

Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90

Private health plans:
light and shadow in the 1990s health sector debate

Ligia Bahia ¹

Abstract *This paper surveys public-private interfaces within the health insurance market in Brazil, seeking to question the relationships of autonomy and dependence between the supplementary health care enterprises and SUS, as well as some aspects conditioning government regulation. The analysis of this market is referenced on the related literature and on information provided by official sources, consulting businesses, health plans and insurances enterprises and their owners' accounts. One suggests the need for broadening the agenda on the public-private mosaic structuring the Brazilian health system.*

Key words *Private health plans and insurance, Public-private relationships, Government regulation*

Resumo *Este trabalho examina interfaces pública-privadas do mercado de planos e seguros no Brasil, procurando questionar as relações de autonomia e dependência das empresas de assistência médica suplementar com o SUS e alguns dos pressupostos que orientam o processo de regulação governamental. A análise desse mercado se apóia em referenciais extraídos da literatura e sobre informações provenientes de fontes oficiais, empresas de consultoria, dados de empresas de planos e seguros e depoimentos de seus dirigentes. Sugere-se a necessidade de ampliar a agenda de debates e pesquisas sobre o mosaico público-privado que estrutura o sistema de saúde brasileiro.*

Palavras-chave *Planos e seguros privados de saúde, Relações entre público e privado, Regulação governamental*

¹ Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Av. Brigadeiro Trompowsky s/nº, Hospital Universitário, Ilha do Fundão, 21941-000, Rio de Janeiro RJ. ligiabahia@uol.com.br

Introdução

Dois enunciados, articulados entre si, explicam usualmente a expansão dos planos privados de saúde no Brasil. Em uma primeira instância insuficiências do SUS são associadas à expansão da assistência médica suplementar evocando os avanços das políticas de corte neoliberal. Essa equação, por sua vez, remete questões tanto às proposições reformistas universalistas quanto às políticas assistenciais seletivas. Por um lado, o crescimento das alternativas particulares, corporativas e meritocráticas desafia a construção de um sistema de proteção social universal e redistributivo, por outro, evidencia perspectivas para a regulação de uma segmentação já consolidada.

Para determinados autores esses esquemas assistenciais privados evidenciam os padrões híbridos das políticas sociais no Brasil e não expressam meras relações de soma e diminuição entre partes autônomas. Contribuições como a de Santos (1987) sobre a cidadania regulada, e mais recentemente de Favaret (1990) a respeito da universalização excludente, de Viana *et al.* (1999) sugerindo uma americanização perversa do sistema de proteção social brasileiro, até o conceito de cidadania invertida formulado por Fleury-Teixeira (1994) desautorizam a subscrição de modelos explicativos muito simplificados.

Contudo, hipóteses considerando apenas o antagonismo entre o SUS e os planos privados de saúde, como determinante do mosaico político-institucional do sistema de saúde brasileiro, ainda orientam parte dos discursos e das ações direcionadas a regular as relações público-privado na saúde. A idéia de que um SUS “completo” seja inversamente proporcional à magnitude dos clientes de planos privados e a admissão de uma complementaridade entre ambos, restrita a uma parte da atenção de alta complexidade, é inspirada por uma avaliação da pior qualidade dos serviços públicos por referência àqueles regidos pela lógica do mercado.

Muitos supõem que a existência de dois sistemas de saúde é uma realidade tangível. Expressões, como “só fica no SUS quem não tem recursos para comprar um plano” ou mais elaboradas “se quem pode pagar tem plano de saúde dá para o SUS cuidar melhor dos pobres”, denotam uma clivagem praticamente intransponível entre ambas redes assistenciais. Aparentemente, entre esses dois mundos a única conexão se estabelece diante de necessidades

(improváveis) do consumo de tecnologias sofisticadas, por vezes, albergadas em estabelecimentos públicos. Um dos principais eixos do debate e da legislação elaborada para regulamentar o mercado de planos e seguros-saúde repousa sobre a idéia de que as ampliações de cobertura “liberam” o SUS do atendimento de clientes da assistência médica suplementar.

Estudos recentes e mais detalhados sobre os planos privados de saúde se contrapõem especificamente à noção da separação entre mercado e Estado, ao explorarem outros ângulos da assistência médica suplementar. Cohn (1998) e Dain (1999) cunharam as expressões “mercado artificialmente expandido” e “desmercadorização do mercado”, para sublinhar a estrutural e extensa interface público-privado dos subsídios governamentais envolvidos com o financiamento dos planos privados de saúde.

Todavia restam importantes lacunas para a reflexão sobre as inter-relações SUS-planos privados de saúde, entre as quais uma problematização sobre a diferença da natureza dos riscos cobertos e redes assistenciais voltadas às clientela com e sem vínculos com as empresas da assistência médica suplementar. Nesse sentido, este trabalho procura questionar as relações de autonomia e dependência das empresas de planos de saúde com o SUS e conseqüentemente alguns dos pressupostos que orientaram o processo de regulação governamental da assistência médica suplementar.

Para tanto se recorre a reflexões como as de Esping-Andersen (1999) sobre a importância do poder de mobilização política e ampliação da esfera pública para a “desindividualização” e “desfamiliarização” da carga de riscos. Um risco considerado individual pode se transformar em social e vice-versa. Os distintos modelos de proteção social resultam de diferentes composições da gestão dos riscos sociais entre Estado, mercado e famílias. A institucionalização dos riscos, especialmente os que envolvem pessoas, ainda quando gerida por agentes privados, é revestida, obrigatoriamente, por um envoltório social.

Os seguros sociais, impregnados por um caráter mutual/sindical, são distintos daqueles estabelecidos entre seguradoras e segurados individualmente. Os primeiros emergem da tessitura de relações verticais que desvelam conflitos de interesses. Os seguros individuais permanecem encobertos por relações nas quais se trocam equivalentes baseadas na livre declaração de vontades do direito privado.

Portanto, os planos privados de saúde representam precipuamente uma alternativa de transferência de riscos para instituições privadas e não somente uma opção individual/familiar de consumo. Ou, em outros termos, um processo de “externalização” dos custos sociais consubstanciado em instituições, regras e normas de funcionamento, mediado necessariamente por unidades coletivas e legitimado por políticas públicas sejam estas de regulamentação ou de renúncia à intervenção.

Assim, o fio condutor do presente trabalho é a conformação do mercado de planos de saúde através de movimentos de reorganização da demanda e oferta. Mais especificamente, se examina a hipótese da adequação de uma mesma base de provedores de serviços à segmentação da demanda. Sugere-se que, na prática, uma parte considerável dos mesmos prestadores de serviços atenda mais ou menos intensamente os clientes financiados pelo SUS e se reagrupem em torno das demandas estratificadas dos planos de saúde. Uma mesma base física de recursos gera inúmeros subsistemas diferenciados em função de um gradiente de prestígio dos profissionais, hospitais e laboratórios.

Esse ponto de partida concorre com a idéia da existência de uma única linha de demarcação no sistema de saúde brasileiro e admite dúvidas sobre algumas das diretrizes da regulamentação governamental sobre a assistência suplementar. Como se movem os provedores de serviços em torno das opções de comercialização de planos de saúde e do financiamento do SUS? Como se organizam submercados diante das possibilidades de remuneração dos diferentes tipos de planos moldados à feição dos estratos sócio-ocupacionais? Qual o impacto da legislação que regulamenta a operação dos planos de saúde sobre a configuração desses subsistemas e de seus variados padrões de complementaridade com o SUS?

Dimensões do mercado de planos de saúde

Alguns dos atuais esquemas assistenciais coletivos privados, baseados na captação de recursos de empresas empregadoras e seus empregados destinados ao financiamento de uma assistência médico-hospitalar adicional àquela organizada pelo Estado, foram criados nos anos 40 e 50. Exemplos disso são: 1) no setor público: a implantação da Caixa de Assistência aos

Funcionários do Banco do Brasil (Cassi) e a assistência patronal para os servidores do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (atual Geap) e mais tarde a inclusão da assistência médico-hospitalar aos benefícios oferecidos aos empregados das recém-criadas empresas estatais; 2) no setor privado: os sistemas assistenciais privados que acompanharam a instalação da indústria automobilística, particularmente das montadoras estrangeiras. Uma terceira alternativa, em torno da estruturação de sistemas assistenciais destinada exclusivamente aos funcionários estaduais, não cobertos pela Previdência Social, surgiu a partir dos anos 50 configurando a face civil dos serviços de saúde exclusivamente destinados a servidores públicos com regimes próprios de previdência.

Esses sistemas particulares possuíam serviços próprios e/ou adotavam o reembolso de despesas médico-hospitalares contraídas por seus empregados com provedores de serviços autônomos. Os empregados eram atendidos no interior das empresas pelos serviços médicos das fábricas, em ambulatórios médicos das caixas de assistência e por provedores privados pagos diretamente pelo cliente, cuja despesa era objeto de reembolso posterior. Os serviços dos Institutos de Aposentadorias e Pensões da Previdência Social e a rede pública estadual e municipal eram utilizados mais ou menos intensamente em razão da maior/menor abrangência de cobertura dos riscos cobertos pelos esquemas assistenciais das empresas empregadoras. Pode se dizer, de maneira muito simplificada, que a organização empresarial dos prestadores de serviços, em detrimento da prática médica liberal e da autonomia de cada estabelecimento hospitalar, alterou substantivamente as relações de compra e venda de serviços de saúde.

A partir de meados da década de 1960 as relações entre financiadores e provedores de serviços foram substancialmente modificadas. Os denominados convênios médicos entre as empresas empregadoras com empresas médicas (cooperativas médicas e empresas de medicina de grupo), mediados pela Previdência Social, estimularam decisivamente o empresariamento da medicina. Pode se dizer, de maneira muito simplificada, que da organização empresarial dos prestadores de serviços, em detrimento da prática médica liberal e da autonomia de cada estabelecimento hospitalar, emergiram as empresas médicas contando inicialmente com suas redes próprias (Cordeiro, 1984).

As medicinas de grupo se organizaram em torno de proprietários/acionistas de hospitais e as Unimed's surgiram como uma alternativa heterodoxa, para preservar a prática nos consultórios médicos através da constituição de cooperativas de trabalho. Logo essas empresas, especializadas na comercialização de planos de saúde, especialmente as medicinas de grupo, ampliaram suas redes de serviços. Essa expansão decorreu tanto da imposição das normas da Previdência Social sobre coberturas mínimas, incluindo atendimento ambulatorial em determinadas especialidades, quanto pela necessidade de competir com as Unimed's que disponibilizavam todos os seus associados para o atendimento dos convênios.

Portanto as empresas médicas organizaram suas redes assistenciais próprias, mas, à semelhança, ou até pela presença de um financiador de serviços muito mais poderoso – a Previdência Social – e diante das resistências à perda de autonomia dos médicos, tornaram-se compradoras de serviços, através dos credenciamentos de profissionais, laboratórios e hospitais. As Unimed's complementaram suas redes através do credenciamento de hospitais e laboratórios e as medicinas de grupo por meio da compra de consultas médicas realizadas pelos profissionais em seus próprios consultórios.

Nessa época, muitas empresas empregadoras, especialmente, as estatais e multinacionais de grande porte, não “externalizaram” seus sistemas assistenciais, isto é, preservaram seus planos próprios (Giffoni, 1981). Mas este subsegmento não comercial de planos de saúde também optou pelo credenciamento de serviços, como principal estratégia de organização de redes assistenciais, passando a representar uma alternativa adicional de remuneração aos provedores de serviços.

Pode-se dizer que a marca das décadas de 1960 e 1970 é a constituição de redes de serviços privados contratadas pelo Estado e aquelas em torno do mercado de compradores institucionais privados, mas não necessariamente através de bases físicas e de remuneração totalmente diferenciadas. Assinale-se, também, a vigência de regimes diferenciados de atendimento, segundo valores maiores ou menores de remuneração dos provedores de serviços, tanto no âmbito da Previdência Social que a par da unificação dos institutos mantinha mecanismos de contratação e financiamento específicos para os trabalhadores rurais, quanto nos esquemas assistenciais alternativos.

Um mesmo hospital poderia destinar acomodações diferenciadas para trabalhadores urbanos e rurais e ainda quartos particulares e o acompanhamento de médicos escolhidos pelos clientes para os que pagassem “por fora” ou estivessem cobertos por esquemas assistenciais mais pródigos. O balizador dos valores de remuneração dos procedimentos médico-hospitalares era o valor da unidade de serviço (US) do INPS. A normatização do seguro-saúde através da resolução 11 do Conselho Nacional de Seguros em 1976 legitimava a prática: o reembolso das despesas assistenciais deveria ser calculado em função “do valor da unidade de serviço do INPS multiplicado pelo nível de cobertura”.

No início dos anos 80, a quantidade de clientes de planos de saúde, registrada pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) e pela Federação das Unimed's (cerca 15 milhões) era bastante considerável (não estão contabilizados os clientes de planos próprios), sinalizando a persistência e consolidação das empresas de planos de saúde, como alternativas assistenciais para os trabalhadores especializados da região sudeste. Porém, nessa época, a visibilidade do mercado de planos de saúde não correspondia a sua magnitude. As razões para esse ocultamento talvez possam ser atribuídas à caracterização dos planos empresariais como benefícios, concedidos pelo empregador, e não como direitos assistenciais e possivelmente por uma menor dependência dos médicos e hospitais particulares do financiamento da assistência suplementar.

A revelação da existência de um grande mercado de planos de saúde, no final da década de 1980, ocorreu simultaneamente a uma importante intensificação da comercialização de planos individuais, a decisiva entrada de grandes seguradoras no ramo saúde, adesão de novos estratos de trabalhadores, particularmente, funcionários públicos da administração direta, autarquias e fundações à assistência médica supletiva e uma inequívoca vinculação da assistência privada ao financiamento da assistência médica suplementar.

Esse processo de expansão acentuou a organização de sub-redes e atingiu o ápice da fragmentação quando um mesmo hospital além de estar conveniado com o SUS e com numerosas empresas de assistência suplementar tornou-se ainda empresa de plano de saúde. Na esteira do plano real, a perspectiva do aumento do poder de compra de um expressivo contingente po-

pulacional e a informalização do mercado de trabalho estimularam a comercialização de planos individuais por hospitais filantrópicos e empresas médicas regionalizadas. Tais planos permitem o acesso a um grupo bastante restrito de serviços ou a um único estabelecimento hospitalar geralmente localizados em periferias das grandes cidades ou em municípios de médio e pequeno porte.

Coberturas

Estima-se que o mercado de planos de saúde compreenda cerca de 32 milhões de clientes, isto exclui os clientes de esquemas particulares administrados diretamente pelas instituições públicas como os institutos de previdência estaduais e municipais e pelas forças armadas. Em 1998 foram contabilizadas pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Pnad/IBGE 9.673.993 pessoas cobertas por planos categorizados como “instituição de assistência ao servidor público” e 29.003.607 de planos denominados “empresas privadas”. Contudo, essa classificação, pressupondo uma dicotomia, entre os esquemas assistenciais de servidores públicos civis e militares da administração direta e aqueles voltados aos empregados de empresas estatais, privadas e compradores individuais, exprime apenas uma localização inicial das clientelas. Na realidade brasileira, parte dos servidores públicos da administração direta está vinculada ao segmento comercial do mercado de planos e seguros-saúde e, por outro lado, empresas privadas organizam planos próprios sem fins lucrativos. Ou seja, não há uma relação unívoca entre a natureza jurídico-institucional da empresa empregadora e a das empresas que comercializam/ofertam planos/seguros-saúde. Portanto, parte das pessoas classificadas pela Pnad como clientes de planos de servidor público integra o mercado privado de planos de saúde.

Grande parte dos planos de saúde origina-se diretamente da inserção dos trabalhadores em empresas que mantenham a assistência médico-hospitalar como um dos itens de suas cestas de benefícios ou adquiridos individualmente através dos orçamentos familiares. Segundo os registros, ainda incompletos, da Agência Nacional de Saúde Suplementar e de entidades de representação das operadoras como a Associação Brasileira de Medicina de Grupo, entre 75% a 80% dos clientes estão vinculados a pla-

nos coletivos e o restante aos contratos individuais. Por isso as variáveis que apreendam características coletivas, como o tipo de vínculo do trabalhador com os estabelecimentos empresariais, o ramo econômico, porte e rotatividade da mão de obra da empresa empregadora, estão mais associadas com o acesso a planos de saúde do que atributos individuais.

Aos planos individuais, resultantes do acionamento de estratégias de proteção familiar, estão vinculados segmentos de trabalhadores autônomos, trabalhadores do mercado formal, aposentados, donas de casa e crianças que não acessam coberturas nem como titulares e nem como dependentes dos planos das empresas empregadoras/entidades sindicais. Identificam-se pelo menos dois subgrupos de clientes de planos individuais. Os vinculados aos planos mais caros que são adquiridos por trabalhadores que se encontram no setor informal, mas que ocupam vagas “externalizadas” pelas grandes empresas através da terceirização, sub-contratação de mão de obra especializada. O segundo subgrupo é integrado por trabalhadores não especializados que adquirem planos mais baratos.

Como é sabido, os esquemas de proteção assistencial das empresas são mais efetivos do que os familiares. Martins e Dombrowski (2000) baseados na Pesquisa de Condições de Vida, realizada pela Fundação Seade, no município de São Paulo, em 1998, mostram que entre as famílias paulistas com pelo menos um membro no mercado informal de trabalho 50,2% não possuíam plano de saúde enquanto 66,7% das que não contavam com ninguém no setor informal estavam cobertas.

Estão disponíveis para o total de clientes de planos de saúde cerca de 80% dos médicos com atividade em consultório particular e mais 50% do total de hospitais. Essa profunda discrepância entre as dimensões da oferta e demanda é inerente à lógica multiconvenial dos prestadores de serviços e atende um modelo singular de estratificação dos planos de saúde. As empresas de assistência suplementar ofertam/comercializam planos bastante diferenciados quanto à composição de provedores de serviços e homogêneos em relação aos procedimentos cobertos. Em outros termos, as coberturas e exclusões são, quase sempre, nominalmente semelhantes entre os diversos tipos de planos de uma empresa, o que varia é a possibilidade de acesso às inúmeras sub-redes de serviços que se organizam para atender subsegmentos de clientes de planos de

saúde coletivos e individuais. Segue-se uma definição esquemática dos tipos de planos.

Estes planos obedecem, em geral, regras claramente identificáveis associadas a uma hierarquização das demandas segundo *status* socioeconômico. Os planos diferem quanto à possibilidade de escolha do médico e acesso/tipo de acomodações em hospitais. Identificam-se três níveis de planos/seguros: 1) os voltados para o atendimento dos executivos e clientes individuais com alto poder aquisitivo, que associam um valor de reembolso compatível com o acesso a consultas médicas realizadas por profissionais de prestígio – que não estão credenciados pelas empresas de planos e seguros – com a utilização de quartos particulares em hospitais privados de excelência, primeira linha; 2) aqueles destinados aos níveis gerenciais intermediários que permitem a internação em quartos particulares de hospitais de “segunda linha” e não prevêem reembolso ou o desestimulam, incitando o atendimento ambulatorial através da rede credenciada ou própria da operadora de planos/seguros; 3) os que abrangem o maior contingente de clientes e restringem a cobertura a uma rede credenciada específica, centros médicos ambulatoriais das operadoras com acomodações em enfermarias de hospitais “mais simples” ou a um único provedor.

Portanto, demanda e oferta conformam, teoricamente, duas pirâmides opostas entre si. A dos clientes tem como base mais que 50% de beneficiários de planos básicos e no topo menos de 10% dos vinculados aos planos mais abrangentes. A dos provedores está assentada em uma grande quantidade de serviços disponíveis para uma parcela reduzida de clientes e tem como vértice um menor número de médicos, hospitais e laboratórios para os beneficiários dos planos básicos. A conjugação das características da oferta às da demanda das empresas de planos e seguros-saúde produz pautas de consumo de serviços bastante diferenciadas bem como um uso complementar dos serviços sob gestão do SUS mais ou menos intenso.

A “excelência” ou a “simplicidade” dos provedores de serviços se traduz através de valores de remuneração extremamente diferenciados. Os tetos de reembolso de consultas médicas calculados como múltiplos da tabela da Associação Médica Brasileira e os honorários médicos correspondentes à internação de um paciente de plano VIP podem ser 6 a 8 vezes maiores do que o previsto para o de um plano básico. Da mesma forma os valores médios das interna-

ções hospitalares (exclui honorários médicos), considerando estabelecimentos, no Rio de Janeiro, com o mesmo perfil assistencial variam, entre CR\$7.700,00 e CR\$1.150,00 (informações fornecidas à autora por hospitais privados localizados no Rio de Janeiro). Segundo Luís Fernando Figueiredo, da CRC Consultoria, o valor das diárias (exclui procedimentos e medicamentos) em hospitais paulistas de linha A, como o Oswaldo Cruz, é US\$300; em um hospital B, como o Iguatemi, US\$150; e US\$80 no Alvorada, classificado como C (Bahia, 1999).

A estratificação das demandas em torno dos planos de saúde molda sub-redes limitadas ao atendimento de clientes de um determinado *status* sócio-ocupacional. Tal modelo impede o trânsito até de clientes de planos de saúde entre as sub-redes de uma mesma operadora e requer um intenso e intrincado controle administrativo da parte dos prestadores de serviços e das operadoras. Por exemplo: os clientes de um plano especial podem não estar cobertos para internação em um centro de tratamento intensivo de um hospital, o qual está credenciado para internações clínicas; será negada a internação de um paciente vinculado a um plano básico em um hospital credenciado que não tenha vaga na enfermaria, ainda que o mesmo disponha de leitos ociosos em quartos particulares.

Na prática, poucas cidades brasileiras possuem os três tipos de coberturas e suas correspondentes sub-redes. Em outros municípios, com clientes de planos de saúde, as coberturas disponíveis correspondem aos planos básico e especial e os valores de remuneração dos médicos são duas vezes maiores para os pacientes internados em quartos particulares do que os destinados aos hospitalizados em enfermarias. Além disso, determinadas empresas empregadoras de grande porte, como algumas estatais e multinacionais, adotam como política de recursos um único plano de saúde, em geral tipo especial ou executivo, para todos os níveis hierárquicos.

Essas coberturas são propiciadas diretamente pela empresa empregadora ou por empresas especializadas na comercialização de planos de saúde. Tais alternativas representam respectivamente opções de retenção/transfêrencia dos riscos de despesas médicas-hospitalares. Os planos próprios das empresas empregadoras, denominados autogestão, constituem o subsegmento não comercial do mercado de planos e seguros, enquanto que a transferência dos riscos assistenciais para empresas médicas

(cooperativas de trabalho médico – Unimed's, empresas de medicina de grupo e seguradoras), contratada por pessoas jurídicas ou físicas, conforma o subsegmento comercial da assistência médica suplementar.

Modalidades empresariais de planos e seguros-saúde

Entre as características dos empreendimentos tipicamente mutualistas podem ser mencionadas: a retenção do risco, a homogeneidade das coberturas, mecanismos de financiamento mais solidários para o pagamento dos prêmios e coberturas mais amplas. A utilização da lógica atuarial para o cálculo das prestações dos planos e uma seleção de riscos mais rigorosa por sua vez são atributos inerentes ao subsegmento securitário. Sob a ótica dos técnicos de gestão de riscos, a autogestão é recomendada apenas para estabelecimentos empresariais de grande porte. De acordo com a lei dos grandes números, as variações no risco de despesas assistenciais são menos intensas para um determinado patamar de pessoas cobertas.

Contudo, as estratégias de determinados segmentos sócio-ocupacionais, especialmente do setor público, para obtenção de acesso a uma assistência diferenciada subvertem o receituário econômico-atuarial. Entre as 300 empresas e entidades com planos de autogestão que somam aproximadamente 8 milhões de beneficiários (25% do total) situam-se desde grandes indústrias de transformação, como a Volkswagen, até entidades sindicais, com um número relativamente pequeno de associados que representam categorias com alta capacidade de vocalização de demandas, como os auditores fiscais. Aproximadamente metade dos planos de autogestão é administrada por instituições sindicais ou por entidades jurídicas paralelas às empresas empregadoras, como as caixas de assistência, caixas de previdência e entidades fechadas de previdência, integradas por representantes dos trabalhadores e da parte patronal. As demais empresas com planos próprios os administram através de seus departamentos de benefícios/recursos humanos (Ciefas, 1999; Bahia *et al.*, 1999 e Abramge, 2000).

Os planos de autogestão organizam suas redes de serviços, fundamentalmente, mediante o credenciamento de provedores e provêm, em geral, coberturas para muitos dos procedimentos de alto custo e, em alguns casos, atendi-

mento para problemas mentais. Suas entidades de representação (Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde – Ciefas, e Associação Brasileira de Serviços Assistenciais Próprios de Empresas – Abraspe), cujo propósito precípua é fortalecer o poder de barganha de seus associados na negociação de valores de remuneração de procedimentos médicos e hospitalares, defenderam, ao lado dos técnicos do Ministério da Fazenda e do Ministério da Saúde, as proposições de ampliação de cobertura, a abertura do segmento ao capital estrangeiro, o ressarcimento ao SUS e a não aplicabilidade às empresas com planos próprios de regras para comprovação de solvência e reservas financeiras.

O subsegmento comercial está integrado por aproximadamente 1.200 empresas – 800 empresas de medicina de grupo, 360 cooperativas médicas e 30 seguradoras – e responde pela cobertura de 2/3 do total de clientes do mercado de planos de saúde. As medicinas de grupo, constituídas inicialmente por grupos médicos aliados ao empresariado paulista, são atualmente responsáveis por quase 40% dos beneficiários da assistência médica supletiva. As Unimed's possuem 25% dos clientes de planos de saúde e se organizaram, a partir da iniciativa de médicos, em oposição às ameaças de perda da autonomia da prática médica e mercantilização da medicina, que optaram por se associar a entidades mais afeitas a preservação dos cânones liberais. E às seguradoras, vinculadas ou não a bancos, que representam a modalidade empresarial mais recente no mercado de assistência médica suplementar, competem os planos de 10% do contingente de pessoas cobertas através de planos privados de saúde (Cordeiro, 1984; Bahia *et al.*, 1999 e Abramge, 2000).

Todas as operadoras de grande porte do segmento comercial disponibilizam ao mercado planos coletivos e individuais de tipo executivo, intermediário e básico. Contudo apenas três medicinas de grupo, três cooperativas e quatro seguradoras possuem acima de 300.000 clientes. A grande maioria das medicinas de grupo e Unimed's é de pequeno porte e propicia coberturas contratualmente bastante homogêneas através de redes de serviços bastante diferenciadas e localizadas. Mais que 60% dos planos de saúde registrados pela ANS restringem as coberturas para um único município (11%) ou a um grupo de cidades vizinhas (51%).

A adoção do credenciamento dos mesmos provedores de serviços como estratégia para a

organização das sub-redes, para cada tipo de plano, tem como consequência uma homogeneização dos produtos que é determinada, na prática, pelos provedores de serviços e não pelas operadoras. Um plano executivo de uma medicina de grupo é igual ao de uma seguradora, de uma cooperativa médica e de uma empresa/entidade com plano próprio. Como a definição do produto depende estritamente da presença/ausência dos provedores de serviços na lista de credenciados das operadoras, os considerados excelentes adquirem alto poder de barganha por serem requisitados para compor a sub-rede de serviços de todas as operadoras de grande porte. O mesmo ocorre no sentido contrário para os serviços qualificados como básicos. Estes instrumentos de auto-regulação introduzem fatores externos às meras relações quantitativas entre oferta e demanda e certamente influenciam os valores dos prêmios e as formas de financiamento.

Prêmios e financiamento

As empresas da assistência supletiva em conjunto, segundo informações da Associação Brasileira de Medicina de Grupo – Abramge e Ciefas, declararam um faturamento de mais de R\$20 bilhões em 1999, o que significa 625 reais *per capita* por ano, considerando-se 32 milhões de clientes. Isso significa que os valores dos prêmios no Brasil são pelo menos 10 vezes menores do que nos EUA (HIAA, 1999).

Através do faturamento das operadoras de planos de saúde estima-se que as despesas mensais *per capita* destinadas ao pagamento de prêmios se situem em torno de CR\$50,00. Esse valor é semelhante ao encontrado por Teixeira *et al.* (1999), em um estudo sobre os planos coletivos em empresas de grande porte no Rio de Janeiro e sugere, se as informações sobre o faturamento forem fidedignas, a absoluta predominância de planos de nível básico no mercado de assistência médica supletiva. Já que os prêmios correspondentes aos planos de tipo especial e executivo são bem mais elevados. Segundo o diretor médico da Amil, os clientes de planos de saúde estão concentrados nos segmentos de menor poder aquisitivo: 30% no D e E, 41% no C e somente 29% no A (anotações pessoais, 2001).

Os prêmios podem ser financiados integralmente ou em parte pelas empresas empregadoras (planos coletivos empresariais não contri-

butários e planos coletivos empresariais contributários), exclusivamente pelos empregados sob uma forma de contratação coletiva (planos coletivos por adesão) ou ainda contratados individualmente (planos individuais). A maior parte das despesas dos prêmios, mesmo no caso dos planos contributários, recai sobre o empregador que tem a prerrogativa de considerá-las como despesas operacionais e deduzi-las para fins do cálculo do imposto de renda. Da mesma forma as despesas com planos de saúde de pessoas físicas podem ser integralmente abatidas dos tributos devidos.

A maior parte dos prêmios arrecadados destina-se à remuneração do consumo de procedimentos médicos-hospitalares e uma pequena proporção corresponde a despesas administrativas, de *marketing* e de comercialização das operadoras. Não se dispõem de estimativas sobre o impacto do financiamento das operadoras de planos de saúde sobre a remuneração de médicos, hospitais e unidades de diagnóstico e terapia. Porém divulgam-se estimativas sugerindo que a remuneração de internações de pacientes financiados pelos planos é 2, 4, 6 vezes maior do que as financiadas pelo SUS. Segundo Jatene (*Folha de S. Paulo*, 18/8/ 2000), 58,7% do orçamento do Incor, que atende 85% de pacientes do SUS, deriva de fontes públicas (estado e governo federal) e 41,4% dos financiadores privados (empresas de assistência suplementar e clientes particulares).

A regulamentação da assistência médica suplementar

Em termos gerais, a lei 9.656 de 1998 é avaliada como um importante instrumento para coibir os abusos das operadoras de planos de saúde contra os consumidores. Poucos ousariam defender abertamente a não intervenção estatal sobre as operadoras de planos de saúde. Os conflitos só se manifestam quando se discute qual é o objeto e a intensidade da regulamentação.

Uma linha de argumentação postula que a regulamentação visa corrigir/atenuar as falhas do mercado: assimetria de informações entre clientes, operadoras e provedores de serviços; a seleção de riscos por parte das empresas de planos que preferem propiciar cobertura para os bons riscos e por parte de clientes que tendem a adquirir seguros/planos em razão de já apresentarem alguma manifestação do problema (seleção adversa) e consumirem mais serviços

de saúde em função das coberturas dos planos (risco moral – *moral hazard*). Dessa maneira os temas que se tornaram objeto da regulamentação, como a ampliação de cobertura e o ressarcimento ao SUS, o registro das operadoras, o acompanhamento de preços pelo governo, obrigatoriedade da comprovação de solvência, reservas, técnicas, a permissão para a atuação de empresas e capital estrangeiro e a proibição da unimilitância podem ser compreendidos respectivamente como vetores de correção da seleção dos bons riscos pelas operadoras e de preservação da competitividade do mercado.

A versão mais vulgar ou abreviada da intervenção do Estado na assistência médica suplementar para corrigir o mercado é defendida ou atacada por aqueles que julgam que seu propósito final é abrir caminho para as empresas estrangeiras. O preceito da abertura para a participação do capital internacional passa a ser encarado como um meio para revitalizar a operação de planos de planos de saúde ou como estratégia de desmonte do mercado nacional.

Para outros, respaldados pela ótica dos direitos dos consumidores e defesa da autonomia médica, as políticas governamentais devem estar direcionadas à garantia do acesso e qualidade da assistência aos clientes dos planos. O foco é impedir as restrições ao atendimento e, portanto, a negação da utilização de procedimentos. Nesse caso, a ênfase não é o controle da seleção de riscos, que é até aceita pelos consumidores, desde que incluída com clareza nos contratos. A sinergia entre consumidores e médicos decorre antes da defesa da não-interferência das operadoras sobre o consumo de serviços de saúde, ou seja, da liberdade de utilização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, do que de uma aliança contra a seleção e menos ainda de críticas ante a distribuição desigual da exposição aos riscos.

Esses posicionamentos, embora contraditórios, convergiram para uma agenda de debates motivada pela necessidade de intervir sobre as relações selvagens de competição de um mercado emergente e autônomo, destituído dos pactos que estruturam a expansão da assistência médica suplementar. Temas como o financiamento dos planos de saúde, os modelos já consolidados de empresariamento da assistência médica suplementar e, sobretudo, seus mecanismos de auto-regulação não foram atingidos pelos refletores do processo de regulamentação.

Sob as luzes desenhou-se a resistência das empresas médicas e seguradoras às ampliações

de cobertura e as ameaças de quebra das operadoras de menor porte face às exigências de demonstração de solvência. O que se discutia era o acerto da dose da regulação governamental, o peso da mão do Estado sobre o mercado. Esses conflitos foram reinterpretados pelos ministros da Fazenda e da Saúde, que se tornaram defensores respectivamente: de uma regulação governamental de menor intensidade institucionalizada através da Susep e da ação mais efetiva do Estado a ser protagonizada pelo Ministério da Saúde.

As sombras ocultaram as características menos divulgadas da assistência médica suplementar: a estratificação interna, as fronteiras entre subsistemas assistenciais e seus mandamentos ético-financeiros, incluindo a inequívoca face social do mercado de planos privados de saúde. Preservaram ainda as influentes coalizões de interesses que suportam tais regras de auto-regulamentação e, sobretudo, um processo decisório pautado pela inversão das relações entre o poder legislativo e executivo.

Assim o debate em torno da elaboração da lei 9.656 teve o mérito de desvelar um elenco de abusos das operadoras contra os clientes e remeter devidamente à esfera pública as atribuições de regulação e controle da assistência intermediada pelas empresas de assistência médica suplementar. No entanto, não logrou elaborar proposições efetivas para a regulação das extensas interfaces público-privadas da gestão dos riscos à saúde.

Uma breve avaliação dos obstáculos para implementação dos preceitos legais contribui para elucidar a relativa imunidade das intrincadas regras que organizam o mercado de assistência suplementar à intervenção governamental.

Destaca-se em primeiro lugar o recuo das hostes governistas no que se refere às ampliações de cobertura. Pressionado por grandes seguradoras e entidades de defesa do consumidor, o Ministério da Saúde desistiu da obrigatoriedade da adaptação dos contratos antigos às inclusões das coberturas previstas pela legislação (Medida Provisória 1908-17). As ameaças de elevação brutal dos preços dos prêmios perante os requerimentos de ampliação de cobertura, exemplificadas para uma assistência médica suplementar constituída exclusivamente por clientes de planos individuais tipo executivo, legitimaram, na prática, o direito do consumidor de “optar” por manter-se vinculado a um plano mais barato, com coberturas restritas.

Isso incidiu diretamente sobre outro pilar da regulamentação: o ressarcimento ao SUS, concebido para desestimular o atendimento de clientes de planos de saúde em estabelecimentos da rede pública e privada conveniada. À ampliação de cobertura deveria corresponder idealmente um “ressarcimento zero”. Mas a análise, embora superficial, dos obstáculos à implementação do ressarcimento ao SUS traz elementos ainda mais esclarecedores sobre a imbricação dos provedores de serviços públicos e privados. A introdução de uma terceira tabela para a remuneração dos procedimentos – a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (Tunep), concebida com valores intermediários entre os preconizados pela AMB e pelo SUS – provocou reações paradoxais. Alguns médicos se recusam a registrar o consumo de certos procedimentos, quando os mesmos são melhor remunerados pelo SUS, como despesas das operadoras. De outro lado, operadoras argumentam que seus clientes optam espontaneamente pelo SUS e por isso estariam desobrigadas de ressarcir tais despesas. Embora qualquer previsão sobre possíveis desdobramentos do ressarcimento ao SUS seja precipitada, em função do estágio inicial da operacionalização da legislação, existem indícios relativos à inocuidade de medidas eminentemente tecnocráticas sobre os tradicionais mecanismos de transporte de clientes entre o público e o privado.

Dois outros temas, mais afetos às tentativas de alteração do padrão de competição entre as operadoras – a abertura do segmento ao capital estrangeiro e as regras econômico-financeiras voltadas à comprovação de reservas e solvência – sinalizavam as intenções de estimular a reorganização do mercado através das empresas de planos e seguros de maior parte, inclusive estrangeiras. Contextualizada pela mudança na legislação sobre o acidente de trabalho e previdência complementar e quebra do monopólio estatal do resseguro, a reconfiguração empresarial do mercado de planos de saúde envolve promessas de estruturar sistemas de seguridade integrados no âmbito privado, como um plano de saúde acoplado ao seguro de acidente de trabalho. Por enquanto, os efeitos dessas normas legais não provocaram mudanças radicais nem na origem do capital ou na natureza jurídico-institucional das operadoras e nem no número das empresas de planos e seguros-saúde de menor porte. Observa-se, inclusive, um movimento em direção oposta por

parte de seguradoras estrangeiras como a Cigna e Aetna que estavam associadas com empresas nacionais.

O quinto ponto da agenda de debates sobre a regulamentação – seu *locus* institucional – alvo de acirradas disputas interburocráticas entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Fazenda resultou na criação da criação da Agência de Saúde Suplementar (ANS). A ANS, tal como a Agência de Vigilância Sanitária e suas congêneres, instituídas para a regular monopólios estatais privatizados, possui autonomia orçamentária e decisória. Todas as agências reguladoras se assemelham, no que diz respeito à estrutura organizacional, às dos setores de telecomunicações, energia elétrica e petróleo. Diferem, contudo, em relação à natureza das ações regulatórias. As agências dos setores de comunicações e energia voltaram-se à formação e diversificação dos mercados, enquanto que as da saúde surgiram a partir da expectativa de constituição de mecanismos estatais de fiscalização e controle de preços mais potentes. Qualquer avaliação sobre os impactos da ANS sobre o mercado de planos e seguros-saúde deve ser precedida por estudos mais específicos e aprofundados. No entanto, cabe adiantar interrogações sobre certos pressupostos que orientaram sua constituição.

A criação da ANS, ao lado da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a despeito dos questionamentos sobre adequação de seus modelos regulatórios aos objetos da ação governamental na saúde, é expressão institucional do alargamento das atribuições setoriais. A mudança radical da imagem de um ministério combalido, pedinte de recursos, para a de paladino da defesa dos direitos do consumidor de planos de saúde e medicamentos se corporifica em novas instituições, livres dos vícios da burocracia intervencionista tradicional. Ao mesmo tempo a ANS corporifica, reverbera conceitos e acolhe iniciativas conflitantes com as diretrizes de universalização, equidade e descentralização. A incorreta, mas legitimada, expressão saúde suplementar parece condensar as dificuldades para a formulação e implementação de políticas públicas para a regulação do mercado de planos de saúde.

De todo modo a escolha da ANS como *locus* regulatório da assistência médica suplementar vem sendo poupada de críticas radicais. Os conflitos em relação às normas legais gravitam em torno da intensidade e oportunidade das ações regulatórias. Deduz-se, portan-

to, que a regulamentação avançou mais rapidamente no plano político-intitucional do que na implementação das regras legais.

As razões de tal descompasso são atribuídas, quase sempre, às resistências das operadoras perante a legislação. Afinal de contas, apesar de todos concordarem em tese com a regulamentação, as divergências entre as operadoras de planos de saúde e a ANS ainda não foram suficientemente dirimidas e se transformam em acirradas disputas judiciais.

Sob o ângulo de exame deste trabalho, os desafios para transformar a regulação do mercado de planos em um processo voltado à melhoria das condições de saúde, implicam a ampliação da agenda de debates sobre as relações entre o público e o privado na saúde. A atual legislação não reconhece a base social do financiamento da assistência médica suplementar, bem como o mosaico público-privado estruturante do setor saúde e por isso é incapaz de redirecionar os recursos envolvidos com o mercado de planos de saúde. Como adverte Viana (2000), as tarefas regulatórias fundamentadas no pressuposto um reordenamento da produção privada à lógica da gestão de bens públicos não podem se descolar das políticas direcionadas ao provimento e distribuição dos serviços públicos.

A regulação pública dos planos privados de saúde requer a construção de novas relações de compartilhamento de riscos à saúde entre Estado, empresas empregadoras e famílias. É ne-

cessário esmiuçar e rever painel de seleção de riscos utilizado pela base unificada de provedores de serviços de saúde e torná-lo mais permeável às demandas e necessidades dos clientes do SUS e dos planos de saúde.

Por enquanto a divisão dos riscos de assistência à saúde entre Estado e mercado resulta no estabelecimento de iniquidades superiores as que seriam observadas sem o aporte de recursos da sociedade aos planos de saúde. A carga de riscos de despesas com saúde das famílias de clientes cobertos por planos empresariais tipo executivo não contributivo é totalmente externalizada enquanto que as despesas dos clientes de planos básicos contributivos, especialmente os que prevêem o co-pagamento do consumo dos serviços, são consideráveis.

Apesar disso a divisão entre sistema público e privado segue baseada na idéia de clientes pagantes e não pagantes. Outras dimensões como a organização e o financiamento da oferta de serviços dos subsistemas privados ainda não foram suficientemente estudadas. O desenvolvimento de pesquisas sobre a assistência médica suplementar é fundamental para o aprofundamento do conhecimento sobre o sistema de saúde brasileiro e certamente contribuirá para repor os sentidos do conceito de saúde que, no âmbito da assistência suplementar, foi reduzido a um rol de procedimentos médico-hospitalares.

Referências bibliográficas

- Abramge 2000. *Informe de Imprensa: dados e números da medicina de grupo*. São Paulo (mimeo).
- Ciefas 1999. *Pesquisa nacional sobre saúde nas empresas*. São Paulo.
- Cohn A 1998. Estado e mercado no Brasil global. *Ser Médico* v 1(2): 12-16. Conselho Regional de Medicina de São Paulo.
- Cordeiro H 1984. *As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Ed. Graal, Rio de Janeiro.
- Dain S 1999. Legislação tributária e assistência médica. *Notas Técnicas*, v 2: 116-139 (mimeo).
- Esping-Andersen G 1999. *Social foundations of postindustrial economies*. Oxford Press, ova York.
- Favaret PF, Oliveira PJ 1990. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Dados* v 33 (2): 257-283.
- Fleury TSM 1994. *Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina*. Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Giffoni RM 1981. *Assistência médica e as relações de trabalho na empresa: o modelo de convênio com a Previdência Social*. Dissertação de mestrado. USP.
- Health Insurance Association Of America (HIAA) 1999. *Source book of insurance data*. Washington.
- Martins R, Dombrowski O 2000. *Mapa do mercado informal. Perfil socioeconômico dos trabalhadores informais na cidade de São Paulo*. Editora Fundação Perseu Abramo, São Paulo.
- Santos WG (1987) *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira*. Campus, Rio de Janeiro.
- Viana LA, Gerschman S, Ibañez N, Parada R 1999. Mercantilização e governança na área da saúde. *Notas Técnicas* v 1: 4:24 (mimeo).
- Teixeira A, Werneck, Bahia LS 1999. Os planos de saúde empresariais: desafios à regulação. *Notas Técnicas* v 3: 56:71 (mimeo).
- Werneck MLTV 1998. *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil*. Dissertação de doutorado. IUPERJ.