

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA

TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 599

O MERCADO PRIVADO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL:

PANORAMA ATUAL E TENDÊNCIAS DA ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR(*)

Celia Almeida(*)

Novembro, 1998

(*) Médica, Mestre em Medicina Social, Doutora em Saúde Pública. Pesquisadora do Departamento de Planejamento e Administração em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. Rio de Janeiro.

Your software may come from the United States, your computer from Singapore, your car from Germany or Japan, and your wine from Chile, but no matter where you are reading this your health care is probably provided from your own country. That may be about to change, particularly if you live in the developing world.

.....Just as more and more of us are fed by American fast food chains, so many of us may receive our health care in some way through American managed health care plans.

Richard Smith, Editor

British Medical Journal, 313(28/September/1996):763-4.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

AS MODALIDADES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLETIVA

A DINÂMICA DA EXPANSÃO: ALGUNS FATORES EXPLICATIVOS

DIMENSIONAMENTO DO SETOR

OS LIMITES DO MERCADO

VINCULAÇÕES COM O SUS

A QUESTÃO DA REGULAÇÃO

As especificidades do mercado privado de assistência médica

A importância da regulação

A regulação da assistência médica suplementar no Brasil

TENDÊNCIAS INTERNACIONAIS

Atenção gerenciada

Competição Administrada

PARA CONCLUIR

SINOPSE

A assistência médica suplementar constitui parte significativa do mercado de serviços privados de saúde no Brasil. Na última década, apresentou um crescimento expressivo, *pari passu* à implantação do Sistema Único de Saúde e à intensificação dos conflitos entre os atores que participam dessa arena setorial, acelerando-se o processo de aprovação de regulação específica. Atualmente, passa por um momento de transformação que pode significar um ponto de inflexão importante em relação aos desenvolvimentos históricos anteriores.

O primeiro objetivo deste texto é traçar um panorama da situação atual e delinear tendências, em geral baseadas em estimativas quantitativas e inferências qualitativas. O segundo é cotejar, a partir das informações disponíveis, a realidade nacional com alguns dados internacionais, na perspectiva de iluminar aspectos críticos e contribuir para o debate.

Na primeira parte, procuramos delimitar a área sob análise, caracterizando a assistência médica suplementar desde a sua origem e descrevendo as modalidades existentes no Brasil. A seguir, analisamos a dinâmica da expansão recente e o dimensionamento do setor, discutindo os limites da expansão desse mercado. Na segunda, avaliamos as vinculações entre o SUS e a assistência médica suplementar. Na terceira, discutimos os pressupostos teóricos da regulação pública dos seguros privados *vis a vis* as especificidades do mercado de assistência médica e analisamos a recente regulamentação no Brasil, comparando-a com as experiências de outros países. Na última parte, analisamos as tendências internacionais, com especial ênfase nos EUA, discutindo as inovações trazidas pelas reformas contemporâneas - *managed care* e *managed competition* - e alertando para o reflexo dessa dinâmica no contexto nacional.

A ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR NO BRASIL:

PANORAMA ATUAL E TENDÊNCIAS^(*)

INTRODUÇÃO

A assistência médica suplementar constitui parte significativa do mercado de serviços privados de saúde. Na última década, apresentou um crescimento expressivo, *pari passu* à implantação do Sistema Único de Saúde e à intensificação dos conflitos entre os diversos atores que participam dessa arena setorial, incluindo-se os usuários dos planos de saúde, e acelerando o processo de aprovação de regulação específica.

Ainda que alguns aspectos relevantes das relações público/privado no setor saúde no Brasil

tenham sido objeto de estudo, a produção sobre essa temática ainda é bastante escassa, em parte pela inexistência de um sistema de informação e/ou de levantamentos de dados confiáveis que permitam afirmações mais conclusivas e balizadas empiricamente.

Pode-se afirmar que a despeito da importância do setor privado em geral, e da assistência médica suplementar em particular, no sistema de saúde brasileiro os aspectos problematizadores do mercado privado de saúde, assim como os correspondentes desenvolvimentos conceituais e analíticos que suscitam, encontram-se ainda em nível quase exploratório. Recentemente, entretanto, verifica-se uma maior preocupação, acadêmica e política, sobre as questões que permeiam o debate sobre o tema, bastante exacerbado na atual conjuntura.

Não obstante, é possível traçar um panorama da situação e delinear tendências, ainda que, na maioria das vezes, baseadas em estimativas (quantitativas) e inferências (qualitativas) a partir dos dados e informações existentes. Este é o primeiro objetivo deste texto. O segundo é cotejar, a partir das informações disponíveis, a realidade nacional com alguns dados internacionais, na perspectiva de iluminar aspectos críticos e contribuir para o debate atual.

AS MODALIDADES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR

Apenas para delimitar a área sob análise, o que caracteriza o mercado de serviços privados de saúde é a natureza mercantil-contratual das relações entre atores que, por sua vez, confere à demanda um caráter seletivo. Nessa perspectiva, o mercado de serviços privados de saúde é composto pelas formas de produção e gestão da assistência médico-hospitalar que têm por objetivo atender a determinada demanda ou clientela restrita (Burgos *et cols*, 1991:85, a partir de Médici, 1991a).

A exigência básica, portanto, é o pagamento pela utilização dos serviços (isto é, a sua compra), que pode assumir diferentes modalidades, desde as mais tradicionais - compra direta pelo usuário ao prestador de serviços - até as mais complexas que envolvem a intermediação de terceiros - contratos entre indivíduos-famílias/empresas com a medicina de grupo, cooperativas médicas e seguradoras, além dos programas suplementares de saúde autogeridos por empresas empregadoras (públicas e privadas).

Não existe na literatura nacional disponível uma conceituação mais elaborada que permita caracterizar com maior precisão os diversos componentes do mercado privado de serviços de assistência médica no Brasil. A primeira delas foi elaborada por Médici (1990) que identifica os segmentos que compõem esse mercado. Na literatura internacional, a denominação de seguro saúde está relacionada com pelo menos duas abordagens, em geral referidas à realidade norte-americana. A primeira, o "seguro tradicional" seria a proteção financeira contra riscos de custos ou perdas grandes e incomuns (ou "catastroficamente caros"). A segunda, e mais recente, diz respeito especificamente à prestação efetiva de assistência médica, isto é, ainda que traga embutida a proteção financeira, é um meio coletivo de financiamento da atenção, garantindo acesso a grupos específicos, a menor custo. Assim, a típica política das companhias de seguro seria o reembolso ao segurado do gasto efetuado com assistência médica, em todo ou em parte, segundo determinados valores estipulados em contratos. Entretanto, de uma maneira geral, as modalidades disponíveis no mercado combinam função de seguro com a de prestação de serviços, o que evidencia que, no plano operacional, a diferenciação é apenas retórica.

As principais formas institucionais de compra e venda de serviços privados de assistência médica no Brasil são:

1. Medicina de Grupo: constituída por empresas médicas similares às *HMOs* norte-americanas, administram planos de saúde para empresas, indivíduos ou famílias, e

trabalham com vários tipos de planos. É a forma dominante no mercado. A abrangência das empresas de medicina de grupo em geral é regional e os maiores grupos atuam nas grandes cidades. A maioria delas (73%) é de pequeno porte (menos de 100 mil beneficiários), são predominantemente contratadoras de serviços e os planos mais vendidos são de natureza "standard". Aparentemente, tem-se constituído um mercado específico para a classe média (mais recentemente para os grupos C e D) e para a parcela melhor situada no mercado formal de trabalho (Medici, 1992:20, dados de 1988). A estrutura de atendimento compõem-se de serviços próprios e credenciados, sendo que as diferentes empresas combinam ou não as duas formas de oferta. O acesso à rede própria ou credenciada é livre e o uso de serviços não credenciados é previsto nos planos mais caros, implicando no ressarcimento dos gastos segundo valores calculados por múltiplos da tabela da Associação Médica Brasileira (AMB) e da Associação Brasileira de Hospitais (ABH), o que não garante a reposição total das despesas efetuadas. Nos planos destinados a pessoas jurídicas a característica é a adesão automática dos empregados, quando os custos são pagos integralmente pelo empregador; no caso dos custos serem rateados entre empresa e trabalhador a vinculação ao plano é opcional. Em alguns casos existe o plano mínimo, obrigatório, custeado pelo empregador, e os demais planos opcionais, com diferentes preços e normas de acesso aos serviços, complementares ao básico. As negociações dos convênios com empresas ou associações profissionais ou grupos específicos podem incluir prazos de carência mais vantajosos, ou mesmo nenhum tipo de carência, para utilização de alguns serviços, assim como valores menores de prestações, dependendo do volume e características da clientela cadastrada. As entidades que representam as empresas de medicina de grupo são a ABRAMGE, criada em 1966, no mesmo ano de constituição da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), o SINAMGE (1987) e o CONANGE (1990).

2. Cooperativas Médicas: é a modalidade onde os médicos são simultaneamente sócios e prestadores de serviços, recebendo pagamento de forma proporcional à produção de cada um (isto é, tipo e quantidade de atendimento), valorada segundo a tabela da Associação Médica Brasileira (AMB), além de que participam do rateio do lucro final obtido pelas unidades municipais (chamadas "singulares"). A UNIMED é a mais forte delas, representando a quase totalidade desse segmento do mercado, e apresentou importante crescimento no final da década dos 80, com difusão em todo território nacional e representações regionais. Segundo seus princípios básicos, todo atendimento deve ser realizado em instalações de cooperados ou credenciados, porém, mais recentemente algumas cooperativas têm investido na aquisição, construção e arrendamento de hospitais (Andreazzi, 1991; Bahia, 1991). Operam com planos de pré-pagamento e a maioria de seus beneficiários é proveniente de convênios-empresa (Bahia, 1991:44). A Confederação das UNIMEDs é a entidade de representação nacional.
3. Planos Próprios das Empresas: são aqueles onde as empresas ou administram programas de assistência médica para seus funcionários (autogestão) ou contratam terceiros para administrá-los (co-gestão ou planos de administração). Na maior parte dos casos das empresas/instituições estatais e da administração pública os programas são geridos pelas próprias empresas ou por instituições privadas sem fins lucrativos (Caixas e Fundações) promovidas e mantidas pelas empresas/instituições (patrocinadoras) conjuntamente com seus funcionários. Os programas de autogestão foram os que mais cresceram nesta modalidade no final da década dos 80. Em geral a autogestão combina a compra de serviços de saúde administrada pela própria empresa com outras modalidades e algumas empresas ainda acrescentam o "auto-seguro" para contornar a ampliação dos limites para uso da livre-escolha e a cobertura adicional para aposentados (Medici, 1992). Em ambos os casos o ônus adicional é coberto pelo empregado. As contribuições patronais das fundações de previdência fechada ao custeio do plano de benefícios previdenciários não podem ser inferior a

30% do total. No que toca à assistência à saúde, a contribuição da patrocinadora varia e a contribuição do empregado é definida segundo taxação progressiva sobre seus salários, na maioria dos casos descontada da folha de salários. Algumas empresas financiam integralmente planos básicos para seus empregados mas, na maioria delas existe também a participação do empregado, além dos planos complementares, opcionais, com diferentes valores e formas de acesso aos serviços, inclusive com livre-escolha e reembolso (são raros os casos em que os funcionários contribuem com mais de 50%) (Médici, 1992:12). Esta modalidade teve um crescimento importante no final da década de 80. As entidades que a representam são a ABRASPE e o CIEFAS.

4. Seguro Saúde: classicamente, é a modalidade onde há intermediação financeira de uma entidade seguradora que cobre ou reembolsa gastos com assistência médica, ao prestador ou ao segurado, segundo as condições estabelecidas em contrato. Ou seja, as seguradoras não seriam prestadoras de serviços, mas cobririam os custos por ocasião de "sinistros" relativos à saúde, segundo a apólice de seus segurados. Os produtos das seguradoras são apólices que se transformam em prêmios pagos aos beneficiários do sistema de acordo com o valor de ressarcimento estabelecido em contrato. A atual legislação faculta às seguradoras o credenciamento de prestadores e os convênios com empresas, associações profissionais e/ou grupos específicos.

A medicina de grupo, as cooperativas e o seguro saúde são financiados através de sistemas de pré-pagamento *per capita*. No caso de indivíduos que contratam diretamente seus planos de saúde com seguradoras ou operadoras, pagando do próprio bolso, o valor é calculado atuarialmente, segundo uma análise do risco do indivíduo e seus dependentes, que leva em consideração sexo, idade, patologia pré-existente etc. Entretanto, via de regra esses parâmetros não são muito claros para o usuário, além de estimar-se que não sejam aplicados corretamente (Médici & Czapski, 1995:50). No caso das empresas, o valor do pré-pagamento é único para toda a população de empregados e dependentes, sendo que o cálculo atuarial da cota pré-paga representa uma *proxy* do risco coletivo médio daquela população. O financiamento é feito ou diretamente pela empresa, considerando-o integralmente como custo operacional (que é repassado para o preço final dos produtos), ou de forma partilhada com os empregados, variável em cada caso e com valores diferentes para distintos segmentos de funcionários na mesma empresa. Em alguns casos, esse financiamento é feito totalmente pelo empregado.

As empresas que administram seus próprios planos também utilizam o sistema de pós-pagamento, no qual o valor pago mensalmente corresponde a um rateio dos gastos com saúde efetivamente realizados, no mês anterior, pela população de empregados coberta pelo plano. Também aqui as formas de financiamento variam da cobertura integral pela empresa a valores rateados e negociados entre empregados e empregador.

Em qualquer caso, esses pagamentos voluntários (da empresa e/ou do empregado) são adicionais às contribuições à Seguridade Social.

Todas as modalidades oferecem diferentes tipos de *planos de saúde* e assinala-se a *ambigüidade* desse termo, seja no mercado seja no debate setorial, uma vez que é utilizado simultaneamente para designar tanto o produto de uma operação de seguro (na qual o cliente escolhe o plano) quanto para diferenciar a natureza empresarial das seguradoras (que vendem apólices) das demais empresas que comercializam planos de pré-pagamento (Bahia, 1997:7). De uma maneira geral, todas as modalidades, em maior ou medida, prestam assistência tanto através de serviços próprios quanto credenciados, assim como reembolsam a despesa efetuada pelo usuário com prestador de sua livre-escolha segundo valores estabelecidos em tabela ou um teto anual por usuário. Isto é válido, porém, apenas para a atenção ambulatorial, pois a assistência hospitalar tem regras mais rígidas, tanto no que concerne à livre-escolha quanto ao reembolso (em geral parcial e limitado a alguns

procedimentos). Na realidade a restrição aos serviços próprios ou contratados e a combinação com a possibilidade da livre-escolha (reembolso) é que distingue um plano do outro, dentro de uma mesma modalidade, determinando também os diferentes preços e, conseqüentemente, a segmentação interna de clientela numa mesma modalidade (Ver Quadro 1, Anexo). Por outro lado, no que toca à atenção hospitalar de alta complexidade, internações de longo prazo, doenças crônicas, devido às restrições impostas pelos planos, acaba por ser prestada mesmo pelo setor público, principalmente naqueles casos em que o paciente não tem condições financeiras de bancar o custo adicional por seus próprios meios.

A DINÂMICA DA EXPANSÃO: ALGUNS FATORES EXPLICATIVOS

Tem sido apontado na literatura setorial, e reiteradamente divulgado na imprensa, uma grande expansão do número de consumidores de planos e seguros privados de saúde, sobretudo a partir do final da década de 80, apesar da fragilidade das informações disponíveis. Alguns ensaios têm formulado hipóteses explicativas dessa expansão.

Uma das teses mais difundidas e consensuais é a que relaciona a difusão e expansão do setor da assistência médica suplementar com a queda no nível da qualidade dos serviços públicos de saúde. Este processo remontaria aos anos 60 e 70, com a unificação administrativa e uniformização da assistência em torno à Previdência Social, teria sido reiterado com a concomitante universalização e agravado com a Reforma Sanitária na década dos 80, que retira da demanda da esfera pública os extratos de médio e alto poder aquisitivo, que são absorvidos pelo setor privado (Favaret & Oliveira,1990; Médici,1991; Mendes,1993).

Uma outra linha de análise, relaciona essa expansão com fatores tais como: a consolidação do capital financeiro, no Brasil, na década de 60, que teria criado as bases estruturais para sua inserção no mercado de proteção social; a heterogeneidade estrutural própria dos modelos de reparação à saúde adotados para os trabalhadores desde os anos 30; e a emergência/expansão da classe média nos anos 70, que ao perder poder aquisitivo na década seguinte, seria compelida a lançar mão de planos de saúde frente aos altos preços da assistência médica (Adreazzi,1991).

Invocam-se ainda os vínculos dessa expansão com a privatização de algumas funções públicas, entre as quais a assistência médico-hospitalar, como resultado da confluência entre a interação de interesses de operários e patrões e a tradição histórica de compra de serviços da Previdência Social (Luz,1991; Burgos *et cols*,1991; Bahia,1991).

Na realidade, essas diferentes teses explicativas podem ser consideradas complementares, mas a interrelação entre elas precisa ser qualificada.

Assim, a flutuação no volume de recursos destinados ao setor saúde tem sido a norma nas últimas décadas, sendo que o subfinanciamento do setor público e a conseqüente perda de qualidade dos serviços é um fenômeno que se agravou de forma importante mais recentemente. Por outro lado, a diversidade de respostas e soluções encontradas para fazer frente a essa realidade exige a incorporação de distintas variáveis explicativas. De fato, um conjunto de fatores de natureza diversa, não necessariamente vinculados ao setor saúde, condicionaram e exerceram influência significativa nessa expansão, variável em cada caso e modalidade de atenção suplementar. Além disso, os desenvolvimentos históricos de cada uma delas também têm distintas origens e desdobramentos.

É consenso na literatura que o desenvolvimento do setor privado na saúde no Brasil está intrinsecamente ligado à opção modernizante implementada pelo governo autoritário que com a unificação dos institutos previdenciários expandiu a população previdenciária (e de

beneficiários) mas desintegrou os esquemas associativos que lhe davam voz, impondo à política social uma racionalidade privatizante, que embora tecnicamente justificada, desencadeou e exacerbou seus traços perversos. Iniciam-se aí as modificações no *mix* público/privado no setor saúde, que alavancariam a expansão do mercado de serviços de assistência médica, através basicamente de duas estratégias convergentes: a compra de serviços pelo Estado e transferência da função provedora para a iniciativa privada (Donnangelo,1975; Cordeiro,1984; Oliveira & Teixeira,1986; Luz,1991; Vianna,1995).

Não é nosso objetivo detalhar esse processo, que aliás está bastante bem documentado na literatura mas, para o que nos interessa discutir aqui, a segunda estratégia é fundamental. Os chamados convênios-empresa são a materialização inicial desse movimento, como forma de diminuir o ônus do Estado e "aliviar" seu papel na provisão de serviços de assistência médica (Cordeiro,1984; Vianna,1995), pois legitimaram um nova forma de articulação público/privado e incentivaram o empresariamento dos próprios médicos. Estimulados pela demanda do setor produtivo (em expansão e que se apresentava com uma clientela potencial crescente e diversificada) e legitimados pelo Estado, os grupos médicos ou se reestruturaram ou se criaram segundo uma perspectiva empresarial mais sólida, incluindo-se aqui tanto a Medicina de Grupo quanto as Cooperativas Médicas (Cordeiro,1984). Simultaneamente, institucionaliza-se e são definidas as bases do sistema de seguros privados, delimitando as possibilidades de atuação empresarial dos grupos médicos, cooperativas e seguradoras (Bahia,1997).

Os seguro saúde, por sua vez, definidos com relação à possibilidade de "livre-escolha" e pagos através de reembolso individual de despesas não se expandem nesse momento. O deslançar dessa modalidade foi posterior, já no final dos anos 80, quando a SUSEP institui o seguro grupal de assistência médico-hospitalar, autorizando as seguradoras a estabelecerem acordos ou convênios com prestadores, o que na prática possibilitou, também às seguradoras, a comercialização de planos de saúde relacionados a uma oferta referenciada, com o pagamento dos serviços diretamente ao prestador (Bahia,1997:21).

No que concerne aos planos de saúde próprios do empregador (público e privado) ocupam um lugar expressivo no mercado privado de saúde e, embora haja referências à que existam desde os anos 40, ganharam impulso a partir do final dos anos 70, com a legislação que cria os sistemas fechados e abertos de previdência complementar. Estão vinculados não apenas às políticas de recursos humanos das empresas, mas cada vez mais integram as pautas de negociação salarial, entrando como moeda de troca para salários mais baixos ou "congelados", isto é, como salário indireto.

Pode-se dizer, portanto, que a reestruturação do *mix* público/privado para prestação da assistência médica, no Brasil, tem um componente importante na articulação, inicialmente, entre grupos médicos e empresas e, posteriormente, entre estas e seguradoras, e se consolida basicamente em duas conjunturas.

A primeira coincide com o ciclo expansivo da modernização econômica alavancado pelo Estado autoritário (Cordeiro,1984; Vianna,1995), onde a intervenção estatal teve dupla orientação: extensão de cobertura para os segmentos de menor renda e criação de mecanismos diferenciados para segmentos específicos do mercado formal de trabalho. A entrada do então INPS como parceiro trazia vantagens: participava no custeio, fiscalizava os serviços e possibilitava a diferenciação no atendimento dessa clientela selecionada (operários qualificados, assalariados com rendas médias e altas, profissionais liberais etc). Já então o setor público se deteriorava, pois o aumento de cobertura não se acompanhou do concomitante investimento público e os mecanismos de compra de serviços apresentavam sinais de exaustão (Médici,1992). Por outro lado, essa adesão foi subsidiada tanto para pessoas físicas (com a possibilidade de deduzir as despesas com saúde do imposto de renda), quanto para pessoas jurídicas (com a transformação dos gastos com

assistência médica dos empregados em custos operacionais da empresa, o que possibilita o repasse para os preços dos produtos).

A segunda, se dá no período da transição democrática e é permeada pela retração da atividade econômica, com a consequente racionalização da oferta de serviços, contenção de despesas e a emergência das múltiplas pressões políticas que o processo desafogava. Por um lado, posições neoliberais que denunciavam a demasiada (e generalizada) ingerência do Estado em diversas áreas; por outro, protestos setoriais veementes contra qualquer parceria Estado/mercado e a defesa radical do privilegiamento e fortalecimento do setor público como essência da reforma sanitária.

A estratégia de contenção de custos do então INAMPS, como resultado da crise financeira do sistema previdenciário (1981-84), a perda de capacidade de fixar preços competitivos e o vazio normatizador que se seguiu, agravaram-se com os sucessivos planos estabilizadores. Desde 1983, o Estado havia deixado de assinar novos contratos com empresas, além de não renovar os vigentes. Porém, de fato, esse segmento do mercado privado de serviços já havia se autonomizado.

Em resumo, no processo de sucessivas reformas da assistência médica, implementadas nas três últimas décadas, o Estado primeiro desencadeou e estimulou, através de políticas explícitas, as parcerias com o setor privado, numa perspectiva privatizadora e, posteriormente, abdicou das funções mediadora e reguladora, principalmente pela não-decisão, permitindo que as relações implícitas entre o público e o privado vigorassem "sem intervenção" e perdendo, assim, a capacidade de regulá-las. Essa ausência de regras claras para o funcionamento do mercado e de mecanismos para fiscalizá-lo tensiona as relações entre os diversos atores do setor e distingue o Brasil de outros países em que o setor privado é dominante, como por exemplo os EUA (caso paradigmático), mas as regulações são explícitas, principalmente no que concerne à seletividade do sistema e aos direitos dos consumidores.

Concretamente, pode-se afirmar que com a universalização da assistência institucionalizada com a criação do SUS, numa conjuntura de restrições financeiras impostas pela política macroeconômica e de difusão de paradigmas de reforma setorial francamente anti-estatizantes, amplificaram-se as condições para a segmentação de clientela e a extensão de cobertura pelos planos privados, seja pelas flutuações orçamentárias que condicionam a parcela que cabe ao setor saúde no Orçamento da Seguridade Social, seja pelo consequente subfinanciamento da assistência médica e precarização do atendimento público, ou ainda pela dinâmica extra-setorial do mercado de trabalho.

É importante lembrar também que, em termos gerais, a prestação de serviços de assistência médica através do mercado privado está relacionada a uma concepção de proteção social não redistributiva, que vincula o valor da contribuição aos benefícios (o que não o distingue dos esquemas públicos de seguro social) mas pressupõe uma adesão voluntária, individual, ao esquema privado para acesso à assistência médica, com a possibilidade da "livre-escolha" de médicos e serviços, contraposta à compulsoriedade de contribuição e uso de determinados serviços, que se reveste de forte carga valorativa (Vianna, 1994). Por outro lado, o acesso aos serviços, coletivamente negociado se dá através de esquemas de socialização de riscos; e a prestação de serviços é efetuada por profissionais de algum modo pré-determinados através dos serviços referidos (Burgos et cols, 1991).

Essas especificidades conferem ambigüidade ao caráter individual ou coletivo (social) dos seguros privados grupais, tanto pelo fato de designar demandas potenciais que correspondem a necessidades de determinados segmentos sociais (como no caso dos planos de empresas), quanto pela inequívoca participação da sociedade na sustentação

desse esquemas privados, seja através de deduções fiscais, repasse para o preço do produto ou redução do salário nominal dos empregados, pela conotação de salário indireto desse tipo de benefício.

No caso brasileiro, os subsídios e incentivos presentes no sistema configuram traços extremamente perversos que aprofundam o quadro de desigualdades do setor saúde.

DIMENSIONAMENTO DO SETOR

As fontes de informação disponíveis sobre a denominada assistência médica suplementar não são homogêneas e via de regra são produzidas ou pelas próprias empresas que integram o mercado, através de suas entidades representativas, ou por firmas privadas de consultoria contratadas para o fornecimento de estimativas sobre a concorrência, a fim de subsidiar o investimento. As fontes oficiais são escassas e, em geral, não tem continuidade no levantamento dos dados, sendo que algumas pesquisas existentes restringem-se a áreas geográficas ou itens específicos (Bahia, 1997).

Sendo assim, as análises possíveis de serem elaboradas permitem, quando muito, algumas inferências e não afirmações conclusivas. Além disso, os dados apresentam discordâncias entre as diversas fontes, para o mesmo ano, sendo que a comparabilidade está comprometida por não termos dados das mesmas fontes para todos os anos. Optamos, assim, por utilizar diferentes fontes, na perspectiva de avaliar tendências e magnitudes desse mercado, apesar da imprecisão dos dados. Vamos a eles.

O setor de assistência médica suplementar está composto por mais de 1000 empresas, movimenta cerca de US\$ 14,8 bilhões por ano, isto é, cerca de 2,6% do Produto Interno Bruto (PIB), e cobre cerca de 26,8 % da população brasileira (cerca de 42 milhões), segundo dados da ABRAMGE estimados para 1996. Nas estatísticas das próprias empresas o contingente de adesão individual totaliza 20% do total de beneficiários dos planos de saúde, cerca de 8 milhões de pessoas (5% da população); portanto, os segurados vinculados ao empregador estariam em torno de 34 milhões (cerca de 22% da população). Isto significa que 73% da população (mais de 115 milhões de pessoas) dependem do atendimento público provido pelo SUS.

Por outro lado, é importante frisar que a segmentação de clientela que esses números evidenciam não é absoluta. Como se pode deduzir a partir das características restritivas dos planos de saúde, a maior parte dos seus filiados, em algum momento, recorre ao SUS, pelo menos nos casos de procedimentos de alto custo não cobertos pelos contratos, ou que são acessíveis por canais privilegiados. Em contrapartida, pode-se afirmar que parcela importante dos 115 milhões de pessoas "SUS dependentes" compõem sua cesta de consumo de serviços médicos de acordo com a respectiva vontade e capacidade de pagar, utilizando, em determinadas circunstâncias, serviços privados pagos *out of pocket*, como por exemplo, tratamento odontológico, pagamento de anestesistas e/ou hotelaria diferenciada e outros serviços de consumo eventual onde seja grande a fila de espera, como é o caso da consulta oftalmológica, da ultrassonografia em caso de gravidez etc.

Essas características não apenas conferem peculiaridade ao mercado brasileiro de serviços privados de assistência médica, mas indiciam a interrelação perversa entre os setores público e privado.

Concretamente, houve um aumento dos beneficiários dos planos de saúde a partir do final da década de 80. Entretanto, esse crescimento não foi homogêneo para todas as modalidades, sendo que o incremento de cobertura em número de pessoas foi maior no período 1987-94, liderado pelo seguro saúde, seguido pelas cooperativas médicas e os planos próprios das empresas. A medicina de grupo é a que apresentou o menor

crescimento, porém sempre incremental, nos dois períodos, 1987-94 e 1994-96, sendo maior no segundo (respectivamente 6% e 8%), enquanto as demais modalidades diminuem bastante o ritmo de incorporação de novos beneficiários no período 1994-96. O seguro saúde é a modalidade que apresenta o maior crescimento em todo o período 1987-96 (757,1%). O mesmo movimento se verifica na cobertura de planos de saúde na população total (maior crescimento no período 1987-94), sendo que a medicina de grupo tem um decréscimo de 11,3% e o seguro saúde cresce mais de 533%, seguido das cooperativas médicas e dos planos próprios das empresas (Tabelas 1 e 2).

Uma possível explicação para esse fato é arriscada por Médici & Czapski (1995:52), que alegam que o forte crescimento do setor de seguro saúde nesse período se deve à transformação de parcela importante dos planos de medicina de grupo em seguro saúde, pelas cláusulas contratuais mais flexíveis e vantajosas que oferecem para as empresas, frente às crescentes contestações judiciais que passaram a questionar a não cobertura dos planos de medicina de grupo.

Do total de empresas que oferecem planos de saúde para seus empregados (300 entidades no país) (CIEFAS, 1998), 117 (39%) estão filiadas ao CIEFAS, sendo a maioria empresas ou instituições públicas, de economia mista ou associações de funcionários. Dos 9 milhões de beneficiários dessa modalidade, cerca de 5,6 milhões (62,4%) correspondem à cobertura oferecida por essas empresas, correspondendo a 3,5% da população total (CIEFAS, 1996). As demais 183 empresas cobririam 3,4 milhões de beneficiários (2,0% da população) (Tabelas 1 e 2).

Por outro lado, o faturamento das empresas (em US\$ bilhões) foi sempre superior ao aumento da população coberta, em todo o período (1994-96), ainda que o crescimento também tenha sido menor no segundo (1994-96), e embora não tenhamos dados comprobatórios, isto pode ser explicado pelo fato de 1994 ter sido o ano de implementação do Plano Real, que antes de ser decretado provocou um aumento generalizado de preços na economia. Dados da FGV informam que desde agosto de 1994 até agosto de 1997, logo após a implementação do Plano Real, a mensalidade dos planos de saúde aumentou 110%, alta que foi 28,8% superior à inflação medida pelo IPC/FGV, que captou aumentos de 63% no período (Carta do Instituto Brasileiro de Economia-IBRE, FGV, *O Globo*, 31/out/1997:32). Assim, observa-se, entre 1987 e 1996, uma expansão de 73,4% na cobertura populacional e de 700% no faturamento. De qualquer forma, sempre deve-se considerar as diferentes fontes de informação utilizadas, que não invalidam, entretanto, a avaliação de tendência (Tabela 2).

Portanto, evidencia-se também uma reestruturação interna ao setor, tanto da cobertura pelas diferentes modalidades quanto no que concerne ao faturamento. Assim, os dados demonstram que tanto em termos de clientela quanto de faturamento, o maior crescimento foi registrado nos planos de seguro saúde, seguidos das cooperativas. Apesar de ainda manter a dominância no mercado, a medicina de grupo perde clientela e sua participação no faturamento total desse mercado cai quase pela metade. Já os planos próprios das empresas mantêm sua parcela de mercado praticamente inalterada no período 1987-96 (Tabela 3).

Estes dados sugerem que parece estar acontecendo uma tendência à diminuição do incremento de número de beneficiários de planos de saúde, pelo menos nos moldes que vinham sendo comercializados até então.

Essa diminuição do crescimento (período 1994-1996) se verifica simultaneamente a transformações importantes no mercado de trabalho: redução do nível de emprego com perda de importância relativa do assalariamento, aumento do trabalho autônomo (crescimento do setor informal, expansão das microempresas não legalizadas) e redução

dos trabalhadores vinculados à Previdência Social, decorrente tanto do desemprego quanto das estratégias de flexibilização (terceirização e precarização das relações de trabalho).

No que se refere ao custo *per capita* dos planos de saúde, dados estimados para dezembro de 1996 demonstram que o valor médio anual pago pelos segurados ou associados a planos de saúde está avaliado em R\$392,23 para um custo médio anual *per capita* de R\$323,90. O preço médio mais elevado corresponde aos planos próprios das empresas vinculadas à ABRASPE (R\$ 654,00 por ano), seguindo-se os planos dos seguros saúde (R\$ 650,00) e o das empresas vinculadas ao CIEFAS (R\$ 498,00 por ano). A medicina de grupo e as cooperativas médicas apresentam, em média, os preços mais baixos (respectivamente R\$260,00 e R\$350,00 por ano) (Tabela 4).

Dados de 1989 evidenciavam que os planos mais baratos eram os administrados pela própria empresa, sendo que os diferenciais de custo entre os planos de livre-escolha eram muito mais elevados do que entre os *standards*, quando se comparava a forma de administração (serviços próprios ou contratados). Da mesma forma, nas opções seguro saúde e medicina de grupo os planos com livre-escolha eram notadamente mais caros (Médici,1992:30). O mesmo autor alerta que embora a autogestão apresentasse, aparentemente, custos menores, exigia maiores esforços administrativos, uma vez que o gerenciamento dos planos próprios pode incluir quatro diferentes tipos de administração (compra de serviços, reembolsos de despesas, auto-seguros de saúde e produção própria de serviços de saúde) não excludentes mas aditivos em muitos casos. De novo, não conhecemos dados mais atualizados para comparar, mas seguramente a advertência de Médici era pertinente, pois os dados recentes confirmam o maior custo dos preços dos planos de autogestão, sobretudo das empresas do setor privado, embora os dados não permitam separar os custos administrativos, nem mesmo mencione se estão embutidos no custo apresentado. Dados do CIEFAS (1996) evidenciam que 93% das empresas filiadas adotam o regime de credenciamento mais livre-escolha e 7% adota apenas credenciamento.

De qualquer forma, a Pesquisa de Orçamento Familiar, do IBGE, aponta que entre 1987 e 1996, o brasileiro viu crescer seus gastos com planos de saúde (que aumentou seu peso em 201,59%, passando de 0,63% para 1,90%), sendo que a porcentagem do gasto com a assistência à saúde (em geral) no orçamento da família passou de 5,31% para 6,53% no mesmo período (um aumento da ordem de 23%) (*O Globo*, 04/dezembro/1997:40).

Seguramente um fator importante a considerar nesse aumento é a inflação na assistência médica, em média cerca de 40% acima dos índices de inflação geral, que faz com que os custos desses serviços sempre subam mais rapidamente que os demais da economia.

Quanto à variação de custos de cobertura dos planos segundo a natureza da empresa também não conhecemos análises mais recentes, mas dados de 1987/88 apontavam que existia grande variedade no custo anual *per capita* segundo o ramo de atividade e a natureza pública, privada ou mista da empresa, podendo ir de US\$25,32 no caso de empresas privadas do ramo industrial a US\$312,12 nas empresas de economia mista do mesmo ramo (Médici,1992:30). Dados da Shell para 1996 informavam que o custo anual *per capita* era de R\$ 542, totalizando R\$3,8 milhões (7.000 empregados), sendo que ¼ era pago pelo empregado, e o preço médio dos planos oferecidos (dois tipos) variava de R\$ 42,5 a R\$120,50 para uma família de 4 pessoas (funcionário, esposa e dois filhos) (Ligia Bahia, entrevista pessoal, outubro/1997). Já o Ciefas informa que o custo *per capita* mensal, em 1996, variava de US\$15 a mais de US\$ 40, sendo que 27% estava neste último grupo e 16% na faixa de US\$ 15 a 20 (CIEFAS,1996); no final de 1997, em pouco mais da metade das organizações pesquisadas (122) o custo mensal *per cápita* está na faixa de R\$30,00 a R\$60,00; 19% delas estão abaixo deste intervalo e 27% acima (Ciefas,1998).

Segundo dados da consultora Ernst & Young (1996), um plano padrão médio para casal e dois filhos custa em média entre R\$ 206,27 e R\$284,00 por mês em São Paulo e, em Nova York, varia de U\$ 550 a 700 mensais (O Globo, 21/09/1997:35). Um *survey* de 1995 informava que a média de custo anual por empregado de um plano de seguro tradicional nos EUA era de U\$5.195 e não variava muito nas formas de atenção gerenciada (HIAA,1996:20).

Se aceitamos como confiáveis esses dados de custo, configura-se uma primeira importante diferença com o sistema norte-americano: lá os preços dos planos de saúde são muito mais caros, ainda que se possa objetar que oferecem coberturas mais amplas.

A distribuição de beneficiários de planos de Medicina de Grupo por estados da federação evidencia que 91,75% estão nas regiões Sul e Sudeste, com importante concentração em São Paulo (57,87%) e Rio de Janeiro (17,00%). Se considerarmos que as demais modalidades de assistência médica suplementar (seguro saúde, sistemas próprios e cooperativas médicas) alcançam uma cobertura pouco superior à da medicina de grupo isoladamente (cerca de 59%), e que, hipoteticamente, obedecem à mesma lógica de distribuição por estados da federação, é possível estimar, como sugerem Bahia & Giovanella para o ano de 1993 (1995:11), que, em 1996, um pouco mais de 50% da população de São Paulo, de 40% da população do Rio de Janeiro e de 30% da população do Rio de Grande do Sul estejam vinculadas a algum tipo de plano de saúde privado. Para a maioria dos demais estados essa porcentagem de cobertura seria menor do que 10% (Tabela 5).

Ao considerarmos a distribuição dos beneficiários dos planos próprios das empresas por estados da federação e somando-a à distribuição dos beneficiários da medicina de grupo, a tendência é de confirmação dessa hipótese (19 estados estão com cobertura abaixo de 10%). Chama a atenção, porém, a diversa distribuição por estado. Embora 47% da cobertura da modalidade dos planos próprios das empresas estejam concentrados na região sudeste (17% em São Paulo, 15% no Rio de Janeiro e 12,5% em Minas Gerais, incluindo o Espírito Santo com 2,3%), a maior porcentagem da população coberta por esta modalidade está no Distrito Federal (20,63%), vindo a seguir Mato Grosso (11,09%), Rio de Janeiro (8,95%) e Paraná (7,20%). Cerca de seis outros estados (Roraima, Amapá, Acre, Sergipe, Espírito Santo e Minas Gerais) apresentam coberturas ao redor de 6% (Ciefas,1998) (Tabela 5a).

Não existem dados oficiais conclusivos sobre as características da população coberta pela assistência médica suplementar, mas apenas algumas pesquisas isoladas, que permitem algumas aproximações. Em trabalho recente, Ligia Bahia (1997) percorre as fontes de informação disponíveis sobre o assunto e analisa, com as limitantes que encerram, algumas dessas características.

Uma pesquisa domiciliar realizada no município de São Paulo em 1989, em áreas de baixa renda (Cohn, Nunes & Jacobi,1991 *apud* Bahia,1997:28), apontava que o principal meio de proteção era a Seguridade Social, com cerca de 84% dos chefes de família consultados estando vinculados a esquemas previdenciários (seja federal, estadual ou municipal) e, entre estes, 47% dispunham somente da seguridade social federal e 33% acumulavam a vinculação a esquemas públicos e a planos privados de saúde, utilizando serviços de ambas esferas pública e privada. Apenas 4,2% dependiam exclusivamente do setor privado suplementar e 4,5% da seguridade para servidores estaduais ou municipais. Cerca de 11% não tinham nenhum vínculo previdenciário e nem possuíam planos de saúde privados.

Entre os que estavam vinculados a planos de saúde privados, a maioria se enquadrava na modalidade de medicina de grupo (41,3%) e uma parcela importante (20,2%) utilizava planos de saúde disponibilizados por hospitais, que provavelmente agregam os planos

próprios do empregador (o que não é especificado pela pesquisa). Obviamente, esta distribuição reflete apenas a realidade local, porém, evidencia a participação no mercado dos planos disponibilizados por hospitais que, geralmente, não são contabilizados nas estatísticas existentes ou são considerados pouco expressivos (Bahia, 1997:29).

No que concerne à cobertura e características da população trabalhadora da indústria vinculada à assistência médica suplementar, existem algumas informações mais recentes, a partir de levantamentos realizados junto às empresas, mas que permitem apenas dimensionar a magnitude da cobertura segundo esse tipo de coleta de dados.

Dados de 1994 (FIESP/CIESP) informam que 56,7% dos trabalhadores da indústria metalúrgica, mecânica e de material elétrico de São Paulo possuíam alguma forma de assistência supletiva (Bahia,1997:32). Segundo a pesquisa BNDES/CNI/SEBRAE, no âmbito nacional, os planos de saúde para os trabalhadores é parte da política de recursos humanos das empresas e, no cardápio variável de "benefícios e incentivos", constituem um dos itens do salário indireto mais frequentemente disponibilizados aos trabalhadores da indústria (54%), conjuntamente com o vale-transporte (85%) e os vale-refeição (61%) (Bahia,1997:34). Assim, como sugere esta autora, a "variável plano de saúde" pode ser considerada como indício da cobertura de trabalhadores da indústria vinculados à assistência médica supletiva. Vamos aos dados.

A porcentagem de empresas sem planos é menor entre as micro e de pequeno porte. O número de indústrias que estão vinculadas à assistência suplementar, pelos dados da pesquisa, é ligeiramente maior que o das não vinculadas (respectivamente 701 e 628). Entretanto, quando considera-se o número de trabalhadores a porcentagem de cobertura é da ordem de 91%. A distribuição de trabalhadores com assistência médica suplementar é significativamente maior nas médias e grandes empresas (80,5% e 95,8%), atingindo cerca de 21% nas micro e de 52% nas pequenas (Tabela 6 e 7).

Embora os dados não permitam maiores conclusões sobre diferenças regionais ou estaduais, algumas inferências são possíveis. Segundo a mesma pesquisa (BNDES/CNI/SEBRAE), o padrão de cobertura de São Paulo é ainda maior do que aquele observado para o país como um todo. Primeiro, porque a amostra refletiu a concentração de indústrias em São Paulo (33,2% do total de empresas e 38,7% do total de empregos); e segundo, pela maior proporção de indústrias conveniadas com a assistência médica suplementar. A proporção de trabalhadores da indústria, em São Paulo, com planos de saúde chega a 40,7% do total de planos para o país enquanto a de sem planos representa 19,3% do conjunto dos empregados. Já o Rio de Janeiro, com 9,7% de indústrias na amostra, possui grandes empresas cujos trabalhadores não possuem planos de saúde, sendo que apenas duas delas influenciam a porcentagem total (96,5% de cobertura para trabalhadores de grandes indústrias). O mesmo se verifica para empresas de médio porte. As proporções de trabalhadores cobertos pela assistência suplementar nesse estado são menores que as encontradas para o Brasil (12% nas micro, 47% nas pequenas e 72,5% nas médias). O Paraná, por sua vez, apresenta uma diferença importante de cobertura de trabalhadores de pequenas empresas em relação ao Brasil (24,5% e 52% respectivamente) (Bahia,1997:38-41).

Em síntese, a despeito da precariedade dos dados, pode-se dizer que são confirmadas as tendências de concentração de cobertura para os trabalhadores de médias e grandes empresas, que por sua vez, estão localizadas nas regiões mais desenvolvidas, sobretudo no estado de São Paulo.

Alguns paralelos com o setor de seguros privados nos EUA são úteis para avaliar tendências. O tipo de seguro oferecido difere de uma indústria a outra. Virtualmente todos os estados e governos locais oferecem planos de saúde (o que não ocorre no Brasil) mas no

setor privado a oferta é mais frequente nas empresas da área de produção do que nas de serviços. Da mesma forma as empresas que pagam salários menores, que possuem grande proporção de trabalhadores em tempo parcial e com alta rotatividade da força de trabalho, em geral não oferecem planos de saúde. O número de planos optativos também varia, sendo que a existência de opção é mais frequente nas médias e grandes empresas (HIAA,1996:20).

A análise de *surveys* recentes indicam que 32 a 42% dos trabalhadores que recebem assistência através de planos financiados pelo empregador estão em planos de auto-gestão, sendo que, nestes últimos, 60-75% são empregados de grandes empresas (mais de 500 empregados). Nestas, a porcentagem de trabalhadores segurados com renda menor (inferior a U\$14.000/ano), abaixo de 25 anos e acima de 55 é sempre menor do que o total da empresa, seja no seguro tradicional seja na autogestão (Tabela 8). As diferenças regionais observadas são devidas às distintas regulamentações estaduais.

Já em relação às micro empresas a situação é bem diferente: pagam mais caro e têm menor cobertura, embora com níveis salariais em média 32% mais baixos. Assim, entre os 54 milhões de norte-americanos com idade entre 18-65 anos empregados em pequenas empresas (menos de 100 empregados), apenas 40% têm seguro saúde pagos pelos empregadores, ao passo que 83% dos empregados em empresas com mais de 1.000 trabalhadores obtêm ampla cobertura de assistência médica paga pelos empregadores. Do total de trabalhadores com cobertura de seguro relacionado com o empregador, 39% trabalham em empresas com pouco mais de 200 empregados. Entre 1988 e 1995, dos novos empregos surgidos nos EUA, 95% foram em empresas com menos de 100 empregados ou para autônomos (Gabel, Ginsburg & Hunt,1997:103). Isto motivou várias regulações estaduais, com vistas a ampliar a cobertura desse segmento, como veremos mais adiante.

Em termos nacionais, aproximadamente 60% dos empregados são cobertos por planos de seguro com amplas coberturas que estão sob regulação estadual; os demais 40% estão cobertos por planos de auto-gestão sujeitos à regulação federal. Há enorme variação nessas proporções em nível dos estados, com a regulação federal dominando mais da metade do mercado em alguns estados. O nível estadual regula 85% dos empregados segurados em pequenas empresas (menos de 100 empregados) e apenas 40% daqueles de grandes empresas. Apesar desses contrastes, as diferenças entre planos, prêmios e benefícios não são significativas. Os autores avaliam que as mudanças na legislação regulatória foram importantes para estimular a auto-gestão no início dos anos 80, mas isto não significou omissão das empresas reguladas federalmente frente a benefícios compulsórios estabelecidos pelos estados, mas sim facilitou a uniformização principalmente nas grandes empresas com filiais em vários estados.

Em resposta a estes desenvolvimentos, foram introduzidas reformas na área de seguros privados que têm impactado de forma importante o mercado nos EUA. Tendencialmente pode-se afirmar que, num primeiro momento, a legislação federal teve um impacto positivo no desenvolvimento da autogestão e a estadual no aumento de benefícios para pequenas empresas e grupos específicos. Mas, posteriormente, os custos da assistência médica e principalmente a atenção gerenciada alavancaram a autogestão e proporcionaram mecanismos de contenção de custos, por um lado, e, por outro, estimularam a concentração do mercado.

OS LIMITES DO MERCADO

As avaliações das empresas de assistência médica suplementar, veiculadas pela *mídia*, são bastante otimistas com relação à potencial decolagem de vendas de planos de saúde e cogitam-se estratégias dirigidas especialmente para os segmentos C e D da população,

apostando-se, implicitamente, na deterioração ainda maior da capacidade do setor público de atender à "demanda reprimida".

Nessa perspectiva, um estudo da Fenaseg (dezembro de 1996) avalia que dos 74,1 milhões de pessoas que integram a população economicamente ativa (PEA) do país, 40,5% (30 milhões) encontram-se no mercado formal de trabalho, 6% (4,5 milhões) estão desempregadas e 53,5% (39.6 milhões) situam-se no mercado informal. Da PEA como um todo, apenas 27,6% (20,5 milhões de pessoas) são titulares de planos e de seguros de saúde, o que representa, para essa entidade, uma grande possibilidade de crescimento do setor privado de assistência médica suplementar (Gazeta Mercantil, 22/09/97, p.9).

As dimensões que devem ser consideradas na avaliação desse possível crescimento são de natureza tanto endógena quanto exógena ao setor e, muitas delas, não passíveis de controle pela via administrativa.

Assim, entre as dimensões intrínsecas ao setor, destacamos a dinâmica tendencial de aumento de custos e de uso de serviços de assistência médica, impulsionada tanto pela maior sofisticação da capacidade diagnóstica e de intervenção, embutida na incorporação tecnológica permanente, quanto pelo aumento da utilização, resultado do maior envelhecimento populacional (maior consumo de cuidados de alto custo), da acumulação epidemiológica (doenças infecto-contagiosas reemergentes e emergentes, crônico degenerativas, câncer etc) e da medicalização (onde se abdica da saúde em função do que a medicina "pode oferecer" para a "cura" e/ou tratamento). Isto para não mencionar a *over prescription*, de exames de auxílio diagnóstico e de tratamentos, e o *marketing* da tecnologia médica na mídia, que agravam e distorcem a específica assimetria de informação presente no setor.

As dimensões extrínsecas não são menos dramáticas, e especialmente importantes, pois os dados referentes às tendências no mercado de trabalho e à distribuição de renda também não confirmam aquele otimismo de crescimento do poder de compra do consumidor.

Assim, a PNAD de 1995 apontava um crescimento do PIB no período 1990-95 de 14,6%, porém um aumento inferior dos postos de trabalho no mesmo período - 12,5%. A taxa de desemprego aberto medida pelo IBGE passou de 4,64% em 1995 para 5,42% em 1996, concomitante a um crescimento do PIB de 2,9% para o mesmo ano (1996), o que confirma o crescimento por aumento de produtividade, por um lado, e por outro em setores que não são grandes empregadores. Ou seja, o número de empregos cai sem afetar a produção (Najberg & Ikeda, 1997:43-45 - Monitor Público).

Dados da Confederação Nacional da Indústria-CNI apontam que no período 1989-1996 a extinção de vagas na indústria foi compensada por crescimento equivalente nos setores de serviços e comércio e pelo aumento da informalidade, o que manteve mais ou menos estável a taxa de desemprego no país. Em 1989, 22% da força de trabalho estavam empregados na indústria enquanto 50,3% estavam no setor serviços. E apenas 53,6% dos trabalhadores tinham carteira assinada. Sete anos depois (1996), os empregos industriais absorviam 18,2% e a participação do setor serviços aumentou para 54,9%; e os empregos formais caíram para 46,6%. Prevê-se que a situação pode piorar, tanto pela modernização nos setores que até então têm sido responsáveis pelo crescimento (sobretudo serviços e comércio) quanto pelo limite de absorção que já começa a se verificar (O Globo, 08/10/97, p.21).

Quanto ao setor informal, existem grandes divergências em relação aos dados mas estima-se que seja a fonte de renda de mais de 30 milhões de brasileiros (algo em torno de 20% da população) (Revista Veja, 06/09/95, pp.90-99). Segundo dados da OIT, em 1994 o setor informal seria responsável por 56,4% do emprego nas áreas urbanas (OIT, 1996 *apud*

Creese & Bennett, 1997:164).

Para a Fundação Seade e o Dieese, na Grande São Paulo, em julho de 1994 havia 2,4 milhões de pessoas que trabalhavam sem registro ou como autônomos. Um ano depois (julho/1995) o número de trabalhadores sem registro cresceu 7,2%. Enquanto o salário dos assalariados caiu 12,6%, os rendimentos de quem trabalha sem registro ou como autônomo cresceram 18,7%.

Essas estimativas e os levantamentos que produzem dados sobre desemprego e mercado informal questionam os dados oficiais de renda e pobreza do IBGE e apregoam um país muito menos pobre, mas ao mesmo tempo muito mais subdesenvolvido, o que seria evidenciado pelo aumento do consumo *pari passu* com a evasão fiscal e a degringolada dos serviços públicos.

Em pesquisa que vem sendo realizada desde 1985, a Fundação Seade e o Dieese apontam o recorde histórico atingido pela taxa de desemprego na Região Metropolitana da Grande São Paulo em setembro de 1997 - 16,3% da PEA (*O Globo*, 22/10/97:25), o que aproxima o Brasil das taxas de desemprego estrutural de alguns países europeus (em torno de 15 a 20% há mais de uma década). Isto se deve ao aumento do desemprego na indústria, movimento este que é atípico para esta época do ano. Essa dinâmica do desemprego está afetando as famílias de forma importante, uma vez que tira do trabalho os chefes do domicílio, obrigando os filhos menores a arrumarem algum tipo de "biscate" para garantir o sustento familiar. Nos últimos 12 meses (setembro/96 a setembro/97) a taxa de desemprego aumentou principalmente entre os homens (11,1%) e os chefes de domicílio (18,4%), sendo que a única faixa etária em que o emprego melhorou neste período foi a de crianças de 10 a 14 anos (idade em que o trabalho é considerado ilegal). Enquanto nesta faixa a taxa de desemprego caiu 11,5%, entre adultos de 25 a 39 anos ela cresceu 17%. A situação não foi melhor nas idades entre 18 e 24 anos (aumento de 10,4%) e acima dos 40 anos (aumento de 11,6%).

O aumento da PEA que se verifica com a entrada de novos contingentes populacionais em busca de emprego não é acompanhado no mesmo ritmo da criação de novos postos de trabalho. Em setembro/97, a entrada de 24 mil pessoas no mercado de trabalho elevou a PEA para 8,646 milhões de pessoas. Apesar do setor de serviços e o comércio terem aberto, respectivamente, 22 mil e 12 mil vagas, o saldo final do mês ficou negativo, pois a indústria cortou 39.000 empregos. Embora a indústria seja sempre o primeiro setor a sentir o freio na atividade econômica (Pochmann, 22/out/1997, entrevista *O Globo*) e, em consequência, as regiões industrializadas, como São Paulo, serem as mais sensíveis, as estimativas de crescimento do PIB são modestas (cerca de 3,5% para 1997). Por outro lado, essas demissões na indústria tendem a se refletir em seguida nos demais setores, sendo que o nível nacional de emprego medido pelo IBGE em agosto/1997 já mostrou os primeiros sinais de desaquecimento na economia, com queda de 0,7% em relação ao mesmo mês do ano passado. Pochmann acrescenta que o caso só não é mais grave porque 1998 é um ano eleitoral, o que historicamente contribui para o "aquecimento" da economia pelas obras e inaugurações, além de que o governo deverá "soltar as rédeas" e elevar o nível da atividade, o que provavelmente levará a uma mudança na sazonalidade do emprego. Mas essa "recuperação" será insuficiente para alcançar a taxa de dezembro/1996 - 14,2% (Martoni Branco, Fundação Seade, São Paulo, 22/out/1997, entrevista *O Globo*).

Por outro lado, a dinâmica redistributiva tem sido cíclica. Em 1992, ano de profunda crise de desemprego e diminuição de poder aquisitivo, observou-se uma queda de 3% da renda *per capita*, como consequência da recessão. A partir de 1993, com a retomada da atividade econômica, o aumento médio anual da renda *per capita* foi de 2,8%, sem afetar, entretanto, na mesma intensidade e formas as distintas faixas de rendimentos. Com a estabilização da moeda, com o Plano Real, no primeiro momento, entre 1994 e 1996, houve rápida redução

no grau de desigualdade dos rendimentos que permitiu, no máximo, o retorno à situação existente pré-Real. A partir de 1996, porém, observa-se estacamento dessa redução, com tendência de aumento da dispersão das rendas (Prado & Pochmann, 1997).

Segundo Prado e Pochmann (1997), os efeitos redistributivos do Plano Real se exauriram antes de superar o quadro anterior de concentração de renda, com ampliação das desigualdades, mesmo com patamares de baixa inflação. A explicação estaria na utilização inadequada, pelo governo, dos elementos estruturais de repartição de rendas (emprego, tributos e políticas sociais). Em outras palavras, o aumento das desigualdades está associado à debilidade da intervenção do Estado sobre os rendimentos e ao crescimento da PEA com ocupados de baixa renda, uma vez que a política macroeconômica adotada impede uma expansão mais vigorosa da economia e molda um ambiente adverso e desfavorável aos trabalhadores. O desemprego e a ausência de intervenção pública voltada para as camadas de baixa renda, sobretudo as que dependem do salário mínimo, acabam por contribuir para a corrosão dos ganhos no perfil distributivo obtidos na fase pós-estabilização. E isto também se verifica para a importante parcela da população engajada no mercado informal de trabalho.

Portanto, mesmo admitindo-se que o mercado informal gera um volume de rendas "ocultas" que podem ser absorvidas pelo mercado de seguros privados, ao cotejarmos as previsões das empresas do setor de assistência médica suplementar com os dados de relação inversa entre o crescimento do PIB e do emprego de uma maneira geral, distribuição de renda, aumento do desemprego, da informalidade, da precariedade das relações de trabalho, assim como com a tendência das micro e pequenas empresas de não incorporarem os planos de saúde como benefício ou salário indireto (inclusive pela própria informalidade em que estas empresas as vezes se encontram), não parecem bem fundamentadas as previsões de aumento de clientelas, a menos que se estabeleçam novas alternativas para lidar com os ciclos econômicos e seus reflexos no mercado de planos privados de saúde.

Se acrescentarmos a essa avaliação o "congelamento" dos salários dos funcionários de muitas empresas estatais, o crescente custo dos planos de autogestão, os preços sempre crescentes da assistência médica e os controles orçamentários que vêm sendo estabelecidos para o crescimento da rubrica contrapartida da patrocinadora no financiamento dos planos de saúde das instituições do Poder Executivo, pode-se prever que algumas mudanças terão que ser implementadas na perspectiva de conter custos para evitar a "quebra" desses sistemas.

Nessa perspectiva é que se pode entender as afirmações de alguns dirigentes quanto ao cardápio de planos a serem oferecidos no mercado: *o mercado tende a oferecer um plano básico com coberturas específicas para vários tipos de público*, explica Roberto Cury, presidente da ABRASPE (Associação Brasileira dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios das Empresas), calculando que seja possível absorver mais 20 milhões de usuários a esse sistema *alternativo* ao setor público, opinião que também é confirmada pelo diretor da Unimed, Ronaldo Monteiro. Algumas empresas já vem desenvolvendo essa estratégia desde 1994, com 80% de suas vendas se efetivando nos segmentos C e D disputando mercado com as seguradoras (Oswaldo Marques, diretor comercial da Medial, em entrevista a *Banco Hoje*, julho de 1997:56-7).

Outros atores, entretanto, apontam os limites do mercado e, embora admitam a perspectiva de ampliação de clientelas, são muito mais cautelosos quanto à magnitude desse crescimento, uma vez que a manutenção da qualidade dos convênios tem um custo e as próprias *vicissitudes da economia* inviabilizam a extensão de benefícios aos empregados de empresas e até mesmo cortes para racionalizar gastos. A mesma opinião é defendida pela ABRANGE, que afirma que *o mercado atingiu o seu limite* (Antonio Jorge Kropf, diretor técnico da Amil, em entrevista a *Banco Hoje*, julho de 1997:56-7).

A pergunta que permanece, portanto, é em que medida esse mercado é de fato alternativo para atender a população brasileira nas suas necessidades de atenção médica, para que camadas seria complementar e qual a forma de suplementação.

VINCULAÇÕES ENTRE O SUS E A ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR

Os três subsetores que constituem o sistema de serviços de saúde - público, privado contratado e privado "puro" - compõem uma rede desarticulada e não hierarquizada que atende de forma diferenciada aos distintos grupos populacionais.

Não existem dados sobre a oferta e utilização de serviços de saúde que permitam uma estimativa de cobertura populacional da assistência médica suplementar. A única informação presente na pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS) do IBGE/1992 se refere aos vínculos de convênio dos estabelecimentos com as empresas do sistema de assistência médica suplementar.

Apenas 28,9% do total dos serviços para a assistência ambulatorial especializada tem convênio exclusivamente com o SUS e cerca de 62% dos demais serviços ou não têm convênios (14,2%) ou possuem convênios intermediados por empresas que comercializam planos de saúde e/ou diretamente com empresas para o atendimento de seus empregados (57,0%). As regiões Sul e Nordeste possuem clínicas predominantemente vinculadas ao SUS; enquanto nas regiões Sudeste e Centro-Oeste estes serviços estão conveniados predominantemente com o setor suplementar. Na região Sudeste, onde estão concentradas mais de 50% dessas clínicas, observa-se uma acentuada proporção de vínculos com as empresas de planos e seguros (54,7% com convênios apenas com empresas). Quanto à região Norte, é a que apresenta a maior porcentagem de serviços ambulatoriais sem qualquer convênio. Nota-se ainda que um sub-conjunto desses estabelecimentos (9,3%) é conveniado simultaneamente pelo SUS e pelas empresas (Tabela 9).

Em relação às unidades de apoio diagnóstico e terapêutico (UADT), cerca de 92% estabelecem convênios, sendo 50% com os planos de seguro saúde e 40% com o SUS. Reproduz-se nestes serviços o mesmo padrão de distribuição regional verificado para as clínicas ambulatoriais (concentração de convênios com planos e seguros na região Sudeste e com o SUS no Sul e Nordeste), porém, cerca de 34% têm duplo vínculo convenial (SUS e planos de saúde privados) (Tabela 10).

A relação se inverte, porém, nos serviços hospitalares, onde 80% da rede estabelece vínculos contratuais com o SUS, proporção esta que atinge 91,2% na região Sul. Proporcionalmente, existem mais hospitais nas regiões Sudeste (33%) e Nordeste (30,5%) (Viacava, & Bahia, 1996:24).

Este conjunto de hospitais tem uma capacidade instalada de 452.852 leitos, cuja distribuição é ainda mais concentrada, sendo que 44,7% deles encontram-se na região Sudeste, além de que o segmento SUS é constituído por hospitais privados contratados em todas as regiões. O número de leitos por habitantes é também majoritariamente privado em todas as regiões, exceto a região Norte (Tabela 11).

Os credenciamentos com empresas que comercializam planos e seguros atingem cerca de 55% dos hospitais. Verifica-se que 40% do total de hospitais estão conveniados simultaneamente com o SUS e com empresas (de seguros e empregadoras) sendo maior a proporção na região Sul (68,2%). Ou seja, a maioria dos hospitais com convênios para atendimento de planos de saúde pertence ao sub-grupo "duplamente conveniado" (Tabela 12).

Em síntese, o financiamento de serviços privados exclusivamente pelo SUS, que é frequente nas regiões Norte e Nordeste, torna-se vinculação mista nas regiões Sul e Sudeste. Embora os dados não demonstrem, este sub-conjunto (com duplo vínculo) concentra os hospitais que realizam procedimentos de alto custo (muitos dos quais não cobertos pelos planos). Já nas grandes metrópoles, especialmente São Paulo, existem unidades de maior complexidade que vinculam-se somente a planos e seguros de saúde (Bahia,1997:31-2; Reis, Bahia & Barbosa,1997:9).

Embora não existam dados conclusivos, pode-se dizer que esta superposição de clientela em geral acarreta a maior disponibilidade de leitos para o setor privado, com maior utilização do serviço pelos pacientes dos planos e seguros privados, o que aliás vem sendo frequentemente denunciado na imprensa. Por outro lado, embora a Constituição determine a universalidade da assistência, também têm sido divulgados casos de hospitais com duplo vínculo que "expulsam" pacientes quando o plano privado não cobre mais a internação, ou recusam o atendimento, quando o paciente ainda está em tempo de carência pelo plano. O inverso também é verdadeiro, ou seja, pacientes com planos de saúde frequentemente são atendidos em unidades públicas (sobretudo em situações de emergência ou de atendimento de alto custo) o que tem motivado o debate sobre o ressarcimento aos SUS dos gastos efetuados nestes casos.

Neste caso específico a questão é bastante polêmica, pois apesar da tentativa ministerial de regular a matéria e da iniciativa municipal de implementar legislação própria, deve ser considerado o paradoxo colocado pelo direito constitucional, que garante a qualquer cidadão o atendimento na rede pública, e a reivindicação do Estado de ressarcimento dos gastos em procedimentos específicos. Além disso, qualquer perspectiva de cobrança pressupõe o estabelecimento de algum tipo de padronização de preços para os mesmos procedimentos em distintas modalidades de planos de seguros, assim como o repasse para o preço dos planos dos custos adicionais do ressarcimento ao setor público.

A superposição de diferentes formas de remuneração em uma mesma unidade de saúde evidencia não apenas a importância do SUS para a oferta de serviços privados no país, mas também as enormes disparidades regionais em relação à dependência dos prestadores do SUS e/ou de planos e seguros privados. Além disso, a hibridiz institucional está instalada mesmo no âmbito exclusivo da assistência médica suplementar: por exemplo, os beneficiários de uma empresa de autogestão são, em determinados casos, atendidos por cooperativas médicas, assim como clientes de planos de Santas Casas poderão estar ressegurados por seguradoras (Reis, Bahia & Barbosa,1997:9).

Essa situação se complica com referência ao profissional médico, onde a multiplicidade de vinculações é praticamente a norma. Em relação à distribuição e vinculação ao mercado de trabalho dos profissionais médicos, segundo dados de 1995, 69,7% têm atividade no setor público (seja na esfera federal, estadual ou municipal, sendo que essa porcentagem é maior nas regiões norte e nordeste; e aproximadamente 59% dos médicos têm atividade no setor privado, sendo que essa porcentagem é maior nas regiões sul, sudeste e centro-oeste. Além disso, 70 a 84 % dos profissionais, para todas as regiões do país, exercem atividade "liberal" em seus consultórios, mas destes, 75 a 90% declaram depender diretamente dos convênios com empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas etc para a manutenção de seus consultórios em funcionamento (Machado *et alli*, 1996:33). Ou seja, o duplo vínculo também acontece no mercado de trabalho profissional e a dependência financeira dos profissionais "liberais" dos convênios com o setor privado também é significativa.

Sendo assim, o imbricamento institucional entre clientela de planos de saúde e a oferta de serviços remunerada pelo SUS não se restringe à utilização complementar de serviços de alto custo. Da mesma forma, também é bastante complexa a interrelação entre as

diferentes modalidades, tanto no que se refere à composição dos planos, quanto na diversidade do agrupamento de coberturas ofertadas e nas formas como são prestados os serviços.

A QUESTÃO DA REGULAÇÃO

Tradicionalmente, a regulação pública do seguro privado em saúde tem três objetivos, esboçados por Chollett & Lewis (1997:87-91), e aqui reinterpretados, que embora interrelacionados podem ser separados para fins analíticos: manutenção da estabilidade do mercado segurador, controle da assimetria de informação e maximização da participação do consumidor no mercado privado da saúde. Essas diferentes dimensões da regulação apontam, simultaneamente, para a proteção do consumidor e para níveis aceitáveis socialmente de justiça social.

1. O primeiro ponto inclui definição de padrões financeiros e éticos que regulem a entrada, operação e saída das seguradoras e/ou operadoras no mercado, o que pressupõe regras para capital financeiro mínimo inicial, capacidade de poupança, condições fiscais e garantias para o caso de insolvência das empresas.
2. O segundo ponto está referido fundamentalmente às assimetrias de informação específica desse mercado (entre as seguradoras e os segurados e entre os profissionais e o paciente) e deve cobrir tipicamente duas áreas: regulação das cláusulas contratuais e do *marketing* dos planos de seguro; e regulação das relações entre planos de saúde e prestadores de serviços.
3. O terceiro ponto, maximização da participação do consumidor, se refere às regulações que tendencialmente têm tentado conciliar as práticas do mercado privado de seguros (em geral restritivas) com as demandas sociais de justiça e maior equidade no acesso aos serviços de assistência médica e incluem normatizações de três tipos: proibição ou restrição de exclusões, proibição ou restrição da vinculação dos preços às condições de saúde, idade, sexo etc e obrigatoriedade de cobertura para determinados serviços ou benefícios (compulsoriedade para alguns benefícios).

No Brasil ainda estamos engatinhando nesse domínio e embora o debate e o processo de aprovação da legislação reguladora da assistência médica suplementar, ora em curso, seja extremamente bem-vindo, coloca novos problemas. Vale a pena um breve repasse.

A questão da regulação da assistência médica suplementar no Brasil entra para a agenda governamental no final dos anos 80, circulando lentamente pelas arenas técnicas e políticas, num processo deliberado de não-decisão durante anos. Desde 1989, a SUSEP (Ministério da Fazenda) vem advogando a necessidade de uma regulamentação para os planos de seguros de saúde, pleiteando para si as funções regulatórias das atividades de oferta e comercialização do setor de assistência médica suplementar. As preocupações da área econômica se referem tanto aos aumentos dos preços dos planos quanto à entrada do capital estrangeiro na exploração de seguros relacionados com a previdência complementar, acidente de trabalho e saúde. O primeiro projeto de lei propondo uma regulamentação foi apresentado em 1991, mas não teve maiores repercussões. Em 1993, o Senador Iran Saraiva (PMDB-GO), atual Ministro do Tribunal de Contas da União (TCU), deu entrada no projeto de regulamentação, desencadeando um processo de discussão que foi se ampliando na medida em que os interesses societários específicos passaram a se expressar mais ativamente nas arenas decisórias (técnica e legislativa), com as correspondentes traduções (ou não) em propostas de leis, vetos ou movimentações de repúdio/resistência.

Foram seis anos de debate, 24 projetos e 130 emendas (*Revista Veja*, Ano 30, N.42,22/10/97:102). No Executivo, o Ministério da Saúde constituiu primeiro uma comissão para propor uma regulamentação para o setor e, em 1996, enviou ao Legislativo um projeto

de lei referente ao ressarcimento ao SUS dos gastos de beneficiários de planos privados (ainda na gestão do Ministro Adib Jatene); depois, sob a batuta do novo Ministro (Carlos Albuquerque), montou grupo de trabalho interministerial específico sobre o tema (Saúde, Justiça e Fazenda), que endossava o pleito da área econômica de assumir as atividades de regulação dos planos, além de propor a instituição de um sistema especial de custeio dos procedimentos de alto custo. No mesmo ano, 1996, o Conselho Nacional de Saúde aprovou uma proposta de regulamentação, baseada no trabalho ministerial, que também foi encaminhada ao parlamento. Ainda em 1996 foi criada na Câmara dos Deputados uma Comissão Especial para estudar a regulamentação dos Planos de Saúde e propor projeto de lei, coordenada pelo Deputado Pinheiro Landim, extinta em 1997, depois de grande movimentação de diversos grupos de interesse e denúncias de que o projeto resultante estava inteiramente calcado na proposta das empresas vinculadas à ABRAMGE. Em setembro de 1997, depois de ameaça de Medida Provisória para o assunto, o governo finalmente envia seu projeto de lei ao legislativo, votado pela Câmara recentemente.

A recente priorização dessa temática na agenda setorial é estimulada por alguns fatores, entre os quais destacamos:

1. a mobilização de esferas estaduais de governo na direção de aprovação de legislação própria, frente o aumento de reclamações dos consumidores junto aos PROCOM e à justiça, decorrentes de abusos nos ajustes de preços, negação de atendimento, burocratização dos procedimentos para segurados e prestadores, além das denúncias sobre atitudes francamente anti-éticas e ameaçadoras da vida e saúde dos usuários de serviços vinculados aos planos de seguro saúde que são cada vez mais frequentes nos jornais;
2. a denúncia de problemas de solvência (ou falência) de empresas seguradoras ou operadoras de planos de saúde;
3. a evasão fiscal (ou falta de arrecadação) proveniente tanto do *status* jurídico filantrópico de muitas empresas que operam no setor quanto dos subsídios/incentivos específicos; e
4. as questões relacionadas ao subfinanciamento setorial e à necessidade de controle/contenção dos preços da assistência médica.

Esse processo caracteriza-se por sua extrema complexidade, tanto pela força dos interesses consolidados no setor, inclusive com *lobbies* institucionalizados no próprio Parlamento, na figura de deputados ou senadores eleitos que têm vínculos diretos com a assistência médica suplementar, quanto pela própria complexidade do setor em si e a dramática situação em que se encontra a assistência pública, além do longo percurso anterior sem regulação clara, que legitimou práticas que para serem desmontadas requerem esforços regulatórios, de monitoração e fiscalização muito mais intensos.

A nova regulação aprovada pela Câmara contempla mudanças importantes, mas também respalda e legitima práticas seletivas das empresas e não define claramente os mecanismos através dos quais será garantido o cumprimento das medidas propostas.

Ressaltaremos alguns pontos desse debate em torno dos quais nos parece fundamental prestar atenção, discutindo-os *vis a vis* alguns elementos colocados pela experiência internacional. Referem-se tanto à regulamentação em si quanto às expectativas de ampliação de cobertura e melhora do acesso à assistência médica via sistema privado suplementar, ponto em que confluem as demandas de setores da sociedade, tanto de usuários, quanto de prestadores e de empresas, e a proposta de política governamental para o setor.

As especificidades do mercado privado de assistência médica

Na classificação econômica dos bens de consumo a assistência médica em geral pode ser considerada um *bem privado*, isto é, é um serviço que beneficia a pessoa que o consome e, uma vez consumido por essa pessoa, não o podem ser por outras. Obviamente esse enquadramento econômico tem que ser qualificado para o campo da saúde, que é constituído por diversas outras dimensões interconectadas através da demanda e da oferta de serviços de saúde e assistência médica (incluindo outros "mercados"), e mediado pela concepção de direito de acesso à assistência médica como direito social, viabilizado historicamente de diversas formas mas com importante participação do seguro saúde, principalmente público. No mundo real, a constituição dos sistemas de serviços de saúde se deu através de um profundo imbricamento público/privado, destinado a superar os problemas que a prática do mercado privado em saúde inevitavelmente traz.

De uma maneira geral, o seguro reduz os riscos aumentando a previsibilidade dos eventos adversos através do agrupamento de um grande número de riscos similares. Numa perspectiva financeira, o seguro é um arranjo que redistribui os custos de perdas inesperadas (Dorfman,1982:5 *apud* Schieber & Maeda,1997:11). Do ponto de vista legal, o seguro estabelece uma relação contratual na qual uma terceira parte concorda em compensar os segurados por custos específicos que incorrem quando a perda ocorre (Hall,1994:6 *apud* Schieber & Maeda,1997:11)

Existe consenso na literatura, nacional e internacional, sobre as especificidades do mercado de serviços de assistência médica, suas *externalidades* e as dificuldades decorrentes dos seguros contra os riscos em saúde. Assim, argumenta-se que embora as questões não sejam específicas da assistência médica a magnitude e interação de certos problemas são especialmente importantes nos mercados de saúde. As dificuldades são bem conhecidas e discutidas pelos autores, decorrendo de determinados comportamentos, tanto dos segurados quanto das seguradoras, que induzem ao *risco moral* (*moral hazard*) e à *seleção adversa*, relacionados aos consumidores, e à *seleção de riscos*, referente às companhias seguradoras (Pauly,1968; Arrow,1985; Forns & Martinez,1986; Baar,1992; Hsiao,1995; Pereira,1995; Musgrove,1996).

O chamado *risco moral* (ou *moral hazard*) (Pauly,1968) se refere à mudança de comportamento do segurado (aumento da utilização de serviços) em função de não terem que suportar o custo total do atendimento ("já que estou pagando vou usar", segundo o senso comum). O consumidor racional percebe que os benefícios são elevados enquanto os custos são repartidos. Isto significa que o preço deve cobrir o aumento de demanda que resulta da simples afiliação ou compra do seguro, que em geral é maior do que a assistência que a pessoa compraria se tivesse que pagar diretamente (Musgrove,1996:15; Baar,1992; Pereira,1995). Alguns tipos de *risco moral* estão presentes em todos os seguros, mas são mais frequentes nos seguros saúde, independente da forma de financiamento e, acrescentamos, por si só, não definem se o seguro deve ser público ou privado.

Na medida em que vários seguros privados competem entre si há dois outros problemas relacionados: a *seleção adversa*, por parte dos consumidores e a *seleção de risco*, por parte das seguradoras.

Denomina-se *seleção adversa* a tendência do sistema de seguros incorporar indivíduos de maior risco, isto é, aqueles cuja perda esperada é maior. No caso em que a seguradora aplique um único preço para todo o grupo segurado, o sistema de seguros promove uma transferência entre indivíduos com distintos graus de risco. Na medida em que o risco, via de regra, é mais conhecido dos segurados do que dos seguradores e a tentativa de driblar os controles do seguro faz parte da escolha racional do indivíduo, aqueles com menor risco tenderão a abandonar o sistema ou não comprar uma apólice ou plano, permanecendo os que provocarão maiores gastos; o resultado será um processo progressivo de aumento de preços (Forns & Martinez,1986; Pereira,1995).

Para protegerem-se contra a combinação de baixos prêmios e alto potencial de custo, os seguradores se engajam na *seleção de risco* (relacionada ao chamado *cream-skimming*), isto é, criam barreiras à entrada dos segurados no sistema, peneirando os de alto risco (tais como os idosos ou portadores de certas doenças, como câncer, AIDS, artrite reumatóide etc). A ineficiência toma a forma de aumento dos custos administrativos e de exclusão, além de estimativas de risco de clientelas específicas pelas seguradoras. Particularmente, quando não são cobertas as condições pré-existentes (por exemplo, doenças crônicas) pessoas com problemas de saúde prévios não conseguem se filiar a um seguro e, se estão seguradas por seus empregadores, pode-se chegar à uma certa "imobilidade da força de trabalho", pois a perda do emprego acarretaria a perda do seguro (*Congressional Budget Office, 1994 apud Musgrove, 1996:17*). Uma das respostas é exatamente a diferenciação de preços segundo riscos, que traz sérias dificuldades, se o mercado é deixado à sua própria sorte. Quando os riscos são mais uniformes ou predizíveis, ou mais relacionados à renda, essas falhas são menores. No que diz respeito às necessidades, a dificuldade de predição é exacerbada tanto pela imponderabilidade dos eventos em termos de assistência médica quanto pela rapidez das mudanças tecnológicas no setor.

Problemas adicionais relacionados com essas *falhas* do mercado dizem respeito à *informação incompleta* e à *assimetria de informação*, tanto no que se refere aos consumidores, quanto às seguradoras e aos prestadores de serviços. Entretanto, essas dificuldades não podem ser corrigidas apenas com o fornecimento de mais informação para todos os atores envolvidos, pois, ao mesmo tempo que pode permitir escolhas mais conscientes, pode exacerbar as falhas mencionadas. E isto se dá tanto pelo conhecimento incompleto e altamente mutável no tempo sobre as melhores formas de controlar a saúde, quanto pela velocidade do desenvolvimento tecnológico setorial e o estímulo ao uso intensivo de novas tecnologias, que também pode tomar a forma de diagnósticos mais precoces ou de sobre-utilização.

Em síntese, a consequência dessas *falhas* é que num mercado desregulado, competitivo, os custos administrativos serão maiores do que os necessários, mesmo com novos modelos gerenciais, que reduzem mas não eliminam esses problemas, e sem alguma forma de intervenção estatal tais arranjos terão pequeno efeito, remetendo ao aumento da ineficiência e da iniquidade.

A importância da regulação

Os autores apontam, em vasta literatura sobre o tema, que existem sérios problemas referidos à coletivização do risco, ao acesso aos serviços e aos custos dos seguros privados de saúde. Muitos desses problemas ocorrem como resultado dos fatores utilizados para estabelecer os prêmios (idade, sexo, estado de saúde prévio, profissão ou grupo ocupacional, tamanho do grupo, localização geográfica etc), assim como são decorrência dos métodos de *seleção de risco* adotados pelas seguradoras para prevenir-se contra a *seleção adversa*, geralmente levando a discriminações e exclusões, sobretudo de pequenos grupos ou populações mais vulneráveis. O resultado dessa dinâmica é sempre alta segmentação de clientelas e diferenciação de prêmios que impedem a efetiva coletivização do risco.

A experiência internacional evidencia uma grande variedade de medidas para correção dessas distorções (Ver Quadro 2 em anexo). No caso da *seleção adversa*, algumas têm sido bastante efetivas e vão desde a compulsoriedade de inscrição e contribuição para todo indivíduo abaixo de determinado nível de renda, como na Alemanha, um sistema centrado no seguro nacional de saúde, onde todos os aspectos dos fundos privados do seguro

doença são estritamente regulados, transformando-os em entidades quase-públicas, assim como o comportamento e a *performance* dos prestadores; até à obrigatoriedade de, no mínimo, 75% de empregados segurados (nos seguros vinculados ao empregador) como nos EUA (Hsiao,1995). Para o controle da *seleção de risco* os instrumentos ainda são pouco desenvolvidos e as formas de driblar as normas de regulação são infinitas. Já para moderar o *risco moral* e os *custos inflacionários*, têm sido utilizadas diversas práticas, entre as quais se destacam o resseguro, os co-pagamentos e as medidas de contenção de custos sobre os prestadores.

De uma maneira geral, pode-se dizer que a co-participação direta do usuário no financiamento do serviço na hora da sua utilização tem sido muito difundida, mas a sua efetividade tem sido questionada. Pelo lado do consumidor, apesar de reduzir a demanda, pode levar à postergação do atendimento, nas camadas mais pobres, com maior custo posterior. E, pelo lado do prestador, pode induzir à maior demanda de serviços para compensar a perda de renda motivada pela baixa procura pelo paciente. Entretanto, o impacto financeiro do co-pagamento é bastante variável, dependendo do que se coloque no denominador para calcular o percentual. A média de aporte tem sido inexpressiva nos países europeus (não supera 3% do total da receita para a saúde). Já nas Américas esse percentual tem variado muito: Jamaica - 1,5% do total do gasto público com saúde; El Salvador - 5% do total dos recursos dos hospitais públicos; Guatemala - 2% do orçamento do Ministério da Saúde; Panamá e República Dominicana - 10% e 20%, respectivamente, do total de recursos das unidades do Ministério da Saúde; Honduras - 15% dos orçamentos dos hospitais que adotaram o co-pagamento; Argentina, - 20 a 30% dos honorários pagos aos médicos por serviços ambulatoriais; Chile - entre 50% e 75% no âmbito das ISAPRES (Márquez,1992:111-132). Para o Brasil, estimativas do IPEA, em 1981, apontavam para uma receita equivalente a 10% do gasto previdenciário com assistência médica (Vianna, Piola & Reis,1997). De qualquer forma, advoga-se sempre a sua utilidade na conscientização do usuário e do prestador sobre o custo dos serviços.

Com base nas experiências internacionais, pode-se afirmar que, de uma maneira geral, é difícil (inclusive do ponto de vista técnico) e bastante caro (em termos de financiamento, custo e gasto) corrigir as falhas do mercado em saúde, sobretudo nos seguros privados. Hsiao (1995:138) relata exemplos expressivos sobre os altos custos de transação presentes nos seguros privados. Segundo seus dados, usar o mercado privado de seguros em saúde para alcançar maior eficiência requer medir as perdas da ineficiência do financiamento público em relação aos custos adicionais de transação no mercado de seguros privados. Assim, no mercado desregulado de *managed care* nas Filipinas, esses custos mais os lucros totalizam 45% da receita dos prêmios; no Chile, um mercado regulado, os custos de transação respondem por mais de 30% da receita média de prêmios; e nos EUA, onde os preços médicos são muito altos e o mercado bastante regulado e subsidiado, esses custos alcançam 25% dos prêmios. Em contrapartida, outros sistemas centrados em seguros nacionais de saúde, como Canadá, Japão e Alemanha, têm gasto menos de 10% de suas receitas com esses custos.

Os exemplos internacionais também mostram que a regulação dos seguros privados não é capaz de corrigir as falhas do mercado na perspectiva de assegurar cobertura ampla para a população, mesmo se o Estado proporciona subsídios para os idosos, pobres, deficientes, como nos EUA.

Em síntese, existem evidências suficientes de que um sistema mais eqüitativo em termos de financiamento só pode ser alcançado com forte intervenção estatal, principalmente com a filiação compulsória de todo cidadão e a estrita regulação do sistema operador de seguros e prestador de serviços.

Estas advertências, feita por vários autores (Hsiao,1995; Schieber,1995; Schieber &

Maeda, 1997; Jönsson & Musgrove, 1997, entre outros) são especialmente importantes para os países em desenvolvimento, onde além da falta (real) de recursos para fazer frente às necessidades de assistência médica da população, a capacidade regulatória é precária e a opção de priorizar os seguros privados para ampliar cobertura provavelmente estimulará a criação (ou manutenção) de sistemas duais, altamente segmentados e iníquos, em sociedades já marcadas por extremas desigualdades.

De qualquer forma, é óbvio que a regulamentação dos planos privados de saúde é fundamental para amenizar, pelo menos em parte, os problemas mencionados.

A regulação da assistência médica suplementar no Brasil

O projeto de lei recém aprovado pela Câmara de Deputados concentra-se basicamente em duas das dimensões da regulação dos planos privados de saúde, mencionadas anteriormente, e apenas parcialmente. Assim, a regulação de algumas cláusulas contratuais visam fundamentalmente maximizar a participação do consumidor no mercado, pois no que concerne à proteção do consumidor ainda deixa muito a desejar; já as questões relativas à garantia da estabilidade do mercado, aos subsídios e incentivos deixa em aberto inúmeras questões.

A designação da SUSEP como fiscalizadora dos planos de saúde, atendendo à demanda da área econômica do governo, inaugura uma outra etapa de debates e negociações, uma vez que questões referidas ao estatuto fiscal das empresas, padrões financeiros e éticos que regulem a entrada, operação e saída das seguradoras e/ou operadoras do mercado não foram objeto de maiores aprofundamentos. Isto é mais preocupante ainda quando se verifica que a aprovação da permissão de entrada de empresas estrangeiras, associadas ou não a empreendimentos nacionais, pode colocar outra gama enorme de problemas não considerados no debate atual e que também passou quase despercebida nas notícias veiculadas pela grande imprensa. A chegada das empresas estrangeiras no mercado brasileiro já vem forçando as empresas nacionais a buscar novos produtos e reduzir custos. Ao mesmo tempo, os argumentos dos menores preços e menores gastos não são respaldados nem mesmo pelos especialistas da área, que não confirmam o barateamento dos planos, mas afirmam que o *ganho será qualitativo* (Carlos Alberto Miranda, consultor da Ernst & Young, 1996 *apud* O Globo, 21/09/1997:35), pois além dos preços serem mais caros no exterior (ainda que a cobertura possa ser maior), as empresas estrangeiras também estarão sujeitas aos altos custos da assistência médica no Brasil e ao baixo poder aquisitivo de grande parte da população, conseqüentemente, às mesmas necessidades de reajustes. A mudança virá exatamente no *modelo de relacionamento que as empresas mantêm com os prestadores*, centrado fundamentalmente no corte de custos e na contenção dos gastos, através da adesão ao *managed care* (Idem). Outra medida também defendida é co-participação do usuário, para compensar a prestação baixa (por exemplo, "franquias" de R\$ 150 a 300 reais em caso de cirurgias e de montantes diferenciados para consultas médicas e exames de diagnóstico).

Na realidade, a disputa de mercado é mais acirrada do que pode parecer e vai além das fronteiras nacionais, provocando uma certa polêmica. Empresas de planos de saúde, como a Amil e a Omint, já enviam seus segurados para tratamento nos hospitais norte-americanos (cerca de 5 por mês), especialmente organizados para o atendimento de estrangeiros. Os motivos alegados se referem ao menor custo desses procedimentos nos EUA, fato que instaura polêmica e questiona a forma de funcionamento do seguro privado no Brasil. As diferenças de preço seriam devidas principalmente à incorporação e sofisticação tecnológica, com técnicas e equipamentos ainda não disponíveis no Brasil, e à operação em economia de escala, com conseqüente redução de custos. Além disso, o pagamento não se efetua através de contas individualizadas, mas por "pacotes", cujo custo leva em consideração o preço médio do procedimento, além de que não existe livre-

escolha, isto é o paciente é direcionado para um serviço específico. Obviamente, o negócio só é vantajoso porque implica em alguma forma de seleção de clientela, como bem alerta o médico Fernando Boigues, administrador do Hospital Nossa Senhora do Carmo. Aparentemente, os hospitais norte-americanos só aceitam os pacientes "em boas condições", isto é, cujo risco cirúrgico ou a possibilidade de complicações sejam pequenos. Em outras palavras, esses serviços são especializados em determinados procedimentos, em geral cirúrgicos, e se estruturam para atender uma específica clientela estrangeira, segundo padrões definidos de condições prévias (*O Globo*, 15/03/98:40).

De qualquer forma, é evidente que a vantagem dos hospitais brasileiros é enorme nessa guerra de preços, pois passa tanto pela questão da incorporação tecnológica, quanto pela forma de financiamento/cobrança dos atendimentos, como também pelas dificuldades de garantir volume de atendimento que permita a redução de custos. A necessidade de reestruturação não é de pouca monta e, sem sombra de dúvida, se vincula à agenda reformista da contenção de custos e da atenção gerenciada.

Em outras palavras, nessa área a concorrência do capital estrangeiro com o capital nacional, e entre os mercados dos diversos países, torna ainda mais frágil a legislação nacional, pois, além de que não se restringe ao campo setorial, por um lado, pode aumentar os preços, contrariamente ao que se apregoa; por outro, traz os riscos de concentração do mercado em mãos de grandes empresas que, além da âncora financeira que em geral já possuem, carregam a experiência de atuação em outros mercados extremamente regulados. Nada garante, porém, que se conduzam no mercado nacional segundo aqueles parâmetros. Ao contrário, é mais lógico pensar que se aproveitem das "facilidades" locais. Em síntese, o projeto de regulamentação, nesse aspecto, volta-se para o padrão de competição das empresas, mas não leva em consideração a possível desestruturação do mercado nacional com a entrada do capital estrangeiro.

Para Viana, Reis e Bahia (1997:3), a entrada do Ministério da Fazenda ao mesmo tempo que amplia o escopo do debate, *desequilibra e rompe pactos provisoriamente estabelecidos* entre vários atores do setor, que legitimavam a lógica da livre escolha do consumidor e da autonomia do profissional médico, pois embora respaldada por argumentos de natureza corporativa, apoiava-se em princípios de defesa do consumidor. O redirecionamento das "alianças" entre Estado e capital internacional, sob a égide da Fazenda está fundamentado em outra lógica, isto é, na contenção de custos e no redirecionamento do *mix* público/privado em favor do segundo, em sintonia com uma agenda que vem sendo difundida internacionalmente como mais efetiva para romper com as desigualdades na provisão de serviços médicos. Dito de outra forma, o estímulo à ampliação da cobertura privada permitiria ao Estado redirecionar os (escassos) recursos públicos para a atenção dos mais necessitados. Essa percepção ignora, entretanto, as relações complementares perversas, entre público e privado, já existentes no sub-setor da assistência médica, assim como entre o Estado e as atividades de comercialização de planos e seguros de saúde.

Os incentivos e subsídios não foram tocados. A renúncia fiscal inerente ao mercado de seguros e planos privados de saúde confere forte subsídio do Estado às empresas privadas seguradoras e operadoras, além da "socialização" dos custos dos planos próprios das empresas para seus empregados, pagos por toda a sociedade.

Como informam Viana, Reis e Bahia (1997:3), existem apenas dois projetos de lei que postulam o fim do abatimento das despesas médicas do IRPF, que obviamente têm alto grau de rejeição e não entram na pauta de negociação, sobretudo com a perda de poder aquisitivo da classe média, a deterioração dos serviços públicos e a moeda de troca, entre empregados e empregadores do mercado formal, em que se transformaram os planos de saúde. Ou seja, a matéria é no mínimo polêmica.

Em resumo, a necessidade de ampliar o marco regulatório é urgente, incorporando todas as dimensões interconectadas nesse processo e que requerem regulações e medidas controladoras específicas, via de regra não afeitas apenas à área da saúde, o que seguramente não será conseguido apenas com essa regulamentação recém aprovada e muito menos com a atuação isolada da SUSEP.

Em síntese, existem formas reguladoras que vêm sendo implementadas, com maior ou menor sucesso, exigindo, entretanto, capacidade técnica altamente sofisticada, sistemas de monitoração, controle e fiscalização subsidiados por informações confiáveis e atualizadas e, principalmente, uma grande agilidade das agências regulatórias. Ressalta-se ainda a importância da concentração do mercado nessa dinâmica (com o risco de formação de monopólios e cartéis) o que exige a diversidade de *locus* regulatórios interconectados que assegurem que as várias dimensões da regulação necessária sejam contempladas.

Os problemas que persistem não são desprezíveis. Em que medida esse processo decisório resultará em uma legislação que será capaz de encontrar soluções específicas para a complexidade da problemática nacional *vis a vis* a dinâmica internacional nessa área, quais serão os reflexos dessa nova regulação no mercado privado de assistência médica suplementar, qual o impacto no mercado da entrada das empresas e do capital internacional e qual a capacidade de *enforcement* do governo para fazer valer a legislação são algumas das principais indagações que permanecem sem resposta.

TENDÊNCIAS INTERNACIONAIS

Pode-se afirmar que na maior parte dos países do mundo os recursos públicos são a principal fonte de financiamento dos sistemas de saúde e exceto para poucos países (como EUA e Suíça) os seguros privados são mais expressivos no financiamento da atenção médica. Já nos países em desenvolvimento em geral, e na América Latina em particular, o financiamento público tende a ser menor e o gasto privado direto significativamente maior em relação ao gasto total. Em 1990, o gasto privado das famílias - gasto direto (*out of pocket*) - foi o componente mais importante do gasto total em saúde (ao redor de 57% do gasto sanitário em toda a região, 3,2% do PIB). Com exceção dos EUA, nos países centrais este gasto corresponde a cerca de 23,4% do gasto nacional. A parte pública constituiu cerca de 43% do gasto sanitário total, o que representa 2,2% do PIB. Esta porcentagem corresponde a menos da metade da média mundial (4,9% do PIB) (OPAS, 1994:15) (Tabela 13).

Outra característica regional é a grande diferença entre os países (Tabela 14), além das desigualdades internas em cada país.

No que concerne especificamente ao sub-setor de seguros privados de saúde, a tendência mundial é de crescimento discreto, entretanto, o papel que desempenha nos diferentes sistemas de saúde varia enormemente de um país a outro, tanto nos países centrais quanto na periferia (Ver Quadros 3 4 em Anexo). Nos primeiros, com a conhecida exceção dos EUA, em geral são complementares aos esquemas públicos e quando integram de forma importante os sistemas de saúde são altamente regulados. Já na América Latina, pode-se afirmar que os esquemas privados de assistência médica estão presentes de forma relativamente importante nos distintos sistemas, vinculados tanto aos esquemas públicos de financiamento quanto aos de seguridade social, variando bastante entre os países, porém, o lugar que ocupam e o papel que desempenham. Como tendência, pode-se dizer que as políticas de reforma em curso na região têm priorizado os seguros saúde (público e privado) como uma área potencialmente mais eficiente e passível de ser administrada numa perspectiva de possibilitar o alcance de maior eficiência e equidade setorial.

As análises apontam que a ineficiência e maiores dificuldades para controle do gasto

também são resultantes de uma maior participação do setor de seguros privados na provisão de serviços de saúde. Os dados são expressivos. Os EUA são o exemplo mais evidente, entre os países industrializados, de sistema de saúde majoritariamente centrado nos seguros privados de saúde e ostentam o maior gasto sanitário do mundo, tanto como porcentagem do PIB (13,7%) quanto *per capita* (US\$3.516) e a menor porcentagem de financiamento público (44%) (Tabela 15). O *Health Care Financing Administration (HCFA)* estima que, no final da década de 90, o gasto *per capita* deverá atingir US\$5,712 e o gasto nacional total subirá a 16,4% do PIB (cerca de US\$1.6 trilhões de dólares) (*HIAA*,1996:6). Outro exemplo é a Suíça, que entre os países europeus, conta com ampla participação do setor de seguros privados no sistema de saúde e tem um gasto *per capita* da ordem de US\$2,294, apesar da expressiva porcentagem de financiamento público (72%) e de um gasto sanitário total em torno de 8% do PIB, ambos na média para os países da OECD (OECD,1996).

Vale a pena determo-nos um pouco no caso norte-americano. O sistema de saúde nos EUA é constituído por um expressivo setor privado, composto por uma grande quantidade de instituições de natureza diversa, organizadas e interrelacionadas através de uma multiplicidade de arranjos administrativos e financeiros. A relação usuário-prestador vem sendo progressivamente mediada, nas últimas décadas, por um terceiro agente (Estado, empresas de seguro saúde ou empresas empregadoras). Esse sistema é financiado por um *mix*, sendo que 56% do gasto é privado. A parte pública desse financiamento (44%) é composta por impostos diretos (52%), impostos indiretos (15%) e contribuições à seguridade social (33%) (van Doorslaer, Wagstaff & Rutten,1993). Dados de 1994 evidenciavam que cerca de 85% da população estava coberta por algum tipo de seguro (público ou privado) sendo que destes aproximadamente 73% é privado. Cerca de 80% dos prêmios dos seguros privados são pagos pelo empregador (Jönsson & Musgrove, 1997:45) e aproximadamente 10% da população abaixo de 65 anos tem seguro privado individual ou familiar. A sobreposição de coberturas (pública e privada) é bastante frequente. Dos filiados ao *Medicare*, 80% suplementam seus benefícios com seguros privados, chegando a cerca de 50% a parte do gasto com assistência médica paga diretamente do próprio bolso pelos idosos; no geral, mais de 20% da população com algum tipo de seguro privado tem cobertura insuficiente (Bodeheimer & Grumbach,1995:30). Em 1994, os americanos gastavam cerca de 7% da renda pessoal disponível (renda pessoal menos as taxas) em planos de seguro privado (*HIAA*,1996:25), sendo que em 1991 esse valor era da ordem de 5,7% (Letsch,1993:101). Aproximadamente 40 milhões de pessoas, entre as quais 12 milhões de crianças, não têm nenhum tipo de cobertura (15% da população, que inclui grupos de baixa renda mas não elegíveis para o *Medicaid*, empregados de pequenas empresas, desempregados etc) (*HIAA*,1996:3-5).

É importante notar que a falta de cobertura de assistência médica nos EUA não é um problema referido aos pobres e desempregados, mas tornou-se principalmente uma preocupação para a classe média, sobretudo famílias de autônomos ou que trabalham em microempresas e pequenos estabelecimentos. Por outro lado, segundo um *survey* realizado em 1990, o medo de perder o seguro acometia 30% dos trabalhadores empregados, fazendo com que permanecessem em empregos insatisfatórios por esse motivo (Bodeheimer & Grumbach,1995:31).

O sistema privado de seguro saúde nos EUA vem em processo de mudança acelerada desde os anos 70, impulsionado pelos aumentos excessivos dos gastos com assistência médica (onde a inflação setorial respondia por metade desses aumentos crescentes) e dificuldades na efetiva contenção de custos. Para a maioria da população norteamericana o dinheiro gasto em assistência médica vem através de "terceiros pagadores", seja o governo ou as empresas empregadoras; por outro lado, a grande quantidade de pagadores (governo federal, estadual e local; empresas, seguradoras e o próprio consumidor) faz com que o

poder de compra seja bastante fragmentado, enquanto o poder de venda dos prestadores foi se concentrando paulatinamente. Assim, a partir do final da década de 70, as grandes corporações tornaram-se cada vez mais alarmadas com os custos dos serviços de assistência médica, exacerbando a preocupação com o controle dos prestadores, levando a reavaliações do elenco de benefícios oferecidos, co-participação dos empregados (onde não havia) e aumento da participação (quando já existia), além do maior controle dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos e da eliminação e/ou redução de serviços. Aprimoraram-se os mecanismos de regulação, tanto públicos quanto privados. Vamos aos dados.

De uma maneira geral, a porcentagem paga pelo empregado aumentou em todas as empresas de 1988 para 1996, mas o aumento foi maior nas micro e pequenas empresas, sobretudo para a cobertura familiar (Tabela 16).

Segundo Gabel, Ginsburg & Hunt (1997:108), nos casos em que anteriormente não havia contribuição do trabalhador, a proporção de empregados em pequenas empresas que passaram a ter que contribuir para a cobertura simples aumentou de 29% em 1988 para 64% em 1996; onde a contribuição já era partilhada com o empregador a parte do empregado aumentou de 41% para 51%. No que toca à cobertura familiar a proporção de empregados que contribuem aumentou de 64% para 80%, mas a parte de contribuição do empregador permaneceu praticamente inalterada (de 53 para 55%). Por outro lado a parte de contribuição do empregador tende a ser maior na atenção gerenciada.

O aumento na porcentagem dos prêmios levou a importante aumento dos custos do seguro para os empregados (*out-of-pocket*), a despeito do pequeno aumento nos preços dos prêmios. Isto é particularmente verdade nas pequenas empresas onde a média mensal da contribuição dos empregados para cobertura simples passou, no período 1988 a 1996, de U\$12 para U\$56 (crescimento de 21% por ano) e a média mensal para a cobertura familiar aumentou de U\$34 para \$175 (23% por ano). Em compensação, o total dos prêmios aumentou 8% ao ano. Nas grandes empresas esses aumentos foram menores, respectivamente de U\$13 para U\$37 e de U\$29 para U\$127 (Gabel, Ginsburg & Hunt, 1997:108).

Essas transformações também repercutiram nas avaliações de riscos e na administração de benefícios que passaram a ser realizadas com base atuarial, centradas na experiência de demanda de assistência médica de cada grupo específico. A passagem para a auto-gestão de planos de assistência médica nas grandes empresas foi uma consequência desse processo, principalmente porque ficou evidente que a "experiência" de assistência médica agregada de cada grupo específico (no caso, empregados de uma grande empresa) variava muito pouco de ano a ano, exceto em relação à inflação dos preços da assistência. Dada essa "previsibilidade" tornou-se factível e mais barato para a empresa assumir o risco para seus empregados através da orçamentação da demanda, além de controlar os fundos destinados ao pagamento da assistência médica. Por outro lado, muitos planos de auto-gestão têm gerenciado os riscos através de resseguro ou pagamentos por capitação. Com o crescimento dessa modalidade (auto-gestão), os empregadores passaram a contratar seguradoras comerciais apenas para administrarem os planos. Os pontos de contato com a dinâmica de desenvolvimento da autogestão no Brasil são evidentes, mas as diferenças também são marcantes.

Muitos fatores regulatórios encorajaram o crescimento da auto-gestão. Em praticamente todos os estados, as seguradoras devem pagar imposto sobre um percentual de seus prêmios, um custo que obviamente é repassado ao consumidor. As empresas com planos de auto-gestão não estão sujeitas a este imposto, o que significa poder oferecer planos mais baratos para seus empregados. Por outro lado, tradicionalmente, os governos estaduais têm autoridade para regular o seguro privado, o que resultou em várias e

diferentes legislações específicas. Em 1974 a lei *Employment Retirement Income Security Act* (ERISA) proibiu os estados de aplicarem essa legislação aos planos de auto-gestão, o que significa que essa modalidade ficou submetida apenas à regulamentação federal.

Os regimes regulatórios federal e estadual são diferentes e a responsabilidade de regulação é compartilhada. Muitos governos estaduais estabelecem impostos sobre prêmios para formar fundos estatais para pagamento de reclamações em caso de falência ou insolvência da seguradora; para cobrir a população não segurada (ou que é de difícil aceitação pelo seguro privado); e para benefícios e serviços compulsórios. Entretanto, apesar de passadas mais de duas décadas a ERISA ainda levanta controvérsias.

Mais recentemente, a aprovação da *Health Insurance Portability and Accountability Act* (1996) proporcionou a portabilidade do seguro saúde para pessoas que perdem ou mudam de emprego: seguradoras e empregadores com planos de auto-gestão devem creditar a cobertura anterior em relação às condições prévias quando o empregado muda de plano, ou seja, um empregado que mantém continuidade de cobertura apenas terá período de carência quando se filia pela primeira vez a um plano de saúde. A mesma legislação também permite que as seguradoras ofereçam "contas médicas individualizadas" (*medical saving accounts*) para pequenas empresas e autônomos, através da qual os participantes têm cobertura para gastos catastróficos em planos altamente subsidiados (*HIAA*, 1996:5).

Nos EUA as regulações estaduais têm aumentado, com o objetivo de tentar reconciliar as práticas das seguradoras com as demandas de maior justiça social, sobretudo impostas pelas mudanças no mercado de trabalho. Em geral estão relacionadas à garantia de asseguramento, de renovação de contratos com seguradoras, restrição aos fatores usados para determinar preços de prêmios, padronização de benefícios compulsórios e divulgação ampla de informações (Schieber & Maeda, 1997:2809; Chollet & Lewis, 1997:90-1) (Ver Quadro 5, em Anexo).

A sintonia da regulamentação brasileira com esses desenvolvimentos internacionais é evidente.

As avaliações sugerem que essas regulações nos EUA nem desestabilizam o mercado nem causam significantes aumentos no preço médio dos seguros. Entretanto, pesquisas atuariais indicam que, de fato, aumentam os preços de cobertura para os grupos de baixo risco. Em alguns estados, pequenas seguradoras deixaram o mercado, sendo que naqueles locais dominados por uma ou duas grandes companhias é possível suportar a regulação e absorver muitos dos riscos do mercado, como é o caso dos planos *Blue Cross* e *Blue Shield*. Como tendência, as pequenas seguradoras se "especializam" e preservam menores fatias, o que significa que a estabilidade do mercado e possibilidade de que a regulação seja efetiva está ancorada em alguma forma de concentração em grandes companhias. Ou seja, nos mercados emergentes ou pouco sólidos os efeitos dessa regulação são mais devastadores, com enormes aumentos de preços para os participantes e pouca possibilidade de distribuição de riscos (*American Academy of Actuaries*, 1993 *apud* Chollet & Lewis, 1997:90).

Na realidade, as principais mudanças que de fato têm alterado a dinâmica e o comportamento do mercado de seguros privados, estão no campo gerencial, conhecidas pelo nome de atenção gerenciada (*managed care*) e competição administrada (*managed competition*). São novos paradigmas, formulados nos EUA, que, de fato, têm permitido maior contenção de custos, mas têm também enorme adaptabilidade a distintas realidades e vêm sendo dinamicamente "exportados" mundo afora. Além disso, centram-se cada vez mais nas restrições à utilização, sobretudo de serviços de alto custo, e na definição de prioridades, definidas via de regra segundo a disponibilidade de caixa e não as necessidades de assistência da população a ser atendida. Entretanto, o que é mais

importante, é que a agenda reformadora proposta pelo *managed care* vincula-se bastante bem, pelo menos em tese, a uma série de outras agendas, tais como a ênfase na medicina preventiva, na provisão integrada de serviços ou na descentralização. Daí o enorme apêlo que tem exercido mundialmente. É relevante, portanto, determo-nos um pouco nessas inovações.

Atenção gerenciada (*Managed Care*)

A atenção gerenciada consiste numa reatualização dos planos de saúde de pré-pagamento que se propõem a fornecer assistência médica a grupos específicos através da negociação prévia de pagamentos e de pacotes assistenciais. É uma forma de gerenciamento da atenção médica voltada fundamentalmente para o controle da utilização de serviços, que abrange tanto o lado da oferta quanto o da demanda, e pretende articular prestação e financiamento ao mesmo tempo que conter custos através de medidas reguladoras da relação médico-paciente. Privilegia o atendimento básico, a "porta de entrada" no sistema, através da obrigatoriedade de passagem pelo médico generalista, e controla rigidamente a atuação profissional segundo parâmetros de prática médica definidas pela empresa, basicamente centrados em custos. Pelo lado do profissionalismo, denuncia-se ainda a quebra de sigilo médico, pelo acesso às fichas dos doentes pelos *managers*, o que acaba por possibilitar exclusões "de fato", mesmo as proibidas por lei, uma vez que sendo conhecida a patologia (como por exemplo AIDS) o controle da assistência fornecida a aquele segurado será maior.

Existem diversos programas de atenção gerenciada, mas entre os modelos predominantes estão as *Health Maintenance Organizations-HMOs*, as *Preferred Providers Organizations-PPOs* e os chamados *Point-of-Service Plan*, que é uma versão mais recente. As diferenças entre elas dizem respeito principalmente à possibilidade de livre-escolha e às formas de pagamento de prestadores. As *HMOs* constituem a versão mais acabada e vêm gradualmente assumindo uma parte cada vez maior do mercado nos EUA, com três tipos básicos de organização: *staff model* (quadro contratado próprio, assalariado), modelo de grupo (convênio com grupos e/ou empresas) e a *Independent Practice Association-IPA* (credenciamentos de profissionais).

O crescimento dessa nova modalidade gerencial nos seguros privados norte-americanos tem sido expressivo. Em 1978 a "indústria" do *managed care* era constituída por 195 unidades de *HMOs* (das quais 12 eram filiais de organizações nacionais e 183 eram locais) que atendiam 7,3 milhões de filiados; em 1995, 577 unidades (das quais 385 filiais e 192 locais) atendiam 53,8 milhões de pessoas. Em outras palavras, em 1995, existiam 35 *HMOs* nacionais que atendiam cerca de 80% dos trabalhadores industriais (42,7 milhões) e as *HMOs* locais haviam diminuído seu número em 35,6% em relação a 1985 (Enthoven, 1997:202) (Tabela 17), o que evidencia um dos resultados inesperados desse processo: a acentuada concentração do mercado. Por outro lado, em 1985, as *HMOs* predominantes eram organizações não-lucrativas, que atendiam 64,8% do mercado, e, dez anos depois, as lucrativas abarcavam 58,5% em termos de clientela, com um crescimento de 23,3% na década (Enthoven, 1997:202) (Tabela 18) e totalizando mais de dois terços das *HMOs* do país (Bodenheimer & Grumbach, 1995:233).

Em relação ao modelo predominante para a prestação de serviços, o crescimento maior tem se verificado no credenciamento de profissionais (*Individual Practice Association*), seguido dos modelos mistos, ao mesmo tempo que observa-se ainda grande diminuição do modelo centrado no assalariamento (*staff model*) (Tabela 18).

No início de 1996, a maioria das *HMOs* utilizava ampla variedade de medidas de contenção de custos: assistência domiciliar (97,1%); prevenção (90,2%); negociações com prestadores preferenciais (83,6%). Além disso, os programas de educação em auto-cuidado médico

aumentaram significativamente (de 46,9% em 1991 para 72,4% em 1992). Outras medidas já haviam sido incorporadas desde seus primórdios, tais como: gerenciamento dos riscos das clientelas, monitoramento do uso de tecnologia médica, revisão retrospectiva de internações, auditorias e revisões de utilização na atenção ambulatorial e hospitalar (HIAA,1996:34).

A atenção gerenciada abarca hoje mais de 70% do mercado de seguros vinculado às médias e grandes empresas (respectivamente 71% e 75%). Quanto aos pequenos empregadores, embora tenham aderido mais recentemente teve um crescimento extremamente rápido entre 1988 e 1994, passando de 12% para 62% do mercado. Os planos convencionais, que tinham 88% de inscritos em 1988, declinaram para 39% em 1996 (Gabel, Ginsburg & Hunt,1997:104-5) (Tabela 19).

No que diz respeito à autogestão, não houve grandes mudanças no período 1993 e 1996 nas porcentagens de empresas de médio e grande porte que utilizam essa modalidade, respectivamente 35% das primeiras e 66% das segundas. Entretanto, assinala-se que a tendência em crescimento, independentemente do tamanho da empresa, é a de associar a autogestão com a atenção gerenciada (Gabel, Ginsburg & Hunt,1997:109). O rápido crescimento da contribuição dos empregados é contraposto à diminuição da velocidade de aumento dos custos da assistência médica sob essa nova modalidade gerencial, trazendo preocupações sobre o padrão de vinculação dos empregados nos esquemas de seguros privados das empresas, que, se por um lado ajudou a diminuir as duplicidades de coberturas (por exemplo nos casos em que as esposas também estão empregadas), por outro tem evidenciado que muitos já não podem pagar pela cobertura familiar, colocando a questão de redução do acesso à assistência médica e aumento dos sem cobertura (Ginsburg & Pickreign,1996:140-9).

Dos trabalhadores segurados através de planos de auto-gestão 40% podem optar por outros esquemas de seguro, sendo as *HMOs* a opção mais comum. Os benefícios têm pouca variação entre os planos assim como os preços dos prêmios (Acs, Long, Marquis & Short,1996), entretanto no que concerne ao valor médio dedutível anualmente e aos pagamentos diretos são menores, enquanto a média porcentual dos gastos cobertos é maior (Tabelas 20 e 21).

Em 1995 um terço de todas as *HMOs* comerciais (168 planos) tinham contratos com a *Health Care Financing Administration-HCFA* para os beneficiários do *Medicare* e 71% destes planos estavam concentrados em seis estados (HIAA,1996:35). Por outro lado, o engajamento do *Medicaid* nos planos de atenção gerenciada teve um crescimento enorme (23,5% aa) e, em meados de 1995, mais de um quarto de todos os planos comerciais das *HMOs* ofereciam um produto específico para esse programa governamental (HIAA,1996:35). Em 1996, cerca de 23% de todos os beneficiários do *Medicaid* recebiam assistência médica sob esta modalidade em 35 estados (Felt-Lisk & Yang,1997:125) e essa porcentagem era de 12% no *Medicare* (HIAA,1996:28).

Concretamente, o desenvolvimento do *managed care* nos EUA tem surtido algum efeito. O gasto sanitário continua a subir continuamente, ainda que a velocidade desse crescimento tenha diminuído nos últimos anos, permanecendo o país que ostenta o sistema mais caro do mundo e com menor cobertura em relação aos seus "pares" com igual nível de desenvolvimento.

Além disso, a atenção gerenciada tornou-se extremamente controversa nos últimos anos, tanto pelo lado dos profissionais (sobretudo médicos) quanto consumidores, a despeito (ou por causa) do seu grande crescimento, e inúmeras reclamações e preocupações têm ganhado espaço na *mídia*. De uma maneira geral as denúncias estão relacionadas com os incentivos embutidos no pagamento *per capita*, que induziriam ao controle da utilização e

diminuição do acesso pelos consumidores (sobretudo à atenção especializada e hospitalar); com a falta de livre-escolha pelo consumidor; e baixa qualidade da atenção. Esta situação levou à assinatura, recentemente, de um acordo entre as três maiores *HMOs* e duas organizações de defesa do consumidor (*New Agreement on Managed Care Consumer Protections*), na perspectiva de formular padrões de atendimento para beneficiários do *managed care* a serem posteriormente transformados em lei.

Competição Administrada (*Managed Competition*)

A idéia da competição administrada (*managed competition*) surge das discussões sobre a contenção de custos da assistência médica e propostas de modificações do sistema de saúde norte-americano, através da utilização do instrumental disponível nos próprios esquemas de pagamento de terceiros para promover competição entre compradores e vendedores de serviços, gerenciar preços e administrar custos, ao mesmo tempo que ampliar cobertura para diferentes clientela, alcançando-se maior eficiência e equidade (Enthoven, 1978a e b; Enthoven & Kronick, 1989).

O mercado, nessa perspectiva, não seria bilateral (oferta e demanda) mas trilateral, composto de consumidores (não necessariamente os usuários dos serviços), planos de saúde e *sponsors* (responsáveis). O modelo consiste em habilitar esses "responsáveis" na utilização da competição para superar os problemas causados pelas estratégias de lucro dos seguros privados. A crença é que um sistema privado pode ser modelado e organizado de forma a motivar prestadores a perseguir eficiência alocativa e consumidores a fazer escolhas conscientes quanto ao custo, ao mesmo tempo que serem atendidos plenamente em suas necessidades (Almeida, 1996, 1997).

Em termos operacionais, a competição administrada é uma "função de organização do mercado" (*market making function*) que deve ser desempenhada por grandes grupos de compradores de seguros privados (Enthoven, 1997:205). Em síntese, as organizações de atenção gerenciada (*managed care*) seriam os atores desse "novo" mercado e a competição administrada se refere "às regras do jogo" que organizam e determinam o seu funcionamento (Enthoven, 1997:198). Na realidade, a concepção do modelo de competição administrada tem como premissa contrapor o poder monopólico dos prestadores de assistência médica (vendedores) com a organização de poderosos compradores monopônicos, que "representam" grandes grupos de pacientes (Hsiao, 1995:135).

O modelo da competição administrada tem sido objeto de muita polêmica nos EUA e de fato até o momento não encontrou campo fértil para seu pleno desenvolvimento, embora tenha sido a base de formulação da reforma setorial do governo Clinton em 1992 (Wiener, 1995). Entretanto, as idéias que preconiza tiveram grande aceitação nas reformas européias (Almeida, 1995), daí que é verdadeira a afirmação de Enthoven (1997:201) de que, em princípio, a assistência administrada e, por extensão, a competição administrada, podem ser aplicadas em sistemas de saúde que não contem com expressivo setor de seguros privados. Isto é evidente na tradução européia desse modelo, conhecida como "Mercado Interno", cuja vanguarda é inglesa, e cujos princípios têm sido amplamente difundidos e traduzidos em inúmeras inovações gerenciais nas reformas de diversos sistemas de saúde majoritariamente públicos.

A razão desta difusão tem pelo menos duas explicações interrelacionadas: a primeira é que a proposta da competição administrada é não apenas amplamente compatível com fortes políticas regulatórias, mas requer, para seu funcionamento, grande capacidade regulatória do Estado, o que é a tônica nos sistemas de saúde europeus (Almeida, 1995:169); e a segunda é que o termo "mercado interno" traz implícito que o mercado deve operar numa conjuntura de contenção de custos, isto é, a alocação de recursos nesse "mercado" tem um limite bem estabelecido, não sendo permitido que a dinâmica do "mercado" leve a um fluxo

maior de recursos no seu interior (como normalmente se observaria num mercado tradicional) (White,1995:137). Portanto, a diferença está no ponto de partida do debate, ou seja, enquanto nos países europeus, e mesmo no Canadá, o problema é como conter custos garantindo determinados padrões de acesso e qualidade, nos EUA a questão é como controlar custos e ampliar cobertura, mas também como implementar um sistema onde seja plausível discutir custos. Nesse ponto, é pertinente assinalar a proximidade com a problemática brasileira.

De qualquer forma, a ênfase restritiva calcada na contenção de custos, na diminuição da livre-escolha e na abolição dos pagamentos por unidade de serviços e reembolsos podem trazer muita insatisfação da clientela, além de ser politicamente inviável de ser implementada em muitos países, que, por outro lado, têm outros mecanismos talvez mais efetivos de controle e contenção de custos e gastos. Um dos exemplos é o Canadá, que embora seja considerado também um dos países que tem o sistema de saúde mais caro, tem tido muito mais sucesso que os EUA no controle do gasto, com universalização em termos de cobertura.

Na realidade o termo competição administrada tem diferentes significados em distintos países e para diversos atores, mas na essência o modelo busca mudar as bases da competição entre compradores e prestadores de serviços de saúde. As experiências em curso têm demonstrado o aumento dos custos administrativos e de transação, além da necessidade de desenvolvimentos tecnológicos (contratos, indicadores de *performance*) que requerem investimentos consideráveis.

Os autores são cautelosos quanto à viabilidade de sua implementação, admitindo as dificuldades inerentes ao modelo e o investimento requerido para obtenção de resultados satisfatórios, além do potencial extremo de conflitos que sua implementação acarreta, pelos poderosos interesses envolvidos no processo (Hsiao,1994; Enthoven,1997).

Mesmo assim, a Colômbia foi pioneira na formulação de um modelo de reforma setorial centrado na inteiramente na competição administrada, chamado "pluralismo estruturado", cuja implementação está em curso desde 1993 (Londoño,1996). E esse modelo tem sido preconizado pelas agências internacionais como alternativa de reforma para os demais países da região, recuperando a idéia de seguro nacional de saúde e articulando-a na perspectiva da competição administrada (Londoño & Frenk,1995).

O elemento central seria o caráter público do financiamento, que para os pobres tomaria a forma de subsídios e para os demais de contribuição compulsória, e a especialização dos atores no sistema, através de uma nova configuração institucional, criando-se organizações privadas específicas para tal (os *sponsors* de Enthoven). De fato, o financiamento público é o que diferencia este modelo daqueles centrados na recuperação de custos ou na competição administrada norte-americana.

A teorização feita por Londoño e Frenk apoia-se também *nas várias experiências inovadoras em curso na América Latina* que, em maior ou menor medida, incluem elementos do modelo por eles proposto, tais como, as *empresas promotoras de salud (EPS)* da Colômbia (a tradução mais fiel do modelo); as *instituciones de atención médica colectiva (IAMCs)* do Uruguai; as *obras sociales* da Argentina; os sistemas de pré-pagamento no Brasil; as *iguales* na República Dominicana; as *instituciones de salud previsional (ISAPRES)* do Chile e as *organizaciones para la protección de la salud (PROSALUD)* propostas no México. Estimam, inclusive, que a assistência prestada através dessas organizações na região cobre hoje cerca de 60 milhões de pessoas (Londoño & Frenk,1995:26).

Entretanto, longe de significar um *vigoroso processo de inovação*, como afirmam os autores, esta "tendência" reflete, sobretudo, uma vigorosa difusão de idéias e o poder de

enforcement dos organismos internacionais na região e, ainda que possa arejar o debate e trazer questões importantes para a reflexão, carecem de sustentação empírica para os resultados que preconizam.

PARA CONCLUIR

O sistema de assistência médica suplementar no Brasil passa por um momento de transformação que pode significar um ponto de inflexão importante em relação aos desenvolvimentos históricos anteriores.

Embora os dados não confirmem as expectativas de grande crescimento, existe um espaço de ampliação de clientela vinculadas a novas práticas gerenciais que provavelmente serão estimuladas sobretudo com a entrada das empresas internacionais. Entretanto, essa extensão poderá se acompanhar de aumento de participações dos segurados, assim como de generalização de um atendimento básico que não apenas não aliviará a participação do sistema público de saúde, como exigirá maiores incentivos e subsídios por parte do Estado, tanto aos segurados quanto às operadoras e seguradoras. Por outro lado, a regulação necessária também consumirá recursos o que significará aumento de gastos, que aliás é atestado pelas experiências internacionais: mesmo a atenção gerenciada ou a competição administrada não diminui o peso do financiamento público setorial.

O aumento dos custos administrativos é uma das consequências das *falhas* do mercado de seguros privados de saúde, sobretudo num mercado desregulado e competitivo, mesmo com novos modelos gerenciais, que podem atenuar mas não eliminam esses problemas. Sendo assim, sem uma regulação efetiva tais arranjos não surtirão os efeitos apregoados, trazendo como resultado o aumento da ineficiência e da iniquidade.

Portanto, as questões referentes aos seguros privados que permanecem no debate setorial são as mesmas e correm o mundo há décadas: pode esse mercado operar livremente? E, se pode, em que esferas? Quais são as áreas imprescindíveis de regulação? Deve essa regulação ser nacional, estadual ou compartilhada? E quais os limites dessa regulação para a obtenção de determinados resultados?

A tendência no setor de seguros privados é de expansão internacional dos planos de *managed care*, não apenas como uma prática gerencial potencialmente mais efetiva para a contenção de custos e, alega-se, capaz de proporcionar atenção de melhor qualidade, mas principalmente, como investimento financeiro. Algumas evidências reforçam essa percepção: em setembro de 1996 as principais empresas norte-americanas de atenção gerenciada realizaram uma reunião no México (DF) com essa finalidade, isto é, analisar as perspectivas de negócios em nível internacional. A reunião foi organizada pela *American Association of Health Plans* e a *Academy for International Health Studies*. Ainda que o objetivo da reunião fosse o de "aprender com a experiência de outros países", a maioria dos participantes estava interessada em "vender" seus planos e buscava "oportunidades de mercado" em Israel, Korea, Venezuela, Canadá, México, Rússia, França, Singapura, Brasil, Nova Zelândia, Porto Rico, Australia, África do Sul e Argentina (Smith, 1996:764).

Essa expectativa é coerente com a tendência que se observa nos EUA há mais de uma década: organizações lucrativas são proprietárias da maioria das redes de prestação de assistência médica, que dominam o mercado em muitas partes do país. Antes dos anos 80, existiam, nos EUA, subsídios governamentais para as *HMOs* não lucrativas e leis restritivas à corporatização da medicina; mas a partir da década de 80, muitas dessas leis foram abolidas e os subsídios retirados, o que resultou na conversão de *status* de muitas organizações existentes e no crescimento das novas como lucrativas, com maior acesso ao capital financeiro. Nos anos 90, praticamente 100% das novas *HMOs* nos EUA são lucrativas (Bodenheimer & Grumbach, 1995:233).

Aponta-se como tendência o desenvolvimento de grandes redes integradas de prestação de assistência médica de propriedade das companhias seguradoras ou das *HMOs*. Isto pode significar a consolidação de potentes grupos (poucos) de compradores de serviços nessa área com poder de *enforcement* para impor contenção de custos, uma vez que a relação segurador/prestador muda consideravelmente e, em muitos casos, a mesma organização combina as duas funções. Ao invés de um pacto prestador-segurador, dominado pelos prestadores, a indústria da assistência médica nos EUA estaria caminhando na direção de uma mescla segurador-prestador dominada pelas seguradoras, isto é, pelo capital financeiro (Bodenheimer & Grumbach,1995:233). Embora não tenhamos dados comprobatórios, existem referências à mesma tendência de expansão internacional do capital financeiro das ISAPRES chilenas para outros países latino-americanos. O problema é que não há garantia, nesse processo, nem evidências empíricas, de melhor qualidade na atenção prestada sob essa modalidade.

A "agitação" recente de organizações da sociedade em torno do tema nos EUA, prevenindo-se contra a atenção gerenciada, são um alerta que deve ser acompanhado com atenção, principalmente porque a exportação do modelo para os países da periferia tem sido enfaticamente defendida pelo Banco Mundial, com a justificativa de que aumentar a oferta privada de seguro saúde para os grupos sociais de renda média e alta permitiria que os recursos públicos fossem deixados para o atendimento das populações mais pobres, aumentando a eficiência e a qualidade dos serviços. Como afirmou Armeane Choksi, do Banco Mundial (Bodenheimer & Grumbach,1995:233): "*Managed care holds the biggest hope for developing health services in the developing world*" (Smith,1996:313).

A realidade do setor de seguros privados no Brasil não permite afirmações tão otimistas. Se por um lado podemos concordar que, de fato, a atenção gerenciada poderá trazer benefícios no que toca à contenção de custos, conferindo maior viabilidade financeira a algumas formas de seguro privado coletivo, e até mesmo expandindo coberturas, desde que subsidiadas, é preciso ter cuidado, primeiro, com o impacto negativo sob a qualidade da atenção que essa forma de gerenciamento pode acarretar e, segundo, com a regulamentação que deve proteger o consumidor contra as práticas monopsonicas que a concentração do mercado e o domínio do capital financeiro traz. Esse risco aumenta sobremaneira com a aprovação da entrada do capital estrangeiro em ambiente francamente desregulado como o brasileiro.

BIBLIOGRAFIA

ABRAMGE (1997), *Informe de Imprensa - dados e Números da Medicina de Grupo*. Agosto,1997.

ACS,G.; LONG,S.H.; MARQUIS,M.S. & SHORT,P.F. (1996), "Self-Insured Employer Health Plans: Prevalence, profile, provisions, And Premiuns". *Health Affairs* 15(2):266-278.

ALBUQUERQUE, L.;CALAIS, A. & FERNANDES, m.c. (1997), "Congresso põe saúde da classe média em xeque". *Gazeta Mercantil*, segunda-feira, 22/09/97.

ALMEIDA, C.M. (1996), "Novos Modelos de Reforma Sanitária: Bases Conceituais e Experiências de Mudança". In: Nilson do Rosário Costa & José Mendes Ribeiro (org.) *Política de Saúde e Inovação Institucional*, Rio de Janeiro:Editora FIOCRUZ (pp.69-98).

ALMEIDA, C.M. (1997) "Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica". *Saúde e Sociedade*, V.4, N.2. São Paulo:Revista da Faculdade de Saúde Pública da USP/Associação Paulista de Medicina.

ALMEIDA,C.M. (1995), *As Reformas Sanitárias nos Anos 80: Crise ou Transição? Um estudo sobre os países centrais - EUA, Reino Unido, Alemanha Ocidental, Suécia, Itália e Espanha*". Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP/FIOCRUZ, julho de 1995.

ANDREAZZI,M.F.S. (1991), *O seguro saúde Privado no Brasil*. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro:ENSP/FIOCRUZ.

ARROW,K.J. (1985), "Theoretical issues in health insurance". In: *Collected Papers of Kenneth J. Arrow, Vol. 6, Applied Economics*. Cambridge:Harvard University Press.

BAAR, N. (1992), "Economic Theory and the Welfare State: A Survey and Interpretation". *Journal of Economic Literature*, XXX(June):741-803.

BAHIA,L. & GIOVANELLA,L. (1995), "Saúde: O Poder da Atenção Pública". *Saúde em Debate*, n.47:8-13.

BAHIA,L. (1991), *Reestratificação das Clientelas para os Serviços de Saúde na Década de 80: um Estudo Exploratório do caso AMIL*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro:ENSP/FIOCRUZ.

BAHIA,L. (1996), *Planos e Seguros Saúde no Brasil: Um estudo sobre a Cobertura e organização da Oferta*. Projeto de Tese de Doutorado em Medicina Social. Rio de Janeiro:IMS/UERJ (mimeo).

BAHIA,L. (1997), *Planos e Seguros Saúde no Brasil: Características da População Coberta*. Artigo apresentado no exame de qualificação no Doutorado em Medicina Social. Rio de Janeiro:IMS/UERJ (mimeo).

BANCO MUNDIAL (1993), *Informe sobre el desarrollo mundial, 1993: Invertir en Salud*. Washington, DC.

BNDES, CNI & CEBRAE (1996), *Qualidade e produtividade na indústria brasileira*. Rio de Janeiro:BNDES/CNI/SEBRAE.

BODEHEINHEIMER,T.S. & GRUMBACH,K. (1995), *Understanding Health Policy - A Clinical Approach*. Stamford, Connecticut:Appleton & Lange.

BORGES, C. & CALAIS, A. (1997), "Serviço pode ser regulamentado depois de 40 anos". *Gazeta Mercantil*, segunda-feira, 22/09/97.

BORGES, C. (1997), "Setor tem 50 mil médicos a mais que o SUS". *Gazeta Mercantil*, segunda-feira, 22/09/97.

BURGOS,M.T.;MAGALHÃES,M.A.E.; VIANNA,M.L.W. & STEIN,M.L. (1991), *Público e Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: A Contextualização do Debate em torno dos Programas Suplementares no Setor Público*. Relatório Final de Pesquisa. Convênio CEPECS/CASSI. Rio de Janeiro (mimeo).

CIEFAS (1996), *Acompanhamento e Desenvolvimento dos Planos de Assistência Saúde. Pesquisa CIEFAS 1996*.

CIEFAS (1998), *Pesquisa Nacional sobre Assistência à Saúde nas Empresas*. Publicação Especial editada pelo Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (CIEFAS), Abril, 1998.

CFM; FNM; AMB & FIOCRUZ (1996), *Perfil dos Médicos no Brasil*, Volume i - Brasil e Grandes Regiões. Rio de Janeiro:FIOCRUZ/CFM-MS/PNUD.

CHOLLET, D.J. & LEWIS, M. (1997), "Private Insurance: Principles and Practice". In: Schieber, G. *Innovations in Health Care Financing*. Proceedings of a World Bank Conference, March 10-11, 1997. World Bank Discussion Paper No. 365. Washington:WB.

COHN, A.; NUNES, E.; JACOBI, P.R. & KARSCH, U.S.A. (1991), *A saúde como direito e como serviço*. São Paulo:Cortez.

COHN, A. & ELIAS, P.E. (1996), *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. São Paulo:Cortez.

CORDEIRO, H.A. (1984), *As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro:Ed. Graal.

CREESE, A. BENNETT, S. (1997), "Rural Risk-Sharing Strategies". In: Schieber, G. *Innovations in Health Care Financing*. Proceedings of a World Bank Conference, March 10-11, 1997. World Bank Discussion Paper No. 365. Washington:WB.

DAVIS, K. & SCHOEN, K. (1997), "Managed Care, Choice, and Patient Satisfaction". Agosto, 1997. http://www.cmwf.org/health_care/satis.html

DONNANGELO, M.C.F. (1975), *Medicina e Sociedade: o Médico e seu mercado de Trabalho*. São Paulo:Pioneira.

ELIAS, P.E. (1996), "Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil". In: Cohn, A. & Elias, P.E. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. São Paulo:Cortez.

ENTHOVEN, A. & KRONICK, R. (1989), "A consumer-choice health plan for the 1990s". *The New England Journal of Medicine*, 320(1):29-37.

ENTHOVEN, A. (1978a), "Consumer-choice health plan (Parte I) - Inflation and Inequity in Health Care Today: Alternatives for Cost Control and an Analysis of Proposals for National Health Insurance". *New England Journal of Medicine*, 298(12):650-58.

ENTHOVEN, A. (1978b), "Consumer-choice of health plan: a national-health-insurance proposal based on regulated competition in the private sector". *New England Journal of Medicine*, V. 298(13):709-20.

ENTHOVEN, A. (1997), "Market-Based Reform of US Health Care Financing and Delivery: Managed Care and Managed Competition". In: Schieber, G. *Innovations in Health Care Financing*. Proceedings of a World Bank Conference, March 10-11, 1997. World Bank Discussion Paper No. 365. Washington:WB.

FAMILIES USA FOUNDATION (1997), "New Agreement on Managed Care Consumer Protection". 24/Setembro/1997. <http://www.familieusa.org/hmoagre.htm>

FAVARET, P. & OLIVEIRA, P.J. (1990), "A universalização Excludente: Reflexões sobre as tendências do Sistema de saúde". *Dados - Revista de Ciências Sociais* 133(2):257-283.

FELT-LISK,S. & YANG,S. (1997), "Changes in Health Plans Serving medicaid, 1993-1996". *Health Affairs* 16(5):125-133.

FORNS,J.R. & MARTINEZ,I.V.(1986), *Posibilidades de desarrollo del cooperativismo en el sector sanitario español*, Gabinete de Estudios y Promoción del Cooperativismo Sanitário, Madrid, Espanha.

GABEL,J.R.; GINSBURG,B. & HUNT,K.A. (1997), "Small Employers And Their Health Benefits, 1988-1996: An Awkward Adolescence". *Health Affairs* 16(5):103-110.

GINSBURG,P.B. & PICKREIGN,J.D. (1996), "Tracking Health Care Costs", *Health Affairs* (Fall):140-149.

HIAA (1996), *Source Book of Health Insurance Data*. Washington:Health Insurance Association of America.

HSIAO,W.C. (1995), "Abnormal economics in the health sector". *Health Policy* 32:125-139.

IBGE (1990), Pesquisa sobre a Assistência Médica e Sanitária.

IBGE (1992), Pesquisa sobre a Assistência Médica e Sanitária.

IMERSHEIN,A.W.; ROND,P.C. & MATHIS,M. (1992), "Restructuring Patterns of Elite Dominance and the Formation fo State Policy in Health Care". *American Journal of Sociology*, 4:970-93.

JÖNSSON,B. & MUSGROVE,P. (1997),"Government Financing of Health Care". In: Schieber,G. *Innovations in Health Care Financing*. Proceedings of a World Bank Conference, March 10-11,1997. World Bank Discussion Paper No. 365. Washington:WB.

LARRAÍN,L. (1996), "Vision Económica del Costo de los Seguros Sociales. Impacto en el Empleo y la Distribución del Ingreso". In: Juan Giaconi & Rafael Caviedes (Ed.) *Las ISAPRES: hacia la modernidad en salud. Realidades, Perspectivas y Desafios del Sistema*. Asociacion de ISAPRES A.G./CIEDESS, Santiago:Chile.

LETSCH,S.W. (1993), "Data Watch - National Health Care Spending in 1990". *Health Affairs*, (Spring), 12(1):94-110.

LONDOÑO, J.L. & FRENK, J. (1995), Structured Pluralism: Towards a New Model for Health System Reform in Ltin America. World Bank, Technical Department for Latin America and the Caribbean, Washington, D.C.

LONDOÑO,J.L. (1996), "Estructurando el Pluralismo en los Servicios de Salud. La Experiencia Colombiana". *Analisis Económico*, 11(2):37-60.

LUZ,M.T. (1991), "Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de *transição democrática* - anos 80". *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, 1(1):77-115.

MACHADO,M.H. *et alli* (1996), *Perfil dos Médicos no Brasil, Relatório Final*, Vol I. Conselho Federal de Medicina, Federação Nacional dos Médicos, Associação Médica Brasileira, FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

- MÁRQUEZ,P.V. (1992), "Control de costos en salud: experiencias en países de las Americas". *Boletín de la Organización Pan-Americana de la Salud*, 109(2):111-132.
- MÉDICI,A. C. (1991), "A Medicina de Grupo no Brasil". *Serie Desenvolvimento de Políticas Públicas* N.1, Brasília:OPAS/Representação do Brasil.
- MÉDICI, A.C. (1994), *Economia e Financiamento do Setor Saúde no Brasil. Ad-Saúde - Série Temática*, Faculdade de Saúde Pública, USP, São Paulo.
- MÉDICI,A.C. & CZAPSKI,C.A. (1995), *Evolução e Perspectivas dos Gastos Públicos com saúde no Brasil*. Relatório elaborado para o Banco Mundial, como subsídio ao REFORSUS. Brasília: Ministério da saúde (mimeo).
- MÉDICI,A.C. (1991a), "O Setor Privado Prestador de Serviços de Saúde no Brasil". *Relatórios Técnicos*. Rio de Janeiro:ENCE/IBGE.
- MÉDICI,A.C. (1991b), "Incentivos Governamentais ao Setor Privado em Saúde no Brasil". *Relatórios Técnicos*. Rio de Janeiro:ENCE/IBGE.
- MÉDICI,A.C. (1992), "Os serviços de Assistência Médica das Empresas: Evolução e Tendências Recentes". São Paulo:IESP/FUNDAP.
- MÉDICI,A.C. (1997), "A Saúde e o Custo e Envelhecer". *Como vai? População Brasileira* anoll, N.2:23-4. Brasília:IPEA/IBGE.
- MENDES,E.V. (1993), "As Políticas de saúde nos Anos 80. In: Mendes, E.V. (org) *Distrito Sanitário: o Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema único de Saúde*. São Paulo/rio de Janeiro:HUCITEC/ABRASCO.
- MUSGROVE,P. (1996), "Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns". Washington:World Bank. Discussion paper N. .
- NAJBERG,S.& IKEDA,M. (1997), "Variações do nível de emprego na década de 90: uma análise setorial". *Monitor Público*, 12. Janeiro, fevereiro e março. Conjunto Universitário Cândido Mendes/IUPERJ.
- NICHOLS,L.M.; PRECOTT,N. & PHUA,K.H. (1997), "Medical Savings Accounts for Developing Countries". In: Schieber,G. *Innovations in Health Care Financing*. Proceedings of a World Bank Conference, March 10-11,1997. World Bank Discussion Paper No. 365. Washington:WB.
- OECD (1993), *Health Data 1993: Comparative Analysis of Health Systems*. OECD, CREDES 1993, Paris:France.
- OECD (1996), *Health Database*, 1996. OECD, CREDES, Paris:France.
- OLIVEIRA,J.A.A. & TEIXEIRA,S.F. (1986), *(Im)previdência Social - 60 anos de história da previdência Social no Brasil*. Rio de Janeiro:Vozes/ABRASCO.
- OPAS (1994), "Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y Caribe". *Serie Documentos Reproducidos* N.41, Washington:OPAS.
- OPAS (1995), "Gasto Nacional y Financiamento del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la Década de los Noventa". Washington, DC:OPAS/OMS.

PAULY,M.V. (1968), "The economics of moral hazard". *American Economic Review*. 58(2):23-57.

PEREIRA,J. (1995), "Glossário de Economia da Saúde (Apêndice), *In: Sergio Francisco Piola & Solon Magalhães Vianna (Org.) Economia da Saúde: Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde, Série IPEA, Publicação N.149:271-293.*

PRADO,M. & POCHMAN,M. (1997), 'Desigualdade de rendimentos: fatos e versões". *Folha de São Paulo*, 14/12/1997, Segundo Caderno, Opinião Econômica, p.2.

RECALDE,F. (1997), *La Reforma del Sistema de Salud de Paraguay*. Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, Ilho,1997 (mimeo).

REIS,C.O.O.; BAHIA,L. & BARBOSA,P.R. (1997), 'Regulamentação dos Planos e Seguros de Saúde - Custos Difusos e Concentração de Benefícios: Considerações para a Negociação com base em Interesses da Cidadania". Versão Preliminar, elaborada como subsídio ao Conselho Nacional de Saúde (mimeo).

SCHIEBER,G. & MAEDA,A. (1997), "A Curmudgeon's Guide to Financing Health Care in developing Countries". *In: Schieber,G. Innovations in Health Care Financing. Proceedings of a World Bank Conference, March 10-11,1997. World Bank Discussion Paper No. 365. Washington:WB.*

SCHIEBER, G. J. (1995), "Preconditions for health reforma: experiences from the OECD countries". *Health Policy* 32:270-293.

SMITH, R. (1996), "Global competition in health care". *British Medical Journal* 313(28/sept/1996):764-5.

UEHARA,I. 91997), "Para onde vai o mercado de saúde?". *Banco Hoje*. Julho, 1997.

UGÁ, M.A. (1997), *Propostas de Reforma do Setor Saúde nos Marcos do Ajuste Macroeconômico*, Tese de Doutorado, IMS/UERJ, agosto, 1997.

VIACAVA,F. & BAHIA,L. (1996), Os serviços de Saúde segundo o IBGE. *Dados* N.20:3-30.

VIANA, A.L.D.; REIS,C.A.O. & BAHIA,L. (1997), "regulamentação dos planos e seguros privados de saúde no Brasil". *Boletim da Associação Brasileira de Saúde Coletiva*, Ano XV, Abr/Jun, 1997.

VIANA, M.L.T.W. (1995), *Articulação de Interesses, Estratégias de Bem-Estar e Políticas Públicas: A Americanização (Perversa) da seguridade Social no Brasil*. Tese de Doutorado apresentada ao IUPERJ, Rio de Janeiro, 1995 (mimeo).

VIANNA,S.M.; PIOLA,S.F. & REIS,C.O. (1997), "Gratuidade do SUS. A controvérsia em torno do co-pagamento", novembro (mimeo, 43 pp).

WHITE,J. (1995), "Managing Health Care Costs in the United States". *In: Jérôme-Forget,M.; White,J. & Wiener,J.M. Health Care Reform Through Internal Markets*. Québec:IRPP.

WIENER,J.M. (1995), "Managed Competition as Financing Reform: A view from the United States". In: Jérôme-Forget,M.; White,J. & Wiener,J.M. *Health Care Reform Through Internal Markets*. Québec:IRPP.