TEXTO PARA DISCUSSÃO N° 1167

NOVOS MODELOS DE GESTÃO NA SAÚDE PRIVADA

Carlos Octávio Ocké-Reis

Rio de Janeiro, fevereiro de 2006

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

TEXTO PARA DISCUSSÃO N° 1167

NOVOS MODELOS DE GESTÃO NA SAÚDE PRIVADA*

Carlos Octávio Ocké-Reis**

Rio de Janeiro, fevereiro de 2006

* O autor agradece a colaboração de Gabriel Bogossian, Jorge Coloneze, Maysa Penitente Provedello e Simone de Souza Cardoso. Em especial, é grato a Sérgio Piola pelos comentários e críticas à versão final do trabalho e a Marcelo de Ávila pela cessão dos dados relativos à Pesquisa Mensal de Emprego (PME) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Obviamente, todos os erros e omissões são de responsabilidade do autor.

** Da Diretoria de Estudos Macroeconômicos do Ipea. octavio@ipea.gov.br

Governo Federal

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão

Ministro – Paulo Bernardo Silva
Secretário-Executivo – João Bernardo de Azevedo Bringel

ipea **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**

Fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, o IPEA fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais, possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiro, e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente
Glauco Arbix

Diretora de Estudos Sociais
Anna Maria T. Medeiros Peliano

Diretor de Administração e Finanças
Cinara Maria Fonseca de Lima

Diretor de Cooperação e Desenvolvimento
Luiz Henrique Proença Soares

Diretor de Estudos Regionais e Urbanos
Marcelo Piancastelli de Siqueira

Diretor de Estudos Setoriais
João Alberto De Negri

Diretor de Estudos Macroeconômicos
Paulo Mansur Levy

Chefe de Gabinete
Persio Marco Antonio Davison

Assessor-Chefe de Comunicação
Murilo Lôbo

URL: http:/www.ipea.gov.br
Ouvidoria: http:/www.ipea.gov.br/ouvidoria

ISSN 1415-4765
JEL I11, I18

TEXTO PARA DISCUSSÃO

Uma publicação que tem o objetivo de divulgar resultados de estudos desenvolvidos, direta ou indiretamente, pelo IPEA e trabalhos que, por sua relevância, levam informações para profissionais especializados e estabelecem um espaço para sugestões.

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

SUMÁRIO

SINOPSE

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO 1

2 O MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE 2

3 A INTERVENÇÃO DA ANS 9

4 A CRIAÇÃO DE EMPRESAS-MODELO 12

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 15

REFERÊNCIAS 17

SINOPSE

O presente trabalho propõe a realização de uma reforma institucional do mercado de planos de saúde, por meio da criação de empresas-modelo (*benchmarks*), na perspectiva de se resistir ao movimento de concentração das operadoras. Apesar das normas que defendem o consumidor e a concorrência regulada, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tende a ser capturada pelo poder de mercado dos oligopólios privados se este não for relativizado. Na contramão dessa tendência, tais *benchmarks* serviriam de braço de apoio às atividades regulatórias para reduzir o preço dos prêmios, ampliar a cobertura, melhorar a qualidade da atenção médica, induzir arranjos organizacionais solidários e ajudar no cumprimento de metas clínicas e epidemiológicas definidas pelo Ministério da Saúde (MS), expressando o interesse público presente nas diretrizes constitucionais do Estado, na área da saúde.

ABSTRACT

Brazil has parallel health systems – public and private – which seem to form a two-tier system. To improve the regulation of private health insurance, we present an idea based on the argument that a benchmark arrangement could provide conditions for some opposition to the power of the major health insurance companies. By preventing a typical fault found in regulation as the capture, which would mean loss of power of the National Supplementary Health Agency to the large conglomerates, our main aim is to bring about institutional reform within the health insurance market based on the realignment of the ANS's supervisory activities in order to light a beacon for private health regulation, i.e. creating a benchmark to support public health principles and reduce the price of private health insurance.

1 INTRODUÇÃO

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), é preciso discutir o papel e o tamanho do mercado de planos de saúde, seja para pensar a problemática do modo de regulação do Estado [Almeida (1998)], seja para discutir as características dos gastos das famílias com planos de saúde [Silveira, Osório e Piola (2002)], ou ainda, para analisar o perfil de morbidade, acesso e uso de serviços de saúde da população, no contexto do *mix* público/privado no Brasil [Pinheiro *et alii* (2002)].

Em particular, gostaríamos de destacar que a concentração econômica desse mercado merece ser examinada, pois ao resultar no fortalecimento financeiro e político das grandes operadoras, poderia gerar conseqüências imprevisíveis sobre a organização e financiamento do sistema de saúde. Neste ensaio, além de tecer algumas considerações sobre a natureza dessa concentração, discutimos se o conseqüente aumento do poder de mercado exigiria do Estado uma postura mais ativa, caso se quisesse preservar e afirmar os princípios normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) — em defesa do consumidor, da concorrência regulada e do interesse público.

Conforme se previu, *a existência de uma regulação estatal, com estabelecimento de regras mínimas, determinou modificações qualitativas e quantitativas no mercado, dentre elas, a concentração* [Mendes (2001)]. Esse fenômeno não é restrito à saúde dita *suplementar* e não existe um consenso acerca dos seus possíveis efeitos colaterais. Há quem analise que, dentro de certos ambientes regulatórios, a existência de um grande número de usuários na *carteira* dos planos de saúde garantiria melhor atendimento, cobertura e preço [Haas-Wilson (2003)]. Em sentido inverso, suspeita-se que a influência indevida dos oligopólios junto à agência reguladora comprometeria o custo e a qualidade da atenção médica prestada, o nível de gasto dos empregadores com salários indiretos, e, ainda, a adoção de práticas gerenciais de ajustamento de risco — que visam atenuar as falhas do mercado relativas à cobertura de doentes crônicos e idosos [Ocké-Reis (2005*a*)].

Sabendo-se, ademais, que a concentração do mercado é um movimento inexorável do próprio capitalismo [Mazzucchelli (1985)], valeria a pena refletir sobre a possibilidade de a ANS criar braços de apoio às suas atividades regulatórias. É admíssivel supor que, uma vez fortalecidos, os oligopólios não se animem a atuar, por geração espontânea, em sinergia com o sistema universal de saúde. Desse modo, para contra-arrestar a ação daqueles agentes econômicos movidos, unicamente, pela lógica economicista — isto é, a acumulação de capital *per se* e a radicalização da seleção de riscos — propõe-se a constituição de empresas-modelo, que funcionariam como instituições-chave para irradiar os valores, normas e práticas estabelecidos pela agência reguladora. Considerando os instrumentos de coerção legitimada e de persuasão à disposição da agência reguladora, ninguém sabe ao certo em que medida ela detém precondições para subordinar os oligopólios às diretrizes das políticas de saúde e quais seriam as operadoras que aceitariam internalizar a função social eticamente requerida àquelas atividades mercantis empreendidas no setor saúde, sem trocadilho, vitais para a sociedade.

Nas próximas seções, tendo como pano de fundo essas indagações — que transitam entre a problematização do objeto e o *espaço aberto* da proposição de

políticas — discutimos as características econômicas gerais do mercado e os desafios da ANS perante sua estrutura e dinâmica, na perspectiva de garantir a aplicação dos preceitos normativos da Agência. Consideradas as características pouco competitivas dos planos de saúde e a configuração de um mercado concentrado e diferenciado, refletimos em seguida a possibilidade de o Estado criar braços de apoio às atividades regulatórias da Agência, com vistas a relativizar o poder de mercado das grandes operadoras, ao mesmo tempo reduzindo o preço dos prêmios e induzindo o mercado a estabelecer uma sinergia com os princípios constitucionais que regem o SUS.

Como tentaremos demonstrar, a legitimidade política e o reconhecimento social desse mercado estão, forçosamente, condicionados à materialização singular de *um tipo de propriedade privada de interesse público* [Genro (1999)], no bojo da construção de um projeto de reforma do Estado e da sociedade civil, a partir do horizonte da igualdade social.

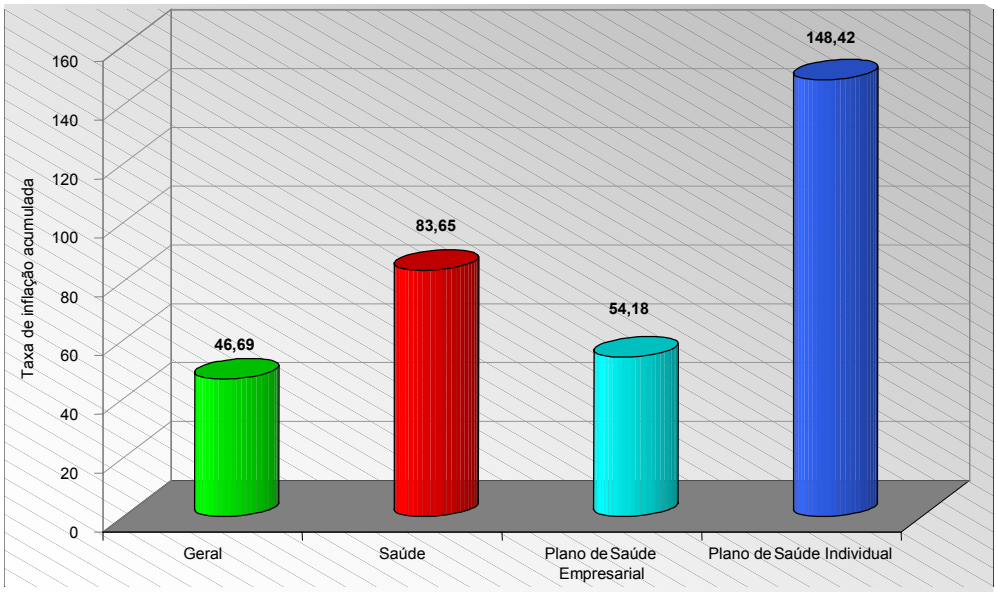
2 O MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE

Grosso modo, o mercado de planos de saúde se distingue das demais atividades econômicas por apresentar características específicas: a demanda é inelástica, a oferta orienta a procura (*supplier-induced demand*) e a presença de externalidades não favorece o predomínio de mecanismos de mercado [Cutler e Zeckhauser (2000)].

Como parte integrante do setor serviços, esse mercado é igualmente caracterizado pela sua sensibilidade à taxa de juros, à rigidez dos fatores de produção, à incorporação de tecnologia e ao câmbio (a dependência tecnológica obriga a importação de insumos e equipamentos médicos). Somadas aos custos de transação que penalizam o consumidor, essas peculiaridades conformam um traço marcante, *os custos crescentes* [Baumol (1993)], permitindo uma variação do nível de preços da saúde (sem expurgar o peso dos planos) e dos planos de saúde maior do que a taxa média de inflação da economia, como observamos no caso brasileiro (Gráfico 1).

Do ponto de vista da estrutura de mercado, à primeira vista, desenvolve-se *um padrão de competição concentrado e diferenciado*, cujo perfil oligopolista fomenta um processo sistemático de barganha em direção ao aumento do preço dos prêmios. Não se pode esquecer ainda que o Estado, por meio dos subsídios fiscais, favorece as condições de rentabilidade dos planos de saúde e, em última instância, subsidia o consumo de boa parte da População Economicamente Ativa (PEA) [Ocké-Reis, Andreazzi e Gaiger (2006)]. Tais subsídios permitem, de um lado, que parte dos gastos privados das famílias com planos de saúde sejam subtraídos do total a pagar do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF), e, de outro, que os gastos das empresas com benefícios em assistência médica (despesas operacionais) diminuam o montante do lucro líquido a pagar, reduzindo assim o total sob o qual incide o Imposto de Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ). Incentivos governamentais similares (por meio da *renúncia de arrecadação previdenciária*) foram no passado dirigidos às operadoras de planos de saúde, notadamente, às empresas de medicina de grupo e às cooperativas médicas.

GRÁFICO 1
TAXA DE INFLAÇÃO ACUMULADA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: GERAL, SAÚDE, PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL E EMPRESARIAL — MAIO/2002-ABRIL/2005
[em %]

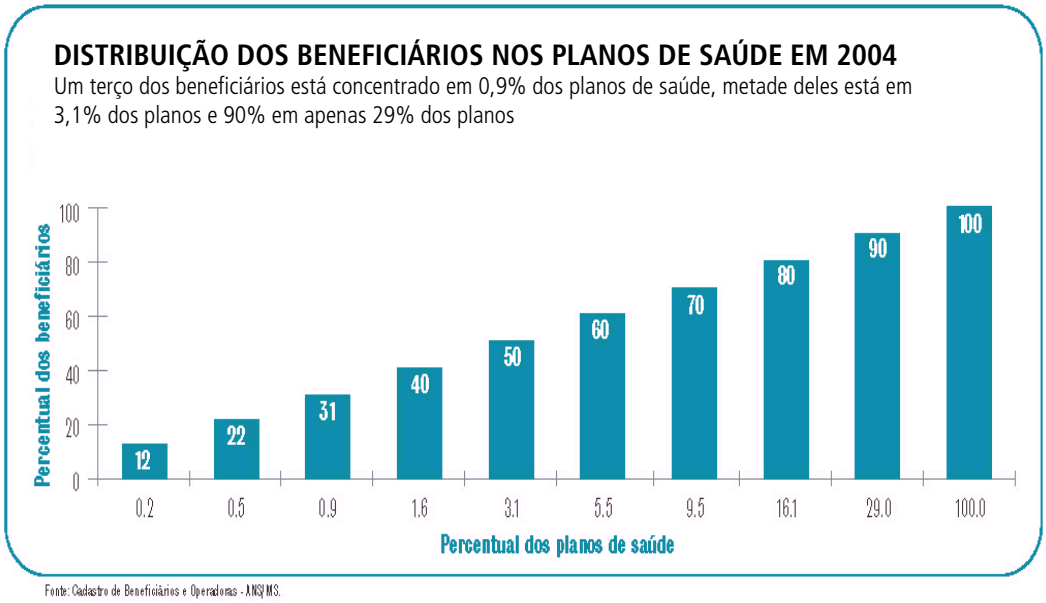


Fonte: Dieese. Elaboração: Ipea/Dimac.

2.1 A CONCENTRAÇÃO

No Brasil, é possível observar que, em 2004, 3% das operadoras detinham 50% dos usuários (veja Quadro 1).

QUADRO 1



Elaboração: Ipea e PNUD/Revista *Desafios do Desenvolvimento.*

Percebe-se, intuitivamente, que existem dois segmentos atuando nesse mercado: um oligopolista e outro (semi)concorrencial.

Se analisarmos os oligopólios do setor serviços à luz da tese schumpeteriana [cf. Possas (1989)], que destaca *o papel central que a busca do lucro extraordinário cumpre na introdução das inovações e novos produtos*, as operadoras líderes poderiam ser vistas como aquelas que detêm poder de mercado, considerando o seu faturamento, o *market share* e o número de usuários. Além do mais, protegidas pela reputação das suas marcas, tais operadoras apostam na tática da diferenciação, como veremos adiante, para consolidar vantagens competitivas mediante o crescimento do prêmio total e da obtenção de economias de escala. Por exclusão, a dinâmica de acumulação das operadoras da faixa (semi)concorrencial, a princípio, não reuniria precondições econômicas para alterar o padrão de competição, de modo a pressionar preços, intensificar barreiras à entrada, exigir a ampliação de subsídios fiscais, ou ainda, capturar a agência reguladora.

Em relação ao setor oligopolista, Derengowski e Fonseca (2004) demonstram, empiricamente, que as seguradoras especializadas em saúde apresentam *indícios de concentração e poder de mercado, em termos locais e nacionais*.

Não conhecemos, entretanto, estudos que descrevam como as demais modalidades de pré-pagamento se portam no tocante a essa questão. À primeira vista, houve uma elevação do custo médio de funcionamento das operadoras, provocada por um conjunto de ações administrativas decorrentes da implementação da Lei da Regulamentação 9.656/98, acentuando a necessidade de se obterem *retornos crescentes de escala* [Andreazzi (2002)] mediante a entrada de usuários jovens e saudáveis. Como o mercado consumidor não cresceu a ponto de corresponder a essa expectativa, a pressão altista dos custos, a ausência de rede assistencial própria e a gestão ineficiente dos recursos — um ou outro, ou mesmo o conjunto desses fatores — podem engendrar desequilíbrios de natureza atuarial, caso não haja uma escala suficiente para atenuar tal desequilíbrio. Esse quadro parece atingir boa parte das pequenas e médias operadoras, cuja situação de insolvência decorre muitas vezes da combinação insustentável entre crise econômica e má gestão de recursos [Ocké-Reis (2005*b*)], reforçando a tendência à concentração.

No entanto, isso não quer dizer que ser dono de uma grande escala significa, necessariamente, possuir vantagens competitivas e maiores lucros. Na verdade, inexiste um *tamanho ótimo* de usuários *in abstracto* porque isso varia de acordo com o porte econômico, a estrutura de oferta própria (por exemplo, a rede hospitalar das empresas de medicina de grupo, os profissionais de saúde organizados em cooperativas médicas) e a estratégia empresarial das operadoras de planos de saúde. Em tese, cada fatia do mercado espera receber determinada taxa média de lucro, levando em conta sua demanda potencial, o modelo de gestão de risco, o equilíbrio atuarial (sinistralidade) e a lógica de rentabilidade. À guisa de ilustração, a Aetna fez, recentemente, um duríssimo rearranjo organizacional, diminuindo usuários, reduzindo custos e ampliando produtos*, tornando-se mais lucrativa, depois de ter sido considerada a maior operadora de* "managed care" *dos Estados Unidos* [Robinson (2004)].

No Brasil, está em curso um difuso processo de *downsizing*, que não deve ser confundido com uma depuração pura e simples do mercado. O setor oligopolista detém condições econômicas para baratear eventuais ajustes organizacionais — na passagem para um novo ramo de negócios — impondo o rateio dos custos com os consumidores. Sem dúvida, o caso emblemático em voga combina, de um lado, o aumento dos planos individuais antigos individuais e, de outro, a remarcação preventiva do preço inicial dos planos individuais novos, isto é, ao mesmo tempo em que os grandes *players* procuram se desfazer da *carteira de risco (seleção adversa) encontrada hoje nos planos antigos individuais*, se antecipam preventivamente à *regulação de preço dos planos individuais novos*, definida pela ANS. No fundo, essa nova estratégia dos oligopólios prioriza, agora, uma atuação voltada aos planos empresariais, evitando, se possível, *carregar uma carteira podre* — para utilizar o jargão do mercado de seguros na área da *saúde suplementar*.

No que se refere à órbita (semi)concorrencial, as operadoras estão pulverizadas, apresentando uma quantidade menor de usuários, nas cidades pequenas. Em algumas experiências, tais empresas associam-se às grandes operadoras, organizando a cobertura de sua clientela até determinado nível de complexidade tecnológica. Os doentes mais graves são, geralmente, encaminhados aos prestadores credenciados pelo *sócio majoritário*, permitindo a criação de vasos comunicantes (consórcios) entre modalidades de pré-pagamento de porte econômico e natureza jurídica distintas, fato pouco explorado pela literatura.

Ademais, há controvérsias acerca da presença de certos comportamentos monopolistas nesse segmento (semi)concorrencial: de uma parte, é questionável atribuir aos planos de autogestão de empresas públicas e privadas a *construção institucional de clientelas cativas*, como fazem Costa e Castro (2004), devido ao caráter claramente mutualista de alguns desses planos. De outra parte, não está superada a polêmica se a *unimilitância das cooperativas médicas* Unimed [Duarte (2001)] implica, de fato, o exercício de práticas anticompetitivas. Trocando em miúdos, tal unimilitância pode ser entendida como a prestação exclusiva de serviços por parte dos médicos filiados à Unimed, principalmente nas pequenas cidades. As corporações profissionais e os órgãos governamentais discordam sobre a natureza dessa unimilitância, pois, em geral, os últimos entendem *haver afronta a garantias constitucionais* em relação à *liberdade do exercício profissional, à livre concorrência econômica e à defesa dos consumidores* [Wolf (2003)].

2.2 A DIFERENCIAÇÃO

O mercado de planos de saúde apresenta, de certa forma, peculiaridades análogas à dinâmica industrial, sendo crível admitir que o movimento de concentração em curso crie e se reproduza erigindo barreiras à entrada, por sua vez originadas pelas *economias de escala de diferenciação*. Daí resultaria, em síntese, a capacidade que têm as grandes operadoras de impor e vender sua marca aos consumidores e de estabelecer contratos rentáveis com os prestadores médico-hospitalares.

Contudo, indo um pouco além, quais seriam as implicações de tais características no padrão de competição desse mercado, sem o prejuízo de maiores investigações empíricas? De acordo com Possas (1985), as economias de escala de

diferenciação *estão ligadas à persistência de hábitos e marcas e conseqüentemente ao elevado e prolongado volume de gastos necessários para conquistar uma faixa de mercado mínima que as justifique*. Como decorrência, de um lado, *sua eficácia reside mais em inibir a entrada de concorrentes do que em exigir um tamanho mínimo da empresa*, e de outro, embora a competição em preços não esteja inteiramente descartada nesses casos, *não é um recurso habitual, não só porque, como em qualquer oligopólio, ela poria em risco a estabilidade do mercado e a própria sobrevivência das empresas, mas também porque qualquer movimento irregular de preços teria uma incidência proporcionalmente grande sobre os custos indiretos unitários, que seriam muito altos devido às despesas de publicidade e comercialização, o que afetaria seriamente as vendas e/ou o nível de lucros*.

Pode-se dizer, então, que a diferenciação do produto seria a principal forma de concorrência, considerando a existência de um mercado pouco competitivo em preços e movido por um processo contínuo de diferenciação e inovação de *produtos substitutos próximos entre si* – à luz do quadro conceitual acerca da competição imperfeita [Robinson (1953)]. Essa digressão teórica é dotada de realismo quando se constata que o mercado de planos de saúde atende a nichos diferenciados, mediante a oferta de produtos heterogêneos, *segundo a ocupação, posição funcional e renda, dos diversos grupos sociais e indivíduos* [Teixeira *et alii* (2002)].

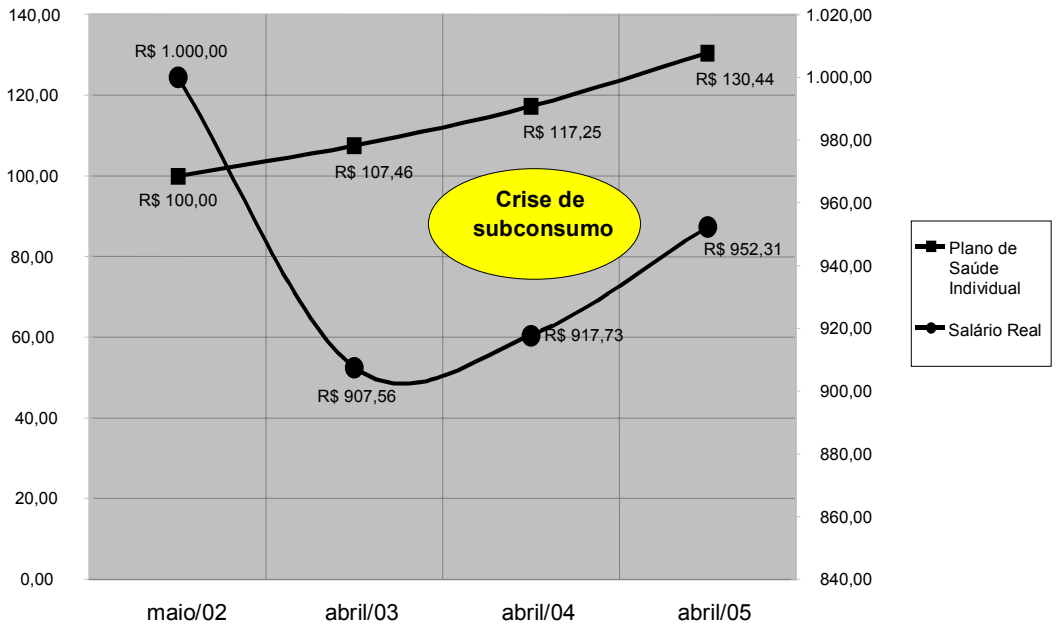
Supõe-se, portanto, que os oligopólios se orientem mais pela *lógica da diferenciação do que pela liderança em custos* [cf. a conceituação de Porter (1989)]. Em especial, para concorrer pela "carteira" dos planos coletivos do rival, na área geográfica de atuação, a diferenciação parece ser um dos meios que conduz os grandes *players* a uma posição vantajosa, no processo de competição. Longe das amarras regulatórias — restrita aos planos individuais novos — a competitividade dos oligopólios permitiria, simultaneamente, manter preços em um limite superior, obter economias de escala de diferenciação e, em poucos casos, realizar lucros extraordinários. Paralelamente, como o mercado não pode mais incorporar os consumidores de baixa renda, com produtos mais baratos e rede de menor qualidade, isso tornaria pouco atrativa a perspectiva de liderar o mercado via achatamento dos custos. Nesse sentido, se o gerenciamento dos custos e riscos continua a ser um imperativo para as operadoras líderes — considerando-se a tendência de custos crescentes dos serviços médicos — em um primeiro exame, aparecem novas oportunidades de crescimento do mercado nos segmentos empresarial e coletivo por adesão, onde predomina a lógica da diferenciação.

Cabe frisar, a retração dos planos individuais se deveu à convergência de vários fatores. Do lado da oferta, poderíamos citar *a*) os custos crescentes sem um *shared pooling of risk* estável, como se observa no caso dos planos empresariais; *b*) o aumento dos prêmios e a conseqüente redução da demanda, dada a configuração oligopolista do mercado; *c*) o aumento do custo de entrada, operação e saída das operadoras de planos de saúde, após a adoção das normas regulatórias; *d*) a definição de uma regulamentação contrária à subsegmentação da cobertura, no contexto dos planos individuais novos; e *e*) o acirramento da competição no segmento dos planos empresariais, decorrente em boa medida da *crise de subconsumo* dos individuais [Ocké-Reis (2005*b*)].

Essa crise de subconsumo, obviamente, tem raízes do lado da demanda, e não se pode dizer que isso tenha sido um reflexo automático do Estatuto do Idoso, aprovado em outubro de 2003, que proibiu o aumento do preço dos planos de saúde para as pessoas acima de 60 anos, nos contratos após 2004. Afinal de contas, as operadoras de planos de saúde reagiram ao Estatuto pressionando a agência reguladora para sancionar uma elevação nos preços. De tal modo que, como a vedação do aumento se referia a um mercado em vias de extinção (o mercado de planos individuais novos para idosos), o Estatuto acabou sendo instrumentalizado pelas operadoras para justificar o aumento acentuado do preço inicial dos planos individuais novos, ao longo das demais faixas etárias criadas para "calibrar" a reivindicação bem-intencionada do Estatuto.

Ao nosso ver, parte da crise de subconsumo reside exatamente nessa pressão por preços ascendentes, cada vez mais em descompasso com os salários decrescentes. Vejamos: comparando-se, por exemplo, a evolução do salário real e dos planos de saúde, entre maio de 2002 e abril de 2005, estimou-se que o consumidor ganha R$ 1.000, pagando R$ 100 pelo plano, no início do período. Em três anos, vê-se que, corrigindo-se o seu salário pela inflação, ele cai para R$ 952,31, enquanto, no mesmo período, o prêmio sobe para R$ 130,44. Ao final, o poder aquisitivo do consumidor diminuiu, devido à redução do salário real e ao aumento do plano individual de saúde em 30 pontos percentuais (Gráfico 2). Em síntese, a procura caiu com a queda do rendimento médio real das pessoas ocupadas e, dessa forma, o pólo dinâmico do mercado se volta agora para as classes médias situadas no estrato superior de renda, classes em geral vinculadas ao mercado formal de trabalho. Não é à-toa que os planos coletivos alcançam hoje 80% do mercado, segundo recente depoimento do presidente da ANS, em julho de 2005.

GRÁFICO 2
SALÁRIO REAL *VERSUS* PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL — MAIO/2002-ABRIL/2005
[em reais]



Fonte: IBGE/PME e IBGE/IPCA. Elaboração: Ipea/Dimac.

Do ponto de vista político-administrativo, se a ANS continuar regulando apenas os preços dos planos individuais, *esse* tipo de regulamentação, dentro de pouco tempo, pode perder um pouco do seu sentido, se admitirmos que venha a acontecer o que se viu nos Estados Unidos, *onde o seguro individual é atualmente lá apenas uma categoria residual* [Glied (2001)]. Tão ou mais importante que essa constatação, é perceber que, em que pese a abrangência mais ampla do Programa de Qualificação, *a Agência está mesmo distante do pólo dinâmico do mercado de planos de saúde, presidido pelo nexo da concentração e diferenciação, e que tem à frente as grandes operadoras e seus planos empresariais, permitindo quase, conscientemente ou não, a auto-regulação desse nicho de mercado*. Essa reflexão, se levada às últimas conseqüências, colocaria em xeque a própria existência da ANS.

2.3 O PAPEL DA AGÊNCIA REGULADORA

É provável que os planos individuais terão em breve apenas uma participação residual no mercado. Surge, assim, a necessidade de se ampliar a abrangência da regulamentação (preço e cobertura dos planos empresariais) e de se consolidar as ações regulatórias no tocante à interação do sistema público e privado. Em especial, apesar de o Programa de Qualidade pautar corretamente uma agenda acerca da qualidade dos serviços prestados na saúde suplementar, torna-se crucial monitorar as operadoras que detêm posição de liderança, cuja lógica de rentabilidade pressiona preços, intensifica barreiras à entrada, exige a ampliação de subsídios fiscais, e assim tendem a configurar um quadro que ameaça a autonomia da Agência, no bojo da concentração de mercado de planos de saúde.

Considerada a existência de um mercado oligopolista e diferenciado, as operadoras, quando não confrontadas pelos grandes empregadores, se sentem à vontade para reivindicar reajustes (*upstream*) dos planos empresariais — a olho nu *indexados* ao teto de reajuste dos planos individuais definido pela ANS —, o que favorece o aparecimento de uma estranha *inércia inflacionária* no setor, fenômeno econômico já estudado pela literatura [Lopes (1986)]. Além do mais, em função do poder de oligopsônio de tais operadoras (*downstream*), o ajuste dos custos se dá mediante o barateamento do preço médio dos médicos e dos procedimentos hospitalares, com impactos consideráveis sobre a qualidade do material dos insumos e dos serviços médicos, dado o baixo *poder de barganha* dos prestadores [Duarte (2003)].

Porém, cabe aqui um comentário. De uma parte, os prestadores médico-hospitalares, dependendo do modelo de gestão de risco da operadora, estão espremidos entre os custos crescentes e o *mau pagador*, salvo aqueles que contam com estrutura empresarial própria, larga reputação, ou ainda, o monopólio da prestação — seja por motivos tecnológicos, seja pela localização geográfica. Nesse último caso, é provável que se observem abusos econômicos da parte dos próprios prestadores hospitalares, como vem ocorrendo, ultimamente, nos Estados Unidos [Halvorson e Isham (2003)]. De outra parte, observa-se que as chances de um consumidor mudar de operadora (ou de plano) sem ter prejuízo — na tentativa de fugir dos altos preços, da cobertura precária e das carências —, sem tomar prejuízo, são muito remotas. Na verdade, tal mudança pode significar para o consumidor dispêndios financeiros adicionais, perda de qualidade na atenção médica e, em casos extremos, sérios danos à

saúde. Isso ocorre com os usuários de planos individuais, mas se dá igualmente com os afiliados aos planos empresariais. Esses últimos, em geral, excetuando-se os executivos e as categorias de trabalhadores mais organizadas, abrangem uma soma de indivíduos não-organizados, sem poder de barganha sobre os contratos realizados pela patrocinadora (os empregadores).

Em suma, pode-se alegar que um mercado concentrado e pouco competitivo em relação aos preços tende a provocar efeitos negativos sobre a qualidade da atenção médica assistida aos consumidores. Mas, ora, não é exatamente essa idéia-força — a qualidade — que a agência reguladora pretende difundir como eixo organizador da sua política, para estabilizar o marco regulatório do mercado de planos de saúde?

3 A INTERVENÇÃO DA ANS

Essa configuração do mercado e as peculiaridades do setor saúde desafiam a capacidade de atuação da ANS e das instituições antitruste — leia-se Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade), Secretaria de Acompanhamento Econômico (Seae) do Ministério da Fazenda, e Secretaria de Direito Econômico (SDE) do Ministério da Justiça, que compõem o Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência (SBDC).

Vale notar, embora alguns autores já reconheçam o processo de concentração em curso no mercado de planos de saúde [Nitão (2004)], que é escassa a produção de estudos que investiguem os efeitos sistêmicos dessa concentração sobre o *mix* público/privado da saúde no Brasil, abordando possíveis caminhos e condutas a serem adotadas pela ANS em face desse movimento.

Grosso modo, o grau de concentração de um mercado espelha o seu nível de competitividade, pois reflete o poder de mercado e o *market share* das empresas. No mercado de planos de saúde, tal grau pode ser mensurado e avaliado por meio de um índice de competição chamado Herfindahl-Hirschman e a assertividade da política regulatória está associada ao grau de concentração, na medida em que o poder de mercado — em tese — poderia interditar uma regulação efetiva de preços, cobertura, acesso e qualidade [ver Robinson (2004)].

À primeira vista, o caso norte-americano parece municiar, *mutatis mutandis,* a ANS de elementos que podem contribuir para o enfrentamento de problemas oriundos da concentração. Observou-se lá que, se determinado tipo de regulação produziu preços mais baixos e maior cobertura, isso dependeu do número de operadoras e do nível de concentração do mercado [Chollet *et alii* (2000)]. Ademais, constatou-se que foi difícil internalizar os supostos ganhos de eficiência, isto é, fazer com que os agentes regulados produzissem, de fato, preços competitivos, em especial na regulação dos *public utility services* [Kahn (1998)]. De tal modo que tudo indica que não será trivial solucionar os efeitos negativos de longo prazo das fusões das seguradoras de saúde sobre os pacientes e os médicos [AMA (2004)].

Poderíamos tirar lições ainda da própria dinâmica do mercado brasileiro, cujo movimento repõe, continuamente, os desafios da Agência para estabilizar preços e garantir a qualidade da cobertura, em um ambiente regulatório em que se busca convergir interesses conflitantes entre operadoras, prestadores e consumidores. Em

especial, o reajuste anual definido pela ANS para a remarcação dos preços não representa um tabelamento do valor nominal dos planos individuais novos. É tão-somente um percentual máximo de reajuste fixado a cada ano — um teto — que delimita a variação dos prêmios, ou seja, a margem de aumento dentro do marco legal, para aqueles contratos com mais de um ano de vigência, que hoje alcançam apenas 13,5% do mercado [ANS (2005)]. *Desse modo, segundo a Lei 9.656, da regulamentação, não existe, estritamente falando, um controle dos preços dos planos individuais e tampouco dos empresariais, mas sim a demarcação de um teto de reajuste dos preços dos planos individuais novos, a partir do ano 2000*. Além do mais, dada a estratégia de diferenciação, os contratos podem até ser agrupados e demarcados por grandes segmentos (ambulatorial, hospitalar etc.), mas os planos são facilmente transformados em um novo produto.

Ora, nesse quadro, para tentar garantir uma regulação mínima sobre o nível e a evolução dos preços dos planos de saúde — em que pese a decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) de agosto de 2003 — a Agência poderia, ao menos, ter impedido que a ineficiência que pairou sobre os contratos dos planos individuais antigos fosse repassada aos consumidores, seja por meio do Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos (Piac), seja por meio de reajustes abusivos de preço, no contexto dos termos de ajustamento de contratos assinados no final de 2004, entre a ANS, Bradesco, Sul América, Amil e Golden Cross.

Apesar de terem atuado dentro da legalidade à época e apesar de as "carteiras" terem sido montadas em outras condições de mercado, isso não isenta as operadoras de responsabilidade corporativa por não terem formado fundos financeiros de longo prazo nos contratos dos planos individuais antigos, que previsse o aumento da taxa de utilização e o conseqüente desequilíbrio da sinistralidade da *carteira*, por conta da elevação da idade média dos usuários; fundo esse, é bom lembrar, *que as obrigaria a diminuir o percentual e o montante dos lucros retidos*. Ademais, esses contratos foram concebidos no bojo de um contraditório padrão de competição, para o qual a promoção do uso da tecnologia médica como fator de garantia da resolubilidade dos serviços era a principal arma mercadológica para atrair a clientela da medicina privada, o que acabou favorecendo tanto a prática do *moral harzard*, quanto a contratação de serviços mais caros de hotelaria, aumentando os custos finais da prestação médica. Assim, as operadoras que detêm hoje essa *massa* forçam, muitas vezes — o pior — dentro da lei, a saída dos usuários crônicos e idosos por meio do estabelecimento de tetos de utilização, co-pagamentos e fixação de altos preços abusivos.

Pode-se discordar dessa interpretação, alegando que a repactuação em torno do reajuste de preços dos planos individuais antigos se origina e se explica, em parte, devido ao aparecimento de novos custos trazidos pela Lei 9.656. No entanto, gostaríamos de apontar um aspecto que parece emergir dessa controvérsia: em um primeiro exame, o que aconteceu foi que *a ANS não teve força para impedir que a ineficiência das operadoras*, verificada nos contratos dos planos individuais antigos, fosse hoje repassada — diminuindo o bem-estar dos consumidores seja em relação ao aumento dos prêmios, seja em relação à perda de qualidade da atenção médica. Em outras palavras, apesar da ausência de dados fidedignos, é plausível levantar a hipótese de que *as empresas líderes, com seu poder de mercado, beneficiadas por suas marcas e pelo*

tamanho da sua carteira de usuários, criaram um cerco à política regulatória da ANS, pressionando o reajuste de preços dos planos individuais antigos, beneficiadas pela decisão do STF de não reconhecer a agência reguladora como instância responsável pela regulação dos contratos estabelecidos antes da Lei. Será que não teríamos alguma lição a aprender com o exame dessa proposição?

À luz das experiências norte-americana e brasileira, faz sentido argumentar que, caso se pretenda incrementar o nível da qualidade da atenção médica privada, se deveria acompanhar e monitorar os efeitos colaterais do movimento de concentração capitaneado pelas operadoras que detêm uma posição de liderança, com vistas à relativização do seu poder de mercado. Caso contrário, é possível imaginar que as ações regulatórias em busca da qualidade se convertam em medidas que acabem favorecendo os oligopólios privados, considerando-se que estes possuem claras vantagens competitivas para arcar com os custos de um programa dessa natureza, na *saúde suplementar*.

3.1 A AGENDA DA QUALIDADE

Há pouco tempo foi implementado pela ANS o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar [ANS (2004)]. Trata-se de uma iniciativa inovadora, que busca o equilíbrio atuarial da "carteira" dos planos e a melhoria da qualidade, considerados todos os atores e dimensões de funcionamento do setor. E mais do que isso: acredita-se que esse programa terá condições de produzir impactos significativos sobre o perfil da oferta de serviços, ao desenhar um conjunto de incentivos — econômicos e assistenciais — voltado às operadoras e prestadores. Espera-se, assim, dotar o subsistema privado de maior eficiência, como é debatido por Donaldson *et alii* (2005).

Cumpre assinalar, entretanto, recorrendo mais uma vez ao caso norte-americano, que estudos acerca *da qualidade da assistência à saúde, em ambientes de atenção gerenciada evidenciaram o latente conflito entre níveis de qualidade e o controle dos custos,* além de sugerirem que *as práticas vigentes do* "managed care" *não conduziram à combinação desejada de* "qualidade com menores custos" [Ugá *et alii* (2002)]. Não podemos asseverar se esse *déficit de eficiência* ocorrerá no caso brasileiro, mas essas evidências reforçam as suspeitas de que as medidas oriundas do Programa de Qualificação, embora necessárias para emprestar maior eficiência ao subsistema privado, não serão suficientes para afiançar a concorrência regulada, levando-se em conta as características pouco competitivas do mercado de planos de saúde no Brasil.

Essa foi a agenda escolhida pela ANS, porque, aparentemente, essa opção oferece menores resistências políticas na atual correlação de forças, além de conferir legitimidade à gestão da Agência a partir de um eixo consensual perante agentes econômicos com interesses tão díspares. Desse modo, as medidas e ações do Programa de Qualificação sedimentariam, de alguma forma, os preceitos normativos da ANS em defesa do consumidor, da concorrência regulada e do interesse público. Essa mediação parece razoável, mas o processo de saneamento das operadoras não deve ser confundido, mecanicamente, com a melhoria da qualidade da atenção médica prestada na *saúde suplementar*. Em outras palavras, não se pode desconsiderar que os efeitos colaterais da concentração sobre os consumidores e prestadores podem

resultar em uma perda de qualidade — embora seja hoje possível responder a esse movimento de concentração por meio da lei da regulamentação, do Cade e do próprio Código de Defesa do Consumidor (CDC).

Se o Programa de Qualificação fosse visto como um instrumento de ação no sentido de privilegiar tão-somente a *redução do* "atrito" *e dos custos políticos e administrativos associados aos contratos e ao tipo de governança, no sentido de favorecer as melhores e mais fluidas relações contratuais, mesmo que à custa de um número mais reduzido de competidores* [Ribeiro (2004)], tal programa atenderia as tarefas postas à agência reguladora. No entanto, superando essa abordagem de cunho institucionalista, se fossem cobrados resultados e mecanismos para refrear o poder de mercado dos oligopólios, o Programa de Qualificação não teria condições de preencher essa lacuna.

Pode-se alegar que tal programa não foi desenhado com esse objetivo, obviamente. Contudo, mesmo supondo que, na margem, haja uma melhoria da qualidade dos serviços prestados pelo mercado, sem reduzir o poder de mercado dos grandes *players*, seu objetivo central (a qualificação) será objeto de permanentes conflitos, sem falar dos possíveis desdobramentos negativos sobre o SUS.

Partimos da premissa de que as operadoras líderes, fortalecidas pelo processo de concentração, teriam maiores chances de capturar a ANS nos termos apresentados por Viscusi *et alii* (1996): *promovendo, de forma deliberada ou não, a rentabilidade do mercado, em detrimento do bem-estar social dos consumidores*. Na mesma direção, tais operadoras teriam força para exigir a ampliação de subsídios fiscais, o que acabaria prejudicando o SUS, se considerarmos que os *mecanismos financeiros privados tendem a embaraçar o financiamento público das políticas de saúde* — como evidenciado por Tuohy *et alii* (2004) — em nível internacional.

Entretanto, um ponto merece ser destacado como possível desdobramento do Programa de Qualificação. Seus resultados devem produzir um terreno favorável à criação de *benchmarks*, possíveis demiurgos da reforma das instituições do mercado, empresas-modelo projetadas com vistas à redução das práticas oligopolistas; à interdição dos abusos econômicos; e à regulação da incorporação tecnológica produzida e alimentada pelo *complexo médico-industrial* [Relman (1980)] — cuja lógica tende a provocar *sobreutilização e fragmentação dos serviços, estresse tecnológico, creamskimming e aumento de custos* [Geyman (2003)]. Cabe assinalar, se considerarmos a formulação de Gadelha (2003), os *benchmarks* teriam, provavelmente, um papel relevante a desempenhar, já que o setor saúde constitui tanto um espaço importante da cadeia produtiva keynesiana, *quanto uma área que requer uma forte presença do Estado e da sociedade para compensar as forças de geração de assimetrias e de desigualdade associadas à operação de estratégias empresariais e de mercado*.

Em suma, o processo de negociação e implementação em torno do Programa de Qualificação ensinará lições importantes sobre o desenho adequado acerca da regulamentação dos planos de saúde. No entanto, olhando os casos norte-americano e brasileiro (com um mercado concentrado e diferenciado, que pressiona por aumentos sistemáticos de preços), argüimos se o Programa de Qualificação refreará o movimento de concentração, mesmo porque ele não foi planejado com essa

finalidade; e esse quadro adicionará mais problemas para o cumprimento dos preceitos normativos da ANS. Desse modo, seria ingenuidade crer que a *agenda da qualidade* aceite soluções de soma positiva, onde todos os grupos afetados pela política teriam a ganhar, permitindo-se soluções ótimas ou unânimes — tomando como base a tipologia descrita por Costa *et alii* (2001).

Caberia refletir, finalmente, a oportunidade de se reformar o mercado, por meio da difusão de *novos modelos de gestão na saúde privada*, de modo a acumular força para relativizar o poder dos oligopólios, em prol do bem-estar da população coberta pelo sistema privado de saúde.

4 A CRIAÇÃO DE EMPRESAS-MODELO

Considerados os problemas referidos no tocante à concentração do mercado de planos de saúde, propõem-se novas formas de gestão para "mediar" os efeitos deletérios dessa concentração. Não se explora um caso concreto ou um tipo ideal de empresa-modelo na área da *saúde suplementar* — gostaríamos apenas de apresentar alguns pressupostos que precisariam ser atendidos, para a criação dos *benchmarks*.

Em particular, se o Estado fortalecesse seus laços financeiros e institucionais com o "terceiro setor" — entendido na área da saúde enquanto segmento *que não é nem estatal nem mercantil, ou seja, são organizações sociais que, por um lado, embora sejam privadas, não visam ao lucro e, por outro lado, animadas por objetivos sociais, públicos ou particulares, não são estatais* [cf. Santos (1999)] — as empresas-modelo funcionariam como um contrapeso à dinâmica dos oligopólios, sendo uma das formas de concretização desse exercício. Não se quer desconsiderar, dando ênfase a uma análise centrada na dicotomia Estado/mercado [ver Tuohy (1999, Cap. 1)], a existência de outras dimensões de análise relevantes no exame da estrutura do processo decisório de um sistema de saúde, em especial, o papel da categoria médica e dos profissionais de saúde [cf. Oliver e Mossialos (2005)].

Porém, observando tais limitações, queremos tão-somente enfatizar o seguinte aspecto: *se não for possível reinventar o sistema de saúde fora das relações de mercado e de suas tendências à exclusão na atual correlação de forças, cobremos ao menos que o Estado use seu poder oligopsônico (de compra) como instrumento de relativização e mediação do poder do capital nessa esfera*, em sinergia com aquelas operadoras que possam servir de farol na regulação de preços, padronização da cobertura, melhoria da qualidade da atenção médica, implantação de arranjos organizacionais solidários (subsídios cruzados) e sobretudo no cumprimento de metas clínicas e epidemiológicas, definidas pelo Ministério da Saúde (MS).

Sabe-se que o mercado de planos de saúde se reproduziu, historicamente, gozando de incentivos governamentais e das benesses oriundas da ausência de um quadro regulatório. Mas, agora, com base na própria Lei da Regulamentação e no CDC, a Agência teria condições de estimular o fomento desses novos modelos de gestão, sem prejuízo dos consumidores e prestadores médico-hospitalares, para contra-arrestar o movimento de concentração capitaneado pelas grandes operadoras. Agregada ao Programa de Qualificação, a criação de *benchmarks* seria uma boa

alternativa para ajudar a implementar os preceitos normativos da agência reguladora em defesa do consumidor, da concorrência regulada e do interesse público.

Contudo, a viabilidade desse arranjo organizacional exigiria a reformulação do modelo regulatório, combinando-se a regulamentação de uma atividade privada, orientada pelo interesse público, com o regime de concessão dos serviços públicos. Para incrementar a capacidade de *enforcement* da ANS, parece vantajoso alterar o artigo 199 da Constituição Federal e o artigo 21 da Lei 8.080 — onde se lê que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada — criando-se uma salvaguarda constitucional para desenvolver o planejamento e organização do financiamento dos serviços privados de saúde. No tocante ao regime de concessão, a própria doutrina jurídica destaca *o maior âmbito do poder regulamentar incidente sobre os serviços públicos delegados, que permanecem sob a titularidade pública, se comparado com o existente nos setores da economia não-publicizados* [cf. Aragão (2002)].

A atuação dos *benchmarks* pode ser vista como um mecanismo adicional para induzir uma reforma *pública* das instituições do mercado, ao servir de parâmetro para a regulação dos contratos de direito privado, de acordo com os valores, normas e costumes da ANS e do MS. Apresentamos a seguir, genericamente, dois modelos organizacionais, cuja possibilidade de resposta em relação aos efeitos colaterais da concentração pode variar, observados os diferentes padrões de competição e modelos de gestão de risco. Essa iniciativa pode, igualmente, *ilustrar a necessidade de definir políticas dentro dos sistemas de saúde que assegurem a coerência entre as avaliações e os processos regulatórios* [Wait (2004)].

a) *Definição de empresas modelo*, quer por suas características gerais, quer por seu comportamento no mercado.

Em tese, parece razoável indicar organizações que apresentam uma *performance* satisfatória, combinando doses de eficiência e eqüidade, de modo que a Agência identificasse no seu preço, cobertura, solidariedade organizacional e aderência às políticas de saúde, elementos que poderiam funcionar como um farol para a regulação do mercado. Dentro da perspectiva de se estimular um papel proativo dos empregadores, públicos e privados, na gestão da saúde privada, destacam-se — sem prejuízo de se recomendar outras modalidade de pré-pagamento — os planos de autogestão, em particular os típicos sistemas mutualistas de financiamento e administração, devido ao caráter não-lucrativo, à presença de subsídios cruzados entre os diferentes grupos de risco e de renda, e aos baixos custos de comercialização e intermediação. Mas, certamente, isso exigiria uma discussão pormenorizada sobre os problemas gerenciais enfrentados pelas entidades de autogestão que atuam nas instituições governamentais e nas sociedades de economia mista.

b) Instituição de novas estruturas organizacionais, no que se compreende:

- Montagem de um *fundo de solidariedade* no âmbito de um programa de ajustamento de riscos dos contratos individuais das operadoras de planos de saúde [Van de Ven *et alii* (2000) e Wanick (2005)].

Esse ajustamento de risco seria baseado em uma metodologia de apreçamento dos contratos individuais, que combina o oferecimento de recursos destinados aos tratamentos cobertos pelos contratos com prêmios ajustados aos custos médico-

assistenciais. O ajuste de tais prêmios se daria junto com a criação de um fundo de solidariedade, que, por sua vez, garantiria um subsídio aos usuários de alto risco oriundo daqueles de baixo risco. Nesse caso, a legislação deveria admitir a retenção de lucros ou criação de fundos solidários de longo prazo (com flexibilidade do sigilo comercial).

- Criação de *sponsors,* ativos agentes coletivos do lado da demanda, para intermediar a contratação das operadoras de planos de saúde.

Por orientar a demanda — seguindo, em parte, a experiência do *"managed competition"* norte-americano [Almeida (1999) e Hacker (1997)] — tais entidades deteriam um poder de persuasão para incentivar as operadoras a adotar um tipo de gestão, segundo o modelo do *benchmark* definido, democraticamente, pela agência reguladora.

No caso brasileiro, tais agentes seriam representados por uma instância oriunda da própria Agência ou do MS. Se quisermos adotar uma via mais corporativa, essa representação se daria mediante os sindicatos patronais ou pelas centrais sindicais, com apoio dos órgãos de defesa do consumidor. Em relação às pequenas e médias operadoras seria possível pensar na atuação no Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (Sebrae).

- Constituição de *planos de saúde* "co-gestionários" entre servidores públicos e governo federal, contando com a participação das instituições públicas.

Devido à larga escala do número de usuários e ao volume do gasto federal com a assistência médica dos servidores, o plano seria, a princípio, dotado de uma boa capacidade de gestão e sua centralização permitiria um corte nos gastos de custeio da máquina burocrática. Além disso, contaria com um poder razoável de negociação junto aos prestadores médico-hospitalares, usando o seu poder de oligopsônio para calibrar preços, mas sem ajustes que contrariassem a qualidade dos serviços privados prestados.

Apesar de essa proposta ser pouco crível na atual conjuntura política, inclusive a sua versão de *plano de cobertura única*, o próprio Alain Enthoven, comprometido com a introdução de mecanismos de mercado para incentivar os prestadores a alcançar melhores resultados no que se refere à satisfação dos pacientes e à redução dos custos, afirmou que *o fato de que alguma coisa é feita no setor privado não significa que incentivos econômicos racionais sejam aplicados. O fato de que alguma coisa é feita no setor público não significa que incentivos econômicos racionais deixem de ser aplicados. Afinal, nos Estados Unidos, são os empregadores do setor público que têm feito o melhor trabalho na implementação de estruturas econômicas racionais para a atenção médica dos empregados* [Enthoven (2002)].

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em direção à unicidade do SUS, seria oportuno regulamentar o mercado na própria Constituição. Antes, entretanto, parece fundamental discutir qual deve ser o tamanho e o papel do mercado de planos de saúde, com vistas a integrar os sistemas público e privado, à luz das diretrizes constitucionais. Seria pouco realista propor medidas concretas quando se desconhece o papel do mercado de planos, mas é necessário

definir também qual é a sua função social. Desse modo, não se apregoa uma posição *par excellence* antimercado, mas na área da *saúde suplementar* é razoável reivindicar espaço apenas para o funcionamento de um mercado devidamente regulado.

Desenvolveu-se neste trabalho a hipótese de que a concentração do mercado de planos de saúde deve alterar o padrão de competição, ampliando as barreiras à entrada e o nível de preços, em especial, devido ao poder de mercado das operadoras líderes não se descartando, portanto, a presença de *anéis burocráticos* indesejáveis, isto é, a captura da ANS. Só — e somente nesses termos — se questiona o fato de haver uma falsa expectativa de que os oligopólios privados funcionem como saneadores da crise econômica dos planos, mediante um processo de concentração, o que sancionaria um estranho *laissez-faire* regulatório; ou seja, quando a Agência uniformiza as regras de funcionamento do mercado, fiscaliza as irregularidades econômico-financeiras das operadoras e elimina as empresas fraudulentas, isso acaba, paradoxalmente, favorecendo uma concentração em favor das grandes operadoras, o que vai de encontro aos preceitos normativos da ANS em defesa do consumidor, da concorrência regulada e do interesse público.

A introdução de *benchmark* somada à implementação do Programa de Qualificação colaboraria no processo de migração e adaptação dos planos antigos; na redução da burocracia advinda da excessiva regulamentação (quantidade de normas); na diminuição dos custos dos empregadores com planos de saúde; na alienação da "carteira" dos usuários e na transferência do controle (acionário e securitário) das operadoras, de acordo com os critérios definidos pela diretoria colegiada, em consonância com a Câmara de Saúde Suplementar (CSS), o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a sociedade civil organizada.

Se as empresas-modelo vão atuar cooperativamente com o SUS, isso será delimitado, de uma parte, pela lógica e ritmo da concentração do capital e pela abrangência da seleção de riscos pretendida pelas operadoras de planos de saúde. De outra, será delimitado pela capacidade de a ANS regular o pólo dinâmico das operadoras de planos e de convencer a sociedade civil organizada e os próprios agentes econômicos sobre a importância de se estabelecer uma agenda de reforma das instituições do mercado, norteada pela Constituição de 1988. Para isso, é condição *sine qua non* aprofundar a discussão acerca das implicações da adoção desse novo marco regulatório na área da *saúde suplementar*, em especial sua viabilidade financeira de longo prazo e sua legitimidade para mediar os conflitos político-administrativos.

Nesse contexto, deve-se criar um bloco histórico para alterar a atual correlação de forças, que, de um lado, *defenda o SUS*, mediante o aumento do gasto público em saúde e a melhoria da qualidade desse gasto, e, de outro, *empurre as instituições do mercado ao pólo da cidadania*, mesmo sabendo-se da tendência crescente dos custos e da ocorrência de gastos catastróficos e dos baixos salários, do lado econômico, e da incerteza do risco de adoecer e das dúvidas quanto à eficácia da intervenção médica, do lado da saúde pública.

Com uma abordagem diversa, mas intuindo que era preciso alterar o *mix* público/privado de saúde — cujo arranjo, hoje, é desfavorável ao SUS, se considerarmos o seu componente hospitalar majoritariamente privado — o secretário de gestão participativa do MS, Sérgio Arouca, queria discutir com empresários e

sindicatos a possibilidade de o SUS substituir os planos empresariais privados na cobertura dos serviços médicos dos empregados; em outras palavras, o SUS receberia recursos diretamente dos empregadores. Segundo Arouca, sem desconhecer os problemas relativos à estratificação de clientela, a idéia *seria trazer os trabalhadores e a classe média para o SUS. Não estamos interessados no dinheiro. Esses grupos seriam capazes de exercer uma pressão constante para melhorar a qualidade do serviço e a humanização do atendimento* [Arouca (2003)].

Para se implementar um modelo de proteção social na área da saúde, onde o *mix* público/privado se recrie e se desenvolva à luz do direito de cidadania, *propomos* a publicização do mercado de planos de saúde e, conforme Ribeiro, Piola e Servo (2005) e Ocké-Reis, Ribeiro e Piola (2001), a expansão e alocação mais eficiente dos recursos financeiros destinados ao SUS. Dessa maneira, ao reconhecer o caráter meritório da política de saúde universalista, reservamos aos planos de saúde um papel tão-somente — e de fato — *suplementar*. A superação do quadro de pobreza absoluta e desigualdade social exige a consolidação do SUS, embora essa proposição se complexifique no quadro de restrição fiscal. *Afinal, redistribuir implicaria limitar os gastos privados e ampliar os custos de manutenção dessa política; e o Estado não pode ser indiferente ao crescimento dos custos da atenção médica, sejam públicos ou privados* [Remler *et alii* (2005)].

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. M. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: Experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 4 n. 2, p. 263-286, 1999.

_____. *O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: Panorama atual e tendências da assistência médica suplementar*. Brasília, Ipea (Texto para Discussão, 599.)

AMA – American Medical Association. Antitrust reform: physicians need the right to negotiate. *Amednews*, v. 47, n. 33, 2004. Editorial. Disponível em: www.ama-assn.org/amednews/2004/09/06/edsa0906.htm.

ANDREAZZI, M. F. S. *Teias e tramas: relações público-privadas no setor saúde brasileiro dos anos 90*. Tese de doutorado. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002, 350 p.

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Dados do setor*. ANS, Rio de Janeiro, 2005, mimeo. Disponível em www.ans.gov.br/portal/site/dados_setor.

_____. *Qualificação da saúde suplementar*: *Uma nova perspectiva no processo de regulação*. ANS, Rio de Janeiro, 2004, mimeo.

ARAGÃO, A. S. *Agências reguladoras e a evolução do direito administrativo econômico*. Rio de Janeiro: Forense, 2002.

AROUCA, S. *Governo vai propor SUS nos contratos coletivos nos cofres públicos*. Entrevista concedida ao jornal 'O Estado de S. Paulo' no dia 13 de março, São Paulo, 2003, mimeo.

BAUMOL, W. J. Health care, education, and cost disease: a looming crisis for public choice. *Public Choice*, v. 77, n. 1, p. 17-28, 1993.

CHOLLET, D. J., KIRK, A. M., SIMON, K. I. *The impact of access regulation on health insurance market structure.* Documento submetido ao US Department of Health and Human Services, Washington, 2000. Disponível em www.aspe.hhs.gov/health/reports/impact.

CUTLER, D. M., ZECKHAUSER, R. J. The anatomy of health insurance. In: CULYER, A. J., NEWHOUSE, J. P. (eds.). *Handbook of health economics*. Amsterdam: North-Holland Press, v. 1A, 2000.

COSTA, N. R., CASTRO, A. J. W. O regime regulatório e a estrutura do mercado de planos de assistência à saúde no Brasil. In: MONTONE, J., CASTRO, A. J. W. (orgs.). *Documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003*. Rio de Janeiro: MS/ANS, 2004, Tomo I.

COSTA, N. R. *et alii*. O desenho institucional da reforma regulatória e as falhas de mercado no setor saúde. *Revista de Administração Pública*, v. 35, n. 2, p. 193-228, 2001.

DERENGOWSKI, M. G., FONSECA, J. F. Nota introdutória sobre estrutura de mercado, concentração e mercados relevantes. In: MONTONE, J., CASTRO, A. J. W. (orgs.). *Documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003*. Rio de Janeiro: MS/ANS, p. 65-92, Tomo I.

IPEA/PNUD. Planos de Ação. Estudo traz alternativa para operadoras privadas de saúde e causa polêmica. *Desafios do Desenvolvimento*, ano 2, n. 10, p. 18-23, Brasília, maio 2005.

DIEESE. *Banco de dados do Índice do Custo de Vida*. São Paulo, 2005. Disponível em http://turandot.dieese.org.br/bdicv.

DONALDSON, C., GERARD, K., MITTON, C. Efficient purchasing in public and private health care systems: Mission impossible? In: MAYNARD, A. (ed.). *The public-private mix for health. Plus ça change, plus c'est la même chose?* United Kingdom: The Nuffield Trust-Radcliffe Publishing, p. 21-42, 2005.

DUARTE, C. M. R. A assistência médica suplementar no Brasil: história e características da cooperativa de trabalho médico Unimed. In: NEGRI, G. B., GIOVANNI, G. D. (orgs.). *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: Unicamp - Instituto de Economia, p. 21-42, 2005.

DUARTE, E. J. A. *As operadoras de planos privados de assistência à saúde no marco do novo modelo de regulação*. Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003, 105 p.

ENTHOVEN, A. *Introducing market forces into health care: a tale of two countries*. Trabalho apresentado no Fourth European Conference on Health Economics, Paris, 2002, mimeo.

GADELHA, C. A. G. O complexo médico industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 521-535, 2003.

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

GEYMAN, J. P. The corporate transformation of medicine and its impact on costs and access to care. *The Journal of the American Board of Family Practice*, v. 16, p. 443-454, 2003.

GLIED, S. A. Health insurance and market failure since arrow. *Journal of Health Politics, Policy and Law* (Special Issue: Kenneth Arrow and the Changing Economics of Health Care), v. 26, n. 5, p. 957-966, 2001.

HACKER, J. S. *The road to nowhere: The genesis of President Clinton's plan for health security*. New Jersey: Princeton University Press, 1997.

HALVORSON, G. C., ISHAM, G. J. *Epidemic of care: A call for safe, better, and more accountable health care*. San Francisco: Jossey-Bass, 2003.

HASS-WILSON, D. *Managed care and monopoly power. The antitrust challenge*. Cambridge: Harvard University Press, 2003.

IBGE. *Sistema Nacional de Índices de Preços ao Consumidor*. Rio de Janeiro, 2005*a*. Disponível em www.sidra.ibge.gov.br/snipc/default.asp.

_____. *Pesquisa Mensal de Emprego*. Rio de Janeiro, 2005*b*. *Disponível* em www.sidra.ibge.gov.br/bda/pesquisas/pme.

KAHN, A. E. *The economics of regulation: Principles and institutions*. Cambridge: The Massachusetts Institute of Technology Press, v. II, 1998.

LOPES, F. L. P. *Choque heterodoxo; combate à inflação e reforma monetária*. Rio de Janeiro: Campus, 1986.

MAZZUCCHELLI, F. *A contradição em processo. O capitalismo e suas crises*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

MENDES, E. V. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade, 2001, Tomo I.

NITÃO, S. R. V. *Saúde suplementar no Brasil: Um estudo da dinâmica industrial pós-regulamentação*. Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004, 130 p.

OCKÉ-REIS, C. O. A reforma institucional do mercado de planos de saúde: uma proposta para criação de benchmarks. In: PIOLA, S. F., JORGE, E. A. (eds.). *Prêmio em economia da saúde: 1º Prêmio Nacional — 2004: Coletânea premiada*. Brasília: Ipea, p. 289-324, 2005*a*.

_____. Challenges in the regulation of Brazilian private health insurance. *Public Finance and Management,* v. 5, n. 4, 2005*b* (Forthcoming.)

OCKÉ-REIS, C. O., ANDREAZZI, M. F. S., SILVEIRA, F. G. O mercado de planos de saúde: uma criação do Estado?. *Revista de Economia Contemporânea*, v.10, n. 1, abr. 2006 (forthcoming).

OCKÉ-REIS, C. O., RIBEIRO, J. A., PIOLA, S. F. *Financiamento das políticas sociais nos anos 1990: o caso do Ministério da Saúde*. Brasília, Ipea, 2001 (Textos para Discussão 802.)

OLIVER, A., MOSSIALOS, E. European health systems: looking backward to see forward? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, v. 30, n. 1-2, p. 7-28, 2005.

PINHEIRO, R. S. *et alii*. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

PORTER, M. *Vantagem competitiva: criando e sustentando um desempenho superior*. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

POSSAS, M. L. *Dinâmica e concorrência capitalista. Uma interpretação a partir de Marx*. São Paulo: Hucitec-Unicamp, 1989.

_____. *Estruturas de mercado em oligopólio*. São Paulo: Hucitec, 1985.

RELMAN, A. S. The new medical-industry complex. *The New England Journal of Medicine*, v. 303, p. 963-970, 1980.

REMLER, D. K., BROWN L. D., GLIED, S. A. Market versus state in health care and health insurance: false dichotomy. In: NELSON, R. R. (ed.). *The limits of market organization*. New York: Russell Sage Foundation, p. 213-230, 2005.

RIBEIRO, J. M. Restrições de informações, custos de transação e ambiente regulatório em saúde suplementar. In: MONTONE, J., CASTRO, A. J. W. (orgs). *Documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003*. Rio de Janeiro: MS/ANS, p. 147-178, 2004.

RIBEIRO, J. A., PIOLA, S. F., SERVO, L. M. *As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil*. Trabalho apresentado na 2ª Jornada de Economia da Saúde, Belo Horizonte, 2005, mimeo.

ROBINSON, J. V. Imperfect competition revisited. *The Economic Journal*, v. LXIII, n. 251, p. 579-593, 1953.

ROBINSON, J. C. From managed care to consumer health insurance: The fall and rise of Aetna. *Health Affairs*, v. 23, n. 2, p. 43-55, 2004.

_____. Consolidation and the transformation of competition in health insurance. *Health Affairs*, v. 23, n. 6, p. 11-24, 2004.

SANTOS, B. S. Para uma reinvenção solidária e participativa do estado. In: BRESSER-PEREIRA, L. B., WILHEIM, T., SOLA, L. (orgs.). *Sociedade e Estado em transformação*. São Paulo: Unesp, p. 243-271, 1999.

SILVEIRA, F. G., OSÓRIO, R. G., PIOLA, S. F. Os gastos das famílias com saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, p. 719-731, 2002.

TEIXEIRA, A. *et alii*. Nota sobre a regulação dos planos de saúde de empresas no Brasil. *Regulação & saúde: Estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica*. Rio de Janeiro: MS/ANS, p. 19-35, 2002.

TUOHY, C. H. *Accidental logics: the dynamics of change in health care arena in the United States, Britain, and Canada*. New York: Oxford University Press, 1999.

TUOHY, C. H., FLOOD, C. M., STABILE, M. How does private finance affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD nations. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, v. 29, n. 3, p. 359-396, 2004.

VAN DE VEN, W. P. M. M., ELLIS, R. P. Risk adjustment in competitive health plan markets. In: CULYER, A. J., NEWHOUSE, J. P. (eds.). *Handbook of health economics*. Amsterdam: North-Holland Press, v. 1A, p. 755-845, 2000.

VISCUSI, W. K., VERNON, J. E., HARRINGTON JR., J. E. *Economics of regulation and antitrust*. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Press, 1996.

UGÁ, M. A. D. *et alii*. A regulação da atenção à saúde. *Regulação & saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica*. Rio de Janeiro: MS/ANS, p. 245-262, 2002.

WAIT, S. *Benchmarking: a policy analysis*. London: The Nuffield Trust, 2004.

WANICK, A. T. S. Seleção adversa, ajustamento ótimo de risco e regulação dos contratos individuais de planos de saúde. In: PIOLA, S. F., JORGE, E. A. (eds.). *Prêmio em economia da saúde: 1º Prêmio Nacional — 2004: Coletânea premiada*. Brasília: Ipea, p. 261-288, 2005.

WOLF, C. J. Regime da unimilitância nas "cooperativas" Unimed. *Jus Navigandi*, Teresina, a.7, n.113, 25 out. 2003 Disponível em: http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=4213.

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **Ipea** 2006

EDITORIAL

Coordenação
Ronald do Amaral Menezes

Supervisão
Marcos Hecksher

Revisão
Alejandro Augusto S. V. A. Poinho
Eliezer Moreira
Elisabete de Carvalho Soares
Lucia Duarte Moreira
Marcio Alves de Albuquerque
Míriam Nunes da Fonseca

Editoração
Carlos Henrique Santos Vianna
Joanna Silvestre Friques de Sousa
Roberto das Chagas Campos
Emilia Teles da Silva (estagiária)

COMITÊ EDITORIAL

Secretário-Executivo
Marco Aurélio Dias Pires

SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES,
9ª andar – sala 908
70076-900 – Brasília – DF
Fone: (61) 3315-5406
Correio eletrônico: madp@ipea.gov.br

Brasília
SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES,
9ª andar – 70076-900 – Brasília – DF
Fone: (61) 3315-5090
Fax: (61) 3315-5314
Correio eletrônico: editbsb@ipea.gov.br

Rio de Janeiro
Av. Nilo Peçanha, 50, 6ª andar — Grupo 609
20044-900 – Rio de Janeiro – RJ
Fone: (21) 2215-1044 R. 234
Fax (21) 2215-1043 R. 235
Correio eletrônico: editrj@ipea.gov.br

Tiragem: 136 exemplares

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo