

## **TEXTO PARA DISCUSSÃO N° 1094**

### **O MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL: UMA CRIAÇÃO DO ESTADO?**

**Carlos Octávio Ocké-Reis  
Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi  
Fernando Gaiger Silveira**

Rio de Janeiro, junho de 2005



# TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 1094

## O MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL: UMA CRIAÇÃO DO ESTADO?\*

**Carlos Octávio Ocké-Reis\*\***

**Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi\*\*\***

**Fernando Gaiger Silveira\*\*\*\***

Rio de Janeiro, junho de 2005

---

\* Os autores agradecem os valiosos comentários de Danilo Coelho, Frederico Barbosa, Gabriel Bogossian e Thais Aline da Costa, além da cessão de dados por José Aparecido Ribeiro e Luiz Parreiras. Em especial, são gratos a Alexandre Marinho pelas suas agudas observações. Naturalmente, todos os erros e omissões remanescentes são de inteira responsabilidade dos autores.

\*\* Técnico de planejamento e pesquisa do IPEA/DIMAC.

\*\*\* Professora adjunta do Departamento de Medicina Preventiva da UFRJ — Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva.

\*\*\*\* Técnico de planejamento e pesquisa licenciado do IPEA/DISET.

## **Governo Federal**

### **Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão**

**Ministro** – Paulo Bernardo Silva

**Secretário-Executivo** – Nelson Machado



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

#### **Presidente**

Glauco Arbix

#### **Diretora de Estudos Sociais**

Anna Maria T. Medeiros Peliano

#### **Diretor de Administração e Finanças**

Celso dos Santos Fonseca

#### **Diretor de Cooperação e Desenvolvimento**

Luiz Henrique Proença Soares

#### **Diretor de Estudos Regionais e Urbanos**

Marcelo Piancastelli de Siqueira

#### **Diretor de Estudos Setoriais**

Mario Sergio Salerno

#### **Diretor de Estudos Macroeconômicos**

Paulo Mansur Levy

#### **Chefe de Gabinete**

Persio Marco Antonio Davison

#### **Assessor-Chefe de Comunicação**

Murilo Lôbo

URL: <http://www.ipea.gov.br>

Ouvidoria: <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

ISSN 1415-4765

JEL I11, I18

## **TEXTO PARA DISCUSSÃO**

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

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

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

# SUMÁRIO

SINOPSE

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO 1

2 AS CARACTERÍSTICAS ECONÔMICAS DO MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE 2

3 A RELAÇÃO ENTRE O ESTADO E O MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE:  
UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA 11

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS 16

BIBLIOGRAFIA 18



## **SINOPSE**

Neste artigo se procurou demonstrar a existência de uma articulação entre o padrão de financiamento público e o mercado de planos de saúde. De um lado, a partir de evidências teóricas, encontramos argumentos que explicam os motivos dessa articulação, em especial no campo do financiamento setorial. De outro, em um primeiro exame, observa-se que, historicamente, determinadas ações governamentais acabaram patrocinando os planos e seguros privados no Brasil, reforçando, em termos concretos, a percepção da presença de uma relação sistemática entre o mercado e o Estado, na área da saúde.

## **ABSTRACT**

The aim of the study was to demonstrate the existence of a connection between public financing patterns and the health insurance market. On the one hand, theoretical evidence yielded arguments that explain the motives for this connection, especially within the sector financing area. On the other, it was found that historically certain government actions have effectively sponsored private health plan and insurance companies in Brazil, reinforcing in concrete terms the perception of the presence of a structural relationship between the healthcare market and the State.





# 1 INTRODUÇÃO

O mercado de planos de saúde se caracteriza pela atuação das seguradoras de saúde, das empresas de medicina de grupo, das cooperativas médicas e das entidades de autogestão. Na qualidade de terceiro-pagador essas organizações vendem planos de pré-pagamento, que intermediam o financiamento do acesso aos serviços privados de saúde, protegendo os segurados do risco associado ao custo de adoecer. Isso permite, ademais, uma queda do montante do desembolso direto das famílias, pois seu gasto potencial pode ser dividido entre um conjunto de segurados.

Desde fins da década de 1960, um número crescente de trabalhadores passou a ser coberto pelos planos de saúde, seja mediante a celebração de contratos individuais, seja pela adesão a um contrato empresarial ou associativo. A assistência à saúde, assim, se transformava em um bem de consumo — um bem de consumo médico [Luz (1991)] — no âmbito do mercado de trabalho.

Anos mais tarde, entretanto, esperava-se que a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988 pudesse reverter em parte essa situação, dado o acesso universal dos seus serviços. No entanto, o SUS não fora capaz de atrair para o seu interior as famílias que compunham o núcleo dinâmico da economia, fenômeno conhecido, *grosso modo*, como universalização excludente [Faveret Filho e Oliveira (1990)].

Dentre as principais causas atribuídas a esse fenômeno estariam a escassez da oferta e a baixa qualidade dos serviços oferecidos pelo sistema público. Seria possível mudar a lógica desse raciocínio? Não teria sido o desfinanciamento paulatino do setor público um fator predominante para explicar as fraturas do SUS, sobretudo aquelas relativas à sua gestão?

Essa questão não foi decerto respondida, mas, ainda assim, tentou-se compreender um aspecto central da dinâmica do *mix* público/privado, ao discutir se houve uma mobilização de recursos do Estado para criar e sustentar o mercado de planos de saúde, nas últimas décadas.

Esse enfoque teórico permite, de uma parte, explicar um processo econômico à luz dos conflitos políticos, admitindo que o Estado assume a organização de atividades privadas, por motivos ligados a problemas de rentabilidade do capital e de legitimação, seguindo a linha de argumentação desenvolvida por Vogt (1980). De outra, ajuda a refutar a política de privatização e o controle indiscriminado de custos propostos ao SUS, como já foi criticado por Campos (1997, p. 19).

Inicialmente, vale a pena verificar como a relação entre Estado e mercado é interpretada pela literatura no terreno da economia política da saúde, de modo a nos esclarecer acerca das causas dessa relação, considerando os sistemáticos incentivos governamentais induzidos pelo padrão de financiamento público no setor [Ocké-Reis (1995)].

Em particular, sabe-se que, no Brasil, o Estado tem uma forte tradição como financiador do setor saúde. Isso deu-se por meio do financiamento direto, mas também por diversas formas de atuação como a “(...) concessão de subsídios, isenções fiscais ou incentivos, resultando no barateamento dos custos de atenção à saúde para a

população ou para certos segmentos desta” [Medici (1990, p. 7)].<sup>1</sup> Parece, assim, importante examinar o argumento de Lewis e Medici, segundo o qual no Brasil “(...) o governo desempenhou, de alguma forma, mesmo com relutância, um papel facilitador do setor privado de saúde” [Lewis e Medici (1995, p. 374, tradução livre)].

Resumindo, tentou-se avaliar como a trajetória de custos crescentes e compostos do mercado de planos de saúde [Baumol (1993, p. 17)] exigiu o apoio do Estado para garantir sua expansão e consolidação, na ausência de hegemonia do setor público de saúde e do próprio SUS.

Depois de uma breve seção onde descrevemos as características desse mercado, procurando compreender — conceitualmente — como seu *modus operandi* parece exigir uma articulação estrutural com o Estado, identificamos as ações governamentais que ajudaram a consolidar os planos de saúde no Brasil. Nas considerações finais, chamamos a atenção do leitor para a contradição estabelecida entre o padrão de financiamento público e o mercado, em especial quando se observa, hoje, que os subsídios patrocinados ao consumo de planos de saúde, via renúncia de arrecadação fiscal, poderiam ser destinados ao SUS para o provimento de assistência médica aos segmentos sociais mais vulneráveis da população.

## 2 AS CARACTERÍSTICAS ECONÔMICAS DO MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE

Segundo o cânone tradicional, o mercado se distingue por apresentar características econômicas específicas: inelasticidade da demanda, informação assimétrica e falhas de mercado [Cutler e Zeckhauser (2000, p. 576-589)]. No entanto, além dessas propriedades, ao nosso ver, existem outros determinantes relativos à tecnologia, à baixa mobilidade dos fatores de produção, aos juros e aos custos de transação, que contribuem para a formação de um traço marcante do mercado de planos de saúde: os custos crescentes.

### 2.1 DEMANDA INELÁSTICA AO PREÇO<sup>2</sup>

Na ausência de serviços públicos de saúde, para se proteger dos custos associados ao risco de adoecer, as pessoas pagam uma contribuição prévia aos planos de saúde, cujos sistemas privados de financiamento da cobertura de riscos em saúde intermediam a relação entre consumidores e prestadores médico-hospitalares.

Como assinala Phelps (1997), tais planos seguram contra o risco derivado de adoecer, isto é, contra os custos decorrentes de uma necessidade de uso dos bens e serviços de saúde. Segundo o autor, os gastos associados à atenção médica criam o risco financeiro contra o qual o plano é designado a proteger. Desse modo, não se segura a “saúde”, porque essa tecnologia não está disponível: para se proteger contra os riscos associados aos gastos com assistência médica, se paga, antecipadamente, aos planos e seguros de saúde, com vistas a uma utilização potencial.

---

1. A esse respeito, além do trabalho citado, ver Sayd (2003), Andreazzi (1998) e Almeida (1998).

2. *Grosso modo*, as elasticidades representam a variação percentual ocorrida em uma variável A, a qual está relacionada com a variação percentual de uma variável B.

Na maioria dos casos, não há, entretanto, uma escolha deliberada pelo consumo de serviços de saúde e sim uma necessidade por atenção médica. Mesmo quando pode ser observada uma escolha por determinado serviço médico, ela está, em última instância, condicionada pela existência dessa necessidade (ou da sua percepção). Tendo como ponto de partida essa intuição, não se pode negar que existam motivações extra-econômicas para explicar o consumo originado pela necessidade de cura: independentemente do preço e do risco percebido, o consumidor estaria disposto a pagar o que fosse preciso para resolver ou atenuar o seu problema de saúde. Nessa linha, a demanda seria — potencialmente — inelástica ao preço.

Não é preciso formalizar um modelo de equilíbrio para postular que o princípio da demanda inelástica explica, teoricamente, a existência de “preços de monopólio” entre os bens e serviços na área da saúde. As famílias desembolsam, regularmente, uma boa parcela de seus orçamentos para se segurar contra os custos associados ao risco de adoecer, quando não são obrigadas a fazer pesados esforços financeiros e patrimoniais. Em tais condições, está aberta ao mercado a possibilidade de arbitrar preços não-competitivos, com ou sem a intermediação financeira dos planos. De um ponto de vista microeconômico, estaria assim configurada uma situação típica de concorrência imperfeita, onde os preços apareceriam como “preços de monopólio”, pois vendedores poderiam fixar lucros maiores.

Em certa medida, essa característica da demanda permite que, em geral, a variação do nível de preços dos serviços médicos, hospitalares e de medicamentos seja maior do que a taxa média de inflação da economia. É indispensável, entretanto, sublinhar três fatores que afetam a demanda, abstraindo-se o padrão de competição do mercado e o papel regulador do Estado. Primeiro, a restrição orçamentária das famílias dá uma finitude à pressão dos preços de monopólio. Segundo, dada a presença de um conjunto de produtos no mercado, os quais apresentam distintas elasticidades da demanda em relação ao preço, o grau de inelasticidade deve ser apreciado individualmente. E, finalmente, a percepção da necessidade de saúde — que afeta o nível da demanda — varia de acordo com a educação e o tipo de cultura: o fenômeno da medicalização da sociedade, agora sob o bastão da higiomania (a ideologia do corpo perfeito) [Nogueira (2001)], estimula parcelas crescentes da população a se submeterem aos desígnios da medicina, na expectativa de atingir um padrão melhor de vida.

É plausível pensar que a presença dos planos de saúde — na qualidade de terceiro-pagador — torne o paciente menos sensível aos preços cobrados pelos provedores. A demanda, então, se tornaria menos sensível ao preço. Desse modo, “(...) os planos acabam deslocando a curva de demanda para a direita, (...) colocando uma pressão ascendente sobre os preços dos serviços médicos ao mesmo tempo em que elevam a quantidade de serviços demandada” [Greenberg (1991, p. 46, tradução livre)].

No entanto, permanece ainda um sério problema de ordem conceitual: diz-se que o consumo é inelástico, em que pese a restrição orçamentária das famílias. No entanto, havendo o predomínio de relações de compra e venda, esse enunciado parece não captar que mesmo aqueles de maior poder aquisitivo estariam desprovidos do consumo de bens e serviços de saúde, na ocorrência de custos catastróficos.

## 2.2 INFORMAÇÃO ASSIMÉTRICA, INCERTEZA E EXTERNALIDADES: A ABORDAGEM DA IMPERFEIÇÃO DO MERCADO

### a) Informação Assimétrica

Os consumidores não detêm conhecimento suficiente, tampouco os meios para identificar e resolver seus problemas de saúde. Por isso, eles procuram os serviços de saúde, porque sabem que o médico possui habilidades específicas para diagnosticar e recomendar ações terapêuticas.

Para discutir esse tema, o foco da análise tradicional baseia-se nos problemas de agência do mercado de planos de saúde, isto é, nos problemas relativos ao *supplier-induced demand* e nos efeitos da introdução de mecanismos de competição e incentivos financeiros na conduta dos médicos [Scott e Farrar (2003, p. 77)].

Na presença de informação assimétrica, as relações contratuais entre seguradoras, provedores médico-hospitalares e consumidores podem gerar problemas de agência.<sup>3</sup> Diz-se que na relação entre agente e principal, o risco moral (consumidores e prestadores responsáveis pelo sobreconsumo e gasto excessivo) e a seleção adversa (impossibilidade de discriminar as pessoas segundo o risco de adoecer) levam a uma utilização maior e a um aumento dos prêmios e, portanto, são — em tese — fontes de ineficiência no sentido de Pareto, ao impedir que se obtenham as melhores alocações possíveis [Andrade e Lisboa (2001)].

Cumprir assinalar, em particular, o pedido excessivo de exames — cujos resultados são negativos *a posteriori* — que pode derivar de outros fatores, tais como: o método de remuneração dos prestadores [Andreazzi (2003)], a precária formação profissional, a baixa remuneração que induz o médico a usar apoio diagnóstico para reduzir o tempo da consulta e a ausência de protocolos clínicos. Em especial, a presença desse último poderia atuar nas duas pontas, inibindo o racionamento mas também o abuso de exames complementares, ao menos daqueles procedimentos padronizáveis e daquelas ações de prevenção de grande impacto sobre a saúde coletiva.

Nesse quadro, como o consumidor não é “soberano” nesse mercado, Figueras argumenta que em um contexto de competição perfeita, “(...) a demanda é o resultado de preços e quantidades que o consumidor está disposto a pagar. O preço que os produtores conseguem depende do que os consumidores gostariam de consumir, assim como dos seus bens substitutos. Sem dúvida, isto não ocorre no mercado de serviços de saúde, onde as falhas de mercado se multiplicam. Em primeiro lugar, a principal demanda dos recursos sanitários partem na realidade de decisões adotadas pelo provedor (o médico). Em segundo lugar, os consumidores se encontram muito limitados para julgar a qualidade dos serviços. Ademais, a demanda com que, muitas vezes, se requerem os serviços de urgência restringem as possibilidades de uma escolha livre e ótima” [Figueras (1991, p. 6, tradução livre)].

---

3. Nota-se que a contratação coletiva de um plano cria um problema de agência adicional, pois a relação entre o consumidor final (trabalhador) e o plano de saúde é intermediada por um “quarto agente”: a direção da firma empregadora, o departamento de recursos humanos, o sindicato da categoria etc. Curioso notar que, para outros autores, um quarto *player* hoje mais decisivo e que produz mais incerteza para o conjunto do sistema seria o setor tecnológico, em particular o *medical research enterprise* [Gelijns, Zivin e Nelson (2001, p. 923)].

Em alguns casos, os médicos tendem também a sonegar informações aos pacientes e, apesar do compromisso ético da categoria, Phelps alerta que “conflitos como esses residem no problema do lucro, o qual pode levar os médicos a tomarem decisões inadequadas. Colocando mais claramente, o médico pode se dispor a enganar o paciente, desde que ganhe mais dinheiro” [Phelps (1997, p. 7, tradução livre)]. De sua parte, os consumidores, em posse do diagnóstico de sua doença, poderiam em tese omitir suas condições de saúde, quando contratam um plano de saúde. Daí a existência de um sério contencioso jurídico acerca da cobertura de doenças preexistentes entre os órgãos de defesa do consumidor, as agências reguladoras e as operadoras de planos de saúde.

#### b) Incertezas

Segundo a seminal publicação de Arrow (1963, p. 964-966), há incerteza no tocante aos efeitos do tratamento de uma pessoa enferma, isto é, em relação aos resultados da intervenção médica.

Em nossos termos, de um lado, nada garante que a conduta médica adotada seja bem-sucedida em direção à cura do paciente: o diagnóstico pode ser equivocado, a terapia pode ser inadequada, ou determinada cirurgia pode ter sido um sucesso do ponto de vista clínico, mas o paciente morre durante a cirurgia, por motivos alheios à conduta médica preestabelecida. De outro, em relação à eficácia de um tratamento específico, há incerteza quanto aos remédios prescritos, ao tipo de terapia recomendada, ou à validade da introdução de novas técnicas cirúrgicas, com ou sem uso de tecnologias sofisticadas. Ademais, para aquelas nosologias em que o diagnóstico de cura ainda não foi descoberto, sendo a expressão mais cruel de tais incertezas, haveria sérias implicações quanto ao custo do tratamento envolvido.

Em uma dimensão econômica, isso tornaria difusa a eficiência dos prestadores no tocante ao provimento do bem-estar dos consumidores, em particular quando o indivíduo convive com a incerteza idiossincrática do risco de adoecer.

#### c) Externalidades

São os casos em que o consumo ou produção de um bem ou serviço tem efeitos positivos ou negativos marginais sobre outros indivíduos, que não aqueles diretamente envolvidos no ato de consumir ou produzir.

No episódio dos cuidados médicos, existe um valor social associado ao consumo: ao ser vacinado, por exemplo, o cidadão evitaria que outras pessoas fossem contaminadas, gerando uma externalidade positiva para a sociedade. Trata-se de um bem público, cujo consumo é indivisível e não excludente, isto é, uma pessoa quando adquire um bem público não tira a possibilidade de outra adquiri-lo ao mesmo tempo.

Pela ótica dos planos de saúde, a cobertura de bens e serviços desse tipo poderia implicar benefícios marginais para a clientela do plano concorrente — *free riders* — sem a desejável cotização dos custos. Assim, a forte presença de externalidades não favoreceria os mecanismos de mercado, tais como os incentivos e a competição, no sentido de alocarem os recursos da maneira mais eficiente: “(...) o mercado, não avaliando a externalidade, fixaria um preço muito alto para vacina (...) e não seria obtida uma solução eficiente (a quantidade consumida seria inferior à ótima)” [Martín (1996, p. 77)].

### 2.3 A QUESTÃO TECNOLÓGICA

As possibilidades de avanço da produtividade do trabalho no setor saúde são restritas em relação às demais atividades econômicas. Ao se observar o tratamento individual como o produto dos serviços, a expansão do conhecimento médico e tecnológico poderia significar a dedicação de mais tempo de trabalho por “unidade de produção”. Como, por sua vez, a qualidade do tratamento está muitas vezes relacionada com a quantidade de trabalho empreendido, haveria uma relação inversa entre conhecimento e produtividade do trabalho e uma relação direta entre conhecimento aplicado e efetividade dos serviços.

Baumol (1993, p. 19) analisa esse fenômeno e chega a denominá-lo “doença dos custos”. Em particular, dada a existência de diferenciais de produtividade entre os setores de bens e de serviços, o trabalho se relaciona de forma diferente com a produção. No caso do setor de bens, o trabalho estaria incorporado ao produto. Já no setor de serviços, o trabalho seria o produto que estaria sendo trocado, dificultando a substituição de fatores.

A rigor, o processo de trabalho dos serviços médicos é apenas em parte passível dos procedimentos usuais de fragmentação. Pelo contrário, mesmo no caso dos avanços técnicos obtidos através da mecanização, os equipamentos geram novas especializações complexas e não substituem trabalho qualificado por trabalho simples [Bayer e Leis (1986, p. 121)].

Vê-se que a destruição criativa schumpeteriana não se aplica de forma genérica na saúde [Ocké-Reis (2002, p. 28)]. Por isso, se já não bastasse a pressão altista de preços acarretada pela lógica de acumulação dos oligopólios transnacionais, os custos decorrentes da sistemática incorporação tecnológica tendem a crescer ao longo do tempo, sobretudo em períodos de desvalorização do câmbio.

Vale mencionar que, como o processo de inovação do complexo médico-industrial [Relman (1980)] reside em uma matriz biomédica, cada vez mais os insumos tecnológicos são vistos como um mecanismo essencial para viabilizar os avanços clínicos nos campos diagnóstico e terapêutico.

Pela ótica da demanda, existe uma propensão a consumir os serviços de maior complexidade tecnológica, caros e nem sempre necessários. Esse fenômeno tem origem no contraditório padrão de competição do mercado de planos de saúde que, ao promover o uso da tecnologia médica como fator de garantia da resolutividade dos serviços, patrocina, igualmente, problemas de agência ao induzir o *moral hazard* do usuário e ao estimular a seleção adversa.

Em suma, os custos associados à incorporação de equipamentos, além do uso continuado e crescente de medicamentos, contribuem para a tendência de crescimento dos prêmios. O modelo assistencial acentua tal incorporação, estimulando, por exemplo, a utilização indiscriminada da tomografia computadorizada e da imagem por ressonância magnética, em particular quando não há um controle rigoroso da eficácia, incorporação e utilização da tecnologia médica no sistema de saúde.

## 2.4 A EXISTÊNCIA DE UMA FORMA DE COMPETIÇÃO RESTRINGIDA COM FORTES BARREIRAS À ENTRADA

### a) O Caráter Restringido da Competição

Advém da precária mobilidade dos fatores de produção, a não-materialidade da assistência médica [Berger e Offe (1991, p. 13)]: dado que ela não se materializa em um produto físico, os resultados dos serviços de saúde não podem ser transferidos no tempo e no espaço, isto é, nem estocados, nem transportados, mesmo com o advento da telemedicina (intercâmbio tão-somente de conhecimentos e rotinas médicas).<sup>4</sup>

Para o consumidor, o aumento de preços oriundo desse perfil *non-tradable* poderia ser minimizado, caso houvesse a concorrência de produtos com ampla cobertura geográfica, a ponto de superar a rigidez da oferta de prestadores. Contudo, além de esse deslocamento ser de efeito duvidoso para o bem-estar do usuário, implicaria maiores prêmios, pois contratos abrangentes em níveis nacional e regional são mais dispendiosos, dado o custo administrativo de se manter uma rede de tal magnitude.

Essa imobilidade territorial dos prestadores acabaria, assim, forçando as operadoras de planos de saúde a atuar em determinadas regiões de maior renda *per capita* familiar.

### b) Barreiras à Entrada

Na presença de uma estrutura de mercado oligopolista, o mercado de planos de saúde tende a se desenvolver a partir de um padrão de competição diferenciado e concentrado, se observarmos o ramo dos serviços à luz da tipologia formulada por Possas (1985), a qual, a rigor, se refere à análise da indústria. Cabe destacar, essa condição oligopolista já se constitui, no seu próprio termo, em uma barreira à entrada, afetando a variação do nível de preços desse mercado em direção ao aumento do valor unitário dos produtos, isto é, dos prêmios dos planos de saúde.

Igualmente, o mercado de planos é segmentado por nichos, a saber: pelo tipo de ocupação, pela posição funcional e pela renda das pessoas [Teixeira, Bahia e Werneck Vianna (2002, p. 30)]. Essa divisão em segmentos exigiria, portanto, a oferta de produtos heterogêneos — em especial, no caso dos planos de saúde empresariais — cuja ampliação se manifestaria por meio da diferenciação e inovação de “produtos substitutos próximos entre si”, sendo este último, apenas para ilustrar, um predicado já explorado na literatura econômica, no quadro conceitual explicativo acerca da competição imperfeita [ver Robinson (1953, p. 579-580)].

Nessa linha, alega-se, no plano teórico, sem prejuízos da sua aderência ao mundo real, que as barreiras à entrada acabariam se fortalecendo. Na medida em que a diferenciação do produto é a principal forma de concorrência, diz-se que “a competição em preços, embora não esteja inteiramente descartada, não é recurso habitual, não só porque, como em qualquer oligopólio, ela poria em risco a

---

4. No caso das teleconsultas, em especial no campo da telemedicina cardiológica, exige-se, primeiro, a cessão de um eletrocardiógrafo portátil ao paciente, para então se proceder a laudos e exames *on-line*, sem o acompanhamento de um cardiologista. Afora os questionamentos de caráter clínico, poder-se-ia afirmar que, sem dúvida, essa operação se constitui em um mecanismo que visa superar a imobilidade do fator trabalho.

estabilidade do mercado e a própria sobrevivência das empresas, mas também porque (...) qualquer movimento irregular de preços teria uma incidência proporcionalmente grande sobre os custos indiretos unitários, que são muito altos devido às despesas de publicidade e comercialização, afetando seriamente as vendas e/ou o nível de lucros” [Possas (*op. cit.*, p. 186)]. Além de isso revelar *per se* a existência de um mercado não-competitivo, decorreria daí — *grosso modo* — que “a natureza das barreiras à entrada (...) não se prende neste caso a economias técnicas de escala e/ou indivisibilidades (nem tampouco ao volume mínimo de capital), mas sim às chamadas economias de escala de diferenciação, ligadas à persistência de hábitos e marcas e conseqüentemente ao elevado e prolongado volume de gastos necessários para conquistar uma faixa de mercado que justifique o investimento (...)” [Possas (*op. cit.*, p. 187)].

Desse modo, especula-se, com base no esquema de Possas, que a concentração do mercado de planos de saúde, embora associada a uma escala mínima eficiente relativa ao número de usuários, foi e continua sendo alimentada, em grande parte, pelos mecanismos de barreira à entrada decorrentes das economias de escala de diferenciação (a marca das grandes empresas de planos de saúde). Sem levar em conta fatores institucionais, como a presença das modalidades de autogestão do setor público, supõe-se que as economias de escala relacionadas à diferenciação inibiriam o ingresso de uma operadora no mercado de planos, isto é, não seria possível compensar as dificuldades de auferir ganhos por meio da diferenciação a partir de outros fatores ligados às características socioeconômicas dos usuários ao perfil tecnológico dos prestadores hospitalares e ao tamanho ótimo do número de usuários.

Vale dizer, a regulamentação parece ter provocado um aumento dos custos, tanto para entrar no mercado, quanto para gerir uma operadora de planos de saúde, devido aos seguintes requisitos: cobertura de garantias financeiras (capital mínimo e reservas técnicas); pressão de custos administrativos e informacionais; oferta de plano-referência individual obrigatório; redução dos períodos de carência etc. Ao nosso juízo, a implementação dessas medidas era absolutamente necessária para a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) garantir o cumprimento dos seus preceitos normativos em relação ao direito do consumidor, à concorrência regulada e ao interesse público. Em paralelo, ao visar à melhoria da qualidade da atenção médica do setor privado de saúde, era também imprescindível proibir o oferecimento de produtos segmentados, no contexto dos novos planos individuais.

Retomando o tópico das barreiras à entrada ao mercado de planos de saúde, se existe uma escala mínima eficiente de usuários necessária para o funcionamento de uma operadora, deve-se admitir, então, que determinado nível de concentração do mercado seria desejável, pois, além de não causar aumento de preços, promoveria em melhores condições o bem-estar dos consumidores, embora nem sempre isso seja, de fato, garantido.

Contudo, não existe *a priori* um “tamanho ótimo” de número de usuários para toda e qualquer operadora de planos de saúde. Esse tamanho tende a variar — se a teoria aqui aplicada estiver traçando um percurso adequado — de acordo com a estratégia de obtenção de lucros das empresas, dado o padrão de competição do



mercado, no contexto dinâmico da economia.<sup>5</sup> Em outras palavras, no ambiente de custos crescentes, cada fatia do mercado possui uma expectativa de auferir determinada taxa média de lucro e, por aproximação, cada *cluster* poderia absorver um *quantum* médio de consumidores, considerando seu porte econômico, o tipo de ajustamento de risco e as características demográficas e epidemiológicas da massa de usuários, em observância ao equilíbrio atuarial da carteira. Em última instância, poder-se-ia dizer que a escala eficiente do número de usuários e seus efeitos sobre o padrão de competição do mercado seriam correspondentes, em natureza e grau, ao porte econômico-financeiro das operadoras e do seu padrão de expansão.

Se essa última proposição for verdadeira, à primeira vista, o crescimento das operadoras, cujo número de usuários é menor do que as operadoras líderes, não impactaria, de imediato, o padrão de competição, a ponto de afetar significativamente o nível de preços do mercado ou de intensificar as barreiras à entrada, ou ainda, de limitar as ações da ANS por meio da captura. Em que pese, imagina-se, crescerem em um ritmo menor do que os grandes *players*, as operadoras de médio porte poderiam preservar sua parcela de mercado, desde que garantissem o equilíbrio atuarial, no bojo do acirramento da concorrência oligopolista.

Mas seria plausível reproduzir o raciocínio citado anteriormente, quando analisamos a dinâmica das grandes operadoras, que buscam o lucro extraordinário, o lucro de monopólio, para usar uma terminologia schumpeteriana? Do ponto de vista da política regulatória, não seria fundamental à ANS monitorar o segmento de líderes, pois, em última instância, será esse segmento que determinará a nova dinâmica de acumulação do mercado de planos de saúde?

Em particular, as empresas líderes, beneficiadas por suas marcas e pelo tamanho de usuários do seu mercado, acabam influenciando a configuração do mercado de planos de saúde. Elas competem, principalmente, pela carteira de usuários dos planos empresariais rivais — na área geográfica de atuação — visando ao crescimento do prêmio total e à obtenção de economias de escala com o aumento do número de usuários. Em geral, recorre-se, inicialmente, à prática do *dumping*, arrancando dos empregadores, em um segundo momento, contratos mais vantajosos. A partir daí, dado o alto custo de transação para o empregador mudar de operadora (se ele quiser migrar mantendo as mesmas condições econômicas e assistenciais do plano original), a competição por preços seria bastante restrita, abrindo espaço para remarcação de preços, dada a sua condição oligopolista.

Esse quadro se deteriora com a presença dos cartéis, existindo, portanto, uma margem muito pequena para se oferecer menores preços, apesar da abertura para a redução de custos de contratação relativos aos prestadores e os custos do financiamento bancário. Mas, em geral, a fórmula sistematicamente utilizada opta por expulsar a seleção adversa e por racionalizar a utilização dos serviços de saúde, no contexto da concorrência oligopolista.

---

5 A lógica capitalista das decisões das empresas no tocante à apropriação dos lucros é um dos princípios básicos definidos por Possas (*op. cit.*, p. 181) para erguer sua tipologia a respeito das estruturas de mercado.

## 2.5 CUSTOS FINANCEIROS E CUSTOS DE OPORTUNIDADE ASSOCIADOS À REMUNERAÇÃO DOS JUROS

Segundo Costa (1999, p. 1), o tipo de cálculo atuarial aplicado aos planos de saúde é “(...) mais simples do que aquele aplicado às áreas da previdência e seguros, pois o cálculo aplicado à saúde não apresenta o rigor formal da matemática atuarial clássica, mais complexa e sofisticada, que é usada nessas áreas”.

Do ponto de vista atuarial, portanto, o processo de formação de preços dos planos passa pelos seguintes fatores: taxa de juros esperada no futuro, ramo da atividade ocupacional, idade média e distribuição do sexo, e probabilidade de uso dos serviços médico-hospitalares (isto é, a severidade de utilização de tais serviços, dada uma experiência passada ou uma utilização esperada da massa de segurados).

Em especial, dentre esses fatores de cálculo do “prêmio estatístico”, a presença de altas taxas de juros exerce uma pressão significativa sobre o nível dos prêmios. Em períodos de reajustes, agregam-se a isso as despesas administrativas relativas ao crescimento dos custos médicos e ao pagamento dos corretores. Em que pese tal pressão nos custos, uma configuração oligopolista do mercado permitiria aos planos repassar para os prêmios suas ineficiências a expensas do consumidor.

A rigor, os planos estão interessados em contratar uma massa de segurados homogênea, buscando, por um lado, evitar as flutuações aleatórias de tais variáveis (não aplicáveis à taxa de juros) e, por outro, procurando fugir da ocorrência de custos catastróficos. Em geral, os últimos são observados em uma carteira que conta com a presença significativa de crônicos e idosos. Pode-se tentar ainda diluir esse risco, lançando-se mão de contratos conhecidos como *stop loss*, que funcionam como um resseguro. À guisa de ilustração, se uma cirurgia cardíaca ultrapassar um valor predefinido de R\$ 100 mil, isso permitiria que as despesas que ultrapassassem esse valor fossem indenizadas pela resseguradora.

Pela ótica empresarial, em suma, os preços dos planos não podem ser considerados de forma absoluta, mas igual a uma segunda melhor oportunidade não aproveitada, em termos marshallianos. Seus custos, então, acabam sendo aferidos incorporando o montante que deixou de ser ganho na “segunda oportunidade não aproveitada” no momento presente, ou mesmo, no passado. Em outras palavras, o montante que deixou de ser ganho no mercado por meio de outras aplicações mais rentáveis. Nesse sentido, a pressão altista dos custos financeiros e de oportunidade contribui para uma tendência de crescimento dos prêmios.

## 2.6 CUSTOS DE TRANSAÇÃO ASSOCIADOS À VERIFICAÇÃO DA QUALIDADE

Define-se como custo de transação o efeito externo de todos os custos associados à troca envolvidos na realização de contratos e na obtenção de informações sobre preços, quantidades, ambientes etc. [Williamson (1979)]. Por essa ótica, a liberdade de escolha do consumidor é bastante restringida.

Constata-se a existência de custos de transação associados a corretagem, carência, reputação do prestador e tempo na busca de um novo plano. A rigor, excetuando-se a situação hipotética da competição perfeita, acredita-se que tal custo tenderia a subir

em outras estruturas de mercado, por exemplo, de configuração oligopolista, dados os obstáculos para verificar — supondo condições próximas de preço e cobertura — prestadores de igual qualidade na carteira dos planos de saúde concorrentes, sabendo-se que o mercado relevante é o local. Dentro de certas margens de barganha, como a reputação (qualidade) da rede credenciada é um critério decisivo de escolha do plano, a sua troca representaria um custo de transação proibitivo para o consumidor.

Nesse quadro, a realização de um novo contrato — sobretudo quando o segurado é compelido à mudança — pode mesmo significar dispêndios financeiros adicionais, perda de qualidade na atenção médica e, em casos extremos, sérios danos à saúde do consumidor. Em geral, isso ocorre com os planos individuais, mas ocorre também com os planos empresariais, que abrangem uma soma de indivíduos não organizados, sem poder de barganha sobre os contratos realizados pela patrocinadora.

Após descrevermos as características econômicas do mercado, procurando compreender como seu *modus operandi* parece exigir uma articulação estrutural com o Estado, dada a trajetória de custos crescentes, tentaremos demonstrar, agora, como as ações governamentais contribuíram para expandir e consolidar o mercado de planos de saúde no Brasil.

### **3 A RELAÇÃO ENTRE O ESTADO E O MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE: UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA**

No Brasil, o funcionamento de planos de saúde — parecido com aquele que conhecemos atualmente — coincidiu com a instalação das indústrias automobilísticas no período do Governo Kubitschek. Isso se deveu à introdução de mecanismos de financiamento desvinculados da previdência social, onde empresários e trabalhadores custearam a assistência médica sob a intermediação das empresas de medicina de grupo ou dos serviços próprios de saúde das firmas empregadoras [Cordeiro (1984)].

Em especial, depois do golpe militar de 1964, as mudanças operadas no contexto da medicina previdenciária acabaram promovendo um crescimento dos planos privados de saúde. Em novembro de 1966, a criação simultânea do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) e do Sistema Nacional de Seguros Privados (SNSP) demonstrou claramente essa nova orientação.<sup>6</sup>

Essa unificação, que deu origem ao INPS, estendeu a cobertura aos trabalhadores urbanos com carteira de trabalho assinada, não assistidos pelos antigos institutos. No entanto, essa ampliação se deu privilegiando a demanda por serviços privados, dado que não houve uma expansão da rede pública correspondente ao processo de inclusão dos novos grupos sociais, tampouco uma melhora da qualidade da atenção médica dos serviços previdenciários. De outra parte, o arcabouço jurídico referente aos seguros privados acabou atendendo os setores não satisfeitos com as conseqüências adversas da unificação, configurando um tipo de modelo assistencial, que foi denominado, segundo Silva (1983, p. 28), médico-assistencial privatista.

---

6. O INPS foi criado por meio do Decreto-Lei 72, unificando os seis Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs). De outra parte, o SNSP foi criado por meio do Decreto-Lei 73, modificando alguns dispositivos da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) relativos a prestações e custeio do sistema.

Em paralelo, a criação do INPS provocou a eliminação progressiva da gestão tripartite entre União, empregadores e empregados das instituições previdenciárias, despolitizando a estrutura de poder construída a partir da Revolução de 1930. Ademais, promoveu uma acentuada centralização financeira nas mãos do governo federal — dilatada com o aumento da contribuição previdenciária — além de impedir a participação dos trabalhadores no processo decisório acerca da sua assistência médica [Fleury e Oliveira (1985)].

Nesse contexto, a reforma administrativa, implementada por meio do Decreto-Lei 200, de 1967, sedimentou o terreno no campo legislativo à contratação de empresas privadas na execução de programas e projetos sob a responsabilidade do Estado. Pela ótica da intermediação do financiamento dos serviços de saúde, a caricatura mais visível dessa inflexão foi a criação do convênio INPS/empresa, articulado entre Estado e firmas empregadoras, que permitiu a generalização da contratação dos planos de saúde: “(...) o convênio-empresa previa a restituição, pelo INPS à empresa, de um valor fixo mensal, por empregado, correspondente a 5% do maior salário mínimo vigente, reservando-se àquele o direito de fiscalizar os padrões de atendimento. A empresa obrigava-se a dar atendimento integral aos funcionários” [Andreazzi (1991, p. 133)].

Em 1974, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) criou o Plano de Pronta Ação (PPA), que previa a universalização do atendimento de emergência, abrindo uma nova fronteira de acumulação para os planos de saúde: “(...) o PPA promoveu a ampliação do acesso aos serviços pela população das áreas metropolitanas, tornando economicamente viáveis as empresas médicas emergentes. A concorrência dos interesses de grupos médicos com os das grandes empresas industriais e comerciais facilitou o desenvolvimento dos convênios-empresa e das organizações de medicina de grupo, que não pararam de crescer” [Werneck Vianna (1989, p. 20-21)].

Na mesma época, promovido pela Caixa Econômica Federal (CEF), o financiamento direto a juros negativos para a construção de hospitais privados e de equipamentos, por meio do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), acabou beneficiando as empresas de medicina de grupo: “(...) as políticas de compra de serviços de saúde à iniciativa privada e o acesso a financiamentos subsidiados junto ao FAS permitiram uma acelerada expansão da capacidade instalada da AMIL” [Bahia (1991, p. 70)].

Um pouco mais adiante, no início dos anos 1980, os primeiros sinais da recessão econômica e a crise financeira da previdência anunciaram um processo que vai se aprofundar no final da década do “(...) desaparecimento progressivo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) enquanto financiador e prestador da assistência médica dos trabalhadores, devido à redução da qualidade dos serviços pelo esmagamento dos preços pagos ao setor privado contratado e à extinção dos convênios Inamps/empresa e Inamps/sindicato” [Medici (1992, p. 9)]. Em outras palavras, a deterioração dos valores dos serviços custeados pelo Inamps — que não constitui surpresa diante do período de alta inflação — permitiu uma ruptura unilateral de vários convênios e contratos de hospitais.

Segundo Vianna, Piola e Ocké-Reis (1998), para compensar essa redução dos valores pagos pelo Inamps, as firmas empregadoras foram estimuladas a pagar uma espécie de contribuição monetária adicional aos prestadores médico-hospitalares ligados ao Inamps. Inicialmente, em 1980, por intermédio da Portaria MPAS 2.079, permitia-se a cobrança adicional por instalações de padrão superior aos da enfermaria. Depois, em 1982, por meio da Portaria 2.837, o Inamps passou a permitir que os hospitais cobrassem uma quantia (por fora) dos segurados e das firmas, quando esses requeressem atendimento especial adicional, cujo valor variava em até 8,3 vezes a tabela da Associação Médica Brasileira (AMB) e da Associação Brasileira de Odontologia (ABO). Finalmente, em 1986, tornou-se livre a complementação de honorários e serviços, mas tal prática foi definitivamente proibida, a partir de 30 de outubro de 1991 (Portaria Inamps, 283).

No entanto, o fim do convênio-empresa não impediu o fortalecimento de um novo mecanismo institucional. Nas sucessivas reformas fiscais realizadas, paulatinamente, foi aberta a possibilidade de se deduzir despesas com saúde do imposto de renda [Werneck Vianna (1994, p. 26-32)].

Nesse quadro, segundo Ocké-Reis (2000, p. 142-143), desde fins da década de 1960, os principais incentivos governamentais dirigidos aos planos de saúde foram:

Diretos:

*a)* financiamento a juro subsidiado para construção de instalações hospitalares e aquisição de equipamentos médicos, com longo prazo de carência, que beneficiaram, sobretudo, as empresas de medicina de grupo; e

*b)* alguns planos, que desempenhavam atividades lucrativas, foram considerados estabelecimentos filantrópicos, implicando uma série de privilégios nos campos fiscal e previdenciário.

Indiretos:

*a)* permissão às firmas para descontar ou devolver parte da contribuição previdenciária, principalmente a partir dos convênios INPS-Inamps/empresa, os quais definiam que os atendimentos mais caros deveriam ser prestados pelo Estado; e

*b)* estabelecimento de normas, que abriram, no campo jurídico, um espaço favorável à sua expansão.

De modo resumido, em meados da década de 1980, então, dada a deterioração dos serviços previdenciários, houve um crescimento da demanda de serviços médicos diferenciados, em especial pelos operários qualificados, assalariados, executivos e profissionais liberais. Do lado da oferta, dada a presença sistemática de incentivos governamentais, houve um favorecimento do Estado ao sistema privado de saúde, voltado para cobertura das pessoas inseridas no mercado formal de trabalho. A partir da década de 1990, apesar da criação do SUS, a convergência desses fatores permitiu a consolidação dos planos de saúde.

De qualquer maneira, afirmar, hoje, que o Estado continua sustentando o mercado de planos de saúde é bastante polêmico, a despeito da presença da renúncia fiscal e da resistência das operadoras em ressarcir a ANS pelos serviços prestados pelo SUS à clientela da medicina privada.

Pode-se argüir que, de certa forma, o consumo de planos de saúde é patrocinado com a dedução do imposto de renda. Essa renúncia permite, por um lado, que parte dos gastos com planos de saúde seja abatida do Imposto de Renda sobre Pessoa Física (IRPF) e, por outro, que as despesas operacionais das firmas empregadoras em assistência médica sejam deduzidas do montante do lucro líquido, diminuindo o total sob o qual incide o Imposto de Renda sobre Pessoa Jurídica (IRPJ).

Segundo dados recentes da ANS para o ano de 2003, o faturamento desse mercado foi de R\$ 27 bilhões. Na Tabela 1, nota-se que, em termos nominais, o valor da renúncia destinada ao consumo de planos de saúde alcançaria, aproximadamente, 10%, isto é, R\$ 2,8 bilhões em 2005. Ademais, seria útil saber o tamanho relativo da renúncia se o comparássemos com o lucro líquido do mercado ou, ainda, a sua ordem de grandeza em nível internacional.

TABELA 1  
**PROJEÇÃO DO GASTO TRIBUTÁRIO POR FUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA, SEGUNDO MODALIDADE DO SUBSÍDIO — 2005**  
 [em R\$ milhões]

Saúde	Valor corrente	%
Despesas médicas — IRPF	2.056	39,1
Assistência médica, odontológica e farmacêutica a empregados — IRPJ	770	14,6
Entidades sem fins lucrativos — assistência social	1.376	26,2
Medicamentos	1.058	20,1
Total	5.260	100,00

Fonte: Coordenação-Geral de Política Tributária/Secretaria da Receita Federal.

Contudo, se em termos percentuais essa magnitude parece, em um primeiro exame, pequena, ao olharmos para os valores absolutos, o montante supera em R\$ 1 bilhão os gastos do Ministério da Saúde com o controle de todas as doenças, exceto DST/Aids, em 2004 (Tabela 2).

Caso se queira, portanto, fortalecer o SUS, a escassez de recursos públicos presente nesse sistema (Tabela 3) permitiria problematizar a permanência de tal renúncia fiscal, que é inequívoca da ótica da distribuição do gasto público federal em saúde.

Além do caráter inequívoco desse gasto tributário, por que tais recursos não são alocados ao SUS, em programas médico-assistenciais voltados aos crônicos e idosos, justamente os segmentos mais estigmatizados pela seleção de risco praticada pelas operadoras de planos de saúde? Tudo leva a crer que essa situação se reproduz, pois, de um lado, o efeito da renúncia de arrecadação fiscal sobre a rentabilidade do mercado parece não ser residual, embora ainda não tenham sido mensurados minuciosamente. De outro, as classes médias, que buscam um tipo de atenção médica diferenciada no mercado, *grosso modo*, estão vendo a sua renda média cair (Tabela 4) simultaneamente ao aumento de preço dos prêmios, e por isso se constituem em um forte grupo de interesse em favor da manutenção desse subsídio.

TABELA 2

**MINISTÉRIO DA SAÚDE: EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA EM 2004, POR AGRUPAMENTO DE PROGRAMA<sup>a</sup>**

	Dot. Inicial	Autorizado	Liquidado	% exerc. 2004 (liq./aut.)	% exerc. 1º sem./2004
a. Atenção à saúde	22.108,1	22.694,5	22.098,9	97,4	49,5
b. Saneamento	1.061,4	950,6	648,2	68,2	2,7
c. Controle de doenças exceto DST/Aids	1.850,4	1.824,3	1.742,6	95,5	42,9
d. Controle de doenças DST/Aids	762,1	824,2	809,8	98,2	37,4
e. Atividades administrativas	3.586,0	4.078,3	3.987,4	97,8	44,5
f. Inativos e pensionistas	2.614,0	3.034,1	3.019,4	99,5	50,2
g. Dívida	708,3	708,3	485,8	68,6	36,3
h. Vigilância sanitária	196,8	196,3	183,8	93,6	32,0
i. Transferência direta de renda	801,5	881,5	818,8	92,9	50,5
j. Qualificação de recursos humanos do SUS	465,0	377,8	320,2	84,8	13,9
k. Assistência farmacêutica e insumos estratégicos	1.706,9	1.998,9	1.796,3	89,9	36,4
l. Demais programas	668,4	647,9	624,7	96,4	32,1
Ministério da Saúde	36.528,9	38.216,6	36.535,8	95,6	45,4

Fonte: Siafi/Sidor (COFF-Prodasen). Elaboração: DISOC/IPEA.

<sup>a</sup> No exercício de 2004, a subfunção 846-Encargos Especiais expandiu-se consideravelmente, integrando todas as ações que não sejam de "atuação direta" do governo federal. No caso do Ministério da Saúde, tal modificação atingiu mais da metade da sua execução, dado o elevado nível de descentralização da política de saúde. Por isso, em vez de apresentar dados agregados por subfunção, optou-se por agrupar os programas de maneira a tentar dar mais transparência às informações.

TABELA 3

**GASTO NACIONAL EM SAÚDE: PERCENTUAL DO PIB, POR HABITANTE E PARTICIPAÇÃO PÚBLICA E PRIVADA — 2001**

País	% do PIB	Per Capita <sup>a</sup>	Índice <sup>b</sup>	Público (%)	Privado (%)
Alemanha	10,8	2.820	492	74,9	25,1
Brasil	7,6	573	100	41,6	58,4
Espanha	7,5	1.607	280	71,4	28,6
Estados Unidos	13,9	4.887	853	44,4	55,6
Reino Unido	7,6	1.989	347	82,2	17,8

Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS) — 2004. Elaboração: IPEA/DISOC.

<sup>a</sup> Em dólares internacionais, segundo o critério de Paridade de Poder de Compra (PPP).

<sup>b</sup> Base 100 = Brasil.

TABELA 4

**REGIÕES METROPOLITANAS: RENDIMENTO MÉDIO REAL DAS PESSOAS OCUPADAS — 1997-2004**  
(base: julho de 1994 = 100)

Ano	Média (Índice)
1997	129,27
1998	128,69
1999	121,62
2000	120,86
2001	116,13
2002	112,06
2003	94,11
2004	94,34

Fonte: IBGE/PME. Elaboração: IPEA/DIMAC.

Obs.: Até novembro de 2002, dados da PME-Metodologia Antiga; a partir de dezembro de 2002, dados de rendimentos efetivamente recebidos segundo a nova PME, com encadeamento simples a partir da variação dezembro/2002-novembro/2002.

Finalmente, após a criação da Lei da Regulamentação em 1999, não foi possível garantir a comercialização de planos de saúde sem cláusulas restritivas no tocante à cobertura integral. Em que pese a obrigatoriedade da oferta do plano-referência, boa parte das doenças preexistentes, dos serviços de alto custo e das cirurgias de alta complexidade continua sendo prestada pelo setor público. Por isso, não ressarcir o SUS pelos serviços dispensados aos usuários de planos de saúde — desde que previstos nos contratos — revela a postura reativa das operadoras de pagar pelos serviços prestados pelo SUS à sua clientela. Indiretamente, isso acaba configurando mais um incentivo governamental destinado às operadoras.

Nesse sentido, se torna possível afirmar a hipótese de que o padrão de financiamento público continuaria atuando enquanto elemento de sustentação dos planos de saúde, em sua dimensão econômica.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, nos últimos 40 anos, pode-se sugerir que os planos de saúde se expandiram contando com o apoio do padrão de financiamento público, por meio dos incentivos governamentais. Subsistem, atualmente, os subsídios fiscais, que poderiam representar um aumento de recursos destinados ao SUS.

À primeira vista, admitindo teoricamente uma *trajetória de custos crescentes e compostos*, essa articulação econômica entre Estado e mercado é explicada — mas não se justifica — mediante o papel cumprido pelas políticas de saúde na sociedade capitalista, no tocante à reprodução da força de trabalho. Posto isso, como tais políticas são relevantes do ponto de vista político e social, em especial os serviços prestados aos trabalhadores do mercado formal de trabalho, que compõem parcela significativa da População Economicamente Ativa (PEA), o Estado, por meio do fundo público, na predominância de sistemas privados, favoreceria as condições de rentabilidade dos planos de saúde, resolvendo, em parte, a pressão pela remarcação sistemática de preços, o que os tornaria inacessíveis no mercado consumidor, gerando uma crise de subconsumo [ver Ocké-Reis (2004)].

Desse modo, o Estado seria — estruturalmente — prisioneiro do seguinte dilema: ou torna público o sistema (radicalizando seu papel intervencionista) ou mantém a forma privada de atividades socialmente importantes, aplicando mecanismos de subvenção estatal (incentivos governamentais).

Difícil antever como a entrada do capital financeiro e a concentração do mercado repõem esse dilema.

De um lado, as seguradoras especializadas em saúde — cujas *holdings* detêm ações no mercado de capitais — possuem claras vantagens econômicas e administrativas para se contrapor à dinâmica dos custos crescentes, e parecem exigir a introdução do *managed care* “(...) para a organização produtiva do setor saúde, na qual este capital criaria mecanismos para retirar do médico aquela privatização dos espaços microdecisórios, alterando o modo de agregar tecnologias” [Merhy (2002, p. 65)]. De outro, a tendência à concentração do mercado de planos se constituiria em um fator para explicar não só o aumento de preços, mas para tornar crível a ameaça de captura da ANS pelos grandes grupos econômicos, em um contexto onde se aposta



que tal concentração seria uma peça-chave para resolver a insolvência de parte das operadoras de pequeno e médio portes.

Restaria saber como o fundo público — além dos subsídios fiscais — iria se articular com o mercado a partir desse novo cenário. Aparentemente, a ANS estuda a abertura de duas linhas de crédito para socorrer as operadoras de planos de saúde: uma administrada pelo Banco do Brasil, voltada para o capital de giro das operadoras de planos de saúde, e outra a ser gerida pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), voltada, exclusivamente, para financiar aquisições e fusões de empresas. Mas será que esse posicionamento governamental representaria um novo mecanismo de patrocínio ao setor privado? Não há indícios claros, mas, ao menos, do ponto de vista teórico, alguns autores chegam a especular que na competição oligopolista atual “(...) o fundo público seria decisivo na formação da taxa média de lucro do setor oligopolista, e pelo negativo, pela sua ausência, na manutenção de capitais e capitalistas no circuito do capital concorrencial (...)” [Oliveira (1988, p. 14)].

No caso brasileiro, independentemente do aparecimento dessa nova configuração do mercado, mesmo se os planos de saúde fossem, de fato, suplementares ao SUS, seria problemático delimitar, em termos socioeconômicos, as famílias que podem ou não ter acesso ao mercado de planos de saúde [Ocké-Reis, Silveira e Andreazzi (2003, p. 884)]. Sabendo-se da tendência crescente dos custos e da ocorrência de gastos catastróficos, do lado econômico, da incerteza idiossincrática do risco de adoecer e das dúvidas quanto à eficácia da intervenção médica, do lado médico, tão-somente o consumo dos capitalistas — ao gosto da conceituação kaleckiana — suportaria com mais facilidade a pressão altista dos prêmios dos planos de saúde em longo prazo.

Em um quadro de pobreza absoluta e desigualdade social, precisamos indagar, então, quais seriam os setores sociais mais prejudicados nessa relação estabelecida entre o padrão de financiamento público e o mercado de planos de saúde no Brasil: de uma parte, o Estado não consegue responder aos problemas políticos de legitimidade decorrentes da precária cobertura pública da atenção médica, em um quadro de restrição orçamentária, impedindo o necessário fortalecimento do SUS e deixando espaço para atuação do mercado desregulado. De outro, o mercado de planos de saúde apresenta uma trajetória de custos crescentes, em um contexto de baixos salários da economia brasileira, exigindo a ampliação de subsídios regressivos e expulsando a clientela de alto risco, sem nenhum planejamento prévio do SUS.

Nesse contexto, não se pode ignorar que uma das vias para se consolidar o SUS estará marcada pela capacidade em promover a universalização, incorporando, a um só tempo, os consumidores de baixa-renda e as classes médias, mediante o aumento do gasto público em saúde e a melhoria da qualidade do gasto. A história já demonstrou que a consolidação de políticas sociais universais em diversos países do mundo dependeu, afinal, de coalizões políticas entre classes e grupos heterogêneos [Esping-Andersen (1996, p. 256-267)].

## BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, C. *O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências de assistência médica suplementar*. Brasília: IPEA, 1998 (Texto para Discussão, 598).
- ANDRADE, M., LISBOA, M. A economia da saúde no Brasil. In: LISBOA, M., MENEZES-FILHO, N. A. (orgs.). *Microeconomia e sociedade no Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, p. 285-332, 2001.
- ANDREAZZI, M. *O seguro saúde privado no Brasil*. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 1991 (Tese de Mestrado em Saúde Pública).
- \_\_\_\_\_. *Planos e seguros privados de saúde no Brasil. Uma análise sob a perspectiva da economia industrial*. Rio de Janeiro: IE/UFRJ, 1998, mimeo.
- \_\_\_\_\_. *Formas de remuneração de serviços de saúde*. Brasília: IPEA, 2003 (Texto para Discussão, 1.006).
- ARROW, K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, v. liii, n. 5, p. 941-973, 1963.
- BAHIA, L. *Oferta e produção de serviços no Brasil na década de 80: um estudo exploratório*. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 1991 (Tese de Mestrado em Saúde Pública).
- BAUMOL, W. Health care, education, and cost disease: a looming crisis for public choice. *Public Choice*, v. 77, p. 17-28, 1993.
- BAYER, G., LEIS, H. Saúde enquanto questão politicamente intermediada. *Serviço Social e Sociedade*, n. 22, p. 103-125, 1986.
- BERGER, J., OFFE, C. A dinâmica do desenvolvimento do setor de serviços. In: OFFE, C. (org.). *Trabalho e sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da "sociedade do trabalho"*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, v. 2, p.11-53, 1991.
- CAMPOS, G. *Reforma da reforma: repensando à saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- CORDEIRO, H. *As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- COSTA, T. *O cálculo atuarial aplicado aos planos de saúde. Aplicação aos dados da Cassi*. Brasília, 1999, mimeo (texto ocasional).
- CUTLER, D., ZECKHAUSER, R. The anatomy of health insurance. In: CULYER, A. J., NEWHOUSE, J. (orgs.). *Handbook of health economics*. Amsterdam: North-Holland Press, p. 563-643, 2000.
- ESPING-ANDERSEN, G. Positive sum solutions in a world of trade-offs? In: ESPING-ANDERSEN, G. (org.). *Welfare states in transition? National adaptations in global economies*. London: Sage Press, p. 256-267, 1996.
- FAVERET FILHO, P., OLIVEIRA, P. A universalização excludente. Reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Revista DADOS*, v. 33, n. 2, p. 257-283, 1990.
- FIGUERAS, A. Análisis del mercado de la salud (el caso argentino). *Económica (La Plata)*, v. XXXVII, n. 1-2, p. 3-29, 1991.

- FLEURY, S., OLIVEIRA, J. *(Im)previdência social — 60 anos de história da previdência no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes/Abrasco, 1985.
- GELIJNS, A., ZIVIN, J., NELSON, R. Uncertainty and technological change in medicine. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, v. 26, n. 5, p. 913-924, 2001 (Special Issue: Kenneth Arrow and the Changing Economics of Health Care).
- GREENBERG, W. *Competition, regulation, and rationing in health care*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1991.
- LEWIS, M., MEDICI, A. Private payers of health care in Brazil: characteristics, costs and coverage. *Health Policy and Planning*, v. 10, n. 4, p. 362-375, 1995.
- LUZ, M. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil da “transição democrática”. *Anos 80. Physis*, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991.
- MARTÍN, J. A regulação do sistema sanitário espanhol: um requisito para eficiência. In: UGÁ, M. A. (org.). *Anais do Seminário Internacional “Tópicos Conceituais e Metodológicos em Economia da Saúde*, p. 75-97. Rio de Janeiro: ABrES/Fiocruz, 1996.
- MEDICI, A. *O setor privado prestador de serviços de saúde no Brasil: a dimensão, estrutura e funcionamento*. Rio de Janeiro: Ence, 1990 (Relatórios Técnicos, 2).
- \_\_\_\_\_. *Os serviços de assistência médica das empresas: evolução e tendências recentes*. São Paulo: Iesp, 1992 (Texto para Discussão, 7).
- MERHY, E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- NOGUEIRA, R. Higiomania: a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea. In: VASCONCELOS, E. M. (org.). *A saúde nas palavras e nos gestos. Reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, p. 63-72, 2001.
- OCKÉ-REIS, C. O. *O setor privado de saúde no Brasil: os limites da autonomia*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1995 (Tese de Mestrado em Saúde Coletiva).
- \_\_\_\_\_. O Estado e os planos de saúde no Brasil. *Revista do Serviço Público*, Ano 51, n. 1, p. 125-150, 2000.
- \_\_\_\_\_. *Os planos de saúde no Brasil: um estudo sobre o mercado, os gastos e a regulação*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2002 (Tese de Doutorado em Saúde Coletiva).
- \_\_\_\_\_. *Challenges in the regulation of Brazilian private health insurance*. Rio de Janeiro: IPEA, 2004 (Texto para Discussão, 1.013).
- OCKÉ-REIS, C., SILVEIRA, F. G., ANDREAZZI, M. S. de. Avaliação dos gastos das famílias com a assistência médica no Brasil: o caso dos planos de saúde. *Revista de Administração Pública*, v. 37, n. 4, p. 859-898, 2003.
- OLIVEIRA, F. O surgimento do antivisor: capital, força de trabalho e fundo público. *Novos Estudos Cebrap*, n. 22, p. 8-28, 1988.
- PHELPS, C. *Health economics*. United States of America: Addison-Wesley, 1997.
- POSSAS, M. *Estruturas de mercado em oligopólio*. São Paulo: Hucitec, 1985.
- RELMAN, A. S. The new medical-industrial complex. *The New England Journal of Medicine*, v. 303, n. 17, p. 963-970, 1980.

- ROBINSON, J. Imperfect competition revisited. *The Economic Journal*, v. LXIII, n. 251, p. 579-593, 1953.
- SAYD, P. *Renúncia fiscal e equidade na distribuição de recursos para a saúde*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 2003 (Tese de Mestrado em Saúde Pública).
- SCOTT, A., FARRAR, S. Incentives in health care. In: SCOTT, A., MAYNARD, A., ELLIOTT, R. F. (orgs.). *Advances in health economics*. England: John Wiley & Sons, p. 77-98, 2003.
- SILVA, P. O perfil médico-assistencial privatista e suas contradições: a análise política da intervenção estatal em atenção à saúde no Brasil na década dos 70. *Cadernos Fundap*, Ano 3, n. 6, p. 27-50, 1983.
- TEIXEIRA, A., BAHIA, L., WERNECK VIANNA, M. Nota sobre a regulação dos planos de saúde de empresas, no Brasil. In: ANS (org.). *Regulação & sociedade. Estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica*. Rio de Janeiro: ANS, p. 19-35, 2002.
- VIANNA, S., PIOLA, S., OCKÉ-REIS, C. O. Gratuidade no SUS: controvérsia em torno do co-pagamento. *Planejamento e Políticas Públicas*, n. 17, p. 105-171, 1998.
- VOGT, W. Do desenvolvimento econômico a longo prazo de um sistema capitalista — uma formulação mais precisa. In: VOGT, W., FRANK, J., OFFE, C. (orgs.). *Estado e Capitalismo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, p. 49-78, 1980.
- WERNECK VIANNA, M. *Política social e transição democrática: o caso do Inamps*. Rio de Janeiro: IEI, 1989 (Texto para Discussão 226).
- \_\_\_\_\_. *Seguridade social brasileira no contexto das políticas públicas*. Rio de Janeiro: 1994, mimeo (texto ocasional).
- WILLIAMSON, O. Transactions-cost economics: the governance of contractual. *The Journal of Law and Economics*, v. 22, n. 2, p. 223-261, 1979.

## **EDITORIAL**

### **Coordenação**

Silvânia de Araujo Carvalho

### **Supervisão**

Helena Rodarte Costa Valente

### **Revisão**

André Pinheiro

Elisabete de Carvalho Soares

Lucia Duarte Moreira

Marcio Alves de Albuquerque

Marcos Hecksher

Míriam Nunes da Fonseca

Alejandro Augusto S. V. A. Poinho (estagiário)

Alessandra Senna Volkert

### **Editoração**

Carlos Henrique Santos Vianna

Joanna Silvestre Friques de Sousa

Roberto das Chagas Campos

Camila Guimarães Simas (estagiária)

## **COMITÊ EDITORIAL**

### **Secretário-Executivo**

Marco Aurélio Dias Pires

SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES,

9º andar – 70076-900 – Brasília – DF

Fone: (61) 315-5090

Fax: (61) 315-5314

Correio eletrônico: madp@ipea.gov.br

### **Brasília**

SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES,

9º andar – 70076-900 – Brasília – DF

Fone: (61) 315-5090

Fax: (61) 315-5314

Correio eletrônico: editbsb@ipea.gov.br

### **Rio de Janeiro**

Av. Nilo Peçanha, 50, 6º andar — Grupo 609

20044-900 – Rio de Janeiro – RJ

Fone: (21) 2215-1044 R. 234

Fax (21) 2215-1043 R. 235

Correio eletrônico: editrj@ipea.gov.br

Tiragem: 142 exemplares

