TEXTO PARA DISCUSSÃO N° 1075

A REFORMA INSTITUCIONAL DO MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE: UMA PROPOSTA PARA CRIAÇÃO DE *BENCHMARKS*

Carlos Octávio Ocké-Reis

Rio de Janeiro, março de 2005

TEXTO PARA DISCUSSÃO N° 1075

A REFORMA INSTITUCIONAL DO MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE: UMA PROPOSTA PARA CRIAÇÃO DE *BENCHMARKS**

Carlos Octávio Ocké-Reis**

Rio de Janeiro, março de 2005

* O autor agradece a colaboração e os comentários de Alexandre Aragão, Alexandre Marinho, Cornélia Nogueira Porto, Gustavo Bryer, Jorge Abrahão, Jorge Coloneze, Marcelo Britto e Marcelo Medeiros. Os erros porventura remanescentes são de responsabilidade do autor. Este trabalho obteve menção honrosa na categoria profissional, tema "Integralidade, Eficiência e Eqüidade em Sistemas de Saúde" no Prêmio Economia da Saúde, organizado pelo MS, IPEA, ABRES e DFID.

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

Governo Federal

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão

Ministro – Nelson Machado (interino)
Secretário-Executivo – Nelson Machado

ipea **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**

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

Presidente
Glauco Arbix

Diretora de Estudos Sociais
Anna Maria T. Medeiros Peliano

Diretor de Administração e Finanças
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 O *LAISSEZ-FAIRE* REGULATÓRIO: A CONCENTRAÇÃO DO MERCADO 2

3 AS BASES DA REFORMA INSTITUCIONAL 8

4 A CRIAÇÃO DE *BENCHMARKS* 16

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 21

BIBLIOGRAFIA 24

SINOPSE

Este trabalho procura mostrar que a regulação pode funcionar como um instrumento para corrigir as falhas do mercado de planos de saúde. No entanto, apesar das normas que defendem o consumidor e a concorrência regulada, tais ações podem, paradoxalmente, trazer uma concentração maior do mercado se o poder dos oligopólios privados não for enfrentado. Considerando os conflitos decorrentes da ação regulatória e a crise econômica do mercado, criticamos esse tipo de gestão, sugerindo que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) induza a formação e criação de novas instituições que funcionem como *benchmark*s, em particular, para afirmar o interesse público presente na área da saúde e reduzir os preços dos prêmios dos planos de saúde.

ABSTRACT

This paper aims to show that regulatory actions could work as an instrument to correct the shortcomings of the private health insurance market. However, despite the rules that defend both consumer rights and competition, these actions can, paradoxically, bring about a more marked concentration of the market if the power of the oligopolies is not challenged. To criticise this sort of management, considering both the regulatory conflicts and the economic crisis facing the market, we suggest that the Agency play a key role establishing a benchmark, particularly supporting public health principles and reducing the price of private health insurance.

"É preciso (...) também assumir o risco de propor, ao lado das atuais, novas formas de propriedade. Por exemplo, uma *propriedade estatal controlada socialmente*, ou mesmo um tipo de *propriedade privada de interesse público*, para avançar em direção a novas idéias organizadoras da produção"
[Genro (1999, p. 54)]

1 INTRODUÇÃO

Na década de 1990, em que pese a correlação de forças favorável à desregulação dos monopólios da União e à privatização das empresas estatais, o Estado sentiu, por razões políticas de legitimidade, a necessidade de regular o mercado de planos de saúde. No âmbito das políticas sociais, em se tratando da intermediação do financiamento de serviços privados de saúde, essa medida foi inédita: ao ser sensível à contestação "dos que têm voz e voto", o governo federal procurou fortalecer os consumidores contra o aumento abusivo de preços, a baixa qualidade e a proliferação das fraudes, criando a Lei 9.656, que regulamentou o setor em junho de 1998.

No entanto, isso não foi suficiente para evitar os sucessivos conflitos no campo da ação regulatória, tampouco capaz de atenuar a crise econômica do mercado de planos. Destacam-se, de um lado, a decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) de não reconhecer a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) como instância responsável pela regulação dos contratos estabelecidos antes da Lei, o que dificulta sua tarefa de mediar os interesses contraditórios envolvidos na implementação do Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos (Piac). De outro, como as tarefas exigidas para fiscalizar e sanear o mercado tendem a crescer com o acirramento da crise econômica e a concentração das operadoras de planos, questionamos a predominância de uma visão tecnocrática no corpo da gestão regulatória, por se obscurecer o papel central do Estado como financiador e organizador do sistema de saúde.

Segundo os órgãos de defesa do consumidor, os preceitos normativos da ANS em defesa do consumidor, da concorrência regulada e do interesse público não são cumpridos. Pelo contrário, eles vêm se transformando cada vez mais em uma figura de retórica, devido ao aumento abusivo de preços, ao tratamento impróprio das doenças preexistentes, ao descredenciamento unilateral dos prestadores, aos tetos de utilização etc. As operadoras, por sua vez, alegam que os reajustes sancionados pelo governo federal não acompanham os custos dos planos individuais, sobretudo devido à sobreutilização dos serviços. Na mesma linha, antes da decisão do STF em agosto de 2003, tais operadoras acusavam a Agência e o próprio Poder Judiciário de legitimar regras e liminares que as obrigavam a arcar com custos de cobertura não incluídos nos planos de saúde contratados antes da lei. Já os médicos reivindicam às operadoras maiores honorários, chegando a boicotar o atendimento dos conveniados na perspectiva de pressionar as operadoras. Tentam, ainda, emplacar uma nova tabela de preços, chamada Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), no bojo da proposta de "contratualização" dos prestadores privados junto aos planos de saúde. Além disso, criticam a interferência dos planos sobre seu processo de trabalho. E, finalmente, os gestores da ANS buscam assegurar melhores condições para o funcionamento do mercado, mas nem por isso conseguiram reverter

os sucessivos conflitos da ação regulatória, tampouco apresentar um projeto estratégico para superar a crise econômica sem patrocinar, *a priori*, a concentração do mercado.

Diante desse marco regulatório ambíguo — assentado na Lei 9.656 combinada à Medida Provisória (MP) 2.177-44, de 24 de agosto de 2001 — é preciso redefinir qual é o papel e a abrangência da saúde suplementar no sistema de saúde brasileiro. Vale lembrar, analisando o relacionamento do *mix* público/privado em um conjunto de países, Greß enfatiza a necessidade de se regular mercados que não são suplementares ao sistema público — como no caso brasileiro — isto é, quando o mercado substitui a cobertura de serviços incluídos no rol de oferta do sistema público [Greß, Okma e Wasen (2002, p. 4)].[1]

Queremos aprofundar essa discussão, desde já, assumindo uma posição *à* Weber: sabemos de nossos limites analíticos, pois "toda interpretação persegue a evidência. Mas nenhuma interpretação de sentido, por mais que seja evidente, pode pretender, dado o mérito desse caráter de evidência, ser também a interpretação causal válida. Em si mesma, não é outra coisa senão uma hipótese causal particularmente evidente" [Weber (1997, p. 9, tradução livre)].

Com esse espírito, na Seção 2, considerando os desdobramentos da crise econômica das operadoras de pequeno e médio portes, analisamos a concentração do mercado, em especial como tal efeito poderia fortalecer os oligopólios privados, minando a possibilidade de a ANS cumprir seus preceitos normativos em defesa do consumidor, da concorrência regulada e do interesse público. Na Seção 3, apresentamos as bases da reforma institucional — na perspectiva de resistir ao movimento de concentração — que residem em dois pilares: de um lado, propõe-se que a Agência assuma um projeto sistêmico e democrático, aumentando sua capacidade de *enforcement* para reformar as instituições do mercado. De outro, critica-se a gestão tecnocrática e o modelo regulatório da ANS, apontando a necessidade de a assistência à saúde ser encarada enquanto um direito específico no âmbito do mercado, cuja materialização exigiria mudanças na Constituição, de modo que a regulação dos planos de saúde — orientada pelo interesse público — fosse reforçada pela adoção de um regime de concessão dos serviços públicos.

Na Seção 4, sugere-se a formação e criação de *benchmarks*, que poderiam contribuir, a um só tempo, para mudar a lógica tecnocrática das ações da ANS e para integrar o mercado ao Sistema Único de Saúde (SUS), resistindo à captura dos oligopólios privados.

2 O *LAISSEZ-FAIRE* REGULATÓRIO: A CONCENTRAÇÃO DO MERCADO

A crise econômica dos planos de saúde apresenta especificidades em relação à crise econômica geral, além de ser difícil distinguir seu impacto sobre cada modalidade de

1. Segundo a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), entende-se como "suplementar" a cobertura de serviços não incluídos no rol de oferta do sistema público e "complementar" a cobertura de serviços diferenciados, mas incluídos no sistema público (co-pagamentos). Para conhecer a proposta taxionômica, consultar OECD (2004, p. 17-18).

pré-pagamento, em um mercado tão diverso econômica e institucionalmente. Localizada, sobretudo, nas pequenas e médias operadoras, a natureza dessa crise e seus desdobramentos desafiam os analistas de políticas de saúde e os gestores da ANS [Ocké-Reis (2004)].

Não queremos ofuscar, entretanto, que tal crise sirva de pretexto para que certas operadoras deixem de assumir os riscos da atividade econômica: seja o plano empresarial, onde a operadora repassa seu custo operacional para o empregador, seja o plano individual de segunda linha, onde o baixo valor pago ao prestador médico-hospitalar implica, geralmente, uma redução da qualidade dos serviços.

Após a lei da regulamentação, mantidos a trajetória de custos crescentes do mercado e os baixos salários, é admissível supor que haja uma multiplicação da insolvência das operadoras menores e ineficientes e, por conseguinte, uma provável fusão de carteiras, acarretando uma concentração do mercado de planos de saúde. Nesse caso — como nos previne Mazzucchelli (1985, p. 93) em um sentido geral — isso significaria "(...) não apenas a fusão dos distintos capitais ou a anexação dos mais débeis aos mais fortes, *mas acima de tudo o controle do capital social por um grupo cada vez mais reduzido de capitalistas*". Ademais, o prazo de maturação dessa crise deve acompanhar o cronograma estabelecido pela Agência para a constituição de garantias financeiras (capital mínimo, provisão de risco, margem de solvência etc.), como disposto na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 77, de 17 de julho de 2001. Mazzucchelli (1985, p. 60) lembra, ademais, que é "(...) na crise que se acirra a concorrência entre os capitais, de modo a determinar quais parcelas do capital total permanecerão ociosas, quais permanecerão ativas e quais serão efetivamente desalojadas".

Em paralelo à crise econômica das operadoras,[2] assiste-se ao acirramento da concorrência oligopolista dos grandes *players*, cujo objetivo é conquistar os usuários de baixo risco e renda elevada, vinculados ao setor formal da economia, ao mesmo tempo em que se procura restringir o alto risco — a seleção adversa —— da carteira dos planos individuais, para evitar "prejuízos" [ver Castiglione (2004)] que diminuam a rentabilidade da operadora. Aliás, para nós, é isso que está em jogo quando, após a decisão do Supremo, as operadoras reajustam, abusivamente, os preços dos planos antigos, no contexto do programa de migração e adaptação. Afinal de contas, esses *players* buscam o lucro extraordinário de monopólio — nos valendo da definição conceitual de Schumpeter — "(...) passando este último a ser visto não como o 'contrário', mas como o próprio motivo *fundamental* da concorrência" [Possas (1989, p. 71)].

Uma das alternativas para o mercado seria incorporar os setores de baixa renda por meio de planos individuais mais baratos e de menor qualidade. Contudo, isso foi freado por um ciclo econômico descendente e por uma legislação contrária à radicalização da seleção de riscos, isto é, contrária à subsegmentação da cobertura.

2. No contexto dessa crise, em março de 2003, a imprensa noticiou que a ANS estava estudando a criação de um Fundo Garantidor de Beneficiários de Planos de Saúde Suplementar (FBGPS), que visava estabelecer um seguro que permitisse, perante um ano, ajudar o cliente de um plano liquidado a custear a mensalidade da operadora para a qual foi transferido, que normalmente seria de maior valor.

Considerando tais obstáculos, os oligopólios privados apostam no crescimento da carteira de planos coletivos, que hoje já alcança 70% do total do mercado. Não é à toa que Phelps (1997, p. 344) nos chama a atenção para as suas vantagens: economias de escala e a diluição da seleção adversa. Poderíamos, assim, estar copiando os Estados Unidos, onde "os segmentos mais custosos do mercado — os idosos e os crônicos — são agora cobertos por programas públicos. No mercado, quase toda cobertura é agora comercializada por meio dos empregadores. (...). O seguro individual é hoje apenas uma categoria residual" [Glied (2001, p. 959-960, tradução livre)].

Igualmente, os grandes *players* acabam atuando enquanto oligopsônios, achatando os preços dos prestadores médico-hospitalares, o que poderia prejudicar a qualidade da atenção médica prestada aos consumidores, sobretudo os usuários cobertos pelos planos individuais de segunda linha. Pode-se imaginar, portanto, que médicos e hospitais encontram-se espremidos entre os custos crescentes e o "mau pagador", salvo aqueles prestadores que contam com estrutura empresarial própria, larga reputação, ou ainda, detêm o monopólio da prestação — seja por motivos tecnológicos, seja pela localização geográfica.

Da ótica da política regulatória, entretanto, nos intriga haver uma expectativa de que os oligopólios privados funcionem como saneadores da crise econômica dos planos mediante um processo de concentração, o que sancionaria um estranho *laissez-faire* regulatório. Pior: quando a Agência uniformiza as regras de funcionamento do mercado, fiscaliza as irregularidades econômico-financeiras das operadoras e elimina as empresas fraudulentas, paradoxalmente, isso acaba favorecendo uma concentração em favor dos oligopólios privados, indo de encontro aos preceitos normativos da ANS em defesa do consumidor, da concorrência regulada e do interesse público.

Mas, baseando-se na experiência norte-americana, essa concentração tenderia a prejudicar o cumprimento de tais preceitos normativos?

a) "se determinado tipo de regulação produz preços mais baixos e maior cobertura depende da força relativa de seus efeitos intermediários sobre o número de operadoras e sobre a concentração do mercado" [Chollet, Kirk e Simon (2000, p. 2, tradução livre)];

b) "é possível que haja ganhos de eficiência e um aumento do poder de monopólio resultantes de um mesmo processo de concentração. Se os consumidores estão piores ou melhores depende de que efeito é maior" [Haas-Wilson (2003, p. 140, tradução livre)];

c) torna-se difícil assegurar, precisamente, como internalizar os supostos ganhos de eficiência, isto é, como fazer com que os agentes regulados produzam, de fato, preços competitivos [Kahn (1998)]; e

d) é importante reconhecer o "(...) impacto negativo de longo prazo das fusões das seguradoras de saúde sobre os pacientes e os médicos" [AMA (2004, tradução livre)], como apontam os médicos norte-americanos, que lutam pela aprovação do projeto de lei intitulado *Health Care Antitrust Improvements Act*.

Não há uma posição categórica sobre os efeitos colaterais do processo de concentração sobre a afirmação dos princípios da ANS, mas existem evidências que indicam o fortalecimento dos oligopólios, no caso brasileiro:

a) levando em conta a estagnação do número de usuários do mercado de planos de saúde [Almeida (2003)], o faturamento desse mercado não foi nada desprezível, sobretudo porque houve um leve crescimento nominal. Em valores correntes, observa-se um montante de aproximadamente R$ 23 bilhões em 1999 (Tabela 1), e, de acordo com Cata Preta (2004, p. 20), a magnitude do faturamento subiu para R$ 24 bilhões em 2003;

TABELA 1
BRASIL: FATURAMENTO SEGUNDO MODALIDADES DE PRÉ-PAGAMENTO — 1999
[em bilhões de R$]

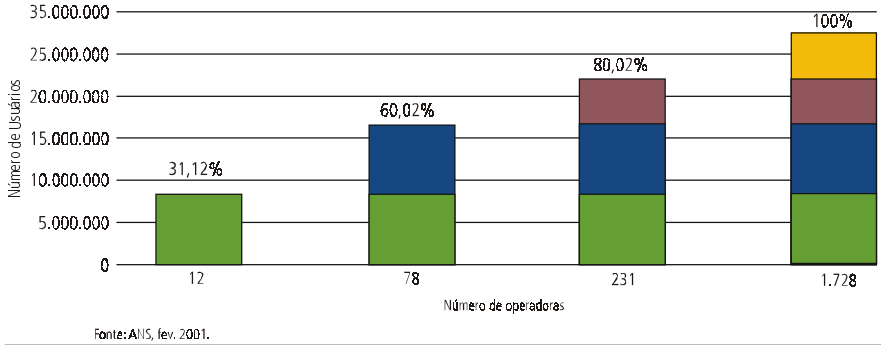
Modalidades	Faturamento	%
Seguro-saúde	4,9	21,5
Medicina de grupo	5,2	22,8
Cooperativas médicas	4,0	17,5
Planos de autogestão	8,7	38,2
Total	22,8	100,0

Fonte: Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge).

b) se admitirmos que a concorrência do mercado é imperfeita, isso implica reconhecer que há uma concentração relativa, onde poucas operadoras de planos cobrem a maioria dos usuários.

No Gráfico 1, vê-se que dentre as 1.728 operadoras somente 12 detêm mais de 30% do mercado, ou, se preferirmos, 78 empresas abarcam 60% do total. Trata-se de um padrão de concorrência oligopolista. Seguindo a tradição de Labini, observa-se um oligopólio diferenciado, hierarquizado segundo produtos heterogêneos [Sylos-Labini (1966)]. Dada a "(...) existência de um pequeno número de firmas ou de poucas firmas com alta participação no mercado (...) o grau de concentração de mercado passa, dessa forma, a ser um dos fatores relevantes na caracterização de um regime oligopolista" [Holanda Filho (1983, p. 12-13)];

GRÁFICO 1
BRASIL: CONCENTRAÇÃO DE USUÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE, SEGUNDO NÚMERO DE OPERADORAS — 2001



Fonte: ANS, fev. 2001.

c) antes e depois da lei da regulamentação de 1998, a inflação do setor saúde — que representa uma *proxy* dos custos do mercado de planos — foi, na média, menor do que o crescimento dos prêmios (Tabelas 2 e 3).

TABELA 2
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: TAXA DE INFLAÇÃO ACUMULADA, GERAL, SAÚDE E PLANOS DE SAÚDE — JULHO DE 1994 A DEZEMBRO DE 1998

Custo de vida	Taxa	Índice	Índice
Geral	70,86	1	-
Saúde	121,76	1,72	1
Planos de saúde	189,33	2,67	1,55

Fonte: Índice de Custo de Vida (ICV)/Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese).

TABELA 3
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: TAXA DE INFLAÇÃO ACUMULADA, GERAL, SAÚDE E PLANOS DE SAÚDE — JANEIRO DE 1999 A DEZEMBRO DE 2003

Custo de vida	Taxa	Índice	Índice
Geral	59,03	1	-
Saúde	100,43	1,70	1
Planos de saúde	169,50	2,87	1,69

Fonte: Índice de Custo de Vida (ICV)/Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese).

Em quase dez anos, além do mais, verificou-se que as mensalidades dos planos de saúde subiram quase quatro vezes a mais do que a inflação geral e o reajuste das mensalidades foi quase o dobro da inflação do próprio setor saúde, sem expurgar o peso da inflação dos planos na taxa da inflação setorial (Tabela 4).

TABELA 4
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: TAXA DE INFLAÇÃO ACUMULADA, GERAL, SAÚDE E PLANOS DE SAÚDE — JULHO DE 1994 A DEZEMBRO DE 2003

Custo de vida	Taxa	Índice	Índice
Geral	171,71	1	-
Saúde	344,46	2,01	1
Planos de saúde	679,74	3,96	1,97

Fonte: Índice de Custo de Vida (ICV)/Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese).

d) sabemos que o mercado de planos é segmentado por nichos, isto é, pelo tipo de ocupação, pela posição funcional e pela renda das pessoas [Teixeira, Bahia e Vianna (2002, p. 30)]. Esse quadro prejudica a análise comparada da evolução dos preços dos planos individual e empresarial *vis-à-vis* a inflação setorial no longo prazo (Tabela 5).

TABELA 5
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: TAXA DE INFLAÇÃO ACUMULADA, SAÚDE, PLANOS DE SAÚDE EMPRESARIAL E INDIVIDUAL — JULHO DE 1994 A DEZEMBRO DE 2003

Custo de vida	Taxa
Saúde	344,46
Plano de saúde empresa	584,85
Plano de saúde individual	701,93

Fonte: Índice de Custo de Vida (ICV)/Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese).

Porém, os resultados no curto prazo são tão marcantes, que essa comparação ajudaria a avaliar a política de reajustes de preços da ANS: voltada aos planos

individuais, parece que tal política acabou sancionando um aumento médio dos prêmios dos planos individuais maior do que o crescimento dos preços dos planos empresariais (Tabela 6), apesar de o reajuste, recentemente, ter seguido a variação dos preços médios dos planos coletivos.

TABELA 6
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: TAXA DE INFLAÇÃO ACUMULADA, SAÚDE, PLANOS DE SAÚDE EMPRESARIAL E INDIVIDUAL — JANEIRO DE 2000 A DEZEMBRO DE 2003

Custo de vida	Taxa
Saúde	74,72
Plano de saúde empresa	72,83
Plano de saúde individual	134,81

Fonte: Índice de Custo de Vida (ICV)/Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese).

Nessa linha, em que pese o estatuto do terceiro pagador atribuído às operadoras, o qual permitiria a expansão da demanda dos serviços médicos por parte dos prestadores e, por sua vez, o aumento do volume do sinistro — em especial da carteira de planos individuais — parece plausível imaginar que uma das principais causas do crescimento acentuado dos prêmios tenha sido a configuração oligopolista do mercado. A própria formação sub-reptícia de cartéis, dado o poder econômico dos oligopólios, poderia também explicar o descolamento da evolução do preço dos prêmios em relação à inflação do setor saúde.

Tal concentração poderia explicar, portanto, esse aumento de preços, prejudicando consumidores e a concorrência regulada. Apesar disso, continua-se apostando — de forma velada — que as operadoras mais aptas conseguiriam sanear o mercado, diminuindo preços e melhorando a qualidade dos serviços privados, mediante a concorrência oligopolista: garantidas condições mais favoráveis para a rentabilidade desse subsistema, a concentração do mercado seria uma peça-chave para resolver a insolvência de parte das operadoras de pequeno e médio portes.

Criticamos essa proposta anônima e imobilista, na qual a sobrevivência dos oligopólios privados e de seus lucros extraordinários aparece como única solução possível para estabilizar o marco regulatório. Mesmo aqueles que não defendem essa proposta parecem acreditar que, inexoravelmente, "(...) a existência de uma regulação estatal com estabelecimento de regras mínimas para o jogo (...) vai determinar seguramente grandes modificações qualitativas e quantitativas, para o bem ou para o mal, dentre elas (...) a concentração das operadoras com eliminação crescente das ineficientes e das pequenas (...) e a atração de novos *players*, especialmente as operadoras estrangeiras" [Mendes (2001, p. 84-85)].

Nesse caldo de cultura, se quer também desobrigar o Estado de arcar com o ônus do financiamento da população assistida pelos planos, reduzindo seu escopo de atuação, como na versão apresentada pelo Fórum de Líderes Empresariais [*Gazeta Mercantil* (1997)], que defendia a expansão dos incentivos governamentais aos planos de saúde. Isso quando não se quer copiar a reforma autoritária promovida por

Pinochet em 1980,[3] onde se adotou um tipo de financiamento direto aos planos — por meio de desconto na folha de salários dos trabalhadores — que permitiu o crescimento do mercado de planos, se apropriando dos fundos do seguro social e "ressuscitando a velha idéia conservadora de que somente os pobres e indigentes deviam receber proteção social do Estado" [Labra (2002, p. 1.046, tradução livre)].

Em que pesem os desafios administrativos ante a dinâmica do mercado, a Agência deve procurar respondê-los combatendo a concentração, por meio de ações de fiscalização e saneamento, que pressuponham um programa de reforma institucional do mercado. Para integrar o mercado de planos ao SUS, à luz das diretrizes constitucionais e das Leis 8.080 e 8.142, discutimos as bases de uma reforma institucional, sem descuidar das atividades precípuas da ANS em defesa do consumidor e da concorrência regulada. Essa integração passaria pela construção de um contrato social regulatório, que garantisse a aplicação específica do direito de acesso à saúde no mercado, em consonância com as políticas de Estado.

3 AS BASES DA REFORMA INSTITUCIONAL

3.1 UM PROJETO SISTÊMICO E DEMOCRÁTICO

No ano de 2000, foi criada a ANS por intermédio da Lei 9.961. Superado o temor da "falta de estrutura", o desempenho da diretoria colegiada da ANS — baseado em uma espécie de *learning by doing* — garantiu, tecnicamente, o exercício do seu mandato. Em especial, quando defendeu a supremacia do papel de atuação do MS em relação ao Ministério da Fazenda, tentou regular os contratos anteriores à lei e generalizou o plano-referência no grupo assistencial [Montone (2003, p. 7-17)].

Não discutimos aqui a falta de coordenação entre suas diretorias, tampouco se havia "(...) necessidade ou não desta regulação acontecer via modelo de agência reguladora autônoma (...)" [Pereira (2003, p. 7)], dada a necessidade de contratação de novos recursos humanos. No entanto, reconhecemos que sem a montagem dessa estrutura organizacional não seria possível exigir nada da ANS, principalmente reivindicar mudanças que produzam transformações de natureza sistêmica no mercado, em busca da unicidade do SUS. Isso não quer dizer que inexistam problemas relacionados à gestão da agência reguladora. Dentre eles, gostaríamos de mencionar, por exemplo, a proposta de estender o raio regulatório por meio do programa de migração e adaptação — em termos administrativos, correta —, mas que, além de seus problemas de *timing*, concepção e articulação política, comete o mesmo equívoco da MP 2.177-43, de 27 de julho de 2001, que procurou enfrentar os conflitos da ação regulatória e a crise econômica das operadoras, sem reduzir o poder econômico dos oligopólios privados [Ocké-Reis (2002)].

O mercado de planos de saúde se reproduziu gozando de incentivos governamentais e das benesses oriundas da ausência de um quadro regulatório. A rigor, não houve um processo prévio de privatização, pois o sistema de saúde brasileiro nunca se constituiu em um *single payer*, nem o Estado foi o único

3. No Chile, o segurado foi obrigado a "escolher" entre o *Fondo Nacional de Salud* (Fonasa) e o seguro privado de saúde oferecido pelas *Instituciones de Salud Previsional* (Isapres). Resumidamente, ao pagar o Isapres, o segurado passaria a ser coberto pelo sistema privado de saúde.

proprietário da rede assistencial, tampouco o responsável pela concessão de serviços públicos na área de saúde. Pelo contrário, os planos atuaram sem nenhuma norma específica que fornecesse parâmetros econômicos e assistenciais para o seu funcionamento — exceto, pontualmente, as modalidades de autogestão e de seguro-saúde.

No final da década de 1990, legislar, fiscalizar e sanear esse setor se tornou inadiável. Contudo, se, por um lado, isso seguiu a linha do Código de Defesa do Consumidor (CDC), por outro, ocorreu em paralelo ao processo de reforma liberal do Estado, uma vez que a assistência à saúde era considerada livre à iniciativa privada (ver o artigo 199 da Constituição federal e o artigo 21 da Lei 8.080). Pode-se ainda inferir que — no âmbito da Lei 8.884, de 11 de junho de 1994 — a regulação dos planos ocorreu em oposição a essa reforma liberal (dentre as atribuições da ANS, estão previstos o controle de preços dos planos individuais e o monitoramento do reajuste dos planos coletivos). Desse modo, esse controle de preços vai de encontro à lógica do Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência (SBDC), pois segundo Considera (2002, p. 24) esse sistema abandonaria o controle de preços, trocando-o pela lei da oferta e demanda.

Cabe à ANS zelar pela defesa do consumidor e da concorrência regulada, buscando reestruturar o mercado com vistas à redução das práticas oligopolistas e à eliminação dos abusos econômicos. Em especial, como as ações e os serviços de saúde são definidos de relevância pública no artigo 197 da Constituição, a Agência foi desenhada, naturalmente, para ser orientada em defesa do interesse público, seguindo à sua maneira a tradição das legislações antitruste. De acordo com Araújo Jr. (2004), a principal função de leis antitruste é preservar o interesse público nas economias capitalistas, porque "se todos os interesses privados fossem convergentes, não haveria razão para existirem instituições antitruste, que no nosso caso constituem o SBDC, formado pelo Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade), pela Secretaria de Acompanhamento Econômico (Seae), do Ministério da Fazenda, e pela Secretaria de Direito Econômico (SDE), do Ministério da Justiça".

Trata-se de uma tarefa complexa: a regulamentação pode determinar o padrão de competição do mercado e influir na rentabilidade das operadoras. Desse modo, tomando como base a tipologia descrita por Costa *et alii* (2001, p. 195), no âmbito das políticas públicas regulatórias na saúde seria ingenuidade crer que "a agenda da eficiência (regulatória) aceite (...) soluções de soma positiva, quando todos os grupos afetados pela política têm a ganhar, permitindo soluções ótimas ou unânimes". Afinal, a relação com os agentes econômicos tende a ser pouco cooperativa, principalmente se o *regulatory state* [Majone (1997, p. 149)] se opuser a um processo de concentração que favoreça os oligopólios privados.

Se não bastasse o notório conflito de interesses entre a agência reguladora e os grandes *players*, cumpre ressaltar que "(...) a regulamentação de uma Lei não se confunde com a regulação de uma indústria ou de um mercado. É até possível que se faça uma boa regulação através da regulamentação de uma Lei, mas, para isso, é essencial que na Lei se estabeleçam de forma clara os princípios e o tipo de mercado que se quer promover. Essa discussão não existiu no Brasil em nível de governo ou do Congresso Nacional" [Assis (1997, p.13)].

Isso ocorreu com a regulação dos planos, pois, de um lado, os princípios normativos em defesa do consumidor, da concorrência regulada e do interesse púbico são sistematicamente afrontados, e, de outro, o mercado que se quer promover não está explicitamente delineado. Além do mais, marcado por um certo grau de despolitização, nota-se a presença de um estilo de gestão tecnocrático, cuja expressão mais inquietante é a defesa de uma concentração do mercado em favor dos grandes *players*.

Questionamos, portanto, a validade de uma administração pautada pelo pragmatismo, contingenciada pelos conflitos do cotidiano e cingida por um olhar microeconômico, obscurecendo o papel central do Estado como financiador e organizador do sistema de saúde.

Sem dúvida, uma gestão baseada em modelos de apreçamento e na supervisão econômico-financeira-assistencial das operadoras pode contribuir para iluminar os caminhos a serem adotados pela ANS. Afinal, a avaliação de desempenho do mercado exige uma boa fundamentação técnica e um sistema de informação e acompanhamento vigoroso, conferindo consistência às ações de fiscalização e saneamento. Tais ações visam monitorar, por um lado, as condições dos produtos (preço, cobertura, carências etc.) e, por outro, as regras de entrada, funcionamento e saída das operadoras, entre outros, o nível de reservas, a aplicação de garantias financeiras, a transferência de usuários das operadoras liquidadas etc. Logo, não há sentido desconsiderar essa atividade precípua, que enfatiza, em termos usuais, a gestão regulatória dos negócios praticados nesse mercado.

Contudo, parece-nos útil observar a advertência de Kahn (1998, p. ii, tradução livre), quando diz que se perguntarmos à microeconomia questões relacionadas a decisões institucionais, "(...) nós nos encontramos lançados no interior de uma confusa arena política e social assim como observamos um comportamento econômico em um mundo real da ignorância, erro e corrupção, onde todas as instituições são imperfeitas em diversos níveis". Desse modo, embora se saiba a importância de utilizar conhecimentos científicos, técnicos e informacionais como base para aplicação de políticas voltadas para a regulação, o viés pragmatista acabaria enfraquecendo a capacidade regulatória de a Agência exercer seus princípios normativos. Além do mais, se prestarmos atenção ao que ensina Bobbio, Matteucci e Pasquino (1998, p. 1.235), pode-se imaginar que a hegemonia de uma postura economicista configuraria "(...) a tecnocracia como um modelo de exercício do poder suscetível de substituir *in toto*, através de uma escala por etapas mais ou menos breves, a gestão política do poder".

Parece importante responder a esse pragmatismo, empregando um tipo de gestão que radicalize os princípios da ANS, na perspectiva de integrar o funcionamento dos sistemas público e privado de saúde — aliás, como já acontece com a experiência embrionária do ressarcimento ao SUS, dando um passo decisivo para dotá-lo da característica de único. Os conflitos da ação regulatória e a crise econômica dos planos não deveriam, portanto, restringir o campo de atuação da Agência à resolução da crise de sinistralidade dos planos individuais ou à migração dos contratos antigos. Ambos reproduzem, forçosamente, um través tecnocrático.

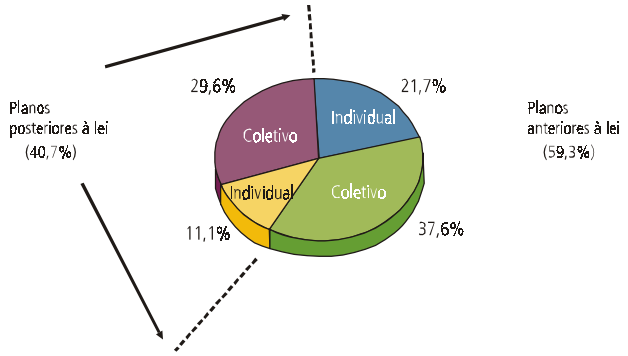
Sem querer reduzir a complexidade do problema, caso não seja possível reverter os atuais critérios do programa de migração e adaptação dos contratos antigos com vistas ao barateamento dos seus custos de transferência, os consumidores poderão ter prejuízos econômicos e assistenciais, em especial aqueles pertencentes à carteira de planos individuais, que somam mais de 20% dos usuários do mercado (Tabela 7 e Gráfico 2).

TABELA 7
BRASIL: NÚMERO DE USUÁRIOS, SEGUNDO TIPO DE PLANO DE SAÚDE — 2003

Planos \ usuários	Anteriores à lei	Posteriores à lei	Total
Planos de saúde	22.534.000	15.466.000	38.000.000
Plano coletivo	14.288.000	11.248.000	25.536.000
Plano individual	8.246.000	4.218.000	12.464.000

Fonte: ANS, outubro de 2003.

GRÁFICO 2
BRASIL: PERCENTUAL DE USUÁRIOS, SEGUNDO TIPO DE PLANO DE SAÚDE — 2003



Fonte: ANS, out. 2003.

À guisa de ilustração, consideremos a mensalidade do usuário como um depósito bancário em caderneta de poupança. O prêmio mensal cobriria o gasto das famílias em saúde, em um modelo semelhante aos *medical savings accounts* [Dixon (2002, p. 408)]. Ora, em que pese a legislação passada não admitir esse tipo de arranjo (obrigando a retenção de lucros ou criando fundos solidários de longo prazo), quando os usuários precisam mais usar a "poupança", isto é, quando alcançam uma idade avançada, as operadoras tentam expulsá-los da carteira pela via do aumento dos preços — sob o manto da decisão do STF — a pretexto de cumprir o ritual do processo migratório proposto pela Agência. É difícil prever qual será o desfecho dessa questão, pois o próprio Ministro da Saúde, Humberto Costa, já ameaçou intervir no setor: "estão ocorrendo grandes abusos e o governo não vai permitir que eles prevaleçam. Determinamos que a ANS seja dura e rigorosa, autuando as empresas. Caso haja persistência no descumprimento da Lei, há a possibilidade de intervenção" [Costa (2004)].

Por omissão ou impossibilidade prática, a idéia de discutir um projeto regulatório sistêmico e democrático, apontando para uma regulamentação harmônica às diretrizes constitucionais do SUS, nunca foi seriamente debatida entre a diretoria colegiada da ANS e o Conselho de Saúde Suplementar (Consu). Isso permitiria postular uma

regulação mais ampla — de natureza sistêmica —, forjando um contrato social regulatório que fosse audacioso para suplantar a já difícil tarefa de parametrizar contratos de direito privado em defesa do consumidor, da concorrência regulada e do interesse público.

A integração dos planos ao SUS e a resistência à captura dos oligopólios privados poderiam ser sustentadas, entre outros, formando e criando novas instituições, mediante uma reforma institucional e mudanças constitucionais com vistas à publicização do mercado. Essas instituições passariam a colaborar com as ações regulatórias da ANS em relação à regulação de preços, cobertura, qualidade da atenção médica, arranjos organizacionais solidários e cumprimento de metas clínicas e epidemiológicas definidas pelo MS.

Paralelamente, respaldada pelo seu regimento interno, a diretoria colegiada da ANS poderia tornar realidade a prerrogativa de tomar decisões políticas e técnicas em consonância com as deliberações do Consu. Ademais, as instâncias consultivas, que funcionam como mecanismos de participação social (a Câmara de Saúde Suplementar, as câmaras técnicas, as instâncias de consulta e audiência pública), poderiam ser alargadas — como, em alguma medida, propôs o relatório final da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde (2003, p. 7) — visando fortalecer o controle social sobre a Agência. Isso daria continuidade, aliás, ao que já faz a Diretoria de Fiscalização, por intermédio do seu projeto "Parceiros da Cidadania", que vem atuando em sinergia com os órgãos que compõem o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor (SNDC).

Nesse quadro, a Agência se organizaria não só segundo a racionalidade burocrática (teste de conformidade legal) e teleológica (teste de efetividade funcional) [Offe (1984, p. 231)], mas buscando construir um consenso democrático, em torno de um novo contrato social regulatório, que integrasse o sistema público e privado de saúde. Esse contrato se aproximaria do que Genro (1995, p. 120) chama de "nova esfera pública, que deverá ter como motivação de fundo as pressões setoriais, operando para submeter o Estado e trazê-lo, da sua posição de estrutura acima da sociedade, para uma inversão que não seja estatizadora da sociedade, mas civilizadora do Estado, submetendo o seu movimento ao crivo permanente da sociedade civil". O porta-voz desse projeto é a sociedade civil organizada — distinta da economia e do Estado, conforme Costa (1994, p. 40-41) —, pois se constitui em um espaço privilegiado para se fomentar propostas afastadas da posição liberal, onde a integração social se concentraria no mercado, e do estatismo, onde a sociedade civil aparece subsumida ao Estado. Desse modo, a legitimidade democrática da regulação precederia sua viabilidade técnica, acompanhando a premissa geral formulada por Rivera (1995) no campo do planejamento social. Ancorada em mudanças constitucionais, a reforma institucional do mercado poderia oferecer maior capacidade de *enforcement* às ações regulatórias, confrontando a um só tempo a vocação tecnocrática da ANS e os grandes *players* como organizadores desse mercado.

3.2 UMA CRÍTICA À TECNOCRACIA E AO MODELO REGULATÓRIO

Quando se propõe a adoção de um projeto sistêmico — que prevê a integração do mercado — não se abandona a idéia de melhorar as precondições administrativas da

ANS. Em particular, a reciprocidade entre as esferas da técnica e da política permitiria à Agência conduzir uma gestão especializada com participação social.

Cumpre sublinhar que, segundo Bobbio, o conceito de tecnocracia está entre as noções mais ambíguas de todo corpo conceitual das modernas ciências sociais. Em termos específicos, "(...) o tecnocrata parte da competência e tem em vista a eficiência (...), é um perito em idéias gerais, caracterizado por uma polivalência de funções, por um conhecimento global das variáveis da ação". [Bobbio, Matteucci e Pasquino (1998, p. 1.234)]. Pode-se, então, identificar os tecnocratas como peritos gerais competentes em busca da eficiência, cuja atividade e ascensão levaria à seguinte situação: "(...) o tecnocrata indica, na base da competência, tanto os meios como os fins da ação social" [Bobbio, Matteucci e Pasquino (1998, p. 1.236)].

À primeira vista, há um viés tecnocrático presidindo a cultura organizacional da ANS, expressa, *verbi gratia*, tanto em ações de fiscalização e saneamento pragmáticas, quanto em um projeto de migração e adaptação descolado da problemática do SUS. Não se trata, entretanto, de menosprezar a relevância da técnica especializada requerida para administrar a ANS. Contudo, sem valores, normas e práticas unificadoras em torno do reconhecimento da assistência à saúde enquanto um direito social, a regulação tende a se reificar em uma espécie de "polícia securitária", influenciada por um contexto histórico e ideológico, onde, conforme Touraine (1999, p. 161), há o predomínio da razão instrumental (os meios a serviço dos fins).

Dar lugar a medidas técnico-operacionais, competentes ou não, para regular um mercado condensado por interesses contraditórios, significaria apequenar o poder da ANS para radicalizar a defesa do consumidor, da concorrência regulada e do interesse público, como previsto em seus princípios normativos.

Investigando os critérios de racionalidade e os problemas funcionais da ação político-administrativa, Offe (1984, p. 230-231) percorre um caminho teórico que parece aplicável nesse episódio. Segundo o sociólogo alemão, "do ponto de vista da simplificação das situações decisórias, as crises apontam uma vantagem dupla: elas fornecem critérios claros para o que deve ser feito, e relegam para um segundo plano as reivindicações que não podem ser formuladas no quadro de referência da crise, ou que parecem adiáveis. Essa simplificação só é possível quando prevalece uma interpretação funcional da crise (isto é, 'a crise é uma situação em que *x* deve ser realizado') e não uma interpretação 'causal' ('a situação foi provocada por certos interesses, ações, omissões, relações de poder')".

Não investigamos a genealogia dos conflitos da ação regulatória e da crise econômica dos planos, traçando uma interpretação causal das suas determinações, como sugeriu Offe. No entanto, ao negar simplesmente uma interpretação funcional da crise (isto é, a crise provocada pela decisão do STF obrigou a ANS a adotar um programa de migração e adaptação pragmático), gostaríamos de proclamar algo supostamente adiável, isto é, a reforma institucional do mercado, integrando o mercado ao SUS e resistindo à captura dos oligopólios privados.

O esboço de um projeto sistêmico e democrático permitiria, em tese, à Agência romper o círculo vicioso entre tecnocracia e razão instrumental. Contudo, para ganhar densidade política e se materializar na prática, tal projeto prevê mudanças na

Constituição para alterar o modelo. Esse movimento facilitaria a formação e criação de novas instituições — os *benchmarks* — demiurgos de um mercado que pudesse coexistir com as diretrizes do SUS.

Mas por que alterar o modelo regulatório poderia ajudar a estruturar braços de apoio às atividades regulatórias dentro do mercado? Como isso ajudaria a publicizar o mercado, tornando-o mais suscetível ao monitoramento de preços, cobertura, qualidade, arranjos solidários e metas clínicas e epidemiológicas do MS?

Para além da discussão do Projeto de Lei 3.337/04, que trata das atribuições das agências reguladoras, é indispensável estabelecer regras claras, perenes e democráticas, visando estabilizar o marco regulatório dos planos de saúde. É desejável, por sua vez, a autonomia advinda do modelo de autarquia especial, desde que se observe a distinção feita por Salgado (2003, p. 45), onde a ANS agiria como uma agência que aplica políticas e diretrizes de governo, "(...) representando o que no programa de Reforma do Estado apresentado em 1995 denominou-se agências executivas".

Mas se estiver correta a interpretação de Aragão, que o fundamento da independência repousa no impedimento da Presidência da República exonerar *ad nutum* os membros da diretoria colegiada [Aragão (2002, p. 433)], isso implica reconhecer que a dependência da ANS em relação ao poder executivo é apenas relativa. De outra parte, a concepção que atribui às agências reguladoras uma independência de *pouvoir neutre et intermédiaire* — baseado na teoria dos poderes neutrais no campo do direito constitucional[4] — é bastante polêmica, em específico quando se trata de dirimir o papel das ouvidorias, ou a quem compete o poder autorizativo de concessão dos serviços públicos: os ministérios ou as agências. Dado seu "mandado de otimização", isso permitiria às agências decidir *per se*, gerando, quiçá, uma zona de atrito com os outros poderes de Estado e com a sociedade civil organizada. Tais atritos poderiam ser amenizados, de um lado, garantindo-se um maior espaço de discussão acerca das decisões da ANS e, de outro, adotando-se a noção de responsabilização [Carvalho (2002, p. 24)], visando garantir a transparência das ações da diretoria colegiada, levando, excepcionalmente, à exoneração dos dirigentes, no caso de descumprimento do contrato de gestão com o MS.

Considerando a independência relativa e a responsabilização da diretoria colegiada da ANS, a reformulação do modelo regulatório se consolidaria com uma mudança constitucional, onde a regulação dos planos de saúde — orientada pelo interesse público — fosse reforçada pelo regime de concessão dos serviços públicos, tendo como norte "(...) um fundamento conceitual e legal que instaure princípios para orientar a relação entre esses dois sistemas (público e privado) e para dar coerência na subordinação de ambos ao direito à saúde como preceito de cidadania" [Nogueira (2002, p.105)].

A intermediação do financiamento privado à assistência médica deveria ser uma atividade sob a responsabilidade exclusiva do Estado, por intermédio do regime de concessão, afiançando maior eficácia à política regulatória, no sentido de garantir o direito de acesso à saúde no âmbito do mercado. Para isso, seria necessário alterar o

4. Consultar Aragão (2002, caps. VIII ao XIII) acerca da problemática da regulação e das agências reguladoras sob o enfoque do direito administrativo econômico.

artigo 199 da Constituição federal e o artigo 21 da Lei 8.080 — onde se lê que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada —, já que "é destacado pela doutrina o maior âmbito do poder regulamentar incidente sobre os serviços públicos delegados, que permanecem sob a titularidade pública, se comparado com o existente nos setores da economia não publicizados" [Aragão (2002, p. 386)].

No novo contrato social regulatório, o interesse público deve ser revestido da garantia de aplicação específica do direito do acesso à saúde, mas, a rigor, a relevância pública dos serviços de saúde definida no artigo 197 da Constituição não nos parece um arcabouço jurídico suficiente para sustentar uma reforma institucional do mercado de planos de saúde.

Segundo Grotti (2002, p. 47), os serviços de saúde não são identificados enquanto serviços públicos privativos do Estado "(...) quando desempenhados pelos particulares, uma vez que a Constituição não limitou a prestação deles ao Estado ou a quem lhe faça as vezes, embora (...) os serviços são de todo modo qualificados como de relevância pública". A autora está se referindo às atividades da iniciativa privada no setor saúde, consideradas explicitamente de relevância pública no artigo 197 da Constituição federal de 1988. Nos parece, então, pouco convincente a posição de Pereira Filho (1999, p. 114), quando ele escreve que "(...) as ações e serviços públicos de saúde podem ser executados por pessoa física ou jurídica de direito privado, sem perder a natureza de serviço público (art. 197 da Constituição), que não se confunde com o exercício de atividade tipicamente privada na área da saúde (art.199)".

Não há dúvidas, portanto, que segundo a Constituição federal de 1988, todas as ações e serviços de saúde são de relevância pública, inclusive os tipicamente privados.

No entanto, vale lembrar o argumento de Grau (1992, p. 20), segundo o qual "(...) a única função cumprida pelo conceito de relevância pública no quadro constitucional parece ser ensejar que o Ministério Público atue, em relação a eles, nos termos que dispõe o artigo 129, II, da Constituição". Se é importante contar com o Ministério Público para zelar pelo funcionamento do mercado, dada a fonte inesgotável de contradições entre o interesse das operadoras e dos consumidores, "(...) qualquer aplicador do conceito jurídico de saúde está constitucionalmente obrigado a precisá-lo considerando a realização da função social da propriedade e a imediata exigência em todos os níveis do direito à saúde, definido como direito social" [Dallari (1995, p. 31)].

Nessa linha apontada por Dallari, Nogueira apresenta uma proposição original e persuasiva, que nos inspirou a refletir sobre as formas concretas que materializariam o direito de acesso à saúde para as pessoas que compram — ou são compelidas a comprar — serviços médicos no mercado, em que pese a sutileza dessa reflexão, posto que, embora regulado, ele reproduz-se dentro da lógica de valorização do capital e da radicalização da seleção de risco. Segundo o autor, "(...) as intervenções administrativas do Estado, no que se refere a preços e tarifas, ou cláusulas contratuais, ou ainda, a direitos do consumidor, devem ser encaminhadas para satisfazer objetivos da saúde como direito de todos. (...). Deve estar inscrito na missão institucional da ANS o propósito de fazer com que os serviços prestados e as condições dos contratos subordinem-se ao objetivo de acesso, como parte da garantia constitucional do direito à saúde. Segundo esse raciocínio, se os planos e os seguros de saúde, por uma razão

contratual ou de preços, dificultam o acesso à assistência, criando, dessa forma, condições injustas para os usuários, o direito à saúde está sendo contrariado. Vê-se que a lógica aqui é subordinar as questões de concorrência, de preço e, em geral, de defesa do consumidor, ao direito constitucional à saúde. Em resumo, a regulação das relações econômicas deveria ser subsidiária à regulação que tem em vista os fins da política social e dos direitos associados a esta" [Nogueira (2002, p. 102-104)].

Não pretendemos esgotar a controvérsia em torno dessa discussão, mas para mudar o pragmatismo das ações regulatórias da ANS — que sanciona um contraditório *laissez-faire* regulatório em favor dos grandes oligopólios privados — caberia propor um projeto sistêmico e democrático, que pressupõe mudanças na Constituição, visando impulsionar uma reforma institucional do mercado. Rumo à unicidade do SUS, restaria o desafio de apontar mecanismos institucionais concretos para a ANS induzir a refundação de relações mercantis, por meio da formação e criação de *benchmarks*, procurando fazer valer o direito específico ao acesso à saúde no mercado.

4 A CRIAÇÃO DE *BENCHMARKS*

Existe uma orientação básica na medicina homeopática, segundo a qual cada doença deve ser tratada de acordo com o seu semelhante, denominada *similia similibus curentur*.

Não foi, certamente, o veneno homeopático que nos motivou a pensar essa questão, mas a constatação da existência de um método onde "semelhante cura semelhante". Por analogia, esse método acabou se tornando uma fonte de inspiração acessória para formular uma proposta de reforma institucional, onde a ANS definiria critérios políticos e técnico-científicos para formar ou criar organizações que funcionassem de acordo com seus valores e normas, cujo modelo de gestão fosse espraiado para o conjunto do mercado.

Em nossos termos, a idéia básica consistiria em indicar um *benchmark* (um ponto de referência) que apresentasse um desempenho satisfatório ao longo do tempo, observando os diferentes padrões de competição. Considerado o regime de concessão, sua formação ou criação forjaria um ambiente propício para dinamizar a reforma institucional, garantindo a parametrização dos contratos de direito privado em defesa do consumidor, da concorrência regulada e do interesse público.

Em tese, uma regulação por desempenho (*yardstick competition*) promove um maior nível de eficiência quando diminui as assimetrias de informação [Possas, Ponde e Fagundes (1997, p. 89)]. Em particular, informada pela teoria da agência, Salgado (2003, p. 12) nos chama atenção para os limites do contrato enquanto peça certificadora do real esforço feito pelo agente regulado para atender à autoridade reguladora. Afinal de contas, "(...) os contratos não podem ser contingentes em relação ao esforço, apenas com relação ao desempenho (este, sim, pode ser observado)". Portanto, o desempenho do mercado seria aferido observando a referência escolhida, lembrando que a *yardstick competition* "(...) não operaria satisfatoriamente e seria menos efetiva quando os agentes fossem (...) heterogêneos" [Marinho e Façanha (2001, p. 12)].

Da perspectiva da ANS, ao definir que os resultados praticados pelo *benchmark* poderiam ser vistos como uma referência a ser seguida pelo mercado, seria inovador elevá-los à condição de parceiros na construção da política regulatória. Vale lembrar, isso não invalidaria aplicar penalidades de cunho antitruste, que evitassem a colusão entre os planos de saúde, na repressão de práticas fraudulentas, como a simulação de dados.

De qualquer maneira, a escolha de uma forma institucional superior à outra pode não ser politicamente crível e, por esse motivo, a teoria diz que a seleção deve levar em conta a sua viabilidade [Coase (1994) *apud* Salgado 2003]. Ora, compete à diretoria colegiada da ANS, por meio da instalação de uma câmara técnica e de uma consulta pública, convencer os agentes regulados e os consumidores da oportunidade de formar ou criar *benchmarks*, induzindo, por dentro, braços de apoio às atividades regulatórias, com vistas a relativizar o poder das grandes operadoras privadas.

Caberia mostrar, ainda, que tais iniciativas "(...) têm ilustrado a necessidade de definir políticas dentro dos sistemas de saúde que assegurem a coerência entre as avaliações e os processos regulatórios" [Wait (2004, tradução livre)]. Dadas as normas previstas na lei da regulamentação, parece que a introdução de *benchmarks* cumpriria um outro papel *suis generis*: além de apoiar a política regulatória, permitiria avaliar a eficiência[5] dos segmentos do mercado, isto é, a sua *performance*.

A discussão da implantação de um sistema de avaliação bem como de um esquema de incentivos não será aprofundada, mas supomos que sua adoção melhoraria a qualidade da gestão das operadoras de planos de saúde. Na verdade, ao atrelar o estatuto do *benchmark* à sanção permanente de um sistema de avaliação, isso acabaria definindo, continuamente, a seleção e a alocação de incentivos. Coordenadas pela ação da ANS, as próprias operadoras poderiam se sentir motivadas a alcançar alguns resultados, tais como: produzir informações fidedignas acerca do seu desempenho e dos prestadores; incrementar a eficiência da sua gestão e dos prestadores; e permitir a livre troca de operadora ou plano, sem custos de transação abusivos para o consumidor.

Nessa linha, a Agência estimularia a formação ou criação de *benchmarks* para orientar as ações regulatórias em relação a preços, cobertura, qualidade da atenção médica, arranjos organizacionais solidários e cumprimento de metas clínicas e epidemiológicas. O critério de escolha e o desempenho de suas atividades poderiam constar do contrato de gestão entre o MS e a ANS e, desde já, sugerimos três caminhos não excludentes para construir esse novo arranjo institucional:

■ Criação de um *ranking* para avaliar o desempenho e a responsabilidade social das operadoras

Identificar *clusters* no mercado de operadoras, segundo indicadores econômico-financeiros, a rede hospitalar credenciada, o desempenho médico-assistencial, o número de usuários e a localidade geográfica. No agrupamento selecionado, a ANS analisaria as operadoras por meio de um conjunto de variáveis e, em seguida,

5. Em uma dimensão simplificada, segundo Marinho e Façanha (2001, p. 2), o conceito de eficiência denotaria a "(...) competência para se produzir resultados com dispêndio mínimo de recursos e esforços".

estruturaria índices de risco econômico-financeiro, índices de risco assistencial e índices de eqüidade organizacional.[6] Ao avaliar a *performance*, a ANS indicaria aquelas que mais se aproximaram da *best practice* estipulada pela Agência, posicionando-as em um *ranking*, o qual representaria um suporte acessório das ações regulatórias.

■ Seleção de empresas ou de uma modalidade de pré-pagamento

Definir empresas-modelo ou determinadas modalidades de pré-pagamento, quer por suas características gerais, quer por seu comportamento no mercado. Em tese, parece razoável indicar organizações que apresentam uma *performance* satisfatória, combinando doses de eficiência e eqüidade, de modo que a Agência identifique no seu preço, cobertura, solidariedade organizacional e aderência às políticas de saúde, elementos que poderiam funcionar como um farol para a regulação do mercado.

Considerando a necessidade de se estimular um papel mais pró-ativo dos empregadores — públicos e privados — na gestão da saúde privada, destacam-se os planos de autogestão,[7] em particular os típicos sistemas mutualistas de financiamento e administração, devido ao caráter não-lucrativo, à presença de subsídios cruzados entre os diferentes grupos de risco e de renda, e aos baixos custos de comercialização e intermediação.

Esse arranjo, igualmente, estimularia a presença do terceiro setor na área da saúde, talvez mais suscetível a incorporar uma orientação pública no cotidiano da sua gestão. Afinal, trata-se de uma organização social que não é nem estatal nem mercantil, ou seja, são "(...) organizações sociais que, por um lado, sendo privadas, não visam ao lucro e, por outro lado, sendo animadas por objetivos sociais, públicos ou coletivos, não são estatais" [Santos (1998, p. 5)].

■ Instituição de novas estruturas organizacionais

a) Montar um Fundo de Solidariedade no âmbito de um programa de ajustamento de riscos dos contratos individuais das operadoras de planos de saúde.

Esse ajustamento de risco é uma metodologia de apreçamento dos contratos individuais, que combina o oferecimento de recursos destinados aos tratamentos cobertos pelos contratos com prêmios ajustados aos custos médico-assistenciais. O ajuste de tais prêmios se daria junto com a criação de um Fundo de Solidariedade, que, por sua vez, garante um subsídio aos usuários de alto risco oriundo daqueles de baixo risco [Van de Ven *et alii* (2000)].

O Fundo de Solidariedade definiria os critérios de alocação do subsídio cruzado, cuja principal função é arrecadar uma contribuição solidária dos usuários de baixo risco para utilizá-la no pagamento dos prêmios dos beneficiários de alto risco. Em um

6. A idéia de construir esse índice organizacional — que mereceria maiores investigações — nasceu após a leitura de Paolucci, Den Exter e Van de Ven (2004), onde se discute a necessidade de se garantir esquemas de solidariedade em mercados de planos de saúde.

7. Em geral, podemos encontrar as seguintes formas de administração dos planos de autogestão: *a*) própria: plano de autogestão tipicamente mutualista (gestão e rede credenciada própria); *b*) administradora: a firma empregadora contrata uma operadora de saúde, a partir da modalidade de pós-pagamento, para gerir seu plano de saúde; *c*) seguradora: a firma empregadora contrata uma seguradora especializada de plano de saúde; e *d*) própria/administradora: a rede credenciada é da própria firma, mas a gestão operacional do plano de saúde é terceirizada.

primeiro exame, a participação no sistema de solidariedade deveria ser compulsória a todos os usuários que tivessem contratos individuais.

O apreçamento dos contratos seria elaborado a partir de um contrato de referência, seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) no que se refere à taxa média de utilização dos serviços médico-assistenciais: consultas, exames, internações e medicamentos. O prêmio seria determinado em um ambiente de concorrência regulada, procurando torná-lo compatível com os custos de carregamento (administrativo, comercial, financeiro, provisões e margem de lucro), dado o padrão de qualidade da rede provedora.

Para minimizar o risco financeiro associado aos eventuais excessos dos custos médico-assistenciais em relação às dotações financeiras previstas nos contratos, todos os usuários e operadoras deveriam contribuir para o Fundo [ver Wanick (2004, p. 27-28)]. Seus recursos seriam utilizados no financiamento de tais excessos, como as situações de urgência, emergência, risco de vida ou na presença de doença crônica.

b) Criar *sponsors*, ativos agentes coletivos do lado da demanda, para intermediar a contratação das operadoras de planos de saúde, procurando, entre outros, aumentar o poder de barganha dos consumidores, evitar a seleção de risco e padronizar a cobertura. Por orientar a demanda — seguindo, em parte, a experiência do *managed competition* norte-americano [Hacker (1997, p. 51-52)] — tais entidades deteriam um poder de persuasão para incentivar as operadoras a orientar sua gestão, segundo o modelo do *benchmark* definido pela ANS.

No caso brasileiro, tais agentes poderiam estar representados por uma instância oriunda da própria Agência ou do MS. Se quisermos adotar uma via mais corporativa, essa representação poderia se dar mediante os sindicatos patronais — por exemplo, a Confederação Nacional da Indústria (CNI) — e pelas centrais sindicais — por exemplo, a Central Única dos Trabalhadores (CUT). Em relação às pequenas e médias operadoras — cuja clientela é composta, em boa parte, de trabalhadores informais ou oriundos de microempresas — poder-se-ia pensar na atuação no Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (Sebrae).

c) Constituir um plano de saúde *cogestionario* entre servidores públicos e governo federal, contando com a participação das instituições públicas.

O *benchmark* estaria, agora, encarnado no próprio Estado. Devido à larga escala do número de usuários e ao volume do gasto federal com a assistência médica dos servidores, cujo valor em 2002 — corrigido para 2004 — correspondeu a R$ 1,2 bilhão (Tabela 8), o plano estaria, a princípio, dotado de uma boa capacidade de gestão e sua centralização permitiria um corte nos gastos de custeio da máquina burocrática. Além disso, contaria com um poder razoável de negociação junto aos prestadores médico-hospitalares, usando seu poder de oligopsônio para calibrar preços, mas sem ajustes que prejudiquem a qualidade dos serviços privados prestados.

TABELA 8
GASTO SOCIAL FEDERAL POR ÁREA DE ATUAÇÃO: ASSISTÊNCIA MÉDICA AOS SERVIDORES FEDERAIS — 2001-2002
[em milhões de R$]

Anos	Valor corrente	Valor em junho de 2004[a]
2001	752	1.146
2002	914	1.227

Fonte: Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (Siafi)/Sistema Integrado de Dados Orçamentários (Sidor).
[a] Deflator: IGP-DI/FGV-Ibre.

Além da sua aderência às políticas de saúde, o êxito desse plano criaria precondições favoráveis para se conjeturar a possibilidade de se arquitetar um plano de saúde do Estado, de viés bismarkiano (seguro social público), voltado à cobertura dos servidores públicos federais, que teria uma dupla função: fortalecer o modelo da Seguridade Social e mediar o crescimento do modelo liberal. O próprio Alain Enthoven, comprometido com a introdução de mecanismos de mercado para incentivar os prestadores a alcançar melhores resultados no que se refere à satisfação dos pacientes e à redução dos custos, afirmou que "(...) o fato de que alguma coisa é feita no setor privado não significa que incentivos econômicos racionais sejam aplicados. O fato de que alguma é no setor público não significa necessariamente que não sejam. Nos Estados Unidos, são os empregadores do setor público quem tem feito o melhor trabalho na implementação de estruturas econômicas racionais para a atenção médica dos empregados" [Enthoven (2002, tradução livre)].

É verdade que, ao incentivar a afiliação de funcionários da administração direta a esquemas privados de intermediação financeira, destinando recursos para custear parte do valor dos prêmios, o governo federal poderia estar fragilizando o SUS nas três esferas de governo. Contudo, é preciso discutir alternativas organizacionais e assistenciais para os trabalhadores do setor público, tornando transparente a sua relação com os planos de saúde. Além do mais, considerando as restrições fiscais impostas ao SUS, não seria mais vantajoso ser coberto por um plano de autogestão do Estado, em uma gestão tripartite, do que um plano de saúde privado, que muitas vezes impõe de forma discricionária seu preço e cobertura?

Nessa linha, de um lado, devido à tendência à concentração do mercado, essa opção se sustentaria dado o poder oligopsônico do Estado. De outro, como os gastos tributários — que patrocinam o consumo privado de planos de saúde — são estimados em R$ 2,4 bilhões em 2004 (Tabela 9), poder-se-ia reivindicar que tal renúncia de arrecadação — a permanecer — fosse alocada de forma a estabelecer incentivos no contexto da reforma institucional. Afinal, a presença de um plano de saúde do Estado reforçaria a capacidade de a Agência regular a dinâmica econômica das operadoras, com vistas ao cumprimento dos preceitos normativos da ANS em defesa do consumidor, da concorrência regulada e do interesse público.

TABELA 9
PROJEÇÃO DO GASTO TRIBUTÁRIO POR FUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA E POR MODALIDADE DE BENEFÍCIO — 2004
[em milhões de R$]

Saúde	Valor corrente	(%)
Despesas médicas — IRPF	1.729	37,46
Assistência médica, odontológica e farmacêutica a empregados — IRPJ	689	14,93
Entidades sem fins lucrativos — assistência social	1.232	26,70
Medicamentos	965	20,91
Total	4.615	100,00

Fonte: Coordenação Geral de Política Tributária/SRF.

Não chegamos pelo mesmo caminho, mas o próprio *mainstream* econômico reconhece que seria necessário desenhar instituições sociais não-mercantis para superar as falhas do mercado de planos de saúde [Arrow (1963, p. 947)]. A rigor, a formação e criação de *benchmarks*, a um só tempo, favoreceria a mudança da gestão tecnocrática da ANS e sedimentaria um novo modelo regulatório baseado no regime de concessão. Tais *benchmarks* poderiam se constituir em uma instituição-chave para irradiar os princípios normativos da Agência, no contexto dos conflitos de interesse da ação regulatória e da crise econômica do mercado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em direção à unicidade do SUS, seria oportuno repactuar a lei da regulamentação no Congresso Nacional, mas antes parece fundamental responder qual é o papel e a abrangência de tais planos, visando integrar os sistemas público e privado de saúde no Brasil.

Do ponto de vista do enfrentamento da crise econômica das operadoras, as ações de fiscalização da ANS devem ser ampliadas e aperfeiçoadas. No entanto, se a aplicação dos mecanismos de direção fiscal e de liquidação extrajudicial funciona como um instrumento efetivo de saneamento, ela pode, paradoxalmente, patrocinar um contraditório *laissez-faire* regulatório, acelerando a concentração do mercado, indo de encontro aos princípios normativos da Agência em defesa dos consumidores, da concorrência regulada e do interesse público. Vale dizer, esse interesse público — consubstanciado no direito de acesso à saúde — visaria estabelecer um círculo virtuoso em relação ao SUS, desfazendo a ficção de que os oligopólios privados, uma vez fortalecidos, vão cooperar ao invés de contaminá-lo.

Não temos uma postura *per excellence* antimercado, mas nem tampouco a lei da regulamentação foi feita para expandir a rentabilidade das operadoras. Sublinhamos, entretanto, que descolada da problemática do SUS e desvinculada da reforma institucional, essa lei pode sancionar uma concentração em favor dos grandes *players*, originando uma grave contradição no interior da ANS. Ao não se levar em conta as diferenças econômicas e institucionais das operadoras, essa concentração tende a se consolidar, trazendo uma dificuldade adicional para reinventar o SUS, com um subsistema privado propenso a excluir, especialmente, os crônicos e os idosos. Garantida a integração do mercado ao SUS, por meio do regime de concessão de

serviços públicos, poder-se-ia até indagar se a permissão à internacionalização do setor acentuaria ou não tal exclusão.

Seria preciso, igualmente, rediscutir se é cabível a aplicação de sanções do Cade às cooperativas de trabalho, quando tais cooperativas impõem cláusulas de exclusividade, proibindo os médicos associados de prestar serviços a outras operadoras.[8] Contudo, devido às peculiaridades desse mercado, analisar as práticas anticompetitivas das instituições de saúde é bastante controverso. Por exemplo, da mesma forma com que se julga a fixação de preços efetuada pelos anestesistas como uma ação deletéria à concorrência, alega-se que a CBHPM configura formação de cartel e não — como acredita-se — uma resistência à baixa remuneração oferecida pelos planos de saúde.

Dada a tendência à concentração do mercado de planos de saúde, valeria a pena refletir sobre a possibilidade de o Estado criar braços de apoio às atividades regulatórias da ANS com vistas a relativizar o poder das grandes operadoras privadas. Nessa direção, poder-se-ia estimular a formação e a criação de *benchmarks* para atuar em parceria com a ANS na regulação de certos nichos de mercado. Sem prejuízo dos consumidores, deve-se avaliar, até mesmo, como tais *benchmarks* poderiam colaborar no processo de migração e adaptação dos planos antigos, na alienação da carteira dos usuários e na transferência do controle (acionário e securitário) das operadoras, de acordo com os critérios definidos pela diretoria colegiada, em consonância com a Câmara de Saúde Suplementar e o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Em contrapartida, eles poderiam funcionar enquanto um farol para redução de preços, ampliação da cobertura, melhoria da qualidade da atenção médica, adoção de arranjos organizacionais solidários e cumprimento de metas clínicas e epidemiológicas do MS.

Paralelamente, a começar pelo governo federal, dever-se-iam criar mecanismos junto à ANS para mudar a conduta pouco cuidadosa dos empregadores, em relação à administração dos serviços médicos prestados aos trabalhadores cobertos pelos planos. A rigor, os empregadores se adiantam à "preferência do consumidor", arbitrando uma cesta de consumo descolada das necessidades de saúde dos trabalhadores. Sabendo-se que no Brasil, em média, 58% dos empregadores gastam mais de 7% da folha de pagamento com planos de saúde [*Towers Perrin* (2002)], seria oportuno promover a acreditação dos provedores, ao invés de cortar benefícios ou transferir o risco do financiamento para o empregado: seja para melhorar o bem-estar dos funcionários, para reduzir os custos da firma, ou extrapolando, para promover uma melhoria da qualidade e da produtividade dos serviços médicos. Cumpre assinalar, ademais, isso significaria adotar as orientações do Instituto Ethos, organização não-governamental, que sensibiliza as empresas a gerir seus negócios de forma socialmente responsável, no bojo da implantação do programa *Global Compact*, da Organização das Nações Unidas. Sem dúvida, essa iniciativa seria bem-vinda na área da saúde, ao pretender que as corporações se comprometessem com os direitos humanos, a defesa do consumidor e a formação de bons relacionamentos na comunidade.

Não adianta, entretanto, publicizar o mercado sem expandir e alocar de forma mais eficiente os recursos financeiros destinados ao SUS — se possível, como uma

8. Na agenda legislativa, foi apresentado o Projeto de Lei 3.649/2004 pelo deputado federal Paulo Lima (PMDB-SP), que visa proibir a exigência dessa exclusividade.

caricatura de políticas neokeynesianas [Ocké-Reis (1999, p. 142)], produzindo uma política de saúde eficaz, geradora de empregos, renda e produto, no marco do novo contrato social regulatório. Em uma conjuntura pautada por restrições fiscais — a despeito da possível aprovação de projeto de lei que atualiza os percentuais mínimos de participação da União, estados e municípios no bojo da Emenda Constitucional 29 — é difícil prever o que acontecerá se o desfecho dos conflitos da ação regulatória e da crise econômica dos planos resultar em pesados danos aos consumidores.

Em particular, o Programa de migração e adaptação pode prejudicar os usuários em relação ao aumento abusivo de preços e à restrição de cobertura e, por isso, a ANS vem sofrendo uma dura crítica do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) e da Fundação Procon — que exigem a suspensão do Piac até a rediscussão das regras estabelecidas pela Resolução Normativa (RN) 64. Alega-se que tanto o CDC quanto o Superior Tribunal de Justiça (STJ) já consideram abusivas as exclusões das doenças crônico-degenerativas, os tetos de utilização e os limites de dias de internação e, desse modo, não caberia à Agência forçar a adoção de um programa de efeitos duvidosos para os consumidores.

Pode-se admitir ainda que — além desses prejuízos aos consumidores — o Estado acabe adotando uma atitude passiva em relação à ineficiência gerencial das operadoras, quando se observa, por exemplo, uma pressão para repassar, automaticamente, o aumento de sinistralidade para os prêmios; ou quando a ANS alivia as seguradoras de pesadas multas mediante os termos de ajuste de conduta. Esse cenário se agrava de forma indireta, caso um novo contingente de pessoas precise de atendimento por intermédio do SUS, sem nenhum planejamento prévio, nas grandes metrópoles.

Em suma, contando com o apoio de recursos financeiros e organizacionais do Estado, a ANS poderia se constituir em uma instituição capaz de dirigir uma reforma em bases favoráveis aos seus preceitos normativos. Reformar as instituições do mercado significaria empurrar o mercado de planos ao pólo da cidadania, considerando que os bens e serviços privados produzidos na área da saúde são, à sua maneira, demarcados pela lógica do direito social. Como nos chama a atenção o Prêmio Nobel de Economia de 1998, Amartya Sen, as atividades empreendidas na saúde são portadoras de motivações e externalidades que extrapolam a *racionale* mercantil [Sen (1999, p. 31-38)].

Esse caráter meritório da assistência à saúde deveria ser introjetado conscientemente nas ações da Agência. Além disso, dadas as incertezas relativas ao adoecer e à eficácia da intervenção médica e a presença de custos catastróficos em determinados casos, seria importante refletir sobre a possibilidade de atribuir tão-somente um caráter suplementar ao mercado de planos de saúde, no sistema de saúde brasileiro. Afinal de contas, esse é um mercado que prima pelo lucro e pela radicalização da seleção de riscos, em um país muito desigual socialmente. Restaria saber, por um lado, em que medida o Estado detém precondições para subordinar os oligopólios às diretrizes das políticas de saúde e, por outro, quais seriam os segmentos do mercado que aceitariam mais facilmente internalizar esse tipo de função social, sem trocadilhos, vital.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, A. Indefinições na área da saúde no novo governo. *Revista de Medicina Social* (ABRAMGE), ano XVI, n. 181, abr./maio/jun. 2003 (Editorial).

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

ANS. *Lei 9.656,* de 3 de junho de 1998. Acessível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id_original=455&id=455>.

————. *Lei 9.961*, de 28 de janeiro de 2000. Acessível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id_original=8>.

————. *Resolução da Diretoria Colegiada 77,* de 17 de julho de 2001. Acessível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_regulamentacoes.asp>.

————. *Medida Provisória 2.177-43*, de 27 de julho de 2001. Acessível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id_original=455&id=412>.

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

ARAÚJO Jr., J. *A decisão do Cade e o seu contexto histórico.* July 2004. Acessível em: <http://www.fazenda.gov.br/seae>.

ARROW, K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, v. LIII, n. 5, p. 941-973, 1963.

ASSIS, J. *A nêmesis da privatização*. Rio de Janeiro: Mecs, 1997.

BOBBIO, N., MATTEUCCI, N., PASQUINO, G. *Dicionário de política*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, v. 2, 1998.

BRASIL. *Constituição Federal*. Senado Federal. Acessível em: <http://www.senado.gov.br/bdtextual/const88/const88.htm>.

————. *Lei 8.078*, de 11 de setembro de 1990. Acessível em: <http://www.mj.gov.br/DPDC/servicos/legislacao/cdc.htm>.

————. *Lei 8.080*, de 19 de setembro de 1990. Acessível em: <http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>.

————. *Lei 8.142*, de 28 de dezembro de 1990. Acessível em: <http://www.unb.br/ceam/nesp/polrhs/Normas/Lei_8142_90.htm>.

————. *Lei 8.884*, de 11 de junho de 1994. Acessível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8884.htm>.

————. *Medida Provisória 2.177-44,* de 24 de agosto de 2001. Acessível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/2177-44.htm>.

————. *Projetos de Lei da Câmara dos Deputados*. Acessível em: <http://www.camara.gov.br>.

CARVALHO, V. Regulação de serviços públicos e intervenção estatal na economia. In: FARIA, J. (org.). *Regulação, direito e democracia*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, p. 13-26, 2002.

CASTIGLIONE, L. *Mercado segurador brasileiro: seguro-saúde — rumo a UTI*. Ago. 2004. Acessível em: <http://www.segs.com.br/Artigos/segurosauderumoauti.htm>.

CATA PRETA, H. *Gerenciamento de operadoras de planos privados de assistência à saúde: atendimento aos usuários, controle de custos operacionais e efetividade e qualidade dos serviços*. Rio de Janeiro: Fundación Mapfre Estudios/Funenseg, 2004.

CHOLLET, D. J., KIRK, A. M., SIMON, K. I. *The impact of access regulation on health insurance market structure*. Washington: document submitted to the US Department of Health and Human Services, May 2000. Acessível em: <http://www.aspe.hhs.gov/health/reports/impact>.

COASE, R. Economic and contiguous discipline. Essays in Economics and Economists. Chicago: University of Chicago Press, 1994. *Apud* SALGADO, L. *Agências regulatórias na experiência brasileira: um panorama do atual desenho institucional*. Rio de Janeiro: IPEA, 2003 (Texto para Discussão, 941).

COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO. CPI dos Planos de Saúde da Câmara dos Deputados. *Síntese do Relatório Final*, produzido pelo Deputado Federal Henrique Fontana (PT-RS), presidente da CPI, dez. 2003, mimeo.

CONSIDERA, C. A defesa da concorrência no Brasil. A história da concorrência brasileira é marcada pela intervenção estatal. *Revista FAE Business*, n. 4, p. 22-26, 2002.

COSTA, H. *Ministro ameaça intervir em planos de saúde*. Acessível em: <http://oglobo.globo.com/jornal/Economia/143566299.asp>.

COSTA, N. *et alii*. O desenho institucional da reforma regulatória e as falhas de mercado no setor saúde. *Revista de Administração Pública*, v. 35, n. 2, p. 193-233, 2001.

COSTA, S. Esfera pública, redescoberta da sociedade civil e movimentos sociais no Brasil. Uma abordagem tentativa. *Novos Estudos CEBRAP*, n. 38, p. 38-52, mar. 1994.

DALLARI, S. *Os estados brasileiros e o direito à saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995.

DIXON, A. Are medical savings accounts a viable option for funding health care? *Croatian Medical Journal*, v. 43, n. 4, p. 408-416, 2002.

ENTHOVEN, A. Introducing market forces into health care: a tale of two countries. *Paper presented at the Fourth European Conference on Health Economics*, Paris, July 2002.

GAZETA MERCANTIL. Fórum de Líderes Empresariais. Grupo Temático: Saúde. Reunião Plenária de 3 de novembro de 1997.

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

————. *Utopia possível*. Porto Alegre: Artes e Ofícios Editora, 1995.

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

GRAU, E. O conceito de "relevância pública" na Constituição de 1988. In: DALLARI, S. (org.). *O conceito constitucional de relevância pública*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 13-20, 1992 (Série Direito e Saúde, 1).

GREß, S., OKMA, K. G. H., WASEM, J. *Private health insurance in social health insurance countries. Market outcomes and policy implications*. Greifswald: Ernst Moritz Arndt Universität, 2002 (Diskussionspapier, 01). Acessível em: <http://www.rsf.uni-greifswald.de/bwl/pdf/2002/01_2002.pdf>.

GROTTI, D. Teoria dos serviços públicos e sua transformação. In: SUNDFELD, C. (org.). *Direito administrativo econômico*. São Paulo: Malheiros Editores, p. 39-71, 2002.

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

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

HOLANDA FILHO, S. *Estrutura industrial no Brasil: concentração e diversificação*. Rio de Janeiro: IPEA/INPES, 1983.

INSTITUTO ETHOS DE EMPRESAS E RESPONSABILIDADE SOCIAL. *Global Compact*. Acessível em: <http://www.ethos.org.br/DesktopDefault.aspx?TabID= 3368&Alias=ethos&Lang=pt-BR>.

KAHN, A. *The economics of regulation*. United States of America: Massachusetts Institute of Technology Press, v. II, 1998.

LABRA, M. E. La reinvención neoliberal de la inequidad en Chile. El caso de la salud. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1041-1052, 2002.

MAJONE, G. From the positive to the regulatory state: causes and consequences of changes in the mode of governance. *Journal of Public Policy*, v. 17, n. 2, p. 139-167, 1997.

MARINHO, A., FAÇANHA, L. *Programas sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação*. Rio de Janeiro: IPEA, 2001 (Texto para Discussão, 787).

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

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

MONTONE, J. *Evolução e desafios da regulação do setor saúde*. Rio de Janeiro: ANS, 2003 (Série ANS, 4).

NAÇÕES UNIDAS DO BRASIL. As empresas e a responsabilidade social. *Global Compact.* Acessível em: <http://www.onu-brasil.org.br/global_compact.php>.

NOGUEIRA, R. *As agências reguladoras da saúde e os direitos sociais*. Brasília: IPEA, p. 101-105, 2002 (Boletim de Políticas Sociais, 5).

OCKÉ-REIS, C. Co-pagamento nos hospitais universitários. In: ANDREAZZI, F. e TURA, L. (orgs). *Financiamento e gestão do setor saúde: novos modelos*. Rio de Janeiro: Editora Escola Anna Nery, p. 133-144, 1999.

————————. *A regulamentação dos planos de saúde: uma questão de Estado*. Brasília: IPEA, p. 103-108, 2002 (Boletim de Políticas Sociais, 4).

————————. *Challenges in the regulation of Brazilian private health insurance*. Rio de Janeiro: IPEA, 2004 (Texto para Discussão, 1.013).

OECD. *Proposal for taxonomy of Health Insurance*. Paris: Study on Private Health Insurance, 2004.

OFFE, C. Critérios de racionalidade e problemas funcionais da ação político-administrativa. In: OFFE, C. (org.). *Problemas estruturais do estado capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, p. 216-235, 1984.

PAOLUCCI, F., DEN EXTER, A., VAN DE VEN, W. Solidarity in competitive health insurance markets: analyzing the relevant "EC legal framework". *Paper to be presented at the 5th European Conference on Health Economics* (ECHE), London School of Economics, England, Sep. 2004 (Draft).

PEREIRA, C. *O marco regulatório no setor de saúde suplementar: contextualização e perspectivas*. Rio de Janeiro: Fórum de Saúde Suplementar/ANS, 2003. Acessível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/forum_saude/EAabrangenciadaregulacao.asp>.

PEREIRA FILHO, L. Iniciativa privada e saúde. *Revista Estudos Avançados USP — Dossiê Saúde Pública*, v. 13, n. 35, p. 109-116, 1999.

PHELPS, C. *Health economics*. United States of America: Addison-Wesley Educational Publishers, 1997.

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

POSSAS, M., PONDE, J., FAGUNDES, J. Regulação da concorrência nos setores de infra-estrutura no Brasil: elementos para um quadro conceitual. In: REZENDE, F., DE PAULA, T. (orgs.). *Infra-estrutura: perspectivas de reorganização; regulação*. Brasília: IPEA, p. 85-113, 1997.

RIVERA, F. *Agir comunicativo e planejamento social (uma crítica ao enfoque estratégico)*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

SALGADO, L. *Agências regulatórias na experiência brasileira: um panorama do atual desenho institucional*. Rio de Janeiro: IPEA, 2003 (Texto para Discussão, 941).

SANTOS, B. A reinvenção solidária e participativa do estado. *Texto apresentado no seminário internacional Sociedade e Reforma do Estado,* São Paulo, mar. 1998.

SEN, A. *Sobre ética e economia*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

SYLOS-LABINI, P. Oligopolio y progreso técnico. Barcelona: Einaudi, 1966.

TEIXEIRA, A., BAHIA, L., VIANNA, M. L. T. Notas sobre a regulação dos planos de saúde de empresas no Brasil. *Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. Rio de Janeiro, v. 1, p. 19-34, 2002.

TOURAINE, A. *Crítica da modernidade*. Petrópolis: Vozes, 1999.

TOWERS PERRIN. Benefício saúde. Como gerenciar custos. *Update*, ano V, n. 27, mar. 2002.

VAN de VEN, W., ELLIS, R. Risk adjustement in competitive health plan markets. In: CULYER, A., NEWHOUSE, J. (orgs.). *Handbook of health economics*. Amsterdam: North-Holland Press, p. 755-845, 2000.

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

WANICK, A. *Seleção adversa, ajustamento ótimo de risco e regulação dos contratos individuais de planos de saúde*. Rio de Janeiro, 2004, mimeo.

WEBER, M. *Economía y sociedad: esbozo de sociología comprensiva*. México: Fondo de Cultura Económica, 1997.

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **Ipea** 2005

EDITORIAL

Coordenação
Silvania de Araujo Carvalho

Supervisão
Helena Rodarte Costa Valente

Revisão
André Pinheiro
Elisabete de Carvalho Soares
Lucia Duarte Moreira
Marcio Alves de Albuquerque
Míriam Nunes da Fonseca
Alejandro Augusto S. V. A. Poinho (estagiário)

Editoração
Carlos Henrique Santos Vianna
Joanna Silvestre Friques de Sousa
Roberto das Chagas Campos

Brasília
SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES,
9º andar – 70076-900 – Brasília – DF
Fone: (61) 315-5336
Fax: (61) 315-5314
Correio eletrônico: editbsb@ipea.gov.br

Rio de Janeiro
Av. Presidente Antônio Carlos, 51, 14º andar
20020-010 – Rio de Janeiro – RJ
Fone: (21) 3804-8118
Fax: (21) 2220-5533
Correio eletrônico: editrj@ipea.gov.br

Tiragem: 142 exemplares

COMITÊ EDITORIAL

Secretário-Executivo
Marco Aurélio Dias Pires

SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES,
9º andar – 70076-900 – Brasília – DF
Fone: (61) 315-5336
Fax: (61) 315-5314
Correio eletrônico: madp@ipea.gov.br