande parte das ações judiciais , hoje, diz respeito a medicamentos experimentais que sequer tiveram aprovação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). São medicamentos que não têm os efeitos de sua utilização comprovado s ou os efeitos colaterais devidamente analisados e corrigidos. “

A “judicialização da saúde”, termo que refere-se principalmente ao processo de se obter acesso a tratamentos e medicamentos através da via judicial, começou a ocorrer com a busca pelos medicamentos antirretrovirais, para combate ao avanço do vírus HIV. Ela se popularizou por meio de liminares que obrigavam o Estado a fornecer gratuitamente remédios de alto custo que não constassem da lista do SUS. A lentidão na inclusão de certos avanços médicos pelos SUS é criticada pelas entidades de defesa dos pacientes.

Em 1996, uma lei tornou obrigatória a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. A Lei 9313/1996 previu, inclusive, que o Ministério da Saúde revisasse e republicasse anualmente a padronização das terapias, para adequar o tratamento oferecido pelo SUS ao conhecimento científico atualizado e à disponibilidade de novos medicamentos no mercado.

O contraponto entre a visão do gestor e a visão do jurista está baseado nas nuances entre os direitos individuais e os coletivos e baseia-se na Constituição, em especial no Art. 196, pelo qual “A saúde é direito de todos e dever do Estado...”. No entanto, parece haver espaço para matéria legal, e entendimento das mais altas cortes, que vincule a obrigação de fornecer os medicamentos e tratamentos de alto custo à sua prévia incorporação pela CONITEC, que por sua vez deverá ser rigorosa ao somente analisar aqueles produtos e tratamentos previamente aprovados e com preços definidos pela ANVISA/CMED.

Outro aspecto relevante na questão da inclusão de produtos e serviços de alto custo nas coberturas do setor público e do setor privado diz respeito aos processos de comercialização destes itens. Os interesses das empresas produtoras e importadoras destes produtos parecem sobrepular cada vez mais os limites da ética médica. É fato notório o excesso de pedidos de exames por médicos, que são remunerados por estas solicitações, gerando despesas desnecessárias. A expedição de receitas de medicamentos de elevado valor e que não têm sequer registro na Anvisa unicamente com efeito de gerar um processo judicial do qual o médico é

parte interessada deixaram de ser objeto “à boca pequena” e passaram a ser comentados abertamente nos eventos públicos do setor.

Órteses e próteses são comercializadas no país sem aprovação de seus preços pelo sistema da CMED, e por vezes sem registro na Anvisa. Parece tornar-se inevitável que, além dos sistemas de incorporação tecnológica, que estão funcionando após a sua reformulação ainda em caráter experimental, sejam tomadas medidas com relação ao excesso de procedimentos judiciais e com relação aos canais de comercialização hoje existentes de medicamentos e materiais de alto custo. Alguma judicialização é oportuna, visando garantir que os gestores, sejam eles públicos ou privados, do sistema de saúde, atendam adequadamente os seus beneficiários. Mas esta judicialização deve ter alguns limites e poderia-se propor a fronteira do resultado dos processos de incorporação tecnológica como as que venham a ser utilizadas pelo judiciário, como, aliás, parece ser e tendência que virá a ser adotada pelo Supremo Tribunal Federal e o Superior Tribunal de Justiça. Com relação à comercialização de produtos nacionais e importados, a Anvisa deveria controlar os preços destes produtos da mesma forma como controla os preços de medicamentos. A questão de recebimento de comissões por parte dos médicos, seja de fabricantes de medicamentos, seja de fabricantes ou importadores de próteses, seja de prestadores de serviços de diagnose deveria ser objeto questionamento da ética médica e mesmo passível de punição criminal.

Conclusões

A tese confirmou que são diversas as questões a serem enfrentadas pelos formuladores da política de saúde. Destacamos, por sua importância: os gastos crescentes com a assistência à saúde causados pelo envelhecimento populacional; os processos de incorporação tecnológica e o aumento de desejo de consumo de produtos e serviços médicos; as lacunas regulatórias referentes à natureza duplicada dos subsistemas público e privado; e a falta de um padrão de financiamento suficiente e estável, compatível com um nível adequado de qualidade de assistência.

Ficou também comprovado que a ausência de políticas específicas para cada um destes grupos de questões resultará no aprofundamento das atuais iniquidades do sistema de saúde brasileiro, materializadas, entre outros, sob a forma de filas cada vez maiores no sistema público e na alternativa entre filas ou preços cada vez maiores no sistema privado.

Durante o processo de elaboração do trabalho, verificamos que a defesa intransigente do sistema constitucional de assistência à saúde, de caráter universal e financiado por mecanismos próprios, tal como se intentou implantar na Constituição Brasileira sob a nomenclatura de orçamento da seguridade social, não é excluyente em relação às ações regulatórias que visem definir o papel do setor privado como parte e ferramenta das ações públicas na Saúde.

A tese aponta um conjunto de medidas a serem consideradas pelos reguladores do sistema de saúde supletiva que se encontram sistematizadas no quadro sinóptico que forma o Anexo 1.

Estas propostas caracterizam um novo arranjo na participação do Estado, das Famílias e das Empresas na operação do sistema supletivo. Elas implicam em maior grau de solidariedade entre esses entes e propõem um aumento de responsabilidades para cada um deles.

Estão ligadas principalmente à redução dos custos da assistência médica, ao aumento das fontes de financiamento e à ideia de que a regulação adequada pode conferir ao setor privado um caráter de parte e de ferramenta das políticas públicas de saúde. Com relação a este último aspecto, propõe-se, por exemplo, a discussão sobre a oferta de planos assistenciais que possam compor atividades verdadeiramente supletivas ao sistema público e criar regulação onde ela hoje não existe, tal como na comercialização de materiais de alto custo e de produtos cuja incorporação tecnológica não esteja revestida de mensurável eficiência no tratamento das doenças. Procura-se também (re)lançar a discussão, sob nova perspectiva, de um efetivo sistema de ressarcimento ao SUS, que vem funcionando com muitos e graves problemas.

A natureza diversa das propostas examinadas faz com que não se consiga quantificar o seu impacto, em termos dos montantes de redução dos custos ou dos volumes de aumento da capacidade de financiamento. No entanto, a introdução de um mecanismo de co-participação, por exemplo, pode reduzir entre 20% e 30% o preço de um plano de saúde; a contribuição mensal de R\$15,00 durante 35 anos de trabalho permite o pagamento de R\$300,00 de um plano de saúde dos 60 anos até à morte; programas de prevenção e qualidade de vida podem reduzir os gastos com doenças crônicas, que são responsáveis por 70% dos custos de hospitalização (MS/OMS); a utilização de prontuários eletrônicos minimizam substancialmente a repetição de exames desnecessários e reduzem o chamado consumismo médico; a introdução da portabilidade efetiva nos planos de saúde pode obrigar as operadoras a competir entre si não somente na entrada do beneficiário no sistema supletivo, mas também a cada reajuste de mensalidade; a ampliação das deduções tributárias poderá permitir que pessoas com mais de 60 anos - que são uma parcela crescente da população e dos beneficiários dos planos de saúde - possam passar a obter do Estado um mecanismo compensatório para o momento em que a mensalidade do plano sobe e a renda cai com a aposentadoria; a redefinição das normas da ANS acerca dos reajustes das mensalidades dos planos pode criar mecanismos de competição que beneficiem o consumidor; os incentivos às empresas nas quais os custos com mão de obra sejam mais elevados, em função do seu processo produtivo,

pode estimulá-las a manter o pagamento da assistência médica de seus funcionários em períodos recessivos; que possam ser revertidos os processos de judicialização da saúde, que atinge não somente as operadoras privadas mas também os gestores do sistema público, que se vêm confrontados com os procedimentos jurídicos de fornecimento de medicamentos e materiais médicos, cujos custos crescentes impedem o planejamento das ações e aprofundam a iniquidade.

A implantação destas propostas contribui para evitar o colapso do sistema supletivo no curto e médio prazos⁶⁷, além de acentuar a importância do SUS.

Finalmente, a realização dos trabalhos de pesquisa apontou para o aprofundamento de estudos, listados no Anexo 2 e que apontam para a necessidade de pesquisas tal como a realizada nesta tese.

⁶⁷ Com o advento de novas modalidades terapêuticas, como por exemplo as pesquisas sobre células-tronco, cria-se a expectativa de que a medicina possa reduzir substancialmente os tratamentos e oferecer novas estruturas de assistência à saúde no longo prazo e assim neutralizar os efeitos do envelhecimento populacional.

Anexo 1: Quadro de propostas para a redefinição da participação do Estado, Famílias e Empresas no sistema supletivo de assistência à saúde no Brasil.

Tema	Proposta
Envelhecimento	Criação de mecanismo para o acúmulo de reservas para pagamento do plano de saúde. Introdução obrigatória de mecanismos de co-participação e franquias. Fornecimento obrigatório de prontuários eletrônicos médicos. Programas obrigatórios de saúde: prevenção, qualidade de vida e exercícios físicos.
Financiamento	Programa de redução de assimetrias de informação. Definição dos mercados relevantes. Incremento da Portabilidade. Desregulamentação dos reajustes dos planos individuais. Aumento da alíquota de abatimento das pessoas físicas e jurídicas em 30%.
Relações Público/ Privado	Fim da obrigatoriedade do Plano de Referência e definição dos planos de assistência supletiva. Definição da utilização das redes públicas de alta complexidade, de emergência, de hospitais universitários e da rede privada pelo SUS e pelos planos de saúde. Definição das relações entre os sistemas de incorporação tecnológica e os procedimentos cobertos pelo SUS e pelos planos de saúde. Definições legais e regulatórias, visando à redução das ações referentes à judicialização da saúde. Regulação da comercialização de órteses, próteses e outros materiais.

Anexo 2: Fronteiras de estudos e pesquisas

Os modelos de passagem do contrato coletivo para o individual na aposentadoria, na perda do emprego e na mudança de emprego:

Análise dinâmica da regulação sobre a matéria; Avaliação de impacto atual do problema; Breve estudo sobre mudanças estruturais no emprego, empreendedorismo, aumento do trabalho autônomo, crescimento de aposentadorias precoces e envelhecimento populacional em visão prospectiva e impactos na passagem do contrato coletivo para o individual;

A implantação do Previdência Saúde:

Análise do estado das artes dos projetos de implantação do previdência-saúde; Renda e gastos com saúde, evolução ao longo da vida; Dados gerais e evolução da expectativa de vida no Brasil; Experiência de países que já sofreram processo de envelhecimento populacional; Mecanismos utilizados internacionalmente para enfrentamento do problema; A criação de planos específicos de previdência privada para custear parcial ou integralmente os gastos com planos de saúde; O papel dos instrumentos de franquia e co-participação; Mecanismos dos seguros de vida, como a linearização dos prêmios, e sua utilização no seguro-saúde; Compatibilização dos mecanismos em vigor da previdência privada com a evolução de gastos em saúde: como, após a fase de contribuição, alinhar reajustes oficiais com tabelas de expectativa de vida crescente e taxas de juros utilizadas na correção do capital acumulado; quais mecanismos poderiam ser criados na fase de transição, visando mitigar o problema dos contratos já em vigor;

Prontuário eletrônico e Cartão do SUS, prontuário eletrônico único:

O “estado das artes” da implantação do prontuário eletrônico na ANS e do “cartão SUS” pelo Ministério da saúde; Comparação dos conteúdos dos dois prontuários, tal como estão atualmente; Principais prontuários eletrônicos em utilização, internacionalmente, e suas características; Relacionamento entre atendimentos privados e públicos, nos países que dispõem desses dois tipos de atendimento, nos prontuários eletrônicos; Confidencialidade dos dados médicos: regulamentação em países que dispõem de prontuários eletrônicos; Eficácia esperada no cartão SUS e no prontuário eletrônico a ser regulamentado pela ANS; Limites de utilização do cartão SUS e do Prontuário Eletrônico para efeito de controle de custos nos dois sistemas; Sistemas de alerta, armazenagem de históricos e consultas, rastreamento do atendimento de doenças crônico-degenerativas, riscos renal, cardiovascular e cirúrgico: como regular o uso médico no sistema supletivo.

Análise dos regimes de co-participação:

Análise atuarial de impactos financeiros da implantação de regimes de co-participação nos diversos segmentos da saúde supletiva: redução de custos sem redução no nível de utilização e com redução nos níveis de utilização causada pelo próprio mecanismo de co-participação; Aspectos éticos da implantação de regimes de co-participação: livre opção ou obrigatoriedade; Experiência internacional em regimes de co-participação em sistemas públicos e privados de saúde;

Programas de prevenção e condicionamento físico

Estudo de impactos na economia da saúde de programas de melhoria de qualidade de vida (fumo, álcool, sedentarismo, alimentação inadequada e outros); Pesquisas de hábitos de vida; Incorporação de programas de qualidade de vida nos produtos de planos e seguros de saúde; Elementos para o monitoramento de doenças crônicas nas populações cobertas; Articulação de programas de qualidade de vida com os prontuários eletrônicos: fronteiras conceituais e éticas;

A portabilidade e seu papel na concorrência:

A regra atual da portabilidade; Limites e comparação com a portabilidade em outros setores regulados; Limites e comparação internacional; Quantitativos nacionais, regionais e intraregionais; Visão das operadoras sobre o atual sistema de portabilidade; Visão dos beneficiários sobre o atual sistema de portabilidade; Padronização de nomenclatura, hierarquização de procedimentos médicos, qualificação de operadoras e redes credenciadas e outros instrumentos necessários à expansão e suporte da portabilidade: o que falta na regulamentação; os atuais mecanismos de aceitação, baseados em questionário de doenças pré-existentes e a discricionariedade nas faixas etárias: avaliação de sua adequação.

Falhas de mercado na saúde supletiva e condições para sua superação:

Monopólios naturais; Externalidades; Distribuição assimétrica da informação; A questão da definição de “produto homogêneo”; O que define um “produto”; O que define o serviço prestado; Produto homogêneo e serviço homogêneo; As questões interregionais e intrarregionais (grandes centros e interior) e a conformação do mercado; Concentração e economias de escala; Considerações sobre a superação de falhas de mercado, suas condicionantes.

Análise de alternativas de regulação de reajustes:

Sistemas vigentes no Brasil, telefonia, medicamentos, energia e outros; Planos coletivos e individuais na ANS, exploração de suas metodologias de cálculo de reajustes; Críticas ao reajuste único; Incorporação tecnológica, questões interregionais, questões intrarregionais; Evolução de custos, tecnologias, e aumento de utilização, mensuração de fatores; Sistemas de regulação de reajustes utilizados internacionalmente; Modelo de value-cap e suas críticas; Dinâmica concorrencial, aprimoramento da visão de custos e falhas de mercado;

A equidade no SUS:

O papel dos hospitais de referência do SUS no modelo de assistência à população; O papel das redes de emergência do SUS no modelo de assistência à população; A utilização das redes de referência e de emergência do SUS por associados de planos

de saúde, numa visão quantitativa e qualitativa; Experiência internacional de sistemas mistos, público e privado, do ponto de vista da equidade; A lacuna regulatória na utilização, pelos dois sistemas, da rede de hospitais privados credenciada simultaneamente pelo SUS e pelo sistema supletivo, seus aspectos quantitativos e qualitativos; As fronteiras impostas pela “judicialização do atendimento” no SUS, em especial medicamentos, órteses e próteses e seus efeitos na equidade do sistema e do gasto público da saúde.

O suplementar e o complementar:

As origens constitucionais do conceito de saúde suplementar; A evolução das despesas com o atendimento à saúde nos dois sistemas; A evolução dos quantitativos de atendimento nos dois sistemas; A evolução tecnológica comparada; O papel de indução tecnológica do sistema supletivo, seus aspectos positivos e negativos; Os problemas de financiamento no SUS e no sistema supletivo nas duas últimas décadas; As Oss no setor público e a evolução ou “refundação” do SUS; A fronteira das discussões sobre a evolução do SUS; A agenda da saúde supletiva; O comparativo das agendas e a redefinição do papel do SUS e da saúde supletiva na assistência médica da população brasileira; A possibilidade do sistema privado adquirir caráter verdadeiramente suplementar e as fronteiras legais e ideológicas para esta possibilidade.

As redes de atendimento e os planos aprovados pela ANS:

Suficiência da rede credenciada: análise da regulação de aprovação de planos novos e avaliação de seus parâmetros; Suficiência da rede credenciada: evolução recente da rede e análise regional e interregional de suficiência; evolução da oferta de serviços hospitalares e de SADT, em termos quantitativos e qualitativos; Evolução da duração de internações por tipo atendimento médico, da sistemática de atendimento de emergência e outros aspectos médicos e sua repercussão na demanda por rede credenciada; Análise da evolução da regulação sobre a matéria e a evolução da oferta de serviços, em abordagem interregional e intraregional; Os mecanismos de autorização da ANS para credenciamento, descredenciamento, avaliação de suficiência de rede; Mecanismos de estímulo à expansão da capacidade

instalada: incentivos fiscais, ampliação da aceitação de investimentos em capacidade instalada de atendimento no conjunto de reservas exigidas pela ANS.

ANEXO 3: A Saúde na Constituição de 1988

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988

Seção II DA SAÚDE

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado , garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção , proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e , também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único , organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade

§ 1o. O sistema único de saúde será financiado , nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social , da União , dos Estados , do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes . [\(Parágrafo único renumerado para § 1o pela Emenda Constitucional no 29, de 2000\)](#)

§ 2o A União , os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão , anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos de , rivados da aplicação de percentuais calculados sobre: [\(Incluído pela Emenda Constitucional no 29, de 2000\)](#)

I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3o; [\(Incluído pela Emenda Constitucional no 29, de 2000\)](#)

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal , o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios ; [\(Incluído pela Emenda Constitucional no 29, de 2000\)](#)

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal , o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3o. [\(Incluído pela Emenda Constitucional no 29, de 2000\)](#)

§ 3o Lei complementar , que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos , estabelecerá: [\(Incluído pela Emenda Constitucional no 29, de 2000\)](#)

I - os percentuais de que trata o § 2o; [\(Incluído pela Emenda Constitucional no 29, de 2000\)](#)

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; [\(Incluído pela Emenda Constitucional no 29, de 2000\)](#)

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; [\(Incluído pela Emenda Constitucional no 29, de 2000\)](#)

IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União. [\(Incluído pela Emenda Constitucional no 29, de 2000\)](#)

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação. [\(Incluído pela Emenda Constitucional no 51, de 2006\)](#)

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias. [\(Incluído pela Emenda Constitucional no 51, de 2006\)](#)

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício. [\(Incluído pela Emenda Constitucional no 51, de 2006\)](#)

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica , bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde ;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico ;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico ;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano ;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos , tóxicos e radioativos ;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Anexo 4: Pronunciamentos recolhidos nas reuniões da Câmara Técnica de Portabilidade, realizadas em junho, julho e agosto de 2012

“Com relação à disponibilização de informações , *(a representante do IDEC)* reiterou que isso é direito básico do consumidor , então qualquer posição nesse sentido é uma posição que configura inclusive ilegalidade, lembrando que a ANS , mais que disponibilizar só a questão do número do produto, é fundamental que, como tende a fazer, disponibilize rede, não só hospitais , como laboratórios, médicos, comece a conseguir traçar critérios que facilitem a comparabilidade.

O Sr. Fábio Fassini manifestou concordância que já existem regras suficientes que blindam esse oportunismo do consumidor , então o objetivo seria mexer em alguns prazos apenas. Obviamente que isso será monitorado pela Agência, se trouxer algum impacto relevante, isso vai ser objeto de análise específica, até no caso a caso.

O Sr. Bruno, da SEAE , do Ministério da Fazenda , retornou a alguns pontos das sugestões feitas , que são coisas bem objetivas . Em relação ao prazo da segunda portabilidade de dois para um ano , realmente do ponto de vista de análise econômica, a gente não tem motivos para se opor a isso , mas sugere que isso fique para uma outra avaliação da portabilidade , por dois motivos principais: Primeiro, porque um dos motivos que levou à instalação dessa Câmara de Portabilidade agora é que se verificou que a primeira portabilidade ainda não está sendo exercida do modo que se imagina. E por que a gente diz isso? Porque, comparando com outros setores que instauraram a portabilidade, no caso telefonia , e comparando com outros países também , a gente sabe que na Austrália eles têm um mecanismo de portabilidade parecido com o nosso, e a adesão à portabilidade na Austrália é maior do que tem sido aqui. Foi uma instituição da portabilidade maior do que foi aqui , sem prejuízo , evidentemente, do que você já falou , de que como instrumento de negociação para o consumidor , a portabilidade é fundamental , esse é um dos motivos. Talvez seja interessante focar primeiro em conseguir levantar a primeira portabilidade, ver como o mercado se comporta e , a partir daí e , se for o caso , e ele acha que é o caso, reduzir esse segundo prazo de dois para um ano.

Em relação à rede credenciada , o Procon-SP reforçou um posicionamento em favor do direito à informação , entendendo que é necessária uma atenção especial por parte da ANS para esse tema , porque é um tema que tem interface tanto com o da portabilidade, na hora de compatibilidade de produtos , como também do reajuste anual, em relação àquele fator produtividade , por exemplo. Então, nesse sentido , a representante do Procon -SP registrou que é um tema que precisa de regulamentação, porque está relacionado diretamente com os demais que a Agência vem tratando.

Em relação às regras atuais , lembrou que a portabilidade é prevista para contratos novos e adaptados, entre contratos individuais e familiares, o período de exercício é de dois meses por ano, no mês do aniversário do contrato e no mês

subseqüente, e entre planos compatíveis e de faixa de preço igual ou inferior.

Aqui também foi sugerido pela FENASAÚDE um modelo de portabilidade adotando critérios de similaridade de produtos com a compatibilidade de prêmios de risco, também avaliando classes de produtos homogêneos . O que se verificou é que o próprio modelo adotado atualmente pela Agência já atende em grande parte ao que foi sugerido. A portabilidade já é prevista para planos compatíveis , de faixa de preço igual ou inferior, de modo que já há uma padronização e uma homogeneidade exigida, para que se faça uso da portabilidade . O que não se pretenderia é restringir esse critério, é isso que a Agência não consideraria adequado.

Finalmente, o Sr. Fábio Fassini agradeceu a presença de todos, reafirmou que a ANS está à disposição para tirar quaisquer dúvidas e marcar reuniões , mesmo fora da Câmara Técnica, para complementação dessa nova etapa da Consulta Pública e deu por encerrada a Câmara Técnica de Portabilidade de Carências.

Duas críticas foram apresentadas:

“Nenhuma das considerações apresentou qualquer sugestão acerca da melhor forma de se garantir concretamente a comunicação ao beneficiário. Neste sentido, avalia-se a publicação em jornal de grande circulação e, ainda, possibilidade de informar às entidades de proteção ao consumidor do Estado de atuação da operadora , a data de abertura do prazo para os beneficiários. “

“Foi enfatizado que é necessário assegurar a comunicação aos consumidores de forma individualizada e inequívoca , contudo não foram apresentadas sugestões sobre como deveria se dar esta comunicação e nem de qual a melhor forma de garantir concretamente a comunicação ao beneficiário. “.

Anexo 5: Alterações no processo de incorporação tecnológica: CITEC e CONITEC

Características	CITEC	CONITEC
Nome	Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC
Instrumento legal	Portaria no 2.587, de 30 de outubro de 2008	A Lei no 12.401, de 28 de abril de 2011, altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990 para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)
Órgão responsável	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE/MS	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE/MS
Composição da Comissão	Colegiado, Grupo Técnico Assessor e Grupos de Trabalho Permanentes.	Plenário e Secretaria-Executiva. É competência da CONITEC constituir subcomissões técnicas no âmbito da CONITEC.
Composição do colegiado/plenário	Cinco (5) titulares e 5 suplentes representando as seguintes entidades/órgãos: ANVISA; ANS; SAS; SVS; SCTIE	Treze (13) titulares com 1o e 2o suplentes representando as seguintes entidades/órgãos: a) Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS); b) Secretaria-Executiva (SE/MS); c) Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS); d) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); e) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); f) Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS); g) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); h) Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); i) Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); j) Conselho Nacional de Saúde (CNS); k) Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); l) do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); e m) Conselho Federal de Medicina (CFM), especialista na área.

Situação	CITEC	CONITEC
Atribuições	Responsável por avaliar as propostas de incorporação ou exclusão de tecnologias pelo Ministério da Saúde, revisão de diretrizes clínicas, protocolos terapêuticos e assistenciais.	Tem por finalidade assessorar o Ministério da Saúde na incorporação, alteração ou exclusão pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de novas tecnologias em saúde, como novos medicamentos, produtos e procedimentos, e na constituição ou na alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.
Períodos anuais para submeter pedidos de incorporação, alteração ou exclusão de tecnologias no SUS.	Havia duas janelas temporais para submeter os pedidos de incorporação, alteração ou exclusão de tecnologias: de 1o de fevereiro a 31 de março e 1o de agosto a 30 de setembro.	Não há mais períodos para submeter os pedidos de incorporação, alteração ou exclusão de tecnologias no elenco do SUS . Esses podem ocorrer a qualquer tempo.
Confidencialidade e conflito de interesses	Os membros da CITEC firmavam termo de confidencialidade e declaração de conflito de interesse relativamente aos assuntos deliberados no âmbito da CITEC.	Não muda. Todos os membros do plenário ou da Secretaria Executiva devem firmar termo de confidencialidade e declaração de conflito de interesse relativamente aos assuntos deliberados no âmbito da CONITEC.
No ato da protocolização	O requerente apresentava o formulário preenchido, documentos técnicos e econômicos. Não existiam exigências quanto ao preenchimento completo do formulário e obrigatoriedade dos tipos de documentos técnicos e econômicos que deveriam ser entregues.	O requerente deverá apresentar: 1. a) formulário INTEGRALMENTE preenchido, de acordo com modelo estabelecido pela CONITEC (FORMSUS); 2. b) OS DOCUMENTOS EXIGIDOS para o processamento do pedido; e 3. c) as amostras de produtos, se cabível, nos termos do regimento interno da Comissão.

Situação	CITEC	CONITEC
Documentos exigidos	Não haviam documentos exigidos para protocolizar processos na CITEC.	Incluem-se entre os documentos exigidos: a) número e validade do registro na ANVISA; e b) no caso de inclusão de novas tecnologias em saúde, deverá apresentar também: • evidência científica que demonstre que a tecnologia pautada seja, no mínimo, tão eficaz e segura quanto aquelas disponíveis no SUS para determinada indicação; e • estudo de avaliação econômica comparando com as tecnologias já disponibilizadas no SUS; e • no caso de medicamentos, o preço fixado pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED).
Indeferimento do processo por documentação incompleta sem análise do mérito	Não havia indeferimento do processo por documentação incompleta sem análise do mérito.	A Secretaria-Executiva da CONITEC verificará previamente a conformidade formal da documentação e das amostras apresentadas com os requisitos previstos e se constatado que não houve o preenchimento formal dos requisitos previstos, o processo poderá ser indeferido sem avaliação do mérito e sem prejuízo da possibilidade de apresentação pelo interessado de novo requerimento junto ao Ministério da Saúde com a documentação completa.
Realização de consulta pública	Não havia a obrigatoriedade de realização de consulta pública sobre as matérias avaliadas.	A CONITEC providenciará consulta pública para recebimento de contribuições e sugestões sobre todas as matérias em avaliação.
Realização de audiência pública para decisão final sobre o mérito	Não havia a realização de audiência pública sobre as matérias avaliadas.	Caso entenda necessário, o Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde poderá solicitar a realização de audiência pública sobre os temas em avaliação, se a relevância da matéria justificar o evento.

Situação	CITEC	CONITEC
Prazo máximo de análise de processos e recomendação da comissão	Não havia prazo.	O prazo máximo para avaliação de processo pela CONITEC não deverá ser superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolizado o pedido, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem. Considera-se a decisão do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde sobre o pedido formulado no processo administrativo como o termo final para fins de contagem desse prazo. Na hipótese de descumprimento do prazo, o processo administrativo entrará em regime de urgência, ficando sobrestadas todas as deliberações a respeito de processos prontos para avaliação até a emissão do relatório sobre o processo pendente.
Prazo para efetivar a oferta ao SUS	Não havia prazo para efetivar a oferta ao SUS.	A partir da publicação da decisão de incorporar medicamento, produto ou procedimento, ou mesmo protocolo clínico e diretriz terapêutica, as áreas técnicas terão prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para efetivar a oferta ao SUS.
Recurso ou reconsideração da decisão desfavorável ao mérito	Havia o instrumento de reconsideração da decisão do colegiado num prazo de 30 dias do recebimento do ofício da decisão negativa ao mérito.	Aplica-se a lei do processo administrativo (Lei 9.784, de 29 de janeiro de 1.999) cabendo recurso em face de razões de legalidade e de mérito: • O recurso não tem efeito suspensivo; • O prazo para interposição do recurso é de 10 (dez) dias, contado a partir da ciência ou divulgação oficial da decisão recorrida. • O recurso interpõe-se por meio de requerimento no qual o recorrente deverá expor os fundamentos do pedido de reexame, podendo juntar os documentos que julgar convenientes.
Instância superior	Não havia instância superior para julgar os pedidos de recurso.	O recurso será dirigido ao Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, o qual, se não reconsiderar a decisão no prazo de 5 (cinco) dias, encaminhará de ofício ao Ministro de Estado da Saúde. O Ministro de Estado da Saúde poderá confirmar, modificar, anular ou revogar, total ou parcialmente, a decisão recorrida em até 30 (trinta) dias, prorrogável, mediante justificativa expressa, por igual período de tempo.

REFERÊNCIAS

AFONSO, José Roberto Rodrigues, Política Fiscal no Contexto da Crise, tese de doutoramento no IE-Unicamp, Campinas 2010.

ALVES, Sandro Leal, Comércio na saúde: uma discussão sobre a efetividade da legislação de transparência obrigatória de preços na indústria de dispositivos médicos. Fenasaúde, mimeo.

ARTS, W. e J.GILLESSEN. Three Worlds of Welfare Capitalism or More? A State-of-the-art Report. In Pierson, C. e F. Castles. The Welfare State Reader, 2a Edição, 2007.

BADIA, Bruno Dutra a PIRES, Clarissa Côrtes, Processo tecnológico e gastos com saúde: o que informam dois métodos distintos de mensuração, IESS, 2009.

BAHIA, Ligia e outros autores, Planos de saúde no Brasil, origens e trajetórias, LEPS/UFRJ, 2005.

BAHIA, Ligia, Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. Ciência e saúde coletiva, 2001. ABRASCO.

BANCO Interamericano de Desenvolvimento – BID – Relatório: Progresso Sócio - Econômico na América Latina, 1991.

BANCO MUNDIAL Keeping the promise of old age income security in Latin America. Washington, D.C., 2004.

BARRIENTOS, A. The Changing face of pensions in Latin America: design and prospects of individual capitalization pension plans. Social Policy and Administration, vol. 31, no. 4, 1997

BARROS, R. P. de, CARVALHO, M. Desafios para a política social brasileira. IPEA, 2003. Texto para Discussão 985.

BARROS, R. P. de; HENRIQUES, R.; MENDONÇA, R. A estabilidade inaceitável : desigualdade e pobreza no Brasil. In: Desigualdade e pobreza no Brasil. Rio de Janeiro, Ipea, 2000.

BARROS, Ricardo e Mirela CARVALHO Desafios para a Política Social Brasileira . IPEA; Rio de Janeiro, 2003. (Texto para Discussão no. 985)

BATISTA Analía Soria e outros, Envelhecimento e Dependência : desafios para a organização da proteção social. Brasília, MPS, SPPS, 2008.

BELTRÃO, K. I., e outros. Fontes de Financiamento da Seguridade Social. CEPAL/MPAS, Brasília, 1993

BERTRANOU, F. Restricciones, Problemas Y Dilemas De La Protección Social En América Latina: Enfrentando Los Desafíos Del Envejecimiento y La Seguridad De Los Ingresos. Bienestar y Política Social, Vol 1, Núm. 1, 2005.

BEVERIDGE, W. Las bases de la seguridad social . México, Fondo de Cultura Económica; 1987.

BLONDAL e SCARPETA, P. The retirement decision in OECD countries, OECD Economics Department Working Paper no. 20, 1998

BRASIL. O gasto social do governo central: 2001 e 2002. Brasília, DF. Ministério da Fazenda, Secretaria de Política Econômica, 2003.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Economia política do gasto social do governo federal no Brasil desde 1980/85. v. 5, n. 1, 2003.

BRUNDAGE, A. The English poor laws, 1700-1930. Palgrave, 2002.

CALABRESI, Guido e BOBBIT, Philip, Tragic choices. W.W. Norton Company, London, 1978.

CAMARANO A, KANSO S. e MELLO, J. Quão Além dos 60 Poderão Viver os Idosos Brasileiros? Ipea, Rio de Janeiro, 2004.

CAMARANO, A.A e PASINATO, M T. O envelhecimento populacional na Agenda das Políticas, em Os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro. Ipea, 2004.

CAMARANO, Ana Amélia e PASINATO, Maria Tereza, O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas, mimeo.

CASTRO, Maria Helena Leal, A relação entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro: repensando o papel do Estado. Tese de doutorado no Instituto de Medicina Social da UERJ, 2006.

CECHIN, José, organizador, A história e os desafios da saúde suplementar, IEES, Editora Saraiva, 2008.

CECCIM, Ricardo e outros, Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar, Ciência e saúde coletiva, 2008.
ABRASCO

CONILL, Eleonor e PIRES, Denise, *Relação público-privado e arranjos técnicos assistenciais na utilização de serviços de saúde*, OPAS, ANS, UFRGS e Educasaúde, agosto de 2007.

CONILL, Eleonor Minho: *Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia de saúde da família em centros urbanos do Brasil*, Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Suplemento 24, 2008.

COLOMBO, Francesca e TAPAY, Nicole, *Private health insurance in OECD countries: the benefits and costs for individual and health systems*, OECD health working papers, number 15, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE: *Os Desafios das Relações Público-Privado nas ações e serviços do Sistema Único de Saúde. Ata do seminário em 11 de novembro de 2010*.

CORDEIRO, H. *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991.

DEDECCA, Claudio Salvatori e Proni, Marcelo Weishaupt, *Economia e Proteção Social*, textos para estudo dirigido. IE-Unicamp, 2006.

DRAIBE, S.M. *As políticas sociais brasileiras : diagnósticos e perspectivas*. Em: *Para a década de 90: prioridades e perspectivas de políticas públicas*. IPEA/Iplan, 1989.

DRAIBE, S.M , M.H.C. GUIMARÃES e B . AZEREDO. *O Sistema de Proteção Social no Brasil*. Campinas: NEPP/Unicamp, 1991

DRAIBE, S M. *Brasil: O Sistema de proteção social e suas transformações recentes* . Serie Reformas de Políticas Públicas no. 14, Santiago do Chile, CEPAL, 1992.

DRAIBE, S M e RIESCO M. Estado de Bienestar, Desarrollo Económico y ciudadanía : Algunas Lecciones de La Literatura Contemporânea .Unicamp, Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP), Caderno no. 77, 2006.

DRAIBE, S M. Brasil 1980 – 2000: Proteção e Insegurança em Tempos difíceis . Nepp, Unicamp, Caderno no. 65, 2005

DRAIBE, S M. América Latina: O sistema de proteção social na década da crise e das reformas. Nepp, Unicamp, caderno no. 30, 1995

DRAIBE, S M. Desenvolvimento Humano e Bem -Estar Social ; Orientações e Estratégias de Política Social. Nepp, Unicamp, caderno no. 72, 2005
199

DRAIBE, S M. América Latina na Encruzilhada : Estaria Emergindo um novo Estado Desenvolvimentista de Bem -Estar? Observações sobre a proteção social e a integração regional. Nepp, Unicamp, Caderno no. 78, 2006.

DRAIBE, S. M. Uma Nova Institucionalidade das Políticas Sociais ? Reflexões a propósito da experiência latinoamericana recente de reformas e programas . São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v. 11, n. 4, 1997, p. 3-15.

DRAIBE, S M. e HENRIQUE, W. Welfare State, crise e gestão da crise : um balanço da literatura internacional. RBCS no. 6, vol. 3, 1988. pp.53-78

ESPING-ANDERSEN, G. et alii. Why we need a new welfare state. Oxford University Press, 2002.

ESPING-ANDERSEN, G., SARASA, S. The generational conflict reconsidered. Journal of European Social Policy, v. 12, n. 1, 2002.

ESPING-ANDERSEN, G. The Three Worlds of Welfare Capitalism. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1990.

ESPING-ANDERSEN, G. Social foundations of postindustrial economies. Oxford University Press, NY, 1999

ESPING-ANDERSEN, G. ET AL. Why we need a new welfare state. Oxford University Press, New York, 2002

ESPING-ANDERSEN, G. Uma perspectiva transatlantica da política de privatização latino- americana. In: Coelho, V.S. (org.) A Reforma da Previdencia Social na América Latina, FGV Editora, Rio de Janeiro, 2003.

ESPING-ANDERSEN, G. La Política Familiar y la Nueva Demografia. Consecuencias de la Evolucion demográfica en la Economia, ICE mayo-junio, no. 815, 2004.

ESPING-ANDERSEN, G. A welfare state for the twenty-first century. In Pierson, C. e F. Castles (eds.) The Welfare State Reader, Polity Press, 2a Edição, 2007.

FARIAS, Pedro C. L. A Seguridade Social no Brasil e os obstáculos institucionais à sua implementação. Cadernos ENAP no. 11. Brasília, MARE/ENAP, 1996.

FARIAS, Luiz Otávio, Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar. Ciência e Saúde Coletiva, número 6, 2001. ABRASCO.

FAVERET, A C de S C. A vinculação constitucional de recursos para a saúde : avanços,

entraves e perspectivas. *Ciência e saúde coletiva* , Rio de Janeiro, v. 8, n. 2. ABRASCO.

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. A universalização excludente : reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Dados*, v. 33, n. 2, 1990.

FERRERA, M The 'Southern Model' of Welfare in Social Europe. *Journal of European Social Policy*, Vol. 6, No. 1, 1996.

FERRERA, Maurizio e RHODES, Martin. *Recasting European Welfare States*. London, 2000.

FLOOD, C. M.; STABILE, M.; TUOHY, C. H. The borders of solidarity: how the countries determine the public/private mix in spending and the impact on health care. *Health Matrix: The Journal of Law-Medicine*, v. 12, n. 2, 2002.

FONSECA, Artur Lourenço, *Portabilidade em planos de saúde no Brasil*, Dissertação de Mestrado na Fiocruz, 2004.

FUCHS, Victor, *Who shall live? Health, economics and social choice*. World Scientific, London, 1999

GENRO, T. F. H. *O futuro por armar. Democracia e socialismo na era globalitária* . Petrópolis: Vozes, 1999.

GIRARDI, Sábado Nicolau e outros. *Modalidades de contratação e remuneração do trabalho médico: os conceitos e evidências internacionais*. OPAS, Brasil, 2007.

GIOVANNI, Geraldo, *A questão dos remédios no Brasil*, Polis, 1980.

GLIED, Sherry, *Cronic Condition: Why health reform fails*. Harvard University Press, 1997.

HEIMANN, LS, Ibanhes LC & Barboza R, organizadores. *O público e o privado na saúde*. São Paulo: Editora Hucitec.

KRUGMAN, P.; WELLS, R. The health care crisis and what to do about it. *The New York Review of Books*, v. 53, n. 5, 2006.

LYNCH, J. *Age in the Welfare State: The Origins of Social Spending on Pensioners, Workers and Children*. Cambridge University Press, NY, 2006.

MACIEL, Marcelo Sobreiro, *Política de incentivos fiscais: quem recebe isenção, por setores e regiões do país*. Câmara dos Deputados, 2010.

MARINHO, A.; FAÇANHA, L. O. *Programas sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação*. Rio de Janeiro : Ipea, 2001. Texto para Discussão, n. 787.

MARTINS, Carina Burri, *Reajuste por faixa etária, uma abordagem financeira*, IEES, março de 2009.

MEDICI, A. *El desafío de la descentralización : financiamiento público de la salud en Brasil*, BID, Washington, DC, 2002.

MELO, Juliana Carrijo e NETO, Miguel Cendoroglo, *Avaliação de tecnologias de saúde e suas implicações na prática clínica*. Einstein, Educação continuada em saúde, 2008.

MESA-LAGO, Carmelo. “Las Reformas de Pensiones en América Latina y su Impacto en los Principios de la Seguridad Social”, Proyecto CEPAL/GTZ “Desarrollo y Equidad

Social en América Latina y el Caribe” . Serie Financiamiento del Desarrollo No .144. Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Avaliação de tecnologias em saúde: institucionalização das ações no Ministério da Saúde, Departamento de Ciência e Tecnologia, mimeo, 2006.

NEGRI, Barjas, e FERRATO, Gabriel, Sub-financiamento à saúde: herança maldita, mimeo, 2012.

OECD Health Data 2003, Health expenditure by source of health financing.

OECD: Relatório sobre a reforma regulatória, Brasil, fortalecendo a governança para o crescimento. SEAE, Ministério da fazenda, 2008.

OCKÉ-REIS C. O.; SILVEIRA F. G.; ANDREAZZI M. F. S. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado ? Revista Econômica Contemporânea , v. 10, n. 1, 2006.

OCKÉ-REIS, Carlos Otávio, A constituição de um modelo de atenção à saúde universal: uma promessa não cumprida pelo SUS? Texto para discussão 1376, do CNPq, 2009.

OCKÉ-REIS, Carlos Otavio, Renúncia de arrecadação fiscal: subsídios para discussão e formulação de uma política pública. Revista saúde coletiva, 2007. ABRASCO.

PASINATO, M. T. M. Reforma do sistema previdenciário brasileiro : a previdência complementar e o papel do estado. FGV: Ebape, 2001. Dissertação de Mestrado em Administração Pública.

PEREIRA, Edgar Antonio e Hussne, Rodrigo Delgallo, Regulação e padrão competitivo no setor de saúde suplementar, Revista Brasileira de Seguro, v.6, número 12, março de 2011.

PIERSON, C. Beyond the Welfare State? The New Political Economy of welfare. Polity Press, Cambridge, Reino Unido, 3a edição, 2006.

PIERSON, Paul, Welfare State Restructuring in Affluent Democracies, mimeo.

PIERSON, Paul, Increasing returns, path dependence and the study of politics, American Political Science Review, vol. 94, number 2, June 2000.

POSSAS, Mario Luiz, Os conceitos de mercado relevante e de poder de mercado no âmbito da defesa da concorrência. Revista do IBRAC, volume 3, 1996.

REICH, Robert B., Supercapitalismo, Campus, 2007.

RIBEIRO, José Mendes, Restrições de informações, custos de transação e ambiente regulatório em saúde suplementar, Série Regulação e Saúde da ANS, 2008.

ROMANO, Ricardo, Proposta de tipologia de produtos, FGV/UNESCO/ANS, Relatório técnico, mimeo, 2004.

SANTOS, Isabela Soares Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde, vol.16, núm. 6, junho, 2011.

SANTOS, Amarante PDC, organizadores. Gestão pública e relação público-privado na Saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2011

SCHWARTZMAN, Simon e BACHA, Edmar Lisboa, Brasil: a nova agenda social, LTC 2011, organizadores.

SEIXAS, Paulo Henrique, Incentivos financeiros: uma revisão e alguns elementos para reflexão. Texto produzido como residente do Programa de saúde Internacional da OPAS, Washington.

SENNETT, Richard , A corrosão do caráter: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo, Record, 2005.

SENNETT, Richard, A cultura do novo capitalismo, Record, 2006.

SILVA, Pedro Luiz Barros, e Giovanni, Geraldo Di: Padrões de WS: tipologias abrangentes, NEPP, Unicamp, mimeo.

SILVA, Pedro Luiz Barros, Limites e obstáculos à reforma do Estado no Brasil, tese de doutoramento, IE-Unicamp, 2001.

SILVA, Pedro Luiz Barros, Atenção à saúde como política universal, Dissertação de mestrado, UNICAMP, 1984, Mimeo.

SILVA, Pedro Luiz Barros, organizador, Regulação do setor saúde nas Américas: as relações entre o público e o privado, numa abordagem sistêmica. OPAS/ANS/UNICAMP, 2006.

SILVA, Leticia Krauss, Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS. Ciência e saúde coletiva, 2003. ABRASCO.

TAYLOR GOOBY, P.(ed.) New Risks, New Welfare: The transformation of the European Welfare State. Oxford University Press, New York, 2004

TEIXEIRA, Aloisio, Mercado e imperfeições de mercado: o caso da saúde suplementar, mimeo.

UGÁ, M. e R . M. MARQUES O Financiamento do SUS : trajetória, contexto e constrangimentos. Saúde e Democracia : história e perspectivas do SUS . Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2005.

WERNECK VIANNA, M. L. T. W. A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil. Estratégias de bem -estar e políticas públicas . Rio de Janeiro: Iuper/Ucam, Editora Revan, 1998.

YASBEK, M C. O programa fome zero no contexto das políticas sociais brasileiras. São Paulo Perspectiva, São Paulo, v. 18, n. 2, Junho 2004.

WOOD, Geof and GOUGH, Ian, A comparative welfare regime approach to global social policy, World Development Vol. 34 Elsevier Ltd.