



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



Dissertação de Mestrado

PORTABILIDADE EM PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL

ARTUR LOURENÇO DA FONSECA

**Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre,
Programa de Mestrado Profissionalizante em regulação de
Saúde Suplementar.**

Orientador: Prof. Dr. JOSÉ MENDES RIBEIRO
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA ENSP

Rio de Janeiro, 2 abril de 2004

FICHA CATALOGRÁFICA

Dedicatória

Vânia Lúcia Arieira Fernandes
Pela ajuda e compreensão

Aos colegas da GGTAP
Pela colaboração

RESUMO

Este estudo pretende revisar alguns fundamentos da composição do sistema de atenção à saúde no Brasil. Os benefícios advindos da regulação padronizaram e garantiram a prestação de serviços, porém levaram a aumento dos custos e diminuição da capacidade competitiva do mercado. O ônus decorrente da troca de plano de saúde expressa por perda de direitos adquiridos de cumprimento de prazos de carência e direito a atendimento de doenças preexistentes limita o poder de mercado do consumidor por tender a mantê-lo no mesmo plano de saúde mesmo quando não satisfeito com os serviços recebidos. O direito a troca de plano de saúde sem perda de direitos a portabilidade, restabeleceria o poder do consumidor e a competição do mercado ao permitir a troca de plano de saúde quando concorrentes oferecessem melhores condições de preço ou qualidade de serviços. A regulamentação da portabilidade é considerada, neste estudo, como a obrigatoriedade de cobertura de mais um procedimento, sendo, portanto geradora de custos para operadoras de planos de saúde. Estes custos estão relacionados a fatores atuariais e a fatores de difícil quantificação decorrentes de conduta não ética de beneficiários e operadoras. Algumas estratégias de contornar estas dificuldades são discutidas. A legislação em vigor também é revista procurando determinar situações onde a legislação pode ser aperfeiçoada para evitar a perda de direito de atendimento em planos de saúde após a perda de vínculo empregatício. O estudo conclui com a proposta de criação de uma taxa de portabilidade capaz de favorecer a mobilidade dos beneficiários e a competitividade do mercado sem concentrar todos os riscos sobre as operadoras.

PALAVRAS CHAVE

Saúde suplementar – portabilidade - risco financeiro

ABSTRACT

This study intends to review some basis of the Brazilian Health System. On one hand, the regulation rules assured and set high standards for the services provided, on the other hand they increased the general expenses costs and diminished the competition ability of the market. The burden due to moving to another health plan, expressed by the loss of acquired rights after completing the lack periods and right of assistance for preexistent diseases, limits the power of the consumer's market by locking them at the same health plan even if they are not satisfied with the services received. The right to move to another health plan without losing benefits, known as portability, would reestablish the consumer's power and the competition of the market by allowing mobility when different companies offered better price conditions or quality of services. In this study the regulation of the portability is considered as the obligation of the Health Insurance Organizations to cover for an extra procedure, which increases their costs. These costs are related to actuarial factors, among others, which are difficult to measure and caused by the absence of ethics on the conduct of customers and Health Plans Organizations. Some strategies to overcome such difficulties are discussed in this study. The current legislation is also reviewed trying to determine situations where the legislation can be improved avoiding the loss of the right to be assisted by the health plans after losing the contract of employment. This study proposes the creation of a portability fee which favors the beneficiaries' mobility and market competition, without leaving all the risks with the health insurance organizations.

KEYWORDS

Private health – portability - financial risk

1 -- INTRODUÇÃO	1
1.1 -- CONSIDERAÇÕES GERAIS	1
1.2 -- CONCEITO DE PORTABILIDADE.....	3
1.3 -- A PORTABILIDADE E A REGULAÇÃO DO MERCADO DE SAÚDE.....	4
1.4 -- ESTRUTURA DO ENSAIO	7
CAPÍTULO 1 – MÉTODO DE ESTUDO.....	10
1.1 – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	10
1.2 -- COLETA DE DADOS ESTATÍSTICOS SUBSIDIÁRIOS.....	11
1.3 -- REVISÃO DA LEGISLAÇÃO SOBRE O ASSUNTO.	11
1.4 -- BASES DO MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE.....	11
1.5 -- DESENVOLVER MODELOS DE IMPLANTAÇÃO DA PORTABILIDADE.....	12
CAPÍTULO 2 --OS PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL.....	13
2.1 – HISTÓRIA DOS PLANOS DE SAÚDE.....	13
2.2 – FINANCIAMENTO DA SAÚDE PRIVADA.....	30
CAPÍTULOS 3 -- MARCOS CONCEITUAIS	33
3.1 -- O MERCADO PRIVADO DE SERVIÇOS À SAÚDE.....	33
3.2 – O INTER-RELACIONAMENTO ENTRE OS SISTEMAS DE SAÚDE	34
3.3 – O MERCADO DO PONTO DE VISTA ECONÔMICO	38
3.4 -- ESPECIFICIDADES DO MERCADO DA SAÚDE	45
3.5 -- FORMAS DE COMPETIÇÃO ENTRE OPERADORAS.....	47
3.6 -- POR QUE O CONSUMIDOR MUDA DE PLANO DE SAÚDE	48
3.7 -- TEXTOS E DEPOIMENTOS SOBRE PORTABILIDADE	50
CAPÍTULO 4 - EXPERIÊNCIAS RELACIONADAS À PORTABILIDADE.....	58
4.1 -- CASO AMERICANO	58
4.2 -- CASO ALEMÃO	62
4.3 -- PREVIDÊNCIA PRIVADA	64
4.4 -- CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	66
CAPÍTULO 5 - FORMAS DE IMPLANTAÇÃO DA PORTABILIDADE.....	67
5.1 -- NÃO ENVOLVENDO PAGAMENTO	67
5.2 -- ENVOLVENDO PAGAMENTO.....	69
5.2.1 -- <i>Considerações Sobre Cálculo De Risco.....</i>	<i>70</i>
5.2.4 -- <i>Financiamento Da Portabilidade</i>	<i>76</i>
5.3 -- QUANTO DEVE SER PAGO PARA ACESSO A PORTABILIDADE.....	80
5.4 – LEGISLAÇÃO PERTINENTE A PORTABILIDADE	81
CAPÍTULO 6 - CÁLCULO DA TAXA DE PORTABILIDADE.....	92
6.1 -- FATORES DE CÁLCULO DA TAXA DE PORTABILIDADE.	92
6.1.1 -- <i>Planos Coletivos.....</i>	<i>92</i>
6.1.2 -- <i>Planos Individuais Ou Familiares.....</i>	<i>92</i>
7 -- CONCLUSÕES	99
8 -- GLOSSÁRIO	103
11 -- BIBLIOGRAFIA	113

Índice de tabelas

Tabela 1 ----- pg. 42

Tabela 2 ----- pg. 42

Tabela 3 ----- pg. 43

Tabela 4 ----- pg. 57

Índice de quadros

Tabela 1 ----- pg. 34

Tabela 1 ----- pg.44

1 -- INTRODUÇÃO

1.1 -- Considerações gerais

A saúde de uma população resulta das condições de vida biológica, social, cultural e, particularmente, das relações que os homens estabelecem entre si com a natureza e com o trabalho. A saúde deve ser mantida através do incremento da qualidade da vida, e não somente pela assistência médica ou à saúde. Este conceito amplo depende da articulação de todos os setores sociais e econômicos sendo o direito à saúde o pressuposto que deveria nortear não somente as políticas setoriais, mas ser um objetivo maior integrador de todas as políticas sociais e econômicas do Estado, significando uma ação articulada de todo o conjunto de políticas públicas como as relativas ao emprego, moradia, saneamento, alimentação, educação, lazer, entre outras.

Assim, assistência à saúde não se restringe ao atendimento médico. Este fato, não diminui, porém, a importância das políticas que visam garantir o acesso e a qualidade da assistência médica, que são condições fundamentais para que se alcance o estado de saúde definido na Constituição do Brasil de 1988. Em 2000, a OMS (Organização Mundial de Saúde) afirmou que a saúde e o estado de bem estar dependem do bom funcionamento dos sistemas de saúde e que quase todos os sistemas de saúde poderiam aproveitar melhor seus recursos evitando desperdícios e implementando medidas que favoreçam a prevenção e equidade na alocação dos recursos sociais (WHO, 2000).

Trataremos, neste ensaio, do “mercado da saúde” somente no que diz respeito à assistência médica, isto é da assistência médica à doença. A prestação destes serviços envolve basicamente três participantes. O operador de um plano de saúde, que pode ser o governo ou seguradoras privadas e os provedores de cuidados médicos, que uma vez mais, podem ser públicos ou privados e os segurados.

O mercado de serviços de saúde é singular apresentando seu financiamento e provimento um aspecto moral e de grande apelo emocional. O ambiente de mercado no qual os bens e serviços de saúde são consumidos é diretamente associado à vida, tanto em relação a sua duração quanto a sua qualidade. Valores, que do ponto de vista individual e social, não podem ser consumidos em nível mínimo, não sendo possível a determinação de limites para seu consumo ou obrigatoriedade de financiamento próprio para sua compra.

Por sua importância e peculiaridade a assistência à saúde é assumida como objetivo e obrigação da grande maioria dos Estados modernos, visando garantir que toda a população possa usufruir desses bens e serviços. A existência de um sistema de assistência à saúde, privado ou público, resulta em ganhos de bem estar para os indivíduos e para o Estado, o que não implica, porém que seu financiamento e provimento, seja exclusivamente público. O acesso a esses bens e serviços pode ser garantido através de diversos mecanismos como: implementação de um sistema de saúde compulsório com provimento público dos bens e serviços considerados meritórios, políticas de subsídio que permitam aos grupos com menor renda o acesso ao seguro-saúde privado, financiamento público dos gastos com saúde para grupos específicos; entre outros. A escolha dos mecanismos de provimento e financiamento desses bens e serviços está relacionada à discussão de quais mecanismos são mais eficientes em garantir qualidade e universalidade de acesso aos bens de saúde.

No Brasil, a opção por um sistema de saúde misto (público e privado) foi assumida em parte pela incapacidade de prover serviços públicos de saúde para todos, parte por tradição devido a tardança da implantação de um estado de “bem estar”. Este sistema misto de saúde resultou na situação atual em que cerca de 20% da população brasileira tem, além do direito de acesso ao serviço público, acesso a serviços de saúde providos por planos e seguros de saúde privados, e a rede pública tem dificuldades em atender, confortavelmente, os 80% da população que dependem exclusivamente do sistema público de saúde.

O que se verifica na prática é uma reinterpretação do princípio universalista aprovado na última Constituição que na realidade ao invés de funcionar como um mecanismo de inclusão social se mostrou focada aos grupos de menor renda da população, já que os segmentos que têm condições de optar por serviço de acesso mais fácil são absorvidos pela medicina suplementar.

O setor público, ao invés de competir com o setor privado, procura demarcar um campo de complementaridade. Assim, o setor privado de saúde suplementar aposta no insucesso do SUS como estratégia de viabilizar-se ainda mais, beneficiando-se do processo de universalismo excludente (Faveret e Oliveira 1990).

Nestas duas últimas décadas, sedimentou-se um perfil híbrido, ou no mínimo paradoxal, das políticas de saúde. Ao mesmo tempo em que se conseguiu inscrever nos textos constitucionais alterações vinculadas a um modelo de “*bem estar*” institucional-redistributivo concernente aos princípios da reforma sanitária, se consolidava na prática

uma tendência de política social de características residuais e segmentárias com a consolidação de um setor privado de saúde suplementar.

A Constituição brasileira de 1988 define o Sistema Único de Saúde (SUS) e em seu artigo 198 parágrafo 1º assegura a participação complementar do setor privado, sem discutir a integração entre estes dois setores, não sendo tocada a legislação referente à saúde suplementar até 1998 com a Lei 9656.

A grande dificuldade no estudo da atenção à saúde no Brasil decorre do fato de ser um sistema pouco consolidado visto que sua regulamentação data de 1988, com a criação do SUS, em relação ao sistema público, e de 1998 com a promulgação da Lei 9656 que reorganiza os planos de saúde privados.

Está assim, o sistema de saúde no Brasil, ainda em fase de constante experimentação e regulamentação o que vem obrigando seus dirigentes, grupos de beneficiários e associações politicamente atuantes, a constante adaptação e experimentação com o uso de mecanismos de gestão ainda pouco disseminados e consolidados.

Este mercado pouco consolidado e influenciado por aspectos morais, políticos e sociais ainda deve levar em consideração o comportamento dos agentes envolvidos, pelos problemas de assimetria de informação (risco moral, seleção adversa e custos transacionais), externalidades e aqueles relacionados ao ambiente político e social ainda instável. Tudo isso torna este mercado ainda mais complexo e distante dos mercados competitivos ou ideais. O embasamento para a formulação de políticas regulatórias para este setor exige um grande investimento em pesquisa para que as ações realizadas direcionem esta atividade para seu objetivo que é o de aumentar a saúde e o bem estar da população além de reduzir os gastos individuais e do Estado, com a assistência à saúde.

1.2 -- Conceito de portabilidade

A portabilidade será tratada neste ensaio como a possibilidade, quando demandada por um beneficiário, de trocar de produtos, sendo ambos regulamentados pela Lei 9656/98, dentro de uma mesma seguradora ou operadora de plano de saúde ou de trocar de seguradora ou operadora sem a perda de benefícios já adquiridos como cumprimento de carências ou direito adquirido de atendimentos relacionados à doença ou lesão preexistente. É um conceito mais abrangente do que a simples compra de

carência ou adaptação de contrato, que representam somente alguns dos aspectos englobados pela portabilidade.

A compra de carência, conhecida como a prática de aceitar um beneficiário de outra seguradora ou plano de saúde sem a exigência de cumprimento de novos prazos de carência, é habitualmente praticada no mercado de planos de saúde. Quase sempre, este acordo exclui a cobertura para doenças preexistentes, gestação e parto. Depende de acordo entre o comprador e empresa e é estimulado em períodos de promoção objetivando geralmente renovação de uma carteira envelhecida ou competição comercial. Na prática não se constitui, portanto, em certeza ou direito do beneficiário.

1.3 -- A portabilidade e a regulação do mercado de saúde

Após a regulamentação do mercado de planos de saúde pela Lei 9656/98, vários aspectos tem sido discutidos, na tentativa de aprimorar sua eficiência e abrangência, não existindo um aspecto isolado mais importante ou que demande mais interesse por parte dos estudiosos, legisladores ou beneficiários. Todas as facetas desta atividade são complexas e interrelacionadas, impedindo que sejam pensadas e alteradas sem uma análise abrangente.

Neste sentido o atual órgão regulador, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vem pensando e trabalhando discussões em Câmaras Técnicas, formadas por representantes dos diversos setores e submetendo algumas questões a Consultas Públicas, para subsidiar suas decisões.

O estudo da portabilidade deve ser realizado sob uma ótica abrangente observando todos os pontos relevantes do mercado de planos de saúde no Brasil, buscando-se minimizar os impactos que as eventuais mudanças provoquem, para o bom funcionamento do sistema e a segurança de todos os envolvidos.

A criação de uma regra de portabilidade deve ser precedida de estudo criterioso das principais implicações e das alternativas possíveis, objetivando o equilíbrio atuarial, manutenção da qualidade da assistência e a viabilidade e crescimento do sistema.

A teoria econômica neoclássica assume que para um mercado ser considerado competitivo é necessária a premissa da perfeita informação entre compradores e vendedores. O consumidor de planos de saúde trabalha com informação assimétrica em relação à qualidade e quantidade dos serviços ofertados por operadoras e prestadores, assim como as operadoras não conhecem as necessidades e a vontade de utilização, de serviços de saúde por parte de seus beneficiários.

Outros fatores de alteração dos mercados são a formação de oligopólios regionais, criação de obstáculos à entrada de concorrentes e as tentativas por parte das operadoras de evitar pacientes de alto custo objetivando maximizar lucros. O confronto neste mercado se localiza no desejo dos prestadores de aumentar as despesas, pelo uso de mais e mais caros serviços, pela falta de interesse dos beneficiários de racionalizar custos e associar saúde a mais serviços e dos operadores de planos de saúde de reduzir custos e aumentar lucros, caracterizando este mercado como conflituoso necessitando, desta forma, de regulação governamental.

A perda de carências adquiridas e direitos de atendimento de doenças preexistentes limitam a capacidade de um beneficiário migrar livremente para um plano de saúde que esteja oferecendo melhor atendimento ou um preço mais baixo. Esta situação certamente é fator limitante da concorrência entre operadoras de planos de saúde. Caso a portabilidade seja regulamentada, seria instituído um importante fator de aumento de concorrência e da competitividade, com conseqüente melhoria de atendimento aos beneficiários em geral.

A literatura ressalta que o Estado, freqüentemente, dita o modelo de governança do setor da saúde, devendo ser capaz de interferir no processo através do estabelecimento de normas, definição de jurisdições, responsabilidades e relações entre os interesses do setor.

A viabilização da portabilidade entre produtos e planos de saúde, resolveria uma das grandes imperfeições do mercado de saúde suplementar, uma vez que, a possibilidade de migrar para um plano que ofereça menor custo ou melhores condições de atendimento fortaleceria a concorrência, aproximando este mercado das condições de concorrência perfeita resultando em maior eficiência e satisfação de seus usuários. A correção das imperfeições do mercado e o conseqüente aumento da concorrência leva quase que invariavelmente ao aumento das vantagens para o beneficiário e aprimora a gestão das operadoras pela redução de custos e aumento da eficiência no atendimento.

Considerando que uma das principais funções da Agência Nacional de Saúde (ANS) é a de manter o mercado estável, o que inclui a estabilização das contraprestações pecuniárias em valores razoáveis e a viabilidade econômica das empresas de planos de saúde, condições indispensáveis para que população segurada seja atendida. A portabilidade permitiria que os beneficiários de uma operadora que não cumprisse, com eficiência, seu contrato migrassem para outra que oferecesse melhores condições de atendimento. A procura pelo menor custo e preços, também ampliaria a

possibilidade de haver maior número de indivíduos cobertos por planos de saúde privada.

Observa-se, porém que apesar de pouco estudada em seus aspectos econômicos, mercadológicos, legais e sociais, a implantação da portabilidade é desejo de grande parcela da sociedade. Devendo sua viabilidade e forma de implantação ser discutidas com frequência cada vez maior nos próximos anos.

1.4 – Estrutura do ensaio

O presente ensaio não visa esgotar o assunto portabilidade, mas apresentar subsídios à sua discussão. A portabilidade é apresentada como fator de estímulo à competição entre operadoras e capaz de aumentar, em longo prazo, a qualidade dos serviços prestados com redução do preço dos planos e seguros de saúde.

Na introdução se delimita o mercado dos planos de saúde, como é realizado pela maioria das operadoras, que se dedicam não à saúde em sentido amplo, mas somente à assistência médica.

A introdução de considerações econômicas na organização da assistência médica leva a dificuldades inerentes ao incluir custos no direito à saúde e a incluir ganhos e perdas na relação entre seus três atores, provedores, prestadores e beneficiários, que apesar do desejo comum de restabelecer a saúde nem sempre concordam com os meios de atingir este objetivo.

O conceito de portabilidade a ser usado no presente ensaio, é definido, em planos regulamentados, como direito de trocar de produto de uma mesma operadora ou de trocar de operadora de plano de saúde sem perda de vantagem adquirida pelo tempo passado no plano ou operadora anterior. É tratada aqui de forma mais abrangente do que a simples compra de carência, já praticada no mercado, ou a adaptação de beneficiários de planos não regulamentados para aqueles adaptados à Lei 9656/98, conforme discutido no Fórum de Saúde Suplementar de 2003. Onde as formas de adaptação propostas levam em consideração o aumento da contraprestação pecuniária, condizente com a maior despesa na cobertura de novos procedimentos e o cumprimento de novos prazos de carência, que embora reduzidos ajudam a manter o equilíbrio atuarial da operadora ou seguradora.

No primeiro capítulo, os métodos de estudo são apresentados. Por não existir literatura nacional sobre o tema, depoimentos e fragmentos de aulas, apostilhas, documentos internos da Agência Nacional de Saúde Suplementar ou pronunciamentos foram usados como fonte de consulta, além da legislação existente.

Bibliografia sobre as bases econômicas e atuariais do mercado de planos de saúde foram revisadas assim como sobre particularidades do mercado no Brasil.

No segundo capítulo, a história dos planos de saúde é revisitada observando a partir de suas origens históricas os caminhos que levaram a sua atual estrutura. A forma de financiamento também é observada e considerando-se suas origens históricas.

O capítulo terceiro trata de conceitos importantes para compreensão do mercado de planos de saúde no Brasil e das relações entre o sistema de saúde privado ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Os conceitos econômicos básicos para compreensão dos mercados em geral são citados e a partir deste conceito as especificidades relacionadas à saúde podem ser ressaltadas.

Formas de competição entre operadoras são discutidas e fatores que possam determinar o desejo do beneficiário de mudar de plano de saúde são citadas.

O capítulo quatro revê o sistema de saúde americano e alemão que apresentam alguma forma de portabilidade entre planos de saúde. Estes dois sistemas apresentam, no entanto marcantes diferenças entre si e com o sistema brasileiro de saúde, o que impede a simples aplicação de experiências já implantadas nestes países. O sistema americano, por representar a maior experiência de prover saúde por intermédio do mercado privado, é resumido em suas características principais. A previdência privada, onde a portabilidade já é regulamentada no Brasil, também é observada.

O capítulo cinco revê as técnicas de atuária relacionadas com o cálculo de risco e das contraprestações pecuniárias, estuda algumas formas de viabilizar a regulamentação da portabilidade envolvendo ou não pagamento.

A legislação existente é considerada principalmente em relação aos planos coletivos, são analisadas as formas de migração entre os diversos planos coletivos e entre planos coletivos e os individuais já regulamentada.

No capítulo seis se indicam algumas formas de cálculo que poderiam viabilizar a portabilidade por intermédio de uma taxa a ser paga pelo beneficiário que migra ou pela operadora que perde o beneficiário. A criação de um fundo para amortizar eventuais prejuízos da operadora que recebe o beneficiário também é considerada, e as fórmulas para cálculo dos valores de contribuição são sugeridas e discutidas.

Todas estas formas de atribuir um valor ou uma taxa paga no momento da troca de plano visam impedir condutas relacionadas à seleção adversa ou ao risco moral, grandes obstáculos ao cálculo atuarial de um valor para acesso à portabilidade.

No capítulo sete sugestões para aprimoramento da legislação já existente são encaminhadas no sentido de torná-la mais abrangente e mantenedora dos direitos adquiridos.

A implantação da portabilidade é discutida no sentido de, por intermédio de uma menor necessidade de regulação, se diminuam os gastos decorrentes da regulação e que o aumento da competitividade do mercado leve a uma menor contraprestação pecuniária e melhoria dos serviços prestados.

A inter-relação entre o sistema privado e o sistema público é discutida em relação à influência da existência destes dois mercados no mercado geral de prestação de serviços de saúde.

Capítulo 1 – MÉTODO DE ESTUDO

1.1 – Revisão Bibliográfica

Uma revisão ampla sobre assuntos relacionados ao funcionamento dos planos de saúde foi realizada, objetivando o entendimento de aspectos relacionados ao mercado de planos de saúde e que direta ou indiretamente estão ligados à portabilidade.

Os itens abaixo foram principalmente revistos:

-- História dos planos de saúde e da medicina previdenciária.

A observação da história dos planos de saúde e sua inter-relação com a medicina pública oferece subsídios para o entendimento das forças políticas e sociais que influenciam a organização atual do setor de saúde suplementar.

-- Pesquisa em sites comerciais de corretores, seguros e planos de saúde.

Para que se determinem os obstáculos e facilitadores da implantação da portabilidade entre produtos ou planos de seguradoras ou operadoras de planos de saúde é importante o conhecimento dos mecanismos de auto-regulação já praticados no mercado. Assim, a pesquisa em “sites” comercial de seguradoras e corretores de planos de saúde fornece importantes subsídios sobre o que já é praticado habitualmente no mercado. A observação das práticas já correntes relacionadas à portabilidade expressas pela compra de carência, além de estimar os impactos econômicos envolvidos na regulamentação da portabilidade podem demonstrar até que limite o mercado deseja ou suporta a portabilidade.

-- Revisão da literatura nacional sobre portabilidade.

A carência de bibliografia técnica sobre o assunto impede uma revisão sistemática do tema. Somente foi possível encontrar como referência depoimentos relacionados à portabilidade em jornais, revistas, congressos e reuniões. Estes poucas vezes sugerem métodos ou formas para implementação ou regulamentação manifestando-se, em sua grande maioria, a favor ou contra o tema.

-- Revisão da literatura internacional

A literatura internacional foi revista em busca de experiências já implantadas de portabilidade e suas conseqüências. A experiência Alemã e Americana trazem a alguns aspectos relacionados com a portabilidade, como é encarada neste ensaio. No entanto devido a significativas diferenças entre estes sistemas de saúde e o nosso a regulamentação lá aplicada não se aplica diretamente ao modelo brasileiro ou por estar

relacionada a um sistema estatal ou por interessar somente aos planos empresariais. São referenciados alguns trabalhos que tratam da migração entre planos e a legislação em vigor nestes países.

-- Revisão de literatura correlata.

A portabilidade já regulamentada aos sistemas de previdência privada também é citada embora seja de natureza muito mais simples do que a relacionada a planos de saúde. Trabalhos que tratam dos motivos que levam a roca de planos de saúde também foram consultados

1.2 -- Coleta de dados estatísticos subsidiários.

Os dados estatísticos usados são disponibilizados pelo IBGE, Abrange, Pnad, sítios promocionais de operadoras e ANS. Sendo usados para avaliar a amplitude do mercado público e privado e para extrapolar impacto de alguns cálculos de portabilidade.

1.3 -- Revisão da legislação sobre o assunto.

A legislação em vigor é examinada para que se determinem as formas já regulamentadas de migração entre produtos ou planos empresariais ou coletivos e individuais. Foram observados os seguintes aspectos:

- O que já está regulamentado em relação à portabilidade;
- Quais as situações em que é assegurada a migração entre planos de saúde.
- Em que tipos de planos poderia ser aplicada a portabilidade.
- Apontar situações específicas de falhas da legislação no que diz respeito a manutenção do direito de permanecer no plano de saúde após o término do vínculo empregatício

1.4 -- Bases do mercado de planos de saúde.

Estudo do mercado de planos de saúde observando formas de competição entre operadoras.

Estudo das bases econômicas que regem o mercado de planos de saúde

Fundamentos de atuária foram revisados para ilustrar como poderiam ser realizados os cálculos atuariais para estimativa do impacto econômico associado à regulamentação da portabilidade.

Extrapolar os efeitos econômicos da regulamentação da portabilidade

Determinar os fatores limitantes ou envolvidos na possibilidade de um beneficiário exercer a portabilidade.

1.5 -- Desenvolver modelos de implantação da portabilidade.

Várias formas de viabilização da portabilidade são ilustradas, sendo analisadas suas vantagens e desvantagens.

Algumas fórmulas de cálculo de taxa de portabilidade são exemplificadas e sugeridas.

A criação de um fundo de portabilidade é também analisada em seus aspectos econômicos e jurídicos.

Capítulo 2 --OS PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL

2.1 – História dos planos de saúde.

A história dos planos de saúde no Brasil é marcada pela inter-relação com o sistema previdenciário e a saúde pública.

A filosofia de manutenção da saúde do trabalhador se fortalece no século XVIII motivada pela Revolução Industrial, pelo êxodo rural e pelo precário saneamento urbano, que acirraram a condição já miserável de vida de grande parte da população das cidades. A necessidade de manter o trabalhador saudável com plenas condições de trabalho nas fábricas contribuiu para a mudança do perfil epidemiológico do trabalhador (Frias Junior, 1999). Neste momento, já era possível verificar a atuação do profissional médico no interior de empresas francesas que se preocupavam com a capacidade de produzir do trabalhador (Oliveira, 1998). Este modelo foi difundido para os demais países europeus no século XIX (Mendes & Dias, 1991).

No início do século XX, a partir das reivindicações dos trabalhadores londrinos por jornada de trabalho de 8 horas (8 horas de lazer e 8 horas para dormir), se iniciou uma mudança de visão do processo de produção, no sentido de adaptar o trabalho às necessidades do ser humano. Promove-se a melhoria das condições de trabalho e da vida dos trabalhadores e assim a política corrente das empresas da época, que só focavam a produção, foi revertida.

Acompanhando o processo de industrialização do início do século XX e de acordo com a concepção liberal predominante na época, que recomendava a não intervenção do Estado nas relações entre empresários e trabalhadores, formaram-se entidades de auxílio mútuo nas empresas para a proteção dos riscos do trabalho.

O Sistema de Medicina de Grupo iniciado desde 1929, em Baltimore EUA, decorrente do alto custo da medicina privada e da queda do poder aquisitivo, reduzindo a população em condições de pagar diretamente pela assistência médica privada. A diminuição da clientela dos hospitais e consultórios estimulou a criação de novas formas de relacionamento econômicos entre médicos e pacientes, que se concretizaram na chamada “medicina de grupo” (Health Maintenance Organization, HMO) com a socialização do uso de equipamentos e de recursos humanos, objetivando diminuição dos custos com manutenção de padrão atendimento. Surgiram assim, as primeiras empresas que trabalhavam pelo sistema de pré-pagamento per capita por mês.

A prática médica, na sua origem, foi definida como uma profissão de caráter *liberal* por excelência. O desenvolvimento dessa profissão como uma prática

empresarial está relacionada ao processo de desenvolvimento do capitalismo industrial no Brasil e às demandas advindas da urbanização e da constituição das grandes cidades. Assim, as primeiras políticas médico-assistenciais surgem como respostas do Estado à chamada *questão social* que, historicamente ignorada pelas nossas oligarquias, vem à tona de maneira fulminante nas décadas de 1910 e 1920. Dessa época é que temos a lei que obriga as empresas a instituir os seguros de acidentes de trabalho para os seus empregados (Decreto 3.724, de 1919), os grandes programas de saneamento e de controle de endemias no campo da Saúde Pública (Reforma Carlos Chagas, de 1923), assim como a constituição de um pioneiro “seguro social”, com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs (Lei Eloy Chaves, de 1923). Esta lei instituiu os sistemas de ‘Caixas de Aposentadoria e Pensões’, visando amparar os empregados das ferroviárias na inatividade. No sistema existia um número reduzido de segurados em múltiplas instituições ficando logo evidenciada a insuficiência de recursos para garantia do equilíbrio financeiro das Caixas.

Com a criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, a partir de 1930, a Previdência Social passou a merecer maior atenção do Estado sendo criados diversos Institutos que vinculavam os empregados por categoria profissional: Institutos dos Marítimos (IAPM), dos Bancários (IAPB), dos Comerciários (IAPC), dos Industriários (IAPI), dos Empregados em Trabalho de Carga (IAPTEC).

Além das diferenças de poder político entre as classes profissionais, as pressões sindicais para ampliação de beneficiários e a impossibilidade de redistribuição entre as categorias, trouxeram, como consequência, diferentes possibilidades de acesso a serviços de saúde e a deterioração dos Institutos.

Nos anos 40, foram criadas as Caixas de Assistência de Funcionários, como, por exemplo, a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI), que tinha o propósito de complementar o atendimento médico que era realizado pela Previdência oficial através do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários (IAPB).

Os Planos e Seguros de Saúde nasceram no Brasil com a indústria automobilística e o deslocamento da economia para os centros urbanos. Empresários americanos e franceses, que chegaram ao país nos anos 50, mostraram-se insatisfeitos com a atenção médica oferecida pelo Estado à época. Assim, por iniciativa dos dirigentes das montadoras Ford e General Motors e inspirados na experiência americana, surgiram os primeiros sistemas de seguros que logo se estenderam a outras empresas (Carvalho, 2002).

A industrialização crescente da década de 50 levou a criação de sistemas de assistência própria e a organização dos servidores públicos em Institutos de Aposentadoria e Pensões aparte da Previdência Social. Um exemplo é o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários que hoje é a Assistência Patronal (Atual Grupo Executivo de Assistência Patronal – Geap). Esta fórmula foi posteriormente copiada pelas demais IAPs, como a dos comerciários e bancários, e outras de menor capacidade econômica. Esta organização resultou em maior equidade no atendimento ao permitir que institutos menores, incapazes de organizar uma estrutura de atendimento própria, pudessem contratar assistência à saúde por meio dos convênios. Os planos individuais e familiares surgiram, anos após, na esteira do crescimento dos planos coletivos.

De início, a compra de serviços médicos foi a forma encontrada pela medicina previdenciária de se viabilizar. Mais tarde, nos anos 60, surgiram empresas médicas que se voltaram para o atendimento de segmentos de trabalhadores da indústria de transformação, metalurgia e química. O financiamento destas empresas e planos privados de assistência à saúde foi viabilizado pela Previdência Social ao deixar de recolher uma parcela da contribuição devida dos empregadores que contratavam estas empresas. Esta forma de financiamento foi preservada através de outros mecanismos de incentivos fiscais, mesmo quando os subsídios diretos da Previdência Social se tornaram irrisórios.

Somente com a promulgação da LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social - em 1960, foram unificadas as contribuições e planos de benefícios dos diversos institutos, sendo o acesso aos serviços médicos definido pela existência de contrato trabalhista formal.

A demanda crescente do mercado de prestação de serviços médicos estimulou a organização de empresas de medicina de grupo e cooperativas médicas que, com recursos médicos insuficientes, adotaram o credenciamento de serviços como forma de expandir sua rede, insuficiente para o cumprimento dos novos convênios celebrados com a previdência. As caixas de assistência e sistemas patronais também optaram pelo credenciamento de serviços como forma de atender a demanda crescente de atendimento, principalmente após a unificação da Previdência.

Em 1966 (08/10/1966), foi fundada a Associação Brasileira de Medicina de Grupo –ABRAMGE - para unir e representar as empresas privadas que já atuavam na prestação de serviços de saúde.

Em 1967, foi assinado o primeiro convênio, a título experimental, do Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários (IAPI) com a montadora Volkswagen, onde esta transferia a responsabilidade do atendimento de seus funcionários para a Policlínica Central. Através deste convênio o IAPI desobrigava-se da prestação direta de assistência médica aos trabalhadores daquela empresa, que ficava garantida através de uma organização privada, mediante a devolução de um percentual da contribuição mensal recolhida pela empregadora.

A criação no Brasil de empresas de assistência médica (medicina de grupo e cooperativas) foi motivada pelo empresariamento e capitalização da medicina. Médicos e prestadores de serviços sentiram a necessidade de facilitar o acesso de maior parcela da população a serviços e tecnologias cada vez mais onerosas. Isso só foi possível porque se usou formas de pré-pagamento e divisão dos riscos, embazadas em técnicas atuariais cada vez mais desenvolvidas.

O Seguro Saúde no Brasil foi instituído no Decreto Lei n. ° 73 de 21/11/1966. Em seu artigo n. ° 129 define como seguradoras empresas que garantiam reembolso de pagamento de serviços médicos pelo sistema de livre-escolha de prestadores, sem rede de médicos e hospitais credenciados. A regulamentação e a fiscalização dos seguros pela SUSEP fizeram com que os produtos oferecidos tivessem uma cobertura mais abrangente e, conseqüentemente, um preço superior aos dos planos de saúde que não eram regulamentados.

Em razão de divergências entre entidades médicas, as empresas de medicina de grupo ficaram, à época, fora da regulamentação, para estimular seu desenvolvimento. As cooperativas médicas também continuaram a operar no mercado sem nenhuma regulamentação específica sobre assistência médica. Estavam vinculadas somente à Lei das Cooperativas (Lei n. ° 5764/71).

Em 1967, é fundada a cooperativa União dos Médicos (Unimed) em Santos. Nos três anos seguintes foram criadas mais de trinta outras Unimeds, surgindo, em 1971, a Confederação das Unimeds do Estado de São Paulo e, em 1975, a Confederação Nacional das Cooperativas Médicas. As Unimeds operavam através de rede credenciada, mas lhes era vedado o pagamento por reembolso para que não houvesse competição com as seguradoras.

Em 1968, a prática de devolução de parte da contribuição ao instituto e o repasse ao prestador contratado foi reformulada. O governo passou a reembolsar uma quantia fixa, relacionada ao salário mínimo e proporcional ao número de trabalhadores. Em 1986, com a unificação dos IAPs, o valor desta contrapartida foi congelada e passou, ao

longo dos anos, a ser pouco significativa devido aos altos índices inflacionários observados na época.

Por necessidade de maior organização da assistência médica ao trabalhador, que permanecia focal, independente e não abrangente, o governo optou pela intervenção e unificou a Previdência Social. A partir daí, ela passou a ser responsável pela assistência médica a trabalhadores organizados em associações ou sindicatos urbanos. Foi criado em 1966, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), uniformizando os benefícios, até então bastante diferenciados nos antigos IAPs.

O sistema uniformizou as contribuições e benefícios para todas as categorias, que passaram a ter acesso a serviços médicos independentemente da expressão econômica da classe trabalhadora.

Assim o INPS ficou responsável pela assistência da totalidade da população de empregados urbanos do Brasil. O trabalhador rural só começou a ter direito à previdência em 1971 com a criação do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (PRORURAL), gerido pelo FUNRURAL. Desta forma, a previdência passou a abranger todas as pessoas que exerciam atividades remuneradas no país.

Como a rede governamental de hospitais e de ambulatórios ficou insuficiente para o atendimento à população, a rede hospitalar privada foi credenciada para atender em caráter ambulatorial e nosocomial, com as internações autorizadas através das GIH - Guias de Internação Hospitalar. O pagamento à rede privada era efetuado por intermédio das unidades de serviço (correspondiam inicialmente a 1% do salário mínimo), de escore variado de acordo com as características individuais do atendimento.

Os prestadores de serviços se especializaram no atendimento de compradores diretos, de empresas organizadas ou da Previdência Social, se iniciando, nesta época, a diferenciação do atendimento em relação ao nível sócio econômico dos usuários, com a conseqüente diferenciação da remuneração em relação à clientela atendida. Assim, hospitais rurais remuneravam menos do que hospitais urbanos, variando o preço do serviço de acordo com a posição social e hierárquica do trabalhador.

A opção pela unificação dos institutos previdenciários expandiu a população beneficiária e desintegrou esquemas associativos que tinham poder representativo na luta por melhores condições de saúde. Essa medida não trouxe melhoria dos serviços: formaram-se filas nos hospitais e ficou mais difícil o acesso à saúde, devido ao descompasso entre oferta e demanda por serviços médicos conseqüentes ao rápido aumento do número de segurados (Trindade, 2000).

Em 1974, é criado o Ministério do Trabalho e Assistência Social (MTPAS), responsável pela elaboração de políticas de previdência, assistência médica e social. O SIMPAS (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social) foi instituído em 1977, através da Lei n.º 6439, da seguinte forma: o INPS, responsável pela concessão de benefícios; o IAPAS, órgão administrador financeiro do sistema, e o INAMPS – com responsabilidade da prestação de assistência médica. Fica criada a base jurídico-legal do sistema de saúde privada dos anos 70, tendo o Estado como grande financiador.

Em 1980, o Ministério da Saúde lança o programa de ações integradas de saúde, envolvendo os Estados e Municípios. Nessa época, o INAMPS, ainda era subordinado ao Ministério da Previdência e Assistência Social e responsável pela assistência médica individualizada.

Em 1983, é publicada a Portaria MPAS/ 3046 (de 22 de setembro de 1978), que introduz para todo o País o sistema AIH (Autorização de Internação Hospitalar - testado no Paraná - Plano Paraná - em 1981) e passa a remunerar os serviços prestados pela rede privada através de uma Tabela de Procedimentos, organizados por diagnósticos. Esta tabela apresentada pelo Prof. Abraam Sonis (especialista em Saúde Pública da OPAS que realizou estudo sobre a assistência à saúde na América Latina e Caribe) como parâmetros mínimos de cobertura, foi equivocadamente empregada como teto máximo.

O sistema de saúde pública, nesta época, enfrentava muitos problemas, dentre os quais o grande aumento da demanda sem o financiamento correspondente. Já em 1960, o sistema público compreendia 50% do total de atendimentos e hospitalizações. Em 1975, já correspondia a 90%, e continuou aumentando progressivamente.

Até a década de 80, os planos de saúde estavam voltados, quase que exclusivamente, para o cliente empresa. Eram planos coletivos acessíveis somente aos trabalhadores formalmente contratados. A partir da segunda metade dos anos 80, as operadoras de planos de saúde captaram as demandas de clientes individuais (trabalhadores autônomos – profissionais liberais, aposentados, trabalhadores de empresas de pequeno porte), bem como a de trabalhadores formalmente empregados que não estivessem envolvidos com os planos privados de assistência à saúde, como os de algumas empresas da administração pública das três esferas de governo.

Os seguros ou planos de saúde foram, de início, objeto da jurisdição da SUSEP /MF (Superintendência de Seguros Privados e Capitalização/ Ministério da Fazenda e até 1979 do Ministério da Indústria e Comércio) e CNSP (Conselho Nacional de Seguros Privados) que sem os instrumentos legais apropriados exerceram uma regulação fraca e só voltada para aspectos econômicos sem maior preocupação com a

cobertura assistencial. As operadoras respondiam a esta regulação financeira com a prática de seleção de uma carteira rentável expressa na exclusão unilateral de segurados de alto risco ou necessitados de tratamentos ou diagnósticos onerosos. Os contratos anteriores à regulação, também possuíam cláusulas de exclusão ou limitação de tratamentos mais caros.

Esta desvinculação da assistência à saúde praticada pelo mercado e a necessidade de entrosar a saúde suplementar a uma política global de assistência à saúde resultaram na necessidade de regulamentação. Esta além de atender a uma determinação legal exigida pela Constituição de 1988 e disposta na Lei Orgânica da Saúde (Lei n. ° 8080 de 19 de setembro de 1990), objetiva manter protegida a população coberta pela saúde suplementar, já que o peso no orçamento das famílias brasileiras com cuidados de saúde é significativo. Segundo a última Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada no Brasil durante o período de outubro de 1995 a setembro de 1996 (IBGE, 1999), este custo representa 6,5% do total dos gastos.

A ampliação do mercado da saúde suplementar na década de 80 motivou a entrada do tema na agenda governamental, em face da omissão da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica de Saúde de 1990, que não definiam uma função regulatória. Surge, então, a necessidade de uma ordenação jurídico legal para o setor.

A partir do final dos anos 80, as seguradoras, em especial as vinculadas a instituições financeiras, começam a comercialização de produtos voltados ao mercado de saúde privada. No ano de 1989, com a autorização pela Superintendência de Seguros Privados (Susep), Resolução 16/88 em seu artigo n. ° 7, as seguradoras, antes definidas pela possibilidade de livre escolha de prestadores e reembolso pago diretamente aos segurados, tiveram sua comercialização ampliada pela possibilidade de contratação de prestadores para pagamento direto, criando redes referenciadas para atendimento. Este foi o marco da entrada definitiva das seguradoras no ramo dos planos de saúde e o aumento da autonomia das empresas médicas. Estas seguradoras passaram a disputar clientes de plano-empresa e de planos individuais, com as outras modalidades empresariais de operadoras (medicina de grupo e cooperativas médicas), se tornando mais uma alternativa à administração dos planos próprios das empresas.

Apesar da criação do SUS na Constituição de 1988 ter definido a saúde como direito de todos e dever do Estado e sua expansão na década de 90, este ainda não era capaz de suprir a expectativa de uma assistência médica universal e de qualidade, tanto na rede própria como na credenciada, insuficiente e mal distribuída. O cenário político

da época postergou a sua completa implantação, pois era considerado por muitos uma utopia.

O texto final da Constituição de 1988, no entanto, permitiu a recomposição do setor privado. Isto pode ser observado pelas alterações promovidas em dois artigos do anteprojeto apresentado pela comissão. No artigo 230, onde a atribuição *exclusiva* do Estado nas ações de assistência à saúde é substituída pela possibilidade de ação da iniciativa privada, via contratos e convênios. E também no artigo 231, na inclusão apenas dos *serviços públicos* no Sistema *Único* de Saúde, “excluindo assim o perigo de se considerarem os serviços privados como concessionários” (Cohn, 1989 *apud* Pereira, 1996).

A discussão preliminar dos “fortes ventos de mudança” que atingiram o Estado de Bem-estar permite mostrar, como o fez Decter (*apud* Costa, 2000), as suas conseqüências diretas sobre as políticas voltadas para a área da saúde no Brasil. Assim, decisões governamentais como a desregulação do setor financeiro e a maior abertura da economia, associadas à estabilidade proporcionada pelo Plano Real, entram na pauta da discussão sobre o caráter e o objetivo da reforma do Estado em relação à saúde. O aumento crescente dos investimentos institucionais no ramo do seguro-saúde é com certeza uma das conseqüências das mudanças macroeconômicas efetuadas. A criação de “agências regulatórias”, como é o caso da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, seria a etapa final desse processo de estabelecimento de uma nova configuração do Estado em relação às políticas de saúde no país.

Os planos de saúde privados passaram, assim, a ter importância social cada vez maior, devido ao grande número de usuários já afiliados e a incapacidade do SUS de atender toda a população de acordo com as expectativas dos diversos grupos sociais organizados.

Nesta mesma época, outras instituições governamentais optaram por implantar ou incrementar planos próprios de assistência à saúde, pela constituição de entidades de previdência fechada, em conjunto com seus sindicatos e associações profissionais, trazendo para a cobertura de planos privados de saúde, um grande contingente de funcionários públicos.

O Código da Defesa do Consumidor, Lei de 1990, permitiu a ação na justiça no sentido da concessão de liminares favoráveis ao atendimento de clientes de planos e seguros de saúde, o que pode ser considerado a primeira tentativa de regulação observada no Brasil.

Em maio de 1992, motivada pela desigualdade de obrigações legais que recaiam sobre as seguradoras e deixavam livre as operadoras de planos de saúde, a Fenaseg (Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e Capitalização) dá publicidade a uma declaração de princípios norteadores da atividade seguradora, a *Carta de Brasília*. Primeira manifestação conjunta e consensual das empresas de seguro, publicamente apresentada como plataforma de demandas e propostas ao Governo, a Carta se construía em torno de três princípios: compromisso com a economia de mercado e a livre competição, responsabilidade econômica e social do setor de seguros diante dos agentes produtivos e da população brasileira, e opção pela modernidade que se baseia na experiência do próprio mercado, cuja voz deve ser mais ouvida.

Iniciava-se uma campanha que culminaria na regulamentação de todo o setor de saúde privada através da Lei n. ° 9656/98 (Bello e Fontenele, 2002) já que somente o segmento das seguradoras possuía padrões de cobertura e serviços já estabelecidos.

Dois meses após a “*Carta de Brasília*”, numa ação conjunta do IRB, SUSEP, FENASEG e Secretaria de Política Econômica, é lançado um Plano Diretor do Sistema de Seguros, Capitalização e Previdência Complementar.

Esse documento reafirmava a importância da desregulamentação do setor e apresentava propostas de modernização da atividade seguradora: política de liberação de tarifas, controle de solvência das empresas, abertura do setor ao capital estrangeiro, redefinição do papel do corretor, reestruturação do IRB (Instituto de Resseguros do Brasil) com a gradual redução do monopólio do resseguro até sua final extinção, retorno do seguro de acidente de trabalho ao setor privado, e regulamentação de novas modalidades de seguros, como o seguro agrícola e seguro de crédito à exportação.

Em 1993, projetos pontuais de regulamentação de planos e seguros saúde, não chegaram a ser implementados, pois estavam concentrados na ampliação da cobertura e ressarcimento aos atendimentos prestados pelo SUS.

A necessidade de uma intervenção regulatória no mercado de prestação de serviços em saúde, se origina de pressão da opinião pública inconformada com a ação unilateral de algumas empresas de seguro e planos de saúde externalizada por aumento indiscriminado de preços e restrições à cobertura. Estas queixas alcançaram ampla divulgação nos meios de comunicação e vários consumidores obtiveram ganhos de causa nas instâncias judiciais.

A regulamentação de planos e seguros privados de saúde foi, assim, demandada por consumidores, entidades médicas e por setores governamentais ligados à área econômica. Também algumas operadoras apoiavam a regulação já tendo criado no

início dos anos de 1990, medidas de auto-regulamentação, como a criação do Conselho de Auto-Regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo (Conamge).

As discussões de uma lei que regulamentasse os planos de saúde se iniciaram em fevereiro de 1994, quando o Senado aprovou o projeto 93/93 do então senador Iram Saraiva, que continha apenas três artigos. O projeto seguiu para a Câmara dos Deputados sendo-lhe atribuído o número 4.425/94.

Em 1996, após longo tempo ausente da pauta dos debates, a Câmara criou uma comissão especial para examinar o assunto e dar seqüência aos trâmites legais. O governo criou um grupo de trabalho interministerial - Saúde, Justiça e Fazenda -, que apresentou uma versão preliminar para discussão.

Em 27 de agosto de 1996, uma Comissão Legislativa Especial foi constituída para proferir parecer sobre o projeto do senador Saraiva (Projeto de Lei n.º 4.425, de 1994 cujo principal objetivo era “proibir a exclusão de cobertura de despesas com tratamento de determinadas doenças em contratos que asseguram atendimento médico-hospitalar pelas empresas privadas de seguro-saúde ou assemelhadas”). Esta não conseguiu apresentar um relatório final ao plenário da Casa após mais de um ano de funcionamento (entrevista com o deputado Pinheiro Landim, em seu gabinete na Câmara dos Deputados, Brasília a Carlos Pereira).

Até agosto de 1997, tinham sido apresentados 24 novos projetos e 131 emendas, das quais somente 13 foram aceitas e incorporadas no substitutivo ao projeto de Lei 4.425/94, apresentado pelo relator deputado Pinheiro Landim, passando a ter, então, 36 artigos. Exatamente em 14.10.1997 o plenário da Câmara votou o substitutivo - foram 306 votos a favor, 100 contra e três abstenções, maioria e 3/5, um placar suficiente até para alterar dispositivos da Constituição Federal.

Entretanto, devido às alterações que o projeto sofreu na Câmara, era preciso que ele retornasse ao Senado para apreciação e votação, sem possibilidade de mudança no texto – seria possível apenas supressões, em obediência ao regimento daquela Casa. Após várias audiências públicas, onde participaram representantes de órgãos e entidades envolvidas com o tema, e da promessa do governo em editar Medida Provisória regulamentando as questões mais polêmicas, em 6 de maio de 1998 a Comissão de Assuntos Sociais do Senado, presidida pelo senador Ademir Andrade, manifestou-se, por unanimidade, favorável ao parecer do senador Sebastião Rocha e proposta de redação final do Projeto de Lei do Senado nº 93, de 1993 (nº 4.425, de 1994, na Câmara dos Deputados) Ele dispunha sobre os Planos e Seguros Privados de Assistência à

Saúde, consolidando as disposições aprovadas no Substitutivo da Câmara, com algumas supressões no texto, negociadas com o governo.

Finalmente, na semana seguinte, em 12 de maio, o plenário do Senado aprovou, também por unanimidade, o parecer nº 235, de 1998. Em 3 de junho, o projeto tornou-se Lei nº 9.656 com a sanção, sem vetos, pelo Presidente da República Fernando Henrique Cardoso. A Lei entrou em vigor em 03/09/1998, noventa dias após sua publicação. No dia seguinte ao da sanção da Lei foi editada a primeira Medida Provisória, a de nº1665, alterando diversos dispositivos da referida Lei. A Lei n. ° 9656/98 em conjunto com a Medida Provisória (MP)-1665/98 constituem o marco regulatório da assistência suplementar.

Conforme se esgotava o prazo de cada Medida Provisória, o que ocorria a cada 30 dias, o governo era obrigado a editar uma nova (quando houvesse alteração no seu texto) ou reeditar a mesma, até que o Congresso a colocasse em pauta.

Os modelos antigos de planos puderam continuar sendo comercializados até 31/12/1998 – a partir do que entraria em vigor o disposto na Lei 9.656 – permanecendo com validade por tempo indeterminado, a não ser que o seu usuário manifestasse o interesse de migrar para enquadrar-se na regulação nascente. Já a oferta dos novos planos que, então, deveriam ser protocolados na SUSEP, passariam a ser oferecidos enquadrados na legislação pertinente.

Os Planos de Saúde eram, inicialmente, regulados por um modelo Bi-Partite, que previa a regulação da atividade econômica na esfera do Ministério da Fazenda (regulamentação, normatização e fiscalização através da CNSP - Conselho Nacional de Seguros Privados e da Susep - Superintendência de Seguros Privados) e atividade de produção dos serviços de saúde, pelo Ministério da Saúde (Consu - Conselho de Saúde Suplementar) e sua instância consultiva a Câmara de Saúde Suplementar.

O Consu, órgão colegiado da estrutura regimental do Ministério da Saúde, tinha inicialmente competência para deliberar sobre questões relacionadas a prestação de serviços na saúde suplementar nos seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico, com foco nos produtos oferecidos. Desde Novembro/98 normatizou em vinte e uma Resoluções as questões referentes à assistência médica e fiscalização.

A Câmara de Saúde Suplementar, órgão consultivo, no âmbito do Consu, representa órgãos públicos, conselhos de profissionais de saúde, órgãos de defesa do consumidor e entidades representativas de diversos setores dos planos e seguros de saúde. A falta de unidade estratégica e a não clara determinação de limites levaram, no final de 1999, a unificação da regulamentação do setor, sob a responsabilidade do

Ministério da Saúde, a partir da transformação do Conselho de Saúde Suplementar (Consu) em Conselho Ministerial e integrado por cinco Ministros de Estado.

A Medida Provisória n. ° 1908-18, de Setembro de 1999, estabeleceu a exigência das seguradoras com rede referenciada a se reorganizem como operadoras de planos de saúde, constituindo pessoas jurídicas independentes de suas outras atividades de seguro. Transferiu também a competência de fiscalização e normatização dos aspectos econômico financeiros destas empresas, da Susep para o Ministério da Saúde.

Em 28/01/2000, a Lei n. ° 9.961 cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS - autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, tendo como missão institucional, a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, a regulação das operadoras setoriais – inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores – e a contribuição para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

Foi anunciada como solução definitiva para a disputa interburocrática entre a área econômica, representada pelo Ministério da Fazenda, e a saúde. Levou a desfecho favorável ao Ministério da Saúde por manter a saúde suplementar sob sua esfera de influência. A ANS possui autonomia financeira e decisória e se destina a criação de mecanismos estatais de fiscalização, controle de preços e regulação dos serviços médicos prestados por operadoras de planos de saúde.

Em 2001, a Lei n. ° 10185, cria a figura da “seguradora especializada em saúde”, enquadrando as seguradoras que comercializavam planos com rede credenciada como operadoras de planos de saúde, subordinada às normas e à fiscalização da ANS, determinando com precisão a competência na regulamentação do setor de saúde suplementar.

Após a promulgação da Lei n. ° 9656/98, a cobertura assistencial e condições de acesso mudaram radicalmente para os novos usuários. Foi proibida a comercialização de planos com cobertura inferior à do Plano Referência, ressalvada a segmentação admitida pela própria lei (ambulatorial, hospitalar com e sem obstetrícia e odontológico).

Para os usuários de contratos antigos, a adaptação dos contratos anteriores à Lei deveria ser progressiva e obrigatória. De imediato estendeu-se a esses usuários garantias fundamentais de acesso e cobertura: proibição da interrupção da internação hospitalar (inclusive em unidade de terapia intensiva ou de alta complexidade), atendimento de urgência e emergência, renovação automática dos contratos individuais, proibição da rescisão unilateral (exceto por inadimplência superior a 60 dias) e garantia de inscrição e atendimento ao filho recém nascido ou adotivo.

Após um ano da vigência da Lei, portanto a partir de 03/12/ 99, a adaptação de todos os contratos às coberturas e as condições da regulamentação passaria a ser obrigatória.

O cenário projetado era ter todos os consumidores de planos privados de assistência à saúde com contratos inteiramente enquadrados na regulamentação a partir de janeiro de 2000. No entanto, por pressão da sociedade e dos órgãos de defesa do consumidor, a adaptação deixou de ser obrigatória.

A partir da vigência da lei estabeleceu-se um controle provisório, limitado à obrigatoriedade de obtenção de registro provisório para as empresas que já operavam ou que viessem a operar até a regulamentação das exigências para autorização definitiva de funcionamento, condições de operação e de saída do setor (mantidas as exigências setoriais específicas, especialmente no caso das seguradoras).

Quanto às condições de operação e aos mecanismos de garantia assistencial e econômico-financeiro a estratégia de implantação era progressiva e remetia fortemente à regulamentação posterior.

A experiência decorrente da implementação da regulamentação conduziu a fortes ajustes ao final de 1999. A adaptação dos contratos antigos deixa de ser obrigatória e transforma-se num direito do consumidor e numa obrigação das operadoras (que devem oferecê-la aos seus consumidores a partir de dezembro de 1999).

Essa alteração resulta num cenário no qual, por um período indeterminado de tempo, o setor comportará um conjunto de usuários (que hoje representam 25% dos usuários cadastrados) inteiramente abrangidos pela regulamentação e outro que mantém suas coberturas e condições de acesso restritas ao estabelecido no instrumento contratual.

Até 21 de agosto de 2003, os beneficiários de planos firmados antes da Lei n. ° 9656/98, mantinham, além dos limites contratuais, a garantia legal de alguns direitos, como a impossibilidade de interrupção de internação e o reajuste de contraprestações determinado pela ANS.

Em 03/09/2003, atendendo à ação proposta, em 1998, pela Confederação Nacional de Saúde, questionando a constitucionalidade de alguns dispositivos da Lei 9.656/98, por votação unânime de todos os seus ministros o Supremo Tribunal Federal concedeu parcialmente o pedido de liminar para declarar que os contratos celebrados antes da edição daquela Lei não podem ser atingidos pela regulamentação dos planos.

A decisão reconhece como inconstitucional a incidência retroativa sobre contratos celebrados antes do início da vigência da referida lei, que determinou inconstitucionalmente obrigações não pactuadas para os contratos antigos. Em acórdão, a liminar foi publicada no D.O.U. de 03/09/2003, restabelecendo o direito à manutenção dos contratos conforme foram acordados pelas partes envolvidas, garantindo aos beneficiários dos planos apenas o direito aos serviços, coberturas e benefícios contratados.

A decisão do Supremo Tribunal Federal publicada no DOU de 3/9/2003, considerou inconstitucional o artigo que tratava dos planos firmados antes da Lei deixando os beneficiários destes contratos mais desprotegidos e a ANS com menor poder de regulação deste mercado.

Após discussões do Fórum de Saúde Suplementar em 2003 e como alternativa a esta diminuição do poder regulatório, o governo publicou a MP n. ° 148, de 15 de dezembro de 2003, determinando que a ANS regulamente um plano de incentivo à adaptação destes contratos à Lei n. ° 9656/98.

Os marcos regulatórios mais importantes se encontram relacionados no quadro 1.

Neste estágio, se encontra o mercado de planos de saúde no Brasil após cinco anos de regulamentação. Nas palavras do então diretor de Normas e Habilitação da ANS (2000 – 2003), João Luís Barroca, *“a regulação de planos e seguros de saúde é uma atividade governamental destinada a corrigir falhas de mercado e condições contratuais que afetam consumidores e empresas e repercutem negativamente na opinião pública”*.

Hoje, se tem muito mais clareza da extensão e importância, bem como das diferentes estratégias organizacionais das diversas formas (medicina de grupo, planos, seguros, co-gestão, Unimed etc.) que o mercado da saúde suplementar no Brasil oferece. Isto se deve graças a não só o papel regulador da ANS, mas também da sua capacidade de gerar e oferecer informações mais precisas e confiáveis.

Quadro 1 Marcos regulatórios mais importantes

<p><u>Primeiro ciclo de regulamentação:</u> <u>Resoluções Consu</u> 14/98 – modalidades de planos, prazos de carência e coberturas 16/99 – desobriga a autogestão da oferta do plano referência 17/99 – dispõe sobre os agravos 18/99 – dispõe sobre apuração de infrações e aplicação de penalidades 20/99 – regulamenta o art. 30 – demitidos 21/99 – regulamenta o art. 31 – aposentados 22/99 – altera resoluções 7 e 9/99 23/99 – cria a Tunep – ressarcimento ao SUS 01/00 – dispõe sobre penalidades 02/00 – contrato de gestão ANS / MS</p> <p><u>Segundo ciclo de regulamentação:</u> <u>Resoluções da Diretoria Colegiada ANS</u> 03/2000 – cadastro de beneficiários 04/2000 – registro de produto 05/2000 – registro de operadoras 06/2000 – taxa de saúde suplementar 07/2000 – plano referência 17/2000 – estabelece a Tunep 18/2000 – ressarcimento ao sus 21/2000 – rol de procedimentos odontológicos 21/2000 – cria o documento de acompanhamento econômico e financeiro das operadoras 25/2000 – alienação de carteiras de planos 27/2000 – revisão técnica 28/2000 – nota técnica de registro de produto 29/2000 – normas para mensalidades 38/2000 – plano de contas padronizado. 39/2000 – segmentação das operadoras 40/2000 – regime de direção fiscal e técnica 41/2000 – rol de procedimentos médicos 42/2000 – cobertura parcial temporária 47/2001 – liquidação extrajudicial de operadoras</p>	<p>57/2001 – termo de compromisso de conduta 62/2001 – ressarcimento ao sus 64/2001 – médico responsável pelas informações 65/2001 – seguradoras especializadas em saúde 66/2001 – normas para reajuste das mensalidades 67/2001 – rol de procedimentos médicos 68/2001 – rol de procedimentos de alta complexidade 77/2001 – constituição de garantias financeiras 79/2001 – normas para o exercício de cargo de administrador nas operadoras 81/2001 – classifica procedimentos médicos 82/2001 – regras para alienação compulsória de carteiras de planos 83/2001 – transferência de controle societário 84/2001 – alienação de carteira de planos 85/2001 – institui o SIP – sistema de informação de produtos.</p> <p><u>Resoluções Normativas da ANS</u> 6/2002 – envio de informações por seguradoras especializadas em saúde 11/2002 – normas para administrador de operadoras de planos de saúde 14/202 – margem de solvência de seguradoras especializadas em saúde 16/2002 – publicidade 19/2002 – revisão técnica 54/2003 – contratos entre prestadores e operadoras 55/2003 – processo administrativo julgamento de DLP 56/2003 – cadastro de planos anteriores á Lei 61/2003 – altera o SIP 63/2003 – limita preços por faixa etária 64/2003 – programa de incentivo a adaptação dos contratos</p>
--	---

O diagnóstico do setor antes da criação da ANS segundo Januário Montoni (Presidente da ANS 2000-2003) era:

“Existia um número não conhecido de operadoras (então estimado em 700) com as mais diversas características e formatos jurídicos (sociedades civis com e sem fins lucrativos, subdivididas nas chamadas medicina de grupo, nas cooperativas e instituições filantrópicas, além das seguradoras e das entidades e sistemas de auto-gestão).

Um número não conhecido de consumidores (estimado em 40 milhões), pessoas jurídicas e pessoas físicas, com as mais variadas modalidades de contrato e uma enorme incidência de cláusulas leoninas, principalmente em relação a acesso e aumento de preços. Uma infundável variação de modelos de cobertura assistencial, variando da integral (minoritária) à ambulatorial e hospitalar “básica” (amplamente majoritária).

Em relação à organização geral do sistema de saúde no Brasil, podemos observar que devido ao estrangulamento da classe média, resultante da política econômica, ocorreu um crescimento da assistência médica oferecida pelos planos de saúde, uma vez que se tornou inviável o pagamento direto de serviços médicos. A chamada medicina de grupo cresceu nos últimos anos, às expensas da dificuldade de acesso do serviço público e da fuga da classe média dos consultórios privados, provocada pelo achatamento salarial.

Uma das teses mais difundidas para a implantação e expansão dos planos de saúde tem sido a queda no nível de qualidade dos serviços públicos de saúde. Na década de 60, com a unificação dos institutos e a deterioração dos serviços de saúde, principalmente para as categorias mais fortes, iniciou-se uma pressão para a volta da diferenciação no sistema de assistência à saúde (Almeida 1998).

Desta forma, a universalização da assistência médica, ao invés de significar uma expansão da cidadania por não ter definido outras fontes e formas de financiamento, para o SUS recém criado, acabou por reforçar ainda mais as deficiências do setor público. Principalmente no que diz respeito à falta de acesso e agilidade dos serviços, veio a fortalecer de forma não intencional a medicina privada suplementar. Portanto, a Reforma sanitária "deu à luz" a um filho por demais indesejado (Pereira, 1996).

Favaret descreve o fenômeno da *universalização excludente*. Com o advento do SUS, a assistência à saúde foi universalizada, ou seja, não era preciso mais ser contribuinte da previdência para ter acesso aos serviços de saúde, bastava ser cidadão,

não foram criadas estratégias para dar conta desse aumento da demanda, nem em relação ao financiamento, nem em relação a implementação de medidas racionalizadoras como a municipalização, distritalização e controle social. Assim, o SUS apenas aumentou o contingente de pessoas que se acotovelavam para ter acesso aos serviços de saúde gratuitos, sem aumentar a qualidade nem a quantidade da prestação da assistência. Por seu turno, o governo ignorava as mudanças estruturais que deveriam ser implementadas, trazendo prejuízos ao funcionamento do serviço.

Especula-se que a tradição brasileira recriou seu modelo original de caixas de assistência à grupos de profissionais, onde uma parcela organizada da população passa a ter direitos diferenciados de atendimento por pagamento a sindicatos ou instituições. Esta estrutura se repete nos dias atuais por meio de convênios-empresas, seguros ou planos de saúde, que já fazem parte da pauta de negociação de categorias de trabalhadores e sindicatos nos dissídios coletivos. A influência desta solução alternativa, assumida por grupos com maior poder de barganha e reivindicação, no insuficiente crescimento do SUS, tem sido observado por muitos autores.

O fato é que o comportamento do mercado da assistência médica privada no Brasil em anos recentes possui raízes históricas que estão relacionadas com o próprio modelo de desenvolvimento brasileiro, (característico de países de capitalismo tardio), como também à forma como se estabeleceram as relações entre público e privado no Brasil, tanto no que diz respeito às políticas sociais e econômicas, como nas políticas de assistência à saúde (*Oliveira, 1988*).

2.2 – Financiamento da saúde privada.

Quando se observa o desenvolvimento histórico do setor, ao lado da oferta de serviços, podemos observar que, durante a década de 70, houve grande incentivo do governo ao crescimento dos prestadores privados de assistência médica. Isto ocorreu, principalmente, sob duas formas. Uma delas, foi o incentivo financeiro, através do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAS – de 1975, onde os prestadores privados de serviços de assistência médico-hospitalares obtinham financiamentos para expansão e incremento e para a formação de capital fixo. Esta “opção privatista” chegou a destinar ao setor privado, em 1977, 80% do valor dos financiamentos aprovados para a área da saúde (Faveret Filho & Oliveira, 1990).

É dessa forma que adquire grande importância o Plano de Pronta Ação – PPA, de 1974. Ao articular, através da sistemática de convênios com a rede privada, todos os serviços de assistência médica existentes, o PPA correspondeu à “iniciativa mais expressiva de universalização da cobertura para a clientela não-segurada” (Costa, 1996), e também o financiamento do sistema privado pelos cofres públicos (Cordeiro, 1984).

A segunda forma de incentivo governamental se deu pela ligação entre governo e os prestadores de serviço, sob a forma de contratos e convênios. O Estado ocupava a posição de importante comprador de serviços de assistência médica privada, estabelecendo uma relação de dependência. Os prestadores de serviço que integravam a rede conveniada e contratada de assistência médico-hospitalar conseguiram se modernizar, ao mesmo tempo em que tenderam a se desvincular da rede pública, para obter maior lucratividade no setor privado. Neste sentido, Mendes (1993) considera que a conjuntura econômica e política do fim da década, marcada pela crise fiscal do Estado, deterioração da situação cambial, aceleração inflacionária, recessão e o processo de redemocratização brasileiro tornaram mais atrativa a ligação dos prestadores privados de assistência médico-hospitalar com o setor supletivo do que com o setor público.

No início dos anos 80, podia-se observar a estagnação da rede hospitalar pública, em detrimento da rede privada. A oferta de leitos e serviços nos hospitais privados passou a corresponder a 86% das admissões, contra 14% da rede pública. Cerca de 60% dos gastos do INAMPS (que em 1978 substituíra ao INPS), em 1981, foram direcionados para pagamento de hospitais e laboratórios privados. Tratava-se, portanto, de uma opção pela privatização da provisão de serviços com financiamento público (Abranches, 1985).

É exatamente a partir das deficiências do SUS que surgiram propostas de Saúde Suplementar com a promessa de ampliar a cobertura para a população, com objetivo de dar atendimento de qualidade e remuneração digna para os prestadores. Porém, se no SUS o intermediário é o Estado, sem fins lucrativos e sujeito ao controle social, na saúde suplementar a intermediação é das operadoras ou seguradoras de saúde, com fins lucrativos, sujeitando pacientes e profissionais às leis de mercado.

Antes da regulação, a diferença de preços entre as faixas etárias implicava em prêmios até 14,4 maiores, tornando muito difícil a permanência de uma população mais idosa e potencialmente de maior risco dentro do mercado de saúde suplementar. Esta prática era desejável para as operadoras, pois mantinham a população mais lucrativa dentro de seus planos e deixavam ao SUS os maiores gastos do atendimento da população de maior risco e com menor capacidade de pagamento (seleção adversa).

Os gastos de empresas com um plano de saúde para seus empregados oscila entre 3,5 a 6% da folha salarial (segundo dados da pesquisa PNAD/1998), e implicam em dedução fiscal através do desconto integral no imposto de renda de pessoa jurídica. Como ressalta Medici (1991) o maior incentivo para que empresas concedam planos de saúde para seus empregados é contábil, já que desde 1982 é facultado, às empresas, computar as despesas com planos de saúde como gastos operacionais, permitindo a dedução integral no Imposto de Renda do valor pago às seguradoras. Algumas empresas chegam a considerar como gastos operacionais o desconto nos salários dos empregados destinado ao pagamento de planos de saúde (Santos 1999). Desde 1991 se permite o desconto, integral, no imposto de renda, para pessoas físicas do pagamento efetuado a planos de saúde.

Observa-se assim que o Estado procura manter a saúde suplementar como importante participante do sistema de saúde. Passam assim os planos de saúde no Brasil a desempenhar o papel de “desafogar” o atendimento público e universal do SUS (universalidade excludente). Esta política leva a necessidade de manter a população “segurada” constante ou crescente, o que significa a necessidade de manter valor de prêmios dentro do razoável e aumentar a abrangência das coberturas. Do ponto de vista econômico estes objetivos tendem a ser incompatíveis. Esta política está sendo viabilizada através de uma forte regulação que pode resultar em neutralização das vantagens competitivas do mercado privado. Desta forma, medidas que permitam a diminuição da força regulatória, sem perda de coberturas ou aumento dos preços, são bem-vindas. Assim, a portabilidade, entre outras medidas, se apresenta, como estímulo à competição.

Segundo a Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE), de julho de 1994 a 2003, os preços dos planos de saúde subiram 244,6 %, contra uma inflação de 131,7%. Também, desde julho de 1996, os gastos da população mais pobre (até dois salários mínimos) com planos de saúde passou de 2,3% para 5% do orçamento familiar de acordo com o DIEESE. Para a classe média os gastos com assistência médica dobraram em relação ao seu orçamento (IPEA).

Estes dados podem ser sobrepostos a queda da renda familiar e ao desemprego. Esta diminuição do número de beneficiários é, por si só, capaz de elevar o valor da contraprestação, já que o número de beneficiários tem íntima relação com os instrumentos estatísticos utilizados para cálculo do risco que determinam o valor do prêmio.

Capítulos 3 -- MARCOS CONCEITUAIS

3.1 -- O Mercado Privado De Serviços À Saúde.

Um indivíduo isoladamente não pode garantir, sozinho, os recursos financeiros necessários para cobrir o custo de todos os tratamentos médicos que possa necessitar durante a vida, pois a ocorrência da doença ou o custo de seu tratamento, não pode ser previsto. A opção, para aqueles que pretendem usar a medicina privada, é coletivizar o custo dos tratamentos médicos e o risco de adoecer por intermédio de uma poupança coletiva. Desta forma o risco de “gastar com saúde” passa a ser previsível e passível de financiamento pela poupança coletiva.

As operadoras de planos de saúde, por sua vez, calculam o custo financeiro dos tratamentos a serem prestados a uma dada população, a partir da incidência e prevalência de patologias e de uma taxa histórica de utilização. Estes dados, em uma grande população podem ser previstos a partir de dados estatísticos. Os custos médios dos procedimentos necessários aos diversos tratamentos e à prevenção também podem ser obtidos de dados do mercado.

O mercado de serviços médicos deve ser estudado pela observação da tríade formada por consumidores, operadoras ou seguradoras e provedores de serviços.

Os consumidores e os provedores correspondem à demanda do mercado. As seguradoras e operadoras de planos de saúde são responsáveis pelo financiamento ou reembolso aos ofertantes. A produção ou oferta de serviços é de responsabilidade dos provedores que incluem os médicos, profissionais de serviços auxiliares, hospitais e laboratórios.

O trabalho no setor saúde tem especificidades que se expressam na sua organização institucional. As propriedades econômicas especiais da atenção médica (*medical care*) determinam a existência do que é denominado na literatura econômica “falhas de mercado” (*market failures*). Ou seja, a pura operação das forças de mercado não é uma receita adequada para o funcionamento do setor, como reconhece recente Relatório do Banco Mundial (World Bank, 1993). A sociedade constrói formas institucionais variadas para superar essa incapacidade do mercado, determinando um papel essencial a instituições não-mercantis para o provimento adequado desses serviços. As instituições do Estado de Bem-Estar (*Welfare-state*) podem ser estudadas como uma expressão acabada das tentativas sociais de superação das falhas de mercado generalizadas no setor saúde.

Os planos e seguros de saúde, encarados como mercado, poderiam ter funcionamento similar ao de qualquer outro de prestação de serviços. Porém, no mundo real, esse mercado possui algumas características que o diferenciam, como: a imprevisibilidade, em relação ao custo e ocorrência, das despesas médicas e a assimetria de informações entre os agentes, já que o beneficiário dispõe de informações sobre seu estado de saúde que não revela à operadora, os provedores dispõem de informações sobre a saúde do paciente que não são reveladas ao paciente nem à operadora assim como a operadora não revela integralmente suas estratégias de gerenciamento de custos ou detalhes sobre seus mecanismos de regulação, não divulgando completamente as condições em que os serviços serão ofertados ou cobertos a beneficiários e prestadores.

3.2 – O Inter-relacionamento Entre Os Sistemas De Saúde

No Brasil a atenção à saúde, é realizada através de um sistema misto: o público, de acesso universal, e o denominado sistema de saúde suplementar, privado. O sistema público envolve prestadores públicos e privados conveniados. Parte expressiva dos prestadores privados atendem simultaneamente ao sistema público e ao sistema privado. Os estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, podem ainda ser remunerados por desembolso direto dos pacientes. Para 76% da população (IBGE, PNAD 1998 - Acesso e Utilização de Serviços de Saúde), o atendimento é realizado exclusivamente pelo sistema público. Também parte significativa da população coberta pelo sistema supletivo utiliza a rede pública, algumas vezes, para procedimentos menos acessíveis, de maior complexidade ou de maior custo.

O sistema de atenção médica supletiva brasileira respondia, em 1998, pelo atendimento aproximado de 38,7 milhões de pessoas segurados e seus dependentes, o que representava cerca de 24 % da população (tabela. 1). A maior parte dos segurados vincula-se aos planos através das empresas onde trabalham (tabela 2). Esse segmento está fortemente concentrado na região Sudeste, que abriga 60% da população segurada existente no país, principalmente nos estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, áreas mais industrializadas e economicamente desenvolvidas, onde é mais freqüente a formalização das relações de trabalho (IBGE, PNAD 1998 - Acesso e Utilização de Serviços de Saúde).

(tabela. 1) Brasil população coberta (aproximada) por planos de saúde:

TIPO PROVEDOR	POPULAÇÃO	%	RECEITA ANUAL:	PER CAPITA
PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE	40 MILHÕES	22,8 %	R\$ 25 BILHÕES	R\$ 625,00
PLANO OFICIAL DE SAÚDE - SUS	135 MILHÕES	77,2 %	R\$ 30 BILHÕES	R\$ 222,22

ANS 2003

(tabela. 2) Percentual de cobertura por situação de trabalho

	Cobertos	Não cobertos	Total- População	%. Coberta
Autônomos	25,7%	74,3%	11,83	3,28
Empregados	32,04%	67,90%	26,22	8,4
Desempregados	15,01%	84,99%	5,74	0,87
Inativos	29,80%	70,20%	56,08	16,71

Hésio Cordeiro 2001

Dos 24,5% da população coberta pelo sistema de planos e seguros de saúde, 75% tem rendimento mensal familiar superior a cinco salários mínimos e 95% é população urbana, com forte concentração nas regiões Sudeste e Sul do país (dados ANS). Do total de segurados do sistema supletivo, 75% corresponde a cobertura por planos e seguros privados (28,5 milhões de pessoas) e 25% por sistemas destinados ao atendimento de servidores públicos (tabela. 3). Em 95% dos casos, os planos oferecem coberturas para consultas, exames complementares e internações. O financiamento do seguro privado é assegurado principalmente através dos empregadores: apenas 30% dos segurados se vincula diretamente às empresas de planos e seguros. A estimativa de faturamento do setor de atenção médica supletiva correspondia, em 1996, a US\$ 14,8 bilhões. O sistema tributário brasileiro inclui subsídios indiretos, permitindo a dedução, no Imposto de Renda de Pessoas Físicas, dos valores desembolsados para pagamento de despesas com saúde, incluindo planos e seguros de saúde. Entidades de caráter filantrópico também são beneficiadas pela renúncia fiscal.

(tabela. 3) Distribuição dos beneficiários por tipo de plano de saúde REF.

ABRIL/2003 ANS

Classificação das Operadoras	Total de Operadoras	Total de Beneficiários	%
Administradora	36	5.395	0,17 %
Autogestão	347	5213409	17,00 %
Cooperativa Médica	369	8.649.048	27,42 %
Filantropia	126	1.265.168	4,01 %
Medicina de Grupo	798	11.734.552	37,20 %
Seguradora	12	4.679.765	14,83 %
Total	1688	31.547.337	100 %

A utilização de serviços privados é livre e mais freqüente nos estratos populacionais de maior renda: cerca de 82% dos que tem plano privado pertencem aos quatro últimos decís de renda e apenas 2,2% da população que utiliza o SUS pertence ao último decil (IBGE, PNAD 1998).

Estes dois sistemas de saúde existentes no Brasil trazem um fator adicional ao entendimento do mercado dos planos de saúde. Sob alguns aspectos, a presença do SUS, encarregado de dar atenção integral à saúde de toda a população, induz a delimitação da abrangência dos planos de saúde com o conseqüente barateamento dos custos e dos prêmios também é um forte limitante da necessidade da população, com poder aquisitivo limítrofe de adquirir um plano de saúde. Por outro lado, com suas falhas e dificuldades de acesso, estimula o ingresso em planos de saúde privados.

Desta forma, interessa as operadoras de planos de saúde que a população entenda o SUS como um recurso ineficiente de atendimento, tornando os planos de saúde uma necessidade primária para uma parcela da população que pode, mesmo com esforço, pagar seus custos.

A manutenção no serviço público de alguns serviços muito onerosos como o atendimento de emergência ou acesso a equipamentos de alta tecnologia é por sua vez estimulado pelas operadoras que vêm nestes serviços uma forma de poupar recursos no atendimento e em investimentos.

O atendimento de parcela representativa da população por planos de saúde deveria significar uma importante economia para o SUS, porém, outros fatores devem ser considerados como a renúncia fiscal e o atendimento de beneficiários de planos de saúde no Sistema Único de Saúde, fazendo com que não se conheça exatamente o grau de economia para o Estado decorrente da existência de um sistema suplementar de saúde.

O quadro 2, procura identificar alguns dos comportamentos mais comuns adotados nos setores de prestação de serviços de saúde, público e privado, frente aos conflitos existentes na verificação prática dos princípios gerais de organização do sistema de saúde consagrados pela Constituição Federal de 1988.

Quadro 2 Conflitos e tendências

Conflitos	Princípio	Tendências
Público x Privado	Complementaridade	Público – Regulamentação (<i>a Saúde é um bem social de relevância pública e um direito de cidadania</i>) Privado – Atividade econômica (<i>Regulação pelo mercado</i>)
Individual x Coletiva	Integralidade	Público – Saúde coletiva Privado – Saúde individual
Prevenção/Promoção x Cura	Intersetorialidade	Público – Políticas de integração com outros setores da administração. Privado – Concentração no atendimento médico-hospitalar, Hiper-especialização médica, incorporação de novas tecnologias.
Acesso restrito x Amplo	Universalidade / gratuidade	Público – Restrição pelo volume da demanda, qualidade, condições de trabalho, rede. Privado – Restrição pelo custo
Cobertura nacional x Localizada	Regionalização / Hierarquização	Público – Lógica dos Distritos Sanitários Privado – Managed Care

3.3 – O Mercado do Ponto De Vista Econômico

A Teoria Econômica Neoclássica considera que os agentes econômicos são dotados de racionalidade ilimitada, que significa a capacidade de resolver problemas complexos instantaneamente e sem custos, além da capacidade de prever situações futuras com precisão a fim de maximizar seus benefícios. Estas duas prerrogativas significam uma ação racional em todas as circunstâncias. Desta forma, os contratos estabelecidos entre agentes tenderiam a ser completos e perfeitos, não existindo espaço para comportamentos oportunistas ou falhas contratuais, observando-se sempre um cumprimento perfeito das cláusulas contratuais.

A teoria organizacional ressalta que os indivíduos, envolvidos em uma relação comercial, possuem racionalidade limitada, isto é, não conseguem antecipar corretamente todas as circunstâncias que podem ocorrer dentro de uma relação econômica. Desta forma, os contratos firmados não são completos por não conseguirem prever todas os acontecimentos futuros e conseqüentemente não preverem todas as condutas a serem estabelecidas e nem a melhor forma de alocar custos e obter os maiores benefícios (Milgrom e Roberts 1992).

A racionalidade limitada possibilita que alguns interessados possuam informações privilegiadas que permitem a obtenção de vantagens não previstas no cumprimento do contrato ou que o deturpem (assimetria de informação).

A assimetria de informação é um problema e um fator gerador de aumento de custos nas relações comerciais. Na literatura se denomina uma relação comercial onde existe dificuldade de monitoramento entre as partes de “relações agente principal ou relação de agência”.

De acordo com Arrow (1985), as relações de agência surgem quando o principal depende do agente, para alcançar um determinado objetivo, não consegue monitorar perfeitamente e sem custos as informações do agente. Desta forma, cria-se um “custo de agência” necessário para estruturar uma relação deste tipo, mas associada a custos e perda de bem estar.

Estes custos podem advir de:

Mudança de conduta pós-contrato, comportamento imprevisível após a assinatura do contrato (hidden action – Arrow 1985), denominado risco moral. Esta alteração de conduta, pós-acordo, espera do agente um comportamento médio ou usual.

O New Palgrave Dictionary of Economics define risco moral como ações dos agentes econômicos para maximizar sua própria utilidade em detrimento dos outros, em

situações onde estes não arcam com as conseqüências totais ou equivalentes, mas desfrutam dos benefícios totais das ações devido à incerteza e a contratos restritos que impedem atribuição dos benefícios ou prejuízos totais ao agente responsável. O agente está, então, isolado das conseqüências dos seus atos.

O desconhecimento da informação completa por uma das partes (hidden information – Arrow 1985), denominada seleção adversa, se apresenta quando o indivíduo tem informações sobre suas características individuais que lhes possibilitam agir de maneira oportunística já antes do estabelecimento do contrato.

Nas relações que envolvem seguros de saúde existem três agentes: a operadora, o beneficiário e o prestador. Em situações de pequenos atendimentos ou consultas, o beneficiário pode exercer o risco moral realizando exames ou consultas desnecessárias. Porém, em relação às internações ou cirurgias, é o prestador de serviços, o maior responsável pelo risco moral.

A seleção adversa pode ser exercida pela operadora ou pelos beneficiários. O beneficiário de maior risco tem maior interesse em contratar um plano de saúde, mesmo pagando um preço elevado. A operadora ao criar barreiras que impedem a contratação ou a obtenção de serviços médicos por pacientes de maior risco.

Esta assimetria de informações dificulta o monitoramento do comportamento das partes e aumenta o custo dos contratos, pela necessidade de implantar mais instrumentos de garantia contratual, monitorização dos procedimentos solicitados, revisão de serviços prestados e criação de uma assessoria jurídica para resolução de processos judiciais e administrativos.

Desde Jevons, Walras e Marshall, a noção de mercado perfeito está ligada ao pleno conhecimento das condições de oferta e procura. Sem conhecimento perfeito de todos os aspectos quantitativos e qualitativos que influem no mercado, não se pode esperar uma decisão racional das partes envolvidas.

Seleção adversa

O termo “seleção adversa” surgiu no mercado de seguros, para indicar situações em que os seguros são mais atrativos para as populações de maior risco, levando a uma elevação em cadeia do valor das contraprestações.

Alguns governos como o brasileiro, na tentativa de proteger grupos sociais excluídos do mercado privado, regulam o provimento de bens e serviços de saúde, determinando a impossibilidade de discriminação entre os indivíduos. A impossibilidade de discriminar os indivíduos segundo o grau de risco determina que o

valor da contraprestação seja calculado pelo risco médio. Este preço é desinteressante para os beneficiários de pequeno risco e interessante para os de alto risco. Esta preferência de consumidores de maior risco determina a seleção adversa de consumidores (*community rating*).

Outro fator é o desconhecimento dos consumidores da qualidade do produto possibilitando que os vendedores de produtos de má qualidade produzam uma externalidade fazendo com que os compradores, incapazes de avaliar a qualidade do produto, prefiram o mais barato e de menor qualidade. Essa externalidade cria uma falha de mercado que tende a expulsar do mercado os produtos de qualidade. Nos planos de saúde este fato pode ser observado na proliferação de planos de saúde que competem somente pelo baixo preço, oferecendo genericamente o produto “saúde” para clientes que não conhecem precisamente o produto e não tem como experimentá-lo antes da compra.

Risco moral (moral hazard)

Expressão também criada no mercado de seguros consiste na propensão de alteração do comportamento dos indivíduos por estar segurado. Para Zweifel e Manning (2000), existem dois tipos de risco moral:

Ex-ante moral hazard que diz respeito ao efeito do seguro sobre a prevenção das perdas. Por exemplo, beneficiários com seguro podem diminuir as atividades de prevenção por acreditar que a “cura” de eventual doença está assegurada. No limite, a presença do seguro pode estimular a fraude (perda intencional). Existem, porém poucas evidências empíricas da existência destes fatos.

Ex-post moral hazard refere-se ao efeito do seguro sobre a mitigação de prejuízos após uma perda. Por exemplo, um paciente pode não comprar medicamentos prescritos por acreditar ser mais econômico o tratamento sob internação. Pode ser dividido em duas categorias.

Risco moral estático É a propensão para maior utilização das tecnologias disponíveis em razão do ônus não recair no beneficiário ou prestador.

Risco moral dinâmico É a utilização de tecnologias cada vez mais caras em detrimento das mais antigas e de menor custo, igualmente satisfatórias. Como os planos de saúde dão acesso a várias tecnologias existe a tendência de incremento de utilização da tecnologia nova, criando um aumento desnecessário dos custos.

Segundo Santerre e Neun (1966), existem cinco tipos de ação que podem ser caracterizadas como risco moral:

- Ao longo do tempo, o usuário tende a diminuir as precauções que normalmente tomaria para evitar o aparecimento de doenças, como a adoção de hábitos saudáveis, o que representa futuro aumento de custo para a seguradora.
- O usuário pode aumentar sua demanda além do nível considerado eficiente.
- O usuário não se preocupa em pesquisar preços e encontrar provedores de serviços com a melhor relação custo/benefício.
- O usuário relaxa o monitoramento em relação ao comportamento do prestador, que pode prescrever tratamentos e exames desnecessários.
- A adoção de tecnologias médicas avançadas com baixo benefício e alto custo.

Em relação ao mercado de planos de saúde, algumas formas específicas devem ser ressaltadas.

Seleção Adversa do beneficiário

É a tendência dos compradores de e planos de saúde utilizarem o conhecimento de suas patologias, para adquirir seguros com prêmios mais baixos do que os atuarialmente justificáveis. Tal problema decorre da assimetria de informações entre operadoras e segurados. Potencialmente os compradores de seguros detêm, freqüentemente, mais informação sobre suas próprias propensões à perda do que os seguradores.

Seleção adversa em permanecer na operadora

Significa propensão à permanência de um beneficiário em uma operadora mesmo quando descontente com os serviços prestados, por haver necessidade imediata de utilizar serviços médicos. Permanecem assim, em uma operadora, os beneficiários que representam maior gasto. Aqueles que acreditam que, em curto prazo não necessitaram dos serviços de saúde tendem a migrar para outra que ofereça melhores condições de atendimento, ou melhor, preço.

Neste caso, o beneficiário opta por permanecer na operadora mesmo que não esteja plenamente satisfeito, visando manter direitos adquiridos como, carências cumpridas e regras para reajuste de preços por faixa etária, por entender que pode ser grande sua necessidade de atenção médica.

Demanda induzida pelo provedor

De modo geral, a relação de agência se estabelece satisfatoriamente entre médico e paciente, significando que, na maior parte das vezes, é prescrito o melhor tratamento, para uma enfermidade específica. Dependendo do grau de incentivos a que está condicionado o provedor, seu comportamento pode ser alterado, passando a manipular a demanda do paciente e aumentando o consumo de cuidados médicos com a finalidade de aumentar de lucros.

Modelos de mercado aplicáveis ou mercado de seguros de saúde.

Outra forma de interpretar as relações econômicas ou comercial em planos de saúde é estudar os modelos de mercado que mais se aplicam a este particular.

Marshall, ao definir as condições de equilíbrio em concorrência (mais tarde chamada de “pura” ou “perfeita”), introduziu o conceito de estruturas de mercado. Ao conceituar monopólio, em contraposição à concorrência, sugere a existência de tipos intermediários de mercado, que incluem o oligopólio, a concorrência monopolista e as associações monopolistas.

As condições definidas por Marshall para a existência de concorrência “pura ou perfeita”; resumidamente, são:

- (a) o mercado é formado por um grande número de empresas vendedoras, todas relativamente pequenas, e agindo, independentemente, de modo que nenhuma possa isoladamente afetar o preço de mercado;
- (b) o produto é homogêneo, não sendo diferenciado pelos compradores, a não ser pelo preço;
- (c) todos os agentes estão perfeitamente informados sobre tudo que se passa no mercado;
- (d) existe completa liberdade de acesso ao mercado (não há barreiras à entrada ou a saída de produtores).

O mercado perfeito é uma elegante representação do mercado, porém, pouco tem a ver com a realidade, estando baseada em considerações psicológicas e antropológicas ingênuas. Como diria o professor Simonsen: “Cada agente econômico se sente perfeitamente incapaz de afetar, por suas decisões individuais, o sistema de preços. Ao mesmo tempo, qualquer deles possui perfeito conhecimento do mercado e adivinha com a mais absoluta precisão o futuro dos preços. Nesse mundo não há complicações psicológicas: por uma questão de seleção natural, o empresário é obrigado a maximizar seus lucros, o que lhe permite apenas não sofrer prejuízos. E se cada um cuidar apenas

de si, sem se deixar influenciar pelos outros, teremos uma sociedade que, se não for feliz, pelo menos será eficiente no sentido de Pareto”.

Para tentar uma aproximação com o mundo real, a teoria econômica teve que relaxar os pressupostos do equilíbrio em concorrência perfeita. Em textos de 1933, Joan Robinson (*A Economia da Concorrência Imperfeita*) e de Edward Chamberlain (*A Teoria da Concorrência Monopolista*) procuram dar conta dessa realidade, ainda que usando denominações diferentes (imperfeição de mercado para Robinson, diferenciação de produto para Chamberlain), na qual as mercadorias não são indiferentes para os compradores. Dessa forma, situações de oligopólio ou de concorrência monopolista constituem imperfeições de mercado, no sentido de que existe concorrência entre as firmas, mas cada uma tem seu próprio mercado, ainda que não haja barreiras intransponíveis entre cada um dos concorrentes. O padrão de concorrência existente entre as firmas não se caracteriza apenas, pela competição em preços, mas também pela competição em produtos. Assim as firmas, devem alterar a qualidade, as características e a apresentação do produto para atrair compradores além de e fazer publicidade para induzir os compradores a adquirir o produto.

Outro autor que avançou no tema das estruturas de mercado foi Steindl que, abandonando a dicotomia marshalliana entre concorrência perfeita e monopólio, opõe a indústria competitiva à indústria oligopolista. Para ele, as indústrias competitivas caracterizam-se por: (a) inexistência de barreiras à entrada de pequenos produtores; (b) as firmas marginais são pequenas e possuem taxa de lucro tendendo a zero; (c) estas firmas respondem por uma parcela significativa da produção total da indústria. Já as indústrias oligopolistas apresentam as seguintes características:

(a) existência de barreiras à entrada; (b) existência de economias de escala; (c) as firmas marginais têm taxas de lucro superiores a zero e capacidade de resistência financeira.

Também Labini, interessado em aprofundar o estudo das estruturas de mercado, diferencia, no âmbito da concorrência imperfeita, os casos do “oligopólio diferenciado” e do “oligopólio concentrado”. O primeiro se encontra na produção de produtos manufaturados de consumo e nas atividades comerciais. Nesse caso, que corresponde às situações examinadas pelos teóricos da concorrência imperfeita ou monopolista, o conceito de mercado somente pode ser válido se distinguirmos o mercado particular dos produtos de cada empresa do mercado geral que inclui, além daqueles produtos, os seus substitutos mais próximos. Além desse caso, existem indústrias que produzem bens suficientemente homogêneos (ou pouco diferenciados) e que são caracterizadas por uma

elevada concentração. A essa situação, Labini chama de "oligopólio concentrado", reconhecendo ainda a existência de "uma situação intermediária, que apresenta as características da concentração e da diferenciação", que denomina de "oligopólio misto". De qualquer forma, para ele, "o oligopólio não aparece como um caso teórico particular, mas como a forma de mercado mais freqüente, embora apresente figuração variada na moderna realidade econômica". É isso que lhe permite dizer que "a teoria do oligopólio constitui, em relação à teoria da concorrência imperfeita, uma posterior aproximação com a realidade". Finalmente, levando em conta todas essas contribuições, os teóricos da organização industrial propuseram uma taxinomia abrangente, que compreende:

- (a) **indústria competitiva**: existe competição por preço, mas não por diferenciação de produto;
- (b) **indústria competitiva diferenciada**: existe competição por preço e por diferenciação de produto;
- (c) indústria oligopolista diferenciada ou **oligopólio diferenciado**: existe competição por diferenciação de produto, mas não por preço;
- (d) indústria oligopolista pura ou **oligopólio homogêneo**: não existe competição por diferenciação de produto nem por preço.

As imperfeições (ou falhas) de mercado, porém, não se limitam aos casos de monopólio ou oligopólio, e pelo menos outras quatro situações vêm sendo estudadas. Tais situações são, na verdade, o fundamento para a intervenção do Estado na economia ou para a regulação do mercado pelo Estado. São elas:

- indivisibilidade do produto;
- externalidades;
- riscos e incertezas na oferta de bens;
- assimetria de informação.

Bens indivisíveis são aqueles para os quais não se pode estabelecer preços via mercado, sendo suas características a não-exclusividade (a eles não se aplica o direito de propriedade) e a não-rivalidade (o acesso de mais pessoas a seu consumo não implica aumento de custos). Os bens indivisíveis são os bens públicos puros como exemplo a defesa nacional ou a saúde, do modo definido em nossa constituição, que deve ser oferecida pelo governo a todos e a todo o tempo. São os campos por excelência para a ação convencional do Estado.

Externalidades: ao contrário da teoria convencional, nem sempre o mercado é capaz de produzir o equilíbrio para toda a economia já que certos agentes podem afetar positiva ou negativamente o mercado.

Neste espaço de mercado imperfeito da saúde suplementar o estado pode agir de diversas formas na regulação, de maneira muito ampla, ou usando os instrumentos típicos de política econômica (fiscal, monetária, cambial etc.) chegando até a produção direta de bens e serviços. Pode atuar, tradicionalmente, pela indução positiva ou negativa de certas atividades como: incentivos, subsídios, renúncia fiscal, política de crédito, proteção tarifária, criação de impostos e etc.

Outros instrumentos de ação relacionados a diversas formas de regulação pelo Estado são os mecanismos e agências de coordenação dos mercados e a regulamentação através de leis, específicas ou gerais, de defesa da concorrência e de direitos do consumidor.

3.4 -- Especificidades Do Mercado Da Saúde

A realidade da saúde apresenta-se como um desafio para os economistas, na medida em que, as formas de manifestação da demanda e decisão de compra por parte dos agentes são referidas ao mercado, apresentando os mesmos formatos gerais, notadamente, a relação entre um comprador e um vendedor transacionando em moeda. No entanto, os economistas sabem que esta igualdade é apenas formal, o que impõe limites à garantia da satisfação dos consumidores e à melhor alocação dos recursos sociais. (Biasoto 2002).

O mercado de saúde é singular em sua formação, gerando falhas na construção das curvas de demanda e oferta que são responsáveis pela fixação e definição da produção social. Os elementos constitutivos destas falhas de formação são: a) o fato de que a demanda não se estabelece como um desejo do consumidor, mas como uma necessidade decorrente da ausência de saúde; b) as dificuldades em limitar os benefícios da atenção à saúde a uma pessoa em particular, quando as externalidades do “consumo” de saúde são evidentes, seja na absorção dos benefícios gerados pelas ações de saúde pública, seja na interdependência da percepção individual entre a própria saúde e a de outras pessoas que têm acesso a serviços de saúde; c) a assimetria de informação entre o consumidor de saúde e os provedores, que se desdobra por diversas vias, desde o custo da informação até a submissão do consumidor-comprador de serviços às decisões tomadas pelo profissional de saúde; d) a incerteza envolvida tanto na necessidade de saúde quanto na efetividade de um eventual tratamento. Vale notar que toda a reflexão

motivada pelas especificidades da mercadoria saúde deriva do fato de que estas características são identificáveis em diversos produtos, mas a saúde é um dos poucos casos onde todos os quatro são concomitantes (HURLEY 2000).

A partir das teses de SEN (1985) a noção tradicional de bem estar foi superada. A demanda por saúde, sob as condições de um bem desejado apenas a partir da perda de um estado de boa saúde, passou a aparecer como necessidade.

O ponto de partida para o enfoque normativo é a obtenção de uma alocação de recursos que alcance o ótimo de Pareto, que seria, obtido com as regras de mercado em plena vigência. Mas, aí, começam as divergências, dado que a teoria tradicional da economia do bem estar estrutura a demanda através das utilidades envolvidas para o indivíduo na obtenção de saúde. No entanto, dois problemas se chocam com a validade de tal forma de encarar a questão.

A primeira é a própria idéia de utilidade, provavelmente não aplicável a uma situação de carência como a da ausência de saúde. A segunda é a mensuração dos benefícios também crítica, já que a precificação da recomposição das condições de vida de um indivíduo não é tarefa simples. Mais crítica ainda é a quantificação dos níveis de recuperação que, muitas vezes não é plena.

A dificuldade na aplicação das análises de custo benefício para uma grande maioria de problemas médicos sugere a utilização de outros enfoques como a análise de custo-efetividade. Nesta, a avaliação da demanda deve ser trocada pela avaliação da necessidade. O método compara diversas formas de atingir um objetivo, que pode então ser quantificadas e comparadas ao custo monetário.

Outra forma de avaliação entre programas de saúde é a tentativa de mensuração da efetividade em QALY (quality-adjusted life years) onde se estabelece uma ordenação de situações que vão da saúde perfeita até a morte. Descreve-se uma escala de descontos relativos ao sofrimento envolvido em diversas formas de doença. Elementos como taxa de mortalidade, expectativa de sobrevida e seqüelas são incorporadas a análise. Ao final, o custo da intervenção é calculado relativamente ao peso da qualidade de vida resultante.

Ao mesmo tempo, por meio de ensaios empíricos, Newhouse encontrou uma elasticidade, em relação à renda, maior do que a unidade para gastos em saúde. A partir disto, sustentou os componentes subjetivos, ao invés dos fisiológicos, como os principais motores da demanda por saúde. Desta forma, ele transforma a saúde na categoria de bens de consumo de luxo.

O grande problema é que as diferenças entre as realidades de renda e formação histórica e institucional, mais especificamente dos formatos dos sistemas de saúde, parecem impor uma complexidade excessiva aos modelos e metodologias existentes, por mais que as mesmas tenham avançado nos últimos anos.

3.5 -- Formas De Competição Entre Operadoras

Como em todo mercado, as operadoras competem por vidas, oferecendo produtos melhores ou com menor preço mecanismos que não podem se expressar, completamente devido, a dificuldade de livre trânsito de beneficiários para produtos mais competitivos, como observado no mercado geral de bens. No mercado de saúde a troca de produtos acarreta perda de direitos como as carências cumpridas e o direito a reajustes especiais que levam em consideração o tempo de permanência do consumidor na operadora.

Do ponto de vista econômico não é, portanto um mercado perfeito.

Concordando com Zwanziger e Melnick (1996), o mercado possui três atores: o médico ou prestador, o paciente e o agente pagador e depende da influência de cada um destes agentes. Observa-se um predomínio do poder dos médicos e de prestadores, que são capazes de determinar a quantidade de serviços solicitados e das seguradoras que determinam a qualidade dos serviços ofertados. O paciente é, assim, um agente passivo podendo influenciar pouco na demanda ou qualidade dos serviços prestados.

No mercado dominado por médicos, ainda a influência exercida na escolha dos prestadores por conta da localização e do nível de qualidade e conforto oferecido. O preço passa a ser um fator de menor importância, tornando o sistema quanto mais competitivo mais caro (Farle 1985 e Joskow 1980).

No mercado dominado pelas seguradoras, o preço se torna o fator mais importante na escolha dos prestadores de serviço. O resultado final depende do poder de barganha das operadoras e dos prestadores, e ainda da prioridade do paciente entre manutenção no mesmo plano com atendimento no mesmo hospital e da capacidade de pagar os prêmios.

Uma nova forma de mediar a competição, com aumento do poder do beneficiário seria a Competição Gerenciada (Managed Competition) em que um agente de compra coletiva teria mais capacidade de negociar preços, tipos de planos e serviços ofertados. Este agente seria formado pela adesão de muitos beneficiários a poucos ou a único grupo comprador, dando ao mercado características de um oligopsonio com suas conseqüentes vantagens competitivas.

Também devem ser consideradas as relações contratuais entre operadoras e prestadores e entre estes e beneficiários. Este relacionamento extrapola o aumento de mensalidades ou serviços prestados. Devem ser consideradas as estratégias de captação e gestão de demanda que interferem de forma importante nas relações tradicionais de mercado.

Estas falhas de mercado têm motivado o crescimento das atividades regulatórias, estimulando a intervenção crescente dos governos em nome de consumidores, na proteção de contratos e da provisão de bens públicos. Com isso, a política pública assume que o mercado por si só não gera a alocação otimizada, de recursos em qualquer circunstância em termos de Pareto.

A teoria econômica aponta que, a noção de falha de mercado é aplicável, quando o teorema fundamental de eficiência, gerada pela existência do mercado, não produz resultados eficientes.

3.6 -- Por Que O Consumidor Muda De Plano De Saúde

Alguns fatores podem ser responsabilizados pela mudança de plano de saúde. Neste cenário onde a opção por um determinado plano de saúde pode ser refeita, os beneficiários tem a constante oportunidade de reavaliar sua opção e trocar do plano e as preferências do beneficiário são constantes ao longo do tempo. Certamente, o preço da contraprestação representa um fator dos mais importantes, embora outros fatores como o leque de benefícios ofertados e a rede de hospitais disponibilizada, possam também ter um papel importante na escolha ou na troca de plano de saúde. Por outro lado, mesmo que, estes fatores permaneçam constantes, os beneficiários podem aprender sobre a utilização dos recursos e de suas reais necessidades (racionalidade ilimitada), podendo aprimorar suas escolhas. Assim, ao longo do tempo, e a partir de uma história de utilização, os beneficiários podem rever seus conceitos sobre seu plano, podendo mudar quando a expectativa inicial não é satisfeita (Kwon e outros, 1994). Esta escolha, no entanto, não será sempre a melhor, pois os fatores relacionados com a assimetria de informação permanecem presentes (racionalidade limitada).

Na escolha inicial existem custos associados com a análise de cada plano do mercado. Se um plano é escolhido, os custos de mudança são ainda maiores e expressos por perda de carências, direito de reajuste especial e troca de prestadores de serviços. Tipicamente, o custo de informação da decisão inicial não desvia o

beneficiários em direção a um plano, mas os custos da mudança fazem que beneficiários permaneçam no mesmo plano.

Não se conhece, com certeza, em que magnitude os preços influenciam a mudança de planos de saúde. E mesmo sendo um fator importante, os custos relacionados à troca poderiam ser suficientes para manter os beneficiários no mesmo plano (Neipp and Zeckhauser 1985). Desta forma, o custo de mudança de plano é, certamente, um fator que atenua a competição entre operadoras de planos de saúde.

Trabalho de T.C. Buchmueller e outros de 1997 estudando planos coletivos relata que, quando não existe contribuição pecuniária do empregado na mensalidade, a troca de plano é mínima. Quando os empregados contribuíram, havendo aumento do custo de participação, se observa migração de 30 a 50% dos beneficiários. Outros autores como Fieldman et al, 1989; Short e Taylor, 1989; Fiedman e Dowd, 1994 relatam que indivíduos que trocam de plano procuram os planos mais baratos e mais semelhantes a seus antigos planos, em relação à rede credenciada e profissionais associados.

Os autores observam que, o preço foi o fator mais significativo para a mudança de plano de saúde, sendo também observada relação indireta com a idade e com o tamanho da família.

Trabalho de Cunningham e Kohn, 2000, estudando 32.732 famílias e 60.446 indivíduos entre 1996 e 1997; encontraram que 17% dos beneficiários de seguros privados mudaram de plano no ano anterior à pesquisa. Nestes, o motivo para mudança foi: 33% em consequência de mudança de emprego, 36,3 % decisão do empregador contratante, 25% pelas características do novo produto escolhido. Destes, 16% optaram por um plano mais barato e 8% por um de maior cobertura. Cerca de 4% trocaram de plano motivados por quebra de vínculo de parentesco (como separação) e outros 4% por outros motivos.

Quando a troca de plano de saúde é consequente a mudança de emprego, pode ocorrer uma melhor oferta de benefícios no plano de saúde do novo emprego, ou a perda do benefício quando a nova empresa não oferece plano de saúde.

Beneficiários com maior utilização de seus planos de saúde, como os idosos, tiveram menor tendência a trocar de plano assim como outras populações mais vulneráveis como hispânicos negros e pobres. Estes, quando mudam de plano optam pelos produtos mais baratos.

Observou-se a tendência de manutenção do provedor mesmo quando houve mudança de plano, ainda que, isto envolva a complementação do valor reembolsado pela operadora.

Pesquisa encomendada pela Cigna Saúde LTDA, denominada Mercado de Saúde, aplicado na população de São Paulo em 2002, demonstrou que 30,5% dos entrevistados declararam que o fator mais importante para se manter em um plano de saúde é o bom atendimento, seguido em 20,1% dos casos da ampla cobertura de exames e inclusão de cobertura para unidade de terapia intensiva. O item preço foi o menos significativo, citado em 4,3% das respostas (tabela. 4).

Tabela. 4 - Fatores que determinam se manter em um plano.

30,5%	bom atendimento
20,1%	ampla cobertura
21,1%	médicos qualificados
20,7%	bons hospitais
17,6%	rapidez no atendimento
5,2%	pouca burocracia
4,3%	preço

Cigna Saúde 2002

Na interpretação destes dados deve ser levado em consideração que a maioria dos beneficiários de planos de saúde no Estado de São Paulo pertence a classes mais favorecidas e portanto menos elásticas a alterações de preços.

3.7 -- Textos e depoimentos sobre portabilidade

Desde o início da regulamentação dos planos de saúde a portabilidade ou mobilidade entre planos de saúde, vem sendo apontada como desejo do universo de beneficiários. É citada e incentivada também por dirigentes de associações, órgãos de defesa do consumidor e membros do governo. Não se observa, porém, na grande maioria dos pronunciamentos, nenhuma tentativa de normatização, estudo de viabilidade ou proposta de implementação. As manifestações de seguradoras e operadoras se restringem a apontar o perigo de adoção e o ônus econômico da portabilidade, porém, não existe nenhum estudo atuarial sobre o assunto até o momento.

Talvez devido ao pouco tempo de vigência da Lei 9656/98, que estabeleceu a uniformidade dos planos de saúde tornando a portabilidade pode ser mais viável, ainda não exista tempo hábil para haver literatura sobre o assunto.

Citaremos textos encontrados na imprensa, congressos, aulas ou publicações que apontam a importância do assunto.

Januário Montone, então Presidente da ANS, em entrevista ao O Globo em 16/11/2001.

“MOBILIDADE:” A possibilidade do consumidor mudar de plano quando achar que não está recebendo bons serviços, sem cumprir carência, seria ideal. A mobilidade é essencial para o sistema, pois teríamos uma concorrência verdadeira, mas não temos soluções mágicas. Se tivéssemos um sistema de portabilidade de carência, o controle de preço seria feito pelo próprio consumidor por causa da concorrência. Mas não se pode apenas mudar a lei. Não posso exigir que uma empresa aceite um consumidor e lhe dê as coberturas de um contrato, se ele pagou a carência para outro plano. Não basta baixar resoluções e obrigar o mercado a fazer isso ou aquilo.”

Nesta intervenção, no início de sua gestão e com a grande maioria dos planos de saúde não regulamentados e com características inteiramente diversas, apontar um caminho para a portabilidade era impossível, como é definido a seguir. A preocupação do momento era de levar o maior número de beneficiários para os planos chamados novos e adaptados a regulação.

MIGRAÇÃO: "Hoje um dos grandes problemas é a dificuldade de migração para os planos novos: 75% dos usuários, 21,7 milhões de pessoas, ainda estão com contratos antigos. Os contratos novos são muito caros e ainda é preciso cumprir carência, por isso as pessoas não migram. A maioria dos contratos antigos são coletivos. Não posso obrigar o consumidor a migrar. Nossa idéia é obrigar as operadoras a oferecerem um contrato adaptado, que tenha todas as coberturas previstas pela Lei 9.656/98, não tenha carência e seu preço não aumente muito”.

Neste depoimento, é apontado o incremento da concorrência após a regulamentação da portabilidade, que levaria à auto-regulação dos preços. As dificuldades de implantação são situadas como econômicas, não sendo tratadas as formas de promover o ressarcimento de eventuais perdas ocorridas.

No Fórum de Saúde Suplementar realizado em 26, 27 e 30 de junho de 2003 em Brasília, foram prestados alguns depoimentos favoráveis à portabilidade pelas associações de consumidores. Nestes, o aspecto econômico não é mencionado, ficando o ônus da portabilidade exclusivamente para as operadoras.

Associação PRO TESTE refere a portabilidade como “uma omissão da regulamentação, já que propiciaria aumento da concorrência”. (Fórum de Saúde Suplementar Brasília 2003)

A representante do PROCON-SP Lúcia Helena Guimarães também refere a mobilidade e portabilidade como uma omissão da legislação. (Fórum de Saúde Suplementar Brasília 2003)

“Para isso, disse que cabe se falar sobre o que a Lei acabou não abrangendo, como a mobilidade e portabilidade dos prazos de carência. Disse que esta situação é prevista no sistema previdenciário e que o setor de saúde suplementar precisa estar acompanhando isso. Afirmou não ser possível hoje se tratar de uma situação de liquidação de uma determinada operadora em que a agência tenha que sair em uma situação de leilão de carteira ou de negociar quem vai assumir a carteira porque não há ainda uma regulamentação clara, mas também não se possibilita que o consumidor vá para o mercado com uma mobilidade e não dependa de repasse de carteira. “

Nesta intervenção é ressaltada mais um importante aspecto da portabilidade, que seria a solução para perda da assistência médica dos beneficiários, após o fechamento de uma operadora ou seguradora. Caso a portabilidade existisse, a migração destes para outro plano de opção do consumidor seria automática, caso o ônus da migração fosse assumido pelos beneficiários ou por um fundo como veremos adiante.

Atualmente quando há a liquidação extra-judicial de uma operadora de planos de saúde, há dificuldades pra transferência das carteiras que é promovida por leilão.

A associação de seguradoras (Fenaseg) aponta o custo da portabilidade, com parando-a a obrigatoriedade de cobertura de mais um procedimento. Esta será a visão adotada neste ensaio, sugerindo um cálculo para o custo da a portabilidade. A Fenaseg aponta o aumento do número de coberturas sem a devida contrapartida do aumento das contraprestações pecuniárias, como fator de inviabilização das operadoras e seguradoras.

Luis Felipe Pelon – Fenaseg (*Fórum de Saúde Suplementar Brasília 2003*)

“Não existe segmento da economia com maior concorrência, com cerca de 2.700 operadoras, o que leva a ser enorme a oferta...Disse que querer ofertar planos com cirurgia de miopia com menos de 7 graus, reduzir a preexistência, permitir mobilidade e portabilidade, e uma série de outras coisas, próximas da universalidade e da integralidade, é elitizar a saúde particular no Brasil. Perguntou quem vai pagar....”

Não se observa nesta intervenção o embasamento das opiniões por nenhuma forma de cálculo ou expectativa do custo que a implantação da portabilidade possa acarretar às operadoras ou seguradoras.

Entrevista do então Diretor-Presidente da ANS, Januário Montone, ao Jornal do Brasil em 11/7/2003.

“Adaptação tem a ver com outras bandeiras incoerentes se não houver padronização, como portabilidade da carência. Sou defensor dela. O mercado compra carência fazendo seleção de risco, não compra para parto, doença preexistente, alguns limitam idade. Não dá para garantir mobilidade com essa heterogeneidade de plano antigo, com exclusões de cobertura.”

Após três anos o então diretor da ANS ainda se depara com a mesma situação de predomínio de beneficiários em planos antigos e de cobertura não padronizada que

impede a regulamentação da portabilidade. Reconhece a compra de carência no mercado com seleção de risco como mecanismo de competição de mercado.

Durante a CPI dos Planos de Saúde de 2003 observamos.

O Presidente da, Deputado Henrique Fontana (PT-RS)

“Quando um consumidor mudar de plano de saúde, terá o direito de levar consigo, para outra empresa, as carências aos tratamentos. Caso contrário, o cliente fica escravo de um determinado plano”.

O Procurador do Ministério Público também defende a portabilidade de carências. Já a Conselheira Chiavassa discorda: em sua opinião, viabilizar essa transferência seria impor o custo a outra empresa.

(gravação de depoimentos do CPI dos Planos de Saúde)

É ressaltado por estes a importância dos custos para a operadora que recebe o beneficiário de outra operadora, e a importância da possibilidade de troca de operadora para a existência de um mercado competitivo

Legislação de planos de saúde é questionada na CPI Agência Câmara
15.08.2003

João Luis Barroca de Andréia na época diretor da ANS em entrevista ao Estado de São Paulo (GABRIELA SCHEINBERG) publicado Terça feira 19 de junho de 1999. Aponta para a possibilidade de formação de “lobby” e critica o mercado como afastado da concorrência perfeita.

- Usuário pode ser prejudicado na troca de plano

“Ele advertiu ainda que, se o consumidor optar pela troca de empresa, é importante observar se o novo plano compra o período de carência. Barroca reconheceu, entretanto, que há um "pacto não escrito" entre as grandes empresas do setor pelo qual uma seguradora não compra a carência de outra para evitar que o usuário mude de plano. "Para evitar esse tipo de truque, o consumidor precisa estar muito bem informado.”

Antônio Penteadó Mendonça em entrevista a Sandra Silva aponta para a importância do número de procedimentos cobertos e sua relação direta com o valor das

contraprestações pecuniárias. Aponta também para a inter-relação entre o sistema público o SUS e a Saúde Suplementar.

Quinta-feira, 5 de novembro de 1998 Estado de São Paulo SANDRA SILVA

Melhor opção para usuário é adiar a troca de convênio
<http://www.estado.estadao.com.br/edicao/98/11/04/ger857.html>

"Com a exigência de mais coberturas, o governo só provocará a quebra de pequenas empresas, que não terão dinheiro para oferecer os serviços", diz o advogado especializado em seguros, Antônio Penteado Mendonça. "Isso significará também a volta dos mais pobres ao Sistema Único de Saúde (SUS)."

No Relatório da CPI da Saúde Suplementar em novembro de 2003, o relator, Dr. Ribamar Alves (Resumo impresso distribuído aos membros), cita a necessidade de estudos de impacto econômico para que se regule a migração e a portabilidade

b) Regulamentação da migração dos planos de saúde contratados antes de 2 de janeiro de 1999 para o regime instituído pela lei n.º 9.656/98. A proposta a ser oferecida aos usuários e às operadoras, tendo em vista a adaptação à referida legislação, deve ser cuidadosa e minuciosamente elaborada pela assessoria técnico-jurídica do Ministério da Saúde e da ANS, a fim preservar o ato jurídico perfeito - como, aliás, já sinalizou o Supremo Tribunal Federal, por ocasião da concessão de medida liminar, em Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade - ADIN n.º 1931.

O Presidente da ANS (2004), Fausto Pereira dos Santos em recente entrevista a Folha de São Paulo, também defende a portabilidade citando a necessidade de estabelecer normas e critérios para a portabilidade como mecanismo de aperfeiçoamento do mercado. As falhas da regulamentação dos planos coletivos também são citadas, apontando para a necessidade de aperfeiçoamento da legislação já existente

ANS: consumidor precisa de proteção na troca de planos de saúde.

ANS considera fundamental a introdução de mecanismos legais que protejam os associados de operadoras de saúde na mudança de planos
Fausto Pereira dos Santos, novo diretor-presidente da ANS, considera fundamental a introdução de mecanismos legais que protejam os associados de operadoras de saúde na mudança de planos. A Agência quer garantir que, ao trocar de operadora de plano de saúde, o usuário possa "levar seu histórico", como carências já cumpridas no primeiro contrato.

Atualmente o consumidor é obrigado a começar do zero, caso deseje fazer a mudança. De acordo com Pereira dos Santos, a chamada "mobilidade com portabilidade" é um dos principais pontos que a Agência e o governo pretendem alterar na legislação: "As regras de mobilidade com portabilidade são cruciais para garantir mais liberdade de escolha ao consumidor"

Além desta questão, outro item a ser discutido pelo Órgão será a rescisão unilateral de contratos em planos coletivos: "a idéia é proteger principalmente os usuários de planos coletivos por adesão, pagos integralmente pelos empregados", afirmou Santos.

Nilson do Rosário Costa e José Mendes Ribeiro, em Textos de Referência para o Simpósio Regulamentação Dos Planos De Saúde Brasília DF 2001, relata em suas conclusões a função do ente regulador no aperfeiçoamento do mercado dos planos de saúde, citando a portabilidade como um destes mecanismos

A Política Regulatória e o Setor. Saúde: Nota Sobre o Caso Brasileiro

Para que todos possam ter acesso a preços razoáveis ao seguro saúde, a função de regulação tem sido legitimada pela busca de contrapesos gerais e específicos à conduta puramente de mercado no setor. Entre as iniciativas estão: o incentivo a mobilidade do consumidor, ampliando a elasticidade da demanda, a redução de preços dos prêmios e os incentivos fiscais. As atividades de regulação pontual compreendem a garantia de cobertura, restrição nas cláusulas de exclusão e a garantia de portabilidade de direitos contratuais, entre outras.

Nos depoimentos relatados, apesar da falta de uma proposta formal acerca da portabilidade, se observa a concordância geral sobre sua oportunidade e necessidade, tanto na manutenção dos direitos dos beneficiários quanto no aumento da competitividade entre seguradoras e operadoras de seguros saúde. Todos os pontos cruciais são apontados como obstáculos exclusivamente econômicos para sua

implantação, por introduzir mais um procedimento a ser coberto por operadoras ou por ser capaz de onerar demasiadamente a operadora ou seguradora que recebe o beneficiário. Conclui-se assim que mecanismos de minimização dos prejuízos devem ser estudados e implementados sob a ótica econômica, para que a discussão da portabilidade passe a ser baseada em propostas concretas, cujo impacto possa ser mensurado e discutido com todos os atores do mercado de planos de saúde.

CAPÍTULO 4 - EXPERIÊNCIAS RELACIONADAS À PORTABILIDADE

4.1 -- Caso Americano

Tendo em vista, que o modelo mais desenvolvido de política de saúde, baseado no seguro privado é o americano. Alguns aspectos relacionados à regulamentação da portabilidade devem ser analisados.

A análise do caso americano é justificada principalmente, por ser a experiência mais consolidada de seguro-saúde privado e, por constituir referência para o entendimento das relações contratuais estabelecidas entre os agentes neste mercado.

Apesar de não ter sido criado ou planejado por lei, o sistema de saúde americano é produto dos costumes e da livre iniciativa, sendo acidental em sua concepção. Tem origem na grande carência de mão de obra pós Segunda Guerra Mundial. Nesta época o benefício concedido do seguro saúde servia para burlar as rígidas leis de controle salarial. Em 1943, foi determinado que estes benefícios estavam isentos do pagamento de impostos e podiam ser deduzidos dos impostos pagos pelos trabalhadores.

A política americana de saúde é baseada principalmente no seguro-saúde patrocinado pelo empregador, estimula o seguro patrocinado e desestimula o seguro individual por meio da significativa isenção fiscal permitida às empresas que contratam seguros e a menor isenção fiscal ao contratante individual. Dados de 1998 demonstram que o número de indivíduos com cobertura de saúde patrocinada por empregador correspondia a 93% de todos os segurados.

O seguro saúde, nos Estados Unidos, é coordenado pelo governo federal pela Lei sobre a Seguridade Social (ERISA), pouco clara e abrangente em relação à saúde, mas que tira do governo central o poder de legislar com clareza sobre os planos de saúde. A maior parte da regulamentação é exercida pelos estados, que elaboram leis próprias e muitas vezes discordantes.

O Estado participa da assistência à saúde com o Medicare, Medicaid, Programa Estatal de Seguro Médico Infantil, Sistema de Saúde de Ex-combatentes e das Forças Militares. Participam do mercado aqueles que possuem plano de saúde através do empregador ou aqueles que podem pagar um plano individual.

Para os que não podem pagar, foi criado a partir de 1965 o MEDICARE concebido sob o espírito do seguro social e o MEDICAID de modelo assistencialista, vinculado ao reconhecimento de estado de pobreza.

MEDICAID

Destinado a população pobre, inabilitados e órfãos. É financiado por entidades caritativas, governo estadual e recursos federais específicos. Os serviços são prestados por hospitais privados contratados pelos governos estaduais. Sua cobertura é heterogênea e depende da capacidade de cada estado em financiar o programa.

MEDICARE

É financiado pelo governo federal, com regulamentação uniforme e se destina a cobertura médico assistencial à população maior de 65 anos (desassistida pelos seguros saúde de empresas que só cobrem os trabalhadores em atividade). Os serviços são prestados por hospitais privados contratados.

Divide-se em dois programas básicos: um de adesão obrigatória que cobre parcialmente os gastos de hospitalização, e que exclui alguns itens importantes e requer co-pagamento do beneficiário. Outro, de adesão voluntária que é um seguro médico complementar com cobertura ampla sendo financiado parte pelo beneficiário e parte por contribuições fiscais. Também inclui o pagamento quando da utilização dos serviços.

Completam o rol de prestadores, total ou parcialmente gratuitos, outros atores menos importantes como as entidades caritativas, que possuem programas destinados à populações específicas (indígenas, aidéticos e canceroso, como exemplo)

SETOR PRIVADO LUCRATIVO

O seguro saúde fornecido a trabalhadores não é obrigatório e sim um benefício ofertado pelo empregador. Assim, a cobertura oferecida e o grau de participação do trabalhador no pagamento dos prêmios é largamente variável. A cobertura se limita ao tempo em que o trabalhador está empregado. Não existe garantia de aceitação em um plano de saúde, principalmente, quando o indivíduo é portador de doença preexistente que, nesta condição, pode não ser aceito por nenhum plano de saúde.

A grande parcela da população desassistida, por perda de emprego ou cancelamento de contrato de seguro saúde empresarial motivou, a criação de uma lei federal que objetivava diminuir o impacto, na saúde coletiva, da grande massa da população que não tinha direito a assistência de saúde por desemprego ou política de redução de custos do empregador.

O HIPAA Insurance Reform (Health Insurance Portability and Accountability Act) de 1996, é aplicado aos planos de empresas seguradoras vinculadas a legislação federal e às empresas regulamentadas pelos estados. Em razão da grande quantidade de

indivíduos que permaneciam algum período sem cobertura em razão de troca de emprego, demissão ou aposentadoria

Representou a segunda tentativa de reforma do setor de saúde americano.

É aplicada a planos coletivos ou grupais de saúde e assegura o direito, quando houver quebra do vínculo empregatício, da transferência para um plano individual mantendo os direitos adquiridos pelo tempo de permanência no plano anterior. Está fora da regulamentação HIPAA, o empregado que: tiver direito a outro plano de saúde mesmo, que por intermédio de cônjuge ou outra relação de parentesco, aquele elegível para o Medicaid ou Medicare, aquele que perde o direito ao seguro por não pagamento da contraprestação.

Nos casos em que se aplica o HIPAA temos as seguintes condições:

Exclusão de procedimentos nas doenças preexistentes limitadas em duração.

Taxas mais altas ou recusa de cobertura são proibidas quando relacionadas ao estado de saúde do beneficiário.

Período de inscrição especial no plano de saúde em grupo quando se perde a cobertura, se tiver optado a não se juntar ao grupo quando elegível ou quando tiver um novo dependente.

Período máximo de 63 dias fora de um plano para se ter direito ao HIPAA.

Carência máxima permitida é seis meses, devendo o tempo de permanência anterior, em outro plano, ser aproveitada.

Nos Estados Unidos os planos coletivos por adesão são considerados como planos individuais.

A exclusão de procedimentos por preexistência não pode ser maior do que doze meses podendo ser estendida à dezoito meses se a inscrição não é feita dentro do período estabelecido (63 dias).

Garantias dadas pela HIPAA :

Nos seguro em grupo, a renovação é obrigatória pelo tempo desejado pelo empregador exceto em algumas condições.

Planos coletivos --

Condições de não renovação do contrato.

Inadimplência.

Fraude contra a operadora.

Violação das regras de participação ou regras de contribuição.

Fim do vínculo do beneficiário com o empregador.

Quando a cobertura é de rede (HMO), se todos os membros do grupo se transferirem para fora da área de serviço.

Os planos individuais têm renovação automática enquanto for de desejo do beneficiário.

Condições de rescisão do contrato.

Inadimplência

Fraude

Transferência para fora da área de serviço (em plano de rede)

Mudança para outro estado

Término do vínculo com a associação a que pertencia (se a cobertura for exclusiva para membros da associação)

COBRA (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act. De 1985) Lei Federal que assegura, ao empregado e seus dependentes que deixam o plano de saúde em grupo, a oportunidade de adquirir e manter a mesma cobertura de saúde por tempo variável (18, 29 ou 36 meses dependendo da lei estadual) sob certas condições. Esta cobertura é paga pelo próprio indivíduo e só é válida para empresas com mais de vinte empregados.

Desta foram, nos casos em que o plano da empresa é cancelado ou há perda do vínculo empregatício, o beneficiário pode dar continuidade à assistência, mantendo as mesmas coberturas. Pode ser usado como transição até o ingresso em outro plano.

Somente ao final do período estipulado o beneficiário pode ingressar em um plano individual ou mesmo no plano de um outro emprego.

Pode a partir do final da cobertura ingressar em plano individual se não ingressar em outro em prego com direito à plano de saúde.

CONDIÇÕES DE PERDA DA COBERTURA COBRA

Plano de rede como HMO transferência do local do plano, e não existe opção de continuidade dos benefícios. Neste caso o COBRA é considerada exaurida.

Empregador pode terminar a continuação da cobertura COBRA em certas situações como quando o beneficiário passa a ser coberto por outro plano de saúde em grupo. Se houver condição de preexistência e o novo plano limita ou exclui cobertura para estas situações o COBRA tem que ser exaurido para contagem de tempo de plano.

A opção de ingresso em plano individual com aproveitamento dos tempos de carência do antigo plano coletivo somada a do COBRA só pode ser realizada uma vez. Após esta opção o beneficiário perde o direito de elegível no HIPAA.

O seguro individual é de renovação obrigatória pelo tempo que o beneficiário desejar beneficiário desejar não havendo regras de migração entre planos.

Mesmo abrangendo uma grande parcela da população, o sistema de saúde americano convive com cerca de 15% da população sem direito à atenção médica as pequenas empresas e as que empregam trabalhadores de baixa renda tem a maior proporção de trabalhadores sem direito a assistência médica.

4.2 -- Caso Alemão

O sistema foi criado no final do século 1883 por Bismark e passou a ser o sistema predominante na Alemanha após a unificação de 1990. A semelhança com outros países desenvolvidos o sistema de saúde Alemão vem passando por transformações objetivando racionalizar os usos dos recursos de assistência (Organização Mundial de Saúde 1002; Reinhardt 1994). Estas mudanças foram motivadas pelo aumento dos gastos observados na década de 90, onde em 1991 atingiram 9,1% do PIB (Henke 1994).

O sistema alemão de saúde é redistributivo e esta baseado na contribuição sobre percentagem fixa do salário, pagos igualmente pelo empregado e pelo empregador (Lei Básica de 1949 e sancionado pelo Código de Seguro de 1988).

Engloba o sistema 92% da população, sendo atendidos os 8% restantes por seguros de saúde privados.

O sistema alemão de saúde é descentralizado, corporativismo e pluralista, financiado por contribuições compulsórias sobre os salários divididos entre o empregado e o empregador. (média de 13,42% dos vencimentos brutos) não fazendo-se distinção entre pertencer o trabalhador ao setor público ou privado. Estes recursos são gerenciados pelos Fundos de Doença (AOK). O estado tem pequeno papel financiador mas forte papel regulador, por meio de agências reguladoras federais. Assim setores que remuneram melhor seus trabalhadores tem menor probabilidade de apresentar Fundos de Doença com problemas de caixa.

O sistema de governo dual da Alemanha (representação federal e regional) faz com que a negociação seja extensa e a representação regional ou federal seja capaz de barrar continuamente uma proposta. Desta forma a capacidade do poder central de

mudar ou formular políticas é bastante limitado. Na saúde as decisões ainda devem ser aprovadas por estruturas quase públicas que são organizações de médicos, prestadores e pacientes, farmacêuticos e outras associações. O governo federal tem autoridade somente sobre os programas nacionais, estabelecendo tetos máximos e mínimos de remuneração e pagamentos de procedimentos, procedimentos cobertos obrigatoriamente e fundos temporários de ajuda a incapacitados, doentes ou gestantes.

Os Fundos de Doença são geralmente regionais mais podem ser nacionais, no caso de grandes empresas, são provedores e não executores sendo o ingresso do trabalhador em um fundo obrigatório para trabalhadores de salário mais baixo e opcional para indivíduos com salário mais alto, que podem comprar um plano de saúde privado. Sua direção é dividida dentre em empregados e empregadores. Devem oferecer, no mínimo um pacote básico de benefícios de conteúdo estabelecido pelo governo. O pagamento é relacionado somente à capacidade de pagar e não a outras variáveis como idade, número de dependentes ou situação de saúde. Os seguros de saúde privados tem seus prêmios relacionados a idade, número de dependentes e estado de doença, apesar de ter um pacote básico regulado pelo governo.

Os Seguros privados de doença oferecem uma grande gama de serviços sendo preferidos pelas faixas salariais mais altas. A assistência aos desempregados e deficientes é realizada pela contribuição aos fundos realizada pelo Estado. Os aposentados são distribuídos pelos fundos e pagam um valor proporcional à sua aposentadoria.

A competição entre os Fundos de doença se realiza pela oferta de serviços adicionais ao pacote básico ou planos complementares.

Desde 1993, pode o beneficiário alemão trocar o fundo a qual está vinculado por outro que julgue mais adequado uma vez por ano. Nenhum Fundo de Doença pode negar-se a receber uma filiação mesmo que demandada por pessoas de alto risco para determinadas doenças ou portadores de doenças crônicas, assim como não pode negar-se a receber filiados de baixa renda.

Desta forma os Fundos de Doença que cobrem a população de baixa renda, não podendo oferecer serviços adicionais e oferecendo somente o pacote básico, acabam por afugentar beneficiários com maior renda, que procuram os fundos que ofereçam mais serviços.

Por outro lado alguns fundos vinham aumentado excessivamente seu prêmio, inflacionando os custos do sistema e incentivando a estratificação entre ricos e pobres.

Em síntese, o sistema de Saúde Alemão apresenta um modelo corporativista, onde os Fundos de Doença e as Associações de Médicos operam como instituições semipúblicas, as quais tem autorização legal para financiar, organizar e distribuir serviços de saúde à população segurada.

Em caso de hospitalização, os pacientes com mais de 18 anos têm de pagar 10 DM por dia, por cada dia de hospitalização. No entanto, essa comparticipação só é exigida para os primeiros 14 dias de hospitalização em cada ano, sendo os restantes dias de hospitalização (caso aplicável) totalmente gratuitos (é necessário um "Kostubernahmeschein" passado pelo Fundo de Seguros). Outros procedimentos também exigem coparticipação como os tratamentos dentários e óculos. Estas contribuições foram significativamente elevadas após a reforma.

A portabilidade foi implantada na Alemanha com o objetivo de aumentar a competitividade entre as caixas de assistência, se esperando assim uma grande migração beneficiários. Esta grande migração não ocorreu mantendo-se constante ao longo dos anos.

4.3 -- Previdência Privada

A portabilidade de fundos de previdência privada é regulamentada e obrigatória desde 31 de julho de 2003. Constitui o direito que o participante, de uma previdência privada, tem de transferir seu capital para outra instituição, sem nenhum custo adicional, durante o período de acumulação. Não é possível transferir os recursos no período de recebimento de benefícios, porque nesta etapa o dinheiro já é da empresa administradora, ficando o participante exclusivamente com o direito de receber a renda.

A troca de fundo não implica perda dos benefícios fiscais, porque o associado não está resgatando seu dinheiro, e sendo os benefícios fiscais semelhantes em todas as modalidades de previdência privada.

Nesta troca, o participante está isento de qualquer outra despesa, como a de pagar uma nova taxa de carregamento para a administradora escolhida. É o que define o item 57 das normas anexas à Resolução do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) n.º 025/94.

Pensando no equilíbrio atuarial dos fundos de pensão o Conselho de Gestão da Previdência Complementar estabeleceu vários prazos de carência que o participante terá de cumprir para poder portar os recursos. Cechin explicou que a carência, ou seja, o tempo de contribuição mínimo para o fundo de pensão, será de até cinco anos para os

planos de benefício instituídos após a vigência da lei que criou a portabilidade, ou seja, 31 de maio de 2001.

Para os planos de benefício já existentes na data da lei, o prazo de carência poderá ir até dez anos. Isso significa que um participante que tenha entrado num plano de benefício novo, ou seja, instituído após a lei, terá de cumprir um prazo máximo de carência para levar os recursos de até cinco anos. Se esse participante entrou ou está num plano antigo, que já existia antes de 31 de maio do ano passado, o prazo de carência poderá ser até de dez anos.

Além desses dois prazos, que se diferenciam em função da data de implantação dos planos de benefício das entidades, há ainda um prazo adicional de até três anos, contados a partir da data de vigência da lei, e que poderá ser adotado ou não pelos fundos de pensão. Esse prazo adicional valerá para os participantes antigos, ou seja, quem já contava com dez anos ou mais de contribuição num fundo de pensão em 31 de maio de 2001. Nesse caso, se perder o vínculo empregatício, esse participante hoje teria de cumprir um prazo extra de no máximo dois anos, uma vez que já se passou um ano da data da lei.

A instituição de previdência privada, escolhida pelo participante, não é obrigada a receber a transferência do valor acumulado. Ou seja, na prática a portabilidade pode não ser concretizada se a empresa que iria receber os recursos não achar um bom negócio aceitar determinado contribuinte.

Segundo a resolução 2.424 do Conselho Monetário Nacional (CMN), de 1.º de outubro de 1997, a portabilidade de recursos do Fapi é permitida a cada seis meses (no mínimo), contados da primeira emissão de quotas ou da última transferência de patrimônio individual. Os Fapis apenas podem transferir recursos para outros Fapis.

Para que a operação seja feita, a instituição que vai receber os recursos deve dar parecer favorável. O participante precisa fazer um pedido formal à administradora com dados sobre o número de quotas a serem transferidas e nome da instituição para onde os recursos estão indo. No prazo máximo de cinco dias úteis, contados da efetivação da transferência, o dinheiro estará na nova instituição administradora.

Regras de portabilidade para Planos Abertos de Previdência Privada

A portabilidade é obrigatória e não precisa constar em contrato, embora seja mais confortável, para dar segurança ao associado, que conste este direito. O contrato deve especificar o prazo, que é variável para cada instituição. Caso a transferência seja entre planos da mesma instituição, o participante precisa fazer apenas um pedido formal, informando os respectivos planos e valores envolvidos. Caso a operação seja

entre duas instituições diferentes, além do pedido formal, a nova instituição terá que aprovar o recebimento dos recursos.

A transferência deverá ser efetivada até o quarto dia útil subsequente ao do registro da solicitação, com base no valor atualizado da reserva matemática no primeiro dia útil subsequente ao daquele registro. Os recursos devem transitar diretamente entre as instituições administradoras, sem passar pela mão do participante.

Regras de portabilidade do PGBL

As regras de transferência são as mesmas dos Planos Abertos. Porém, o prazo mínimo a cumprir antes de pedir a transferência é de 60 dias.

O valor da de transferência é a quantia em dinheiro que é pode transferira do Plano em que está inscrito. É calculado pelos Administradores Fiduciários do Plano de Benefícios em que está inscrito e representam o valor atual dos benefícios que foi acumulado, e que o Plano deverá prover quando se aposentar.

4.4 -- Considerações gerais

A portabilidade é uma das defesas dos clientes de previdência privada aberta , ou seja, o direito de, caso percebam que há alguma ameaça à instituição financeira na qual mantêm o plano ou não estejam satisfeitos com o rendimento deles, poder transferir os recursos para outros fundos ou administradoras, sem ônus e desembolsando apenas a CPMF referente à transação.

De forma semelhante aos planos de saúde incluem em suas regras a carência, tratamento diferenciado para planos antigos e novos e o limite à troca de plano com intervalo de pelo menos 6 meses.

Difere do caso dos seguros saúde pela previsibilidade do pagamento do ônus o que torna muito mais simples sua análise atuarial. Mantém porém na troca de plano a passagem do montante acumulado retendo à operadora de origem os lucros da operação.

CAPÍTULO 5 - FORMAS DE IMPLANTAÇÃO DA PORTABILIDADE

Abrangência Do Trabalho

Será estudada a portabilidade entre produtos (contratados na vigência da Lei) da mesma operadoras ou entre produtos de operadoras diferentes, sem considerar a adaptação de um plano antigo para um regulamentado pela lei 9656/98, devido a grande diferença da cobertura oferecida por estes produtos o que impede qualquer tipo de raciocínio uniforme para regulamentar uma forma de portabilidade.

5.1 -- Não Envolvendo Pagamento

A regulamentação da portabilidade deve considerar um possível prejuízo da operadora de destino e estudar formas de compensá-lo e não deixar a critério do mercado a possibilidade de aceitar ou não um novo beneficiário.

Apesar do possível prejuízo envolvido em aceitar um beneficiário sem o cumprimento de período de carência, a competição e a necessidade de aumentar continuamente a carteira fazem que muitas vezes se aceitem beneficiários nestas condições.

São estudados procedimentos capazes de inibir o risco moral, isto é, a mudança proposital de operadora na eminência de evento médico ou a permanência em um plano somente objetivando o cumprimento de prazos de carência sem a cobrança de taxas da operadora ou do beneficiário. Desta forma a possibilidade de prejuízo pela aceitação do beneficiário sem carência é minimizada e compensada pelo aumento da carteira com beneficiários de provável baixo risco.

As formas citadas podem ser empregadas isoladamente ou em conjunto e podem também ser associadas com alguma forma de pagamento.

Possibilidade de migração com restrição para doença ou lesão preexistente.

É a prática já praticada pelo mercado, na chamada, compra de carência. A grande maioria dos planos aceita beneficiários de outra operadora de perfil e preço semelhante impondo restrições somente para as lesões preexistentes.

Possibilidade de migração somente para faixas de menor risco.

Também é praticada pelo mercado, quando aceita beneficiários de faixas etárias de menor risco. A maior parte das operadoras aceita beneficiários sem exigir novas carências até os 60 anos. Em todos os casos de oferta de compra de carência observados

existe também exclusão de direito de atendimento a doenças preexistentes ou há recusa para a migração de beneficiários com doença preexistente.

Estudo caso a caso de pedido de migração.

A variação de redes credenciadas que se diferenciam por número e qualidade de hospitais e prestadores, aliada a diferentes níveis de utilização para cada beneficiário, variações de abrangência geográfica e contraprestações acrescido da influencia do risco moral e seleção adversa podem, segundo alguns, inviabilizar a regulamentação da portabilidade. Todos estes fatores dificultariam o estabelecimento de uma regra única. Assim cada empresa em particular deve analisar criteriosamente o risco que se propõem assumir para fundamentar as condições de aceitação de um beneficiário de outra operadora.

Este é o ponto de vista de Carvalho e Westenberger 2001 da consultoria Tillinghas/Towers Perrin: “Não podemos neste momento recomendar a existência de uma regra de mobilidade de usuários entre operadoras que não prejudique ainda mais a questão da aceitação e traga prejuízos aos usuários. Isto porque, ao nosso ver, uma regra rígida que não considerasse tantas exceções levaria a uma posição mais conservadora das empresas mais sérias e abriria o espaço para outras que, tomando um risco superior ao aceitável, colocaria em perigo, sobretudo a própria população de usuários.

Retirar de uma empresa que trabalha com risco a capacidade de decidir sobre aceitação e seleção é cercear sua principal atividade, pois é através da boa e eficiente gestão desta, que se estabelece o saudável processo de concorrência do setor”

Esta posição é contudo incompatível com o espírito da lei que veda à operadora a capacidade de aceitar ou não beneficiários, vedando que qualquer indivíduo seja impedido de ingressar em um plano de saúde (artigo 14 da lei 9656/98).

Possibilidade de migrar somente após um tempo mínimo de permanência na operadora de origem.

Esta limitação permitiria evitar a troca de plano a pós o cumprimento de período de carência em operadora de menor contraprestação, sem impedir porém, a troca de operadora na iminência de grande utilização. A exigência de longos períodos de permanência na operadora de origem como por exemplo dez anos, selecionaria beneficiários mais propensos à permanecer por muito tempo na operadora de destino diminuindo os possíveis prejuízos decorrentes da aceitação destes beneficiários.

Possibilidade de migrar somente a períodos determinados.

É a forma adotada na Alemanha, que só permite a migração entre planos de saúde durante um período por ano. Esta época, de troca de plano, pode ser fixa ou não. A data não fixa, declarada a cada ano por autoridade competente, é mais eficiente por impedir que o beneficiário calcule a época da mudança com objetivo de tirar proveito. Esta prática evita ou diminui os efeitos do risco moral, por desvincular a possibilidade de mudança de plano, da necessidade imediata de uso de serviços médicos. Pode se tornar ainda mais eficiente se a possibilidade de troca for combinada com a exigência de um tempo mínimo de permanência no plano de origem.

Esta forma isoladamente não evita porém o possível prejuízo da operadora que recebe o beneficiário, motivo pelo qual deve ser combinada com alguma forma de ressarcimento à operadora de destino, para garantir maior igualdade no processo de portabilidade.

Troca do controle de reajuste de preço de contraprestação, pelo ente regulador, pela portabilidade.

Acredita-se que o direito à portabilidade, por aumentar a competição entre operadoras, seria capaz de regular os preços. por mecanismos de mercado tornando desnecessário o controle pelo agente regulador. Desta forma, os beneficiários migrariam livremente para planos com menor prêmio e com boa qualidade de serviços, mantendo o mercado estável e mais competitivo.

Portabilidade restrita a planos específicos.

Consiste na obrigatoriedade de oferecimento, por todas as operadoras, de um plano específico, com direito a portabilidade. Os planos com portabilidade deveriam ter coberturas semelhantes bem como prestadores e preços semelhantes.

Apesar de ser uma possibilidade interessante e de fácil implementação não é capaz de tornar o mercado mais competitivo por atingir somente alguns planos. Pode ser usada como forma de implementação incremental, se for este tipo de plano o único a ser comercializado a partir de uma data.

5.2 -- Envolvendo Pagamento

Neste caso, o objetivo é inibir o risco moral e o prejuízo da operadora que aceita o beneficiário pela cobrança de taxa, calculada de acordo com os prejuízos ou riscos envolvidos.

Alguns conceitos teóricos devem ser revistos.

5.2.1 --Considerações Sobre Cálculo De Risco

Em todos os jogos de azar com dados, cartas, roletas e outros aparatos semelhantes, cada uma das jogadas deve mostrar um resultado contido em todo o número possível de casos. A impossibilidade de previsão de dado resultado, constitui a aleatoriedade, que define o elemento que caracteriza a falta de certeza, o chamado “azar do jogo”. A condição essencial para o jogo ser considerado “honesto” é a de que exista, entre os diversos resultados possíveis, uma simetria recíproca, que considera todos os resultados como equivalentes, do ponto de vista das regras do jogo. Em outras palavras, consideramos que é igualmente favorável, para um jogador, arriscar sua aposta em qualquer dos resultados possíveis.

A grande massa de observações empíricas acumuladas, em relação aos diversos jogos de azar, revela uma regularidade que resultou ser da maior importância para o desenvolvimento do cálculo de risco.

Risco, em relação a sua mensuração, pode ser definido como a frequência esperada de eventos raros ou que apresentem pequena probabilidade de ocorrência, tendo como resultado efeitos não desejados.

A magnitude de uma perda pode ser definida pela quantidade de efeitos indesejáveis obtidos após ocorrência de um evento como, por exemplo, o custo de um procedimento médico necessário após início da doença.

Estas definições podem ser combinadas na equação clássica em tratados de atuária (equação 1).

Risco ponderado pela magnitude da perda (R)

$$R = P \times Mp$$

Equação 1

Onde P = probabilidade de ocorrência do evento

Mp = magnitude da perda ou custo do evento

Portanto, os eventos de alta probabilidade quanto os de alta magnitude ou alto custo estão diretamente relacionados com as maiores perdas.

Esta equação, aplicada a planos ou seguros de saúde, permite a conclusão de que patologias de ocorrência muito provável em determinada população segurada, bem como aqueles que impliquem em procedimentos de custos altos, vão determinar os custos médicos de uma operadora e conseqüentemente o valor da contraprestação pecuniária a ser cobrado de seus beneficiários.

Além dos custos probabilísticos, previsíveis e matematicamente tratáveis, as seguradoras ou operadoras também lidam com despesas decorrentes da assimetria de informação, com aumento de utilização devido ao risco moral e seleção adversa, fatores de difícil previsão e quantificação, mas que devem ser avaliados em suas planilhas de custos.

Também devem ser considerados outros custos como os decorrentes de administração, publicidade, provisão de risco além dos custos impostos pelo agente regulador.

5.2.2 – LIMITAÇÕES DA MEDIDA DO RISCO EM SAÚDE

No mercado de serviços médicos, se requer medidas mais diretas do estado de saúde ou a quantidade de procedimento por patologia ou faixa etária para aprimoramento da quantificação de risco. O histórico de internações hospitalares pode, em geral, indicar alterações negativas no estado de saúde de um grupo. Entretanto, três fatores contrariam essa perspectiva. O primeiro diz respeito a modesta proporção de pessoas internadas (aproximadamente 10% do grupo de segurados), sendo que, em pessoas não idosas estas internações, são em grande parte, referentes à obstetrícia. Desta forma, a imensa maioria da população fica em um mesmo grupo de risco não passível de avaliação.

O segundo fator refere-se a indicação de procedimentos, de forma diferenciada pelos médicos, resultando em grande variação do número de internações dependente de rotinas médicas próprias. Finalmente, identifica-se um efeito de aglutinação em torno de internações prolongadas, que podem representar um processo de cura bem sucedido ou a exaustão da capacidade de intervenção médica.

As informações sobre morbidade de pacientes ambulatoriais oferecem inúmeras vantagens em relação àquelas de internações. Por serem mais freqüentes, reduzem o problema da concentração, permitindo a classificação dos indivíduos em categorias de risco mais adequadas e levam em consideração a existência de doenças crônicas e até mesmo de sintomas pré-clínicos como hipertensão e hipercolesterolemia, que predizem

uma maior morbidade. No entanto, estes dados não estão geralmente disponíveis ou quantificados para serem usados no cálculo de risco. Existem somente, no âmbito do SUS, registro de acompanhamento de algumas patologias como hipertensão e diabetes, porém estes dados não estão relacionados as eventuais internações ou pedidos de exames de alta complexidade.

Mesmo a quantificação do uso prévio de serviços de saúde, usada como estimativa de despesas futuras, especialmente para os segmentos populacionais idosos, capta hábitos dos provedores de serviços e pode incorporar padrões ineficientes de tratamento.

Uma outra alternativa para a investigação do status de saúde de um indivíduo ou de uma população é a utilização de questionários de auto-avaliação que podem inclusive conter quesitos sobre comportamentos de risco como fumar, beber, hábitos esportivos, práticas sexuais bem como sintomas psicológicos como depressão e ansiedade. Entre os obstáculos para a utilização da auto-avaliação para a classificação do risco, podemos citar: 1) a subjetividade que pode levar a valorização de condições benignas e vice-versa; 2) os erros de mensuração em função das diferentes interpretações das perguntas; 3) a auto-avaliação que pode ser percebida como um instrumento de punição ou controle, estimulando omissões ou declarações não verídicas como tentativa de enganar o sistema.

Existem também modelos baseados em informações sobre mortalidade geral da população, que podem ser utilizados para um grupo etário muito específico e que também são pouco aceitos por estimular, ainda que indiretamente, uma racionalização de serviços para pacientes terminais.

Tentativas mais recentes de ajustar os riscos relacionados às atividades de planos e seguros de saúde pressupõem que as despesas variam em decorrência de inúmeras razões, incluindo variações no estado de saúde dos beneficiários, eficiência dos prestadores de serviços e de suas rotinas e as expectativas da população a respeito dos cuidados à saúde.

A estratégia consiste em decompor a variação da utilização de serviços de saúde em elementos endógenos, como as características de saúde dos beneficiários e elementos exógenos, derivados da ineficiência ou má prática dos prestadores de serviços, e designar cada componente ao “*locus*” apropriado para modificar a lógica de financiamento dos planos de saúde (Hornbrook e Goodman, 1991).

As alternativas para o cálculo dos prêmios dos seguros e planos de saúde variam desde a estrita vinculação dos preços à classificação de pessoas com riscos avaliados

como semelhantes e agrupados em “camadas” (*tiered rating*) até o *community rating* que estabelece os mesmos valores para os prêmios de todos os indivíduos de uma determinada área geográfica.

Duas estratégias são mais comuns para a divisão de riscos entre todo o grupo de beneficiários:

- 1) *Baseada na experiência anterior*- a despesa passada de todo o grupo é analisada determinando o cálculo do prêmio para o próximo ano.
- 2) Baseada na divisão pela comunidade, que reflete o risco total de uma “comunidade”, e que é considerada como “desestabilizadora” do mercado de planos e seguros saúde em função da tendência de padronização em torno de preços mais elevados e desincentivo aos consumidores de baixo-risco (Source Book of Health Insurance Data, 1999).

Os problemas de classificação de risco são maiores nos planos individuais, cujos valores dos prêmios, estão referenciados à possibilidade de atendimento pelas redes de provedores diferenciadas por padrões de conforto ou por status profissional dos médicos e não somente pela probabilidade de adoecimento ou propensão de utilização de serviços. Excluídos os honorários médicos, as despesas hospitalares com internações clínicas de pacientes dos planos executivos atendidos em hospitais categorizados como de primeira linha são, em média, sete vezes maiores do que a de clientes de planos básicos internados em enfermarias de estabelecimentos tidos como de terceira linha.

Da prática da estimativa agrupada entre os prêmios dos planos empresariais coletivos com as dos planos individuais, que estruturam a operação de planos e seguros saúde no Brasil, depreende-se que a determinação do valor dos prêmios são baseados em critérios que não consideram propriamente o risco. A substituição do cálculo atuarial por uma “conta de chegada”, suficiente para financiar os diferentes padrões de consumo de serviços de saúde subjacentes a planos executivos ou básicos, parece já legitimada pelo intenso uso de “pagamentos por fora” para médicos e pela cobertura adicional prestada por algumas empresas empregadoras de riscos não atendidos pelas redes de serviços das operadoras de planos de saúde.

No Brasil, o cálculo de reajuste autorizado pela ANS para planos individuais se baseia na média de reajuste dos planos coletivos, cujos preços são negociados livremente, e nem sempre correspondendo aos custos reais dos planos individuais.

5.2.3 – MODELO MATEMÁTICO DO CÁLCULO DE PRÊMIOS.

A Teoria do Risco Coletivo usa métodos estatísticos para cálculo da contraprestação, baseado em taxas de utilização histórica da massa segurada. Quando estes dados não são disponíveis, usa dados de outros grupos com características semelhantes. Estas técnicas vem sendo aplicadas no Reino Unido, Canadá, Estados Unidos e Brasil.

Um plano de saúde deve cobrir as despesas com prestadores, custos administrativos, despesas de propaganda e outras. Estas despesas devem ser cobertas exclusivamente com o valor das contraprestações de seus beneficiários complementadas com resultados financeiros resultantes de aplicação no mercado de valores excedentes de prêmios em determinados meses (amortização de variação estatística de gastos e ganhos, para pequeno período de observação). Assim, o valor do prêmio depende, em última instância, somente da taxa de utilização e do custo desta utilização em um período suficientemente longo de observação, sendo um ano o período de cálculo geralmente usado.

Nesta teoria, o risco do plano de saúde é considerado como um jogo contínuo de azar entre a entidade, de um lado, e a totalidade de usuários, do outro. No curso deste jogo, certos eventos aleatórios, conhecidos como indenizações ou reembolsos, ocorrem freqüentemente e tem que ser pagos pela operadora. Por outro lado, a empresa recebe um fluxo contínuo de contribuições de risco dos usuários. (Tinoco, 2003)

Nas condições acima, a ocorrência de indenizações constitui um processo estocástico do tipo Processo de Poisson, e a probabilidade de exatamente n ocorrências durante qualquer intervalo de tempo de extensão t , é dada pela expressão simples de Poisson:

Probabilidade de ocorrência de evento em até (n) número de vezes.

$$p = n + 1,96 \sqrt{n}$$

Equação 2

-- n representa o número de casos de determinado procedimento ou patologia obtido historicamente.

-- **Raiz de n** é uma determinação da média e da variância de n na distribuição de Poisson.

-- **1,96** representa a constante de 95% de certeza da distribuição de Poisson.

A partir do valor da constante usada de 1,96 da tabela de Poisson (valor da probabilidade escolhida como adequada na distribuição) se obtêm com 95% de certeza, de que não ocorrerão mais eventos do que o novo valor calculado.

O valor de **P** obtido na eq. 2 representa o acréscimo no número de casos históricos que deve ser considerado para cálculo do valor da contraprestação no próximo ano. Este acréscimo fornece uma folga na expectativa de ocorrência de casos no ano em que se está tentando prever a quantidade de recursos necessários para pagamentos dos eventos médicos que irão ocorrer. Isto é, a expectativa com acréscimo do número de ocorrências (atendimentos ou internações), é necessário por ser o exercício proposto referente apenas ao período de um ano, existindo assim a chance de que, neste período, seja extrapolado o valor médio histórico acarretando grande aumento de custos no período.

Preço dos procedimentos

O preço pago pelos procedimentos deve também ser observado, considerando-se a média do preço do procedimento entre vários prestadores ou pelo menos a média histórica do preço do procedimento.

O desvio padrão da variação dos preços deve também ser levado em consideração para o estabelecimento do intervalo de variação do custo de um procedimento. O fenômeno variação de preço do mesmo procedimento do ponto de vista estatístico, segue distribuição **normal**, devendo, a média encontrada de custo, ser convertida para curva normal padronizada, para que seja possível o cálculo do intervalo de variação do custo.

Máximo da despesa médica admitida

(baseada na despesa histórica mais intervalo de confiança para mais)

$$\text{despesas médica} = P1 * P + 1,65 \sqrt{P2 * P}$$

Equação 3

P1 = média dos custos do procedimento (soma dos custos / número de procedimentos realizados) obtidos, por exemplo, em vários serviços.

P2 = média dos quadrados do custo de cada procedimento (soma dos quadrados do preço dos procedimentos / número de procedimentos realizados) obtidos, por exemplo, em vários serviços.

P = novo cálculo previsto do número de procedimentos (ver *equação 2*)

1,65 = valor de 95% dos casos tabela **Z**. (curva normal padronizada)

Total de despesas = previsão do preço total máximo a ser pago pelas indenizações médicas no período de tempo a ser previsto.

A partir do cálculo das despesas médicas, o valor da contraprestação anual pode ser facilmente obtido pelo acréscimo de outras despesas como as administrativas e o lucro, e a divisão deste total pelo número de beneficiários.

$$\text{mensalidade ano} = \frac{\text{despesa médica} + \text{despesa adm.} + \text{lucro}}{\text{número de beneficiários}}$$

Equação 4

Despesas médicas = valor obtido *equação 3*.

Valor de despesas administrativas + lucro aceito = gasto não médico.

Desta forma, o valor a ser cobrado no prêmio referente ao acréscimo de um procedimento ou o valor do prêmio em relação a todos os novos procedimentos a serem cobertos, pode ser calculado com as folgas necessárias à manutenção da viabilidade econômica de uma operadora mesmo em ano de muitos eventos ou de procedimentos excepcionalmente mais caros. (afirmativa correta em 95% dos casos).

A introdução da portabilidade, no mercado de seguro saúde, significa incluir mais um procedimento gerador de custos para operadora que recebe o beneficiário. Deve ser tratada assim da mesma forma que a introdução de um novo procedimento a ser coberto. Seu impacto econômico deve ser calculado e deve ser estabelecido a quem cabe a despesa.

5.2.4 --Financiamento Da Portabilidade

Indenização pela seguradora de origem dos custos incidentes à seguradora de destino.

Esta prática induziria a operadora a manter seu beneficiário, já que sua saída representaria importante ônus financeiro. Evitaria também a existência de operadoras

destinadas somente a contar tempo de plano de saúde, que lucrariam cobrando baixos prêmios com o objetivo de manter o beneficiário somente até a eventualidade de necessitar de serviços de saúde ou o fim do período de carência.

Pagamento dos eventos ocorridos nos primeiros 6 meses de estada na seguradora de destino.

Prazo semelhante ao período de carência, exceto para patologias preexistentes. A adoção deste pagamento simularia a entrada do beneficiário em um novo plano de saúde impossibilitando a vantagem financeira de permanecer em operadora de baixo custo para cumprimento de prazo de carência.

Pagamento dos eventos ocorridos nos primeiros 2 anos de estada na seguradora de destino.

Considerações semelhantes ao item anterior com indenização incidente também para as doenças preexistentes.

Pagamento da média de custos pagos, por período de tempo determinado, de estada na seguradora de destino.

Este período poderia ser estipulado entre 6 meses a dois anos ou modulado por outros fatores como idade, patologia prévia ou outros.

Portabilidade com manutenção da carência para doenças ou patologias prévias.

Vem sendo a forma praticada no mercado para a chamada compra de carência. De modo geral, as operadoras compram a carência de planos semelhantes, se o beneficiário está inadimplente em até 60 dias na operadora de origem, tem menos de 59 anos e não tem doença preexistente. No caso da doença preexistente a compra de carência não é aceita ou se faz com cláusula de cobertura parcial temporária.

Se for considerada a possibilidade do agravo, a discussão desta possibilidade se esgota na discussão geral mais o acréscimo de agravo.

Em relação a gestação, também se observa, que todas as operadoras consultadas não aceitam a compra da carência.

Estudo pela operadora de origem de cada caso em particular.

Por não corresponder a uma prática regulamentada, não deve ser discutida nesta revisão.

Pagamento pelo próprio beneficiário.

Esta hipótese será discutida no capítulo de pagamento da taxa de portabilidade.

Constituição de um fundo para pagamento da portabilidade.

A portabilidade, em planos individuais ou familiares seria viável pela constituição de um fundo pago por todos os beneficiários de planos de saúde, a ser usado para ressarcir a operadora de destino no momento da migração.

Seria, em primeira análise, uma excelente forma de lidar com os custos resultantes da obrigatoriedade da portabilidade, caso fossem conhecidas algumas variáveis como:

- Número de beneficiários que migram ou que querem migrar dado, extremamente difícil de se avaliar pela grande demanda reprimida e dificuldade de previsão do cenário pós-regulamentação da portabilidade.
- Gasto esperado na operadora de destino referente aos beneficiários que migram.

Este dado não pode ser conhecido pela falta de dados históricos e por ser permeado de fatores não mensuráveis como a seleção adversa e o risco moral relacionados com a migração.

De posse destes dados, por meio de procedimento atuarial, pode ser calculado o valor a ser acrescido ao prêmio de todos os beneficiários para a constituição de um fundo de portabilidade.

Uma abordagem prática deste procedimento seria:

Número de pacientes que vão migrar = **PM**

Pode ser obtido, por aproximação, com base nos beneficiários que foram retirados do cadastro de uma operadora e aparecem no cadastro de outra no período de um ano (cadastro de beneficiários da ANS). Poderia ser obtida uma aproximação, acrescido de fator de correção, a ser estabelecido em razão da demanda reprimida.

PMR

$$PM = PMR + 1,96 * \sqrt{PMR}$$

Equação 5

Previsão do gasto na operadora de destino.

Valor a ser obtido pela soma das despesas observadas dos beneficiários que migraram nos últimos seis meses ou, no primeiro ano de implantação da portabilidade. O somatório de despesas de número semelhante de beneficiários, aleatoriamente selecionado, também pode ser usado como previsão inicial de despesas. = $\sum G = G$

Quadrado do somatório das despesas, a ser obtido pela soma do quadrado da despesa observada nos últimos seis meses ou um ano dos beneficiários que migraram no primeiro ano de implantação, ou do somatório do quadrado das despesas de número semelhante, aleatoriamente selecionado, de beneficiários de planos semelhantes. = $\sum G^2 = G^2$

NB = número total de beneficiários de planos de saúde em cada modalidade (ambulatorial, hospitalar etc.)

Gasto total com beneficiários que vão migrar = **DT** (calculada para seis ou doze meses)

$$DT = G/PMR * PM + 1,65 * \sqrt{((G^2/PMR)*PM)}$$

Equação 6

Obtida despesa total dos primeiros seis meses ou um ano o valor anual a ser incorporado à cada prêmio seria

$$CM = DT / NB$$

Equação 7

Um doze avos deste valor deve ser pago mensalmente por todos os beneficiários de mesma segmentação descontado e acumulado em fundo.

Acontecendo a migração de um beneficiário, o valor correspondente à reserva de cada beneficiário seria descontada pela operadora de destino a título de ressarcir possíveis prejuízos.

Transcorrido o primeiro ano de implantação da portabilidade, dados de migração e gastos nos primeiros 6 meses já estarão disponíveis e poderão ser usados para correção da fórmula de constituição do fundo a ser aplicada no próximo ano.

Os excedentes da previsão do fundo e não retirados, seriam restituídos às operadoras, mantendo-se um fundo constante e adaptado as mudanças do mercado e as alterações nas taxas de migração ou utilização.

6.6 – Aspectos legais da criação de fundos.

Segundo nota técnica da assessoria da Diretoria de Desenvolvimento Setorial DIDES – ANS de 3 de maio de 2002, os seguintes aspectos legais devem ser observados para a criação de um fundo:

O inciso II, parágrafo 9º do art. 165 da constituição Federal dispõe que cabe à lei complementar estabelecer as condições para instituição e funcionamento de fundos.

O inciso III, do art. 62 da Constituição Federal impede o Presidente da República de editar medida provisória sobre matéria reservada à lei complementar.

O inciso IX do art. 167 da Constituição Federal dispõe que é vedada a instituição de fundos de qualquer natureza, sem prévia autorização legislativa. No entanto, o fundo de Aval para Geração de Emprego e renda (FUNPROGER) vinculado ao Ministério do Trabalho e gerido pelo Banco do Brasil foi criado por medida provisória e convertido na Lei n.º 9.872 de 23 de novembro de 1999.

Outra forma de evitar as dificuldades apontadas para a criação de fundos nacionais seria a criação de cooperativas de operadoras e seguradoras instituindo um fundo privado, não sujeito às dificuldades apontadas acima.

Uma cooperativa de beneficiários para criação de fundo privado seria outra alternativa. O fundo compulsório para portabilidade poderia ser administrado pela própria ANS ou organização criada para tal fim.

5.3 -- Quanto Deve Ser Pago Para Acesso A Portabilidade

O cálculo do valor da contraprestação de um plano de saúde emerge de cálculo atuarial, que leva em conta dados calculados por procedimentos de atuária e relacionados ao risco de adoecimento de uma carteira. Estes valores guardam relação com variáveis como: idade, sexo, condições mórbidas preexistentes, hábitos de vida, profissão entre outras.

Outros fatores, não tão previsíveis, relacionados a assimetria de informações como risco moral e seleção adversa ou a externalidades são também considerados na manutenção de uma carteira equilibrada e viável economicamente.

Dentre as várias formas adotadas pelas seguradoras para controlar seus custos decorrentes de risco moral, está o compartilhamento financeiro com o beneficiário através do uso de franquias e co-pagamentos, que incentivam a redução do uso dos serviços.

Em relação a assimetria de informações, duas abordagens são utilizadas pelas operadoras. A primeira está voltada a ampliar as informações sobre os segurados, enquanto que a segunda direciona-se a desenhar contratos que encorajem uma autoclassificação mais adequada do risco dos beneficiários, resultando em apólices com prêmios mais altos para o alto risco como, por exemplo, preços diferenciados por faixa etária.

O espectro de riscos à saúde aceitáveis, pelas empresas privadas de seguros e planos de saúde, é reduzido. Essas empresas não objetivam garantir a saúde e sim apenas indenizar determinadas perdas financeiras decorrentes de despesas com assistência médico-hospitalar.

Os problemas dos seguros saúde escapam da rigidez da teoria do seguro, não somente em função dos limites à pretensão de gerir riscos à saúde considerando a impossibilidade de delimitar, em um único momento o processo saúde doença. O contrato entre seguradoras e segurados, não é baseado no cálculo de um valor único a ser indenizado face à perda de objeto ou da vida, como nos demais seguros, e sim referenciado a uma média de probabilidade de consumo de serviços de saúde.

Porém, mesmo com todas as considerações que extrapolam o simples cálculo econômico, os planos de saúde existem e são viáveis economicamente tendo suas contraprestações baseadas em taxas de utilização, preços dos procedimentos cobertos e risco moral por parte do beneficiário. O ônus econômico resultante da regulamentação da portabilidade pode também ser quantificado de acordo com os mesmos critérios, devendo ser estabelecidos mecanismos de compensação de perdas excessivas e limitação dos ganhos não éticos por parte de operadoras e beneficiários.

A determinação de uma taxa de portabilidade serviria para equilibrar as perdas e desestimular o mau uso da portabilidade, do mesmo modo que a cobrança de franquia ou coparticipação limita uso abusivo dos serviços de saúde.

5.4 – Legislação Pertinente A Portabilidade

5.4.1 -- Condições Gerais

Tendo em vista a incerteza implícita dos contratos do mercado de planos de saúde, está sempre incorporado um custo de transação. Antes da regulamentação, estes custos eram minimizados pela prática de modular os gastos com assistência com a exigência de autorização prévia para realização de procedimentos, ou mesmo para

aceitação de uma proposta de adesão aos planos, deixando a incerteza e assimetria de informação focada, basicamente, no beneficiário.

A regulamentação vedou às operadoras a possibilidade de discriminar indivíduos, impedindo-os de ingressar no plano de saúde por conta de conta de risco ou despesas realizadas. A possibilidade de haverem atitudes de risco moral pelos consumidores acarreta aumento do custo de transação. Todas estas incertezas devem ser consideradas no cálculo do preço dos prêmios. A seguradora ou operadora de planos de saúde, ao ofertar um produto, calcula o prêmio baseado no risco médio da população segurada sabendo da tendência de haver mais adesão de indivíduos com risco superior ao risco médio, o que se configura como seleção adversa de consumidores com a conseqüente elevação do preço dos prêmios, que por sua vez aumenta a adesão de beneficiários de maior risco de consumir serviços, mesmo pagando mais, criando um círculo vicioso que, no extremo, poderia inviabilizar o mercado.

Para contrabalançar estes fatos, cabe ao regulador atenuar a elevação dos custos, impondo limites de cobertura (Rol de Procedimentos) e estimulando métodos de gerenciamento visando a redução de custos. O aprimoramento dos serviços prestados por operadores de planos de saúde, valoriza o produto, aumentando o desejo dos consumidores por adquiri-lo mesmo a maior preço.

Os mecanismos de concorrência, entretanto, diante da impossibilidade de discriminação tentam evitar a seleção adversa de consumidores, pela oferta de pacotes de benefícios diferenciados por qualidade e preço, buscando, através destes, a auto-seleção dos indivíduos.

A regulação diminuiu a incerteza do beneficiário ao assegurar uma cobertura mínima e ao vedar a sua exclusão, que só pode ocorrer por fraude comprovada ou inadimplência superior a 60 dias. A implantação da portabilidade, sem observação das implicações econômicas, carrega o custo de transação inteiramente para a operadora que recebe o beneficiário, pois a possibilidade de mudar de plano pode dar ao beneficiário maior certeza de atendimento a menor preço. Estes fatos apontam para a necessidade de algum mecanismo de regulação econômica, para que seja implantada a portabilidade.

O principal obstáculo à portabilidade reside na possibilidade de permanência do beneficiário em plano de menor preço, mesmo com atendimento não satisfatório, até que surja a necessidade de tratamentos mais caros ou freqüentes. Assim, a portabilidade poderia ser, neste momento, usada para a migração para plano com melhores condições de atendimento, mesmo que a um custo maior.

É claro que, os cálculos atuariais usados na determinação do valor do prêmio levam em consideração a permanência do beneficiário no mesmo plano no período em que ele está saudável, não utilizando os serviços ou mesmo utilizando serviços de menores custos. A migração entre planos na situação de iminência de grande gasto (doença, tratamento ou exame de alta complexidade previsível) favoreceria a operadora de origem, que recebeu prêmios por meses ou anos e pouco gastou, e oneraria a operadora de destino, que gastaria mais com os custos dos serviços do que o valor do prêmio pago, sem contar com reservas constituídas no período em que o beneficiário estava saudável ou mesmo em carência. Além disso, não haveria nenhuma garantia da permanência deste no plano, após cessar o período de maiores gastos.

Fica claro que, os obstáculos para a implantação da portabilidade são principalmente econômicos, devendo a operadora que recebe o beneficiário ser ressarcida de alguma forma pelo “prejuízo” potencial resultante da seleção adversa suspeita e que o valor deste ressarcimento deve ser proporcional ao tempo que o beneficiário permaneceu na operadora de origem já que o “lucro” obtido é proporcional ao ônus da operadora de destino.

Esta argumentação é tão importante que as operadoras, apesar de não haver obrigatoriedade por lei, quando em campanhas de aumento do número de vidas, permitem o ingresso de beneficiários, de pouco risco, sem carência, evitando a seleção adversa. Nestes casos, a isenção de “carência” para doença preexistente fica excluída e é o benefício fica limitado, ao período das campanhas, com o objetivo de impedir que o beneficiário troque de plano quando está em risco iminente de necessitar serviços médicos.

A Lei 9656 de 3/6/1998 não faz menção à portabilidade, mas, ao estabelecer coberturas mínimas uniformes dentro de cada segmentação, estabelece condições homogêneas de cobertura, segmentação, carências e abrangência geográfica, criando “famílias” de produtos onde a portabilidade poderia ser, mais facilmente, aplicada.

As condições para adaptação de planos anteriores à Lei 9656/1998, estão regulamentadas, sendo a operadora obrigada a oferecer esta opção.

Recentemente, a MP-148 de 15 de dezembro de 2003, estabeleceu que a ANS deveria regulamentar mecanismos para incentivo à adaptação e no, mesmo mês, a ANS publicou a RN 64 de dezembro de 2003, determinando as regras e prazos para que as operadoras ofereçam propostas de migração e de adaptação à todos os beneficiários de contratos firmados antes da vigência da Lei 9656/98.

A regulamentação também menciona algumas situações em que é assegurada a manutenção de benefícios adquiridos, principalmente em relação aos planos coletivos, em situação de extinção de vínculo trabalhista, cancelamento de contrato ou aposentadoria. Deixa porém, algumas lacunas incompatíveis com o espírito de assegurar que não haja descontinuidade do atendimento na medicina suplementar, enquanto todas as obrigações contratuais sejam cumpridas pelo contratador.

5.4.2- Adaptação De Planos Anteriores À Lei

O Art. 35 da Lei 9656/98 estabelece as condições para adaptação dos planos contratados antes de sua vigência, permitindo a manutenção dos contratos antigos, somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, sendo permitida somente a inclusão de novo cônjuge e filhos.

Em relação às pessoas jurídicas contratantes, fica assegurada a manutenção dos contratos originais e suas coberturas assistenciais pactuadas. (Art. 35 § 7º)

Determina que, se houver adaptação dos contratos anteriores para a lei 9656/98, tanto para planos coletivos como individuais, o aproveitamento do tempo de permanência, em plano anterior de mesma operadora, podendo haver reajuste do prêmio (Art. 35 § 3º).

O cumprimento de novos períodos de carência só é permitido para novos benefícios ou adquiridos e valor do prêmio pode ser reajustado na ocasião da adaptação, ficando restrito aos itens correspondentes ao aumento de cobertura no plano adaptado à lei 9656/1998. (Art. 35 §2º)

Não poderia agir de outra forma o legislador, já que, para cada cobertura corresponde um valor a ser calculado atuarialmente, a partir do custo e da frequência dos procedimentos relacionados àquela cobertura. A diferença entre o valor do prêmio, de um plano antigo e de um novo, com maior cobertura, corresponderá assim, ao cálculo do custo e da frequência esperada de utilização dos novos procedimentos cobertos.

Na prática, a adaptação tem sido feita com a assinatura de um novo contrato cujos valores de prêmio são semelhantes aos dos produtos à venda no mercado.

O texto original da Lei 9656/98 estabelecia a obrigatoriedade de adaptação de todos os contratos aos novos benefícios da Lei, porém a partir de 27 de Agosto de 1999, como resultado de pressões da sociedade e de órgãos de Defesa do Consumidor, a MP 1908-17, acabou com a obrigatoriedade de adaptação dos contratos antigos, facultando

aos consumidores a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto na Lei nº 9.656.

Caso a operadora fosse obrigada a adaptar todos os seus contratos, sem autorização para reajustar as mensalidades, haveria desestabilização econômica das operadoras. Por outro lado, a adaptação obrigatória com autorização para aumento dos prêmios, poderia não ser suportada pelos beneficiários, levando a diminuição da massa assistida por planos de saúde privados.

Para evitar abusos no cálculo da adaptação, a Lei 9656/1998, em seu Art. 35 § 8º, delega à ANS a competência de conferir a conformidade do cálculo do valor do novo prêmio na adaptação do plano às condições da Lei.

A adaptação dos contratos à Lei 9656/98, se caracteriza, portanto, como um problema de solução principalmente econômica. A legislação aponta na direção da possibilidade de migração ou de adaptação a partir da reajuste do valor do prêmio. Estes fatores atuariais e econômicos, deverão ser considerados também para a determinação de critérios para a viabilização da portabilidade.

5.4.3 – Segmentação Dos Produtos

A legislação dispõe sobre a obrigatoriedade de oferecimento de um plano padrão, com cobertura e segmentação definida. O Plano Referência, definido no artigo 10 da Lei 9656 /98, assegura o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e os procedimentos listados no “ROL de Procedimentos” (Resolução CONSU 2/1998, RDC nº41 de 14/12/2000, RDC n.º 67 de 7/5/2001, RDC n.º 68 de 7/5/2001, RDC n.º.81 de 10/08/2001) , ficando estabelecida a cobertura mínima obrigatória e as coberturas passíveis de exclusão.

A lei faculta a segmentação do plano referência em:

Ambulatoriais; Odontológico; Hospitalar com obstetrícia e hospitalar sem obstetrícia. (Art. 12).

O texto original da Lei incluía o segmento odontológico no plano referência, que por suas particularidades foi excluído da cobertura mínima obrigatória.

A regulamentação para registro de produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar dispõe sobre as segmentações dos produtos (*Resolução - RDC N.º 4, de 18 de fevereiro de 2000*) e define as seguintes combinações:

- 01 ambulatorial
- 02 hospitalar com obstetrícia

03	hospitalar sem obstetrícia
04	odontológico
05	referência
06	ambulatorial + hospitalar com obstetrícia
07	ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia
08	ambulatorial + odontológico hospitalar com obstetrícia + odontológico
11	hospitalar sem obstetrícia + odontológico
13	ambulatorial+ hospitalar com obstetrícia + odontológico
14	ambulatorial+ hospitalar sem obstetrícia + odontológico

Obviamente a portabilidade, como aqui entendida, só seria possível entre planos com segmentação semelhante ou necessitaria ser complementada por aumento prévio do valor do prêmio, referente ao aumento das coberturas adquiridas. Neste caso a portabilidade seria de difícil operacionalização, já que o beneficiário teria carência já cumprida e a cumprir no momento de troca de operadora. Na prática, a portabilidade entre planos de segmentação diferente se daria em duas etapas: uma mudança de segmentação, dentro de uma mesma operadora, com o conseqüente reajuste do prêmio e o cumprimento das carências para as novas coberturas e a troca de operadora ocorreria após o cumprimento desse período.

5.4.5 – Tipos De Contratação

A Resolução CONSU n.º 14 prevê três formas de contratação : individual ou familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão.

Os planos coletivos são, aqueles em que o contratante é pessoa jurídica, podem ser oferecidos a todo um grupo populacional – sendo então chamado de empresarial ou de adesão voluntária- chamados de coletivos por adesão.

Considerando as teorias de risco e a seleção adversa, a regulamentação veda a instituição de carências dos planos empresariais com mais de cinquenta participantes. As coberturas para as doenças preexistentes também são diferenciadas de acordo com o tipo de contratação.

A lógica, quando a contratação é feita para todo um grupo populacional, é de haver um menor risco para a operadora, já que se inscreverão pessoas saudáveis. Nos casos em que a adesão é voluntária haverá maior número de indivíduos já doentes.

5.4.6 – Direitos De Manutenção Dos Benefícios

Em relação a manutenção do benefício, a Lei 9656/98 estabelece proteção aos consumidores de planos individuais, quando estabelece a obrigatoriedade de renovação automática do contrato e restringe a possibilidade de rescisão contratual por parte da operadora que só pode ocorrer em caso de fraude ou inadimplência do beneficiário superior a 60 dias desde que o consumidor seja notificado até o 50º dia (Art. 13 Lei 9656/98). A rescisão de contratos coletivos não é tratada na Lei 9656/98 e acontece de acordo com o estabelecido no instrumento celebrado entre as partes.

A legislação da saúde suplementar dispõe que as operadoras não podem impedir o ingresso de qualquer pessoa em Plano de Saúde (Art. 14- Lei 9656/98).. Em relação as DLP (doença ou lesão preexistente), definida como aquela que o consumidor sabe ser portador antes da assinatura do contrato, há regulamentos específicos que tratam de cobertura assistência diferenciada. A DLP é o maior fator complicador para a implementação da portabilidade.

Durante vinte e quatro meses, o consumidor de planos de saúde fica em período de suspensão parcial do atendimento denominada de cobertura parcial temporária (CPT) para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas e em leitos de alta complexidade diretamente relacionadas às DLP declaradas na assinatura da proposta de adesão (Art.11 Lei 9656/1998 e Res. CONSU n°2/1998).

Em relação aos reajustes de preços dos planos, decorrentes de variação de faixa etária do beneficiário, também há direitos estabelecidos na regulamentação para os contratos firmados há mais de dez anos no mesmo plano ou em planos sucessores. Estas garantias também devem ser asseguradas em relação à portabilidade.

A lei 9656/98 estabelece, no art. 15, que as variações de preço entre as faixas etárias deverão estar estabelecidas em contrato e que os consumidores de sessenta ou mais anos de idade, que participem do mesmo plano ou em planos sucessores há mais de dez anos, não poderão sofrer estas variações de preço. A Resolução CONSU 6 de 1998 estabeleceu sete faixas etárias para variação de prêmios, que deveriam ser mais um fator a ser considerado, no cálculo de valores relacionados com a migração entre planos de saúde.

Em 2003, o Estatuto do Idoso - Lei 10741 de 1 de outubro de 2003- estabeleceu que não poderá haver reajuste de prêmios diferenciados para os consumidores de 60 anos ou mais, porém ainda se discute se a regra é válida para os contratos firmados antes de sua vigência. Numa tentativa de compensar os cálculos atuariais, a RN 63 de

22 de dezembro de 2003 ampliou o número de variações de sete para dez faixas etárias, vedando variação de preços por faixa etária a partir dos 59 anos de idade.

5.4.7 – Condições De Manutenção Dos Benefícios

Algumas condições para a troca de planos dentro da mesma operadora estão regulamentadas. Estas condições podem ser extrapoladas para a normatização da portabilidade entre planos de diferentes operadoras. As condições de manutenção do direito à assistência são abaixo discutidas.

CANCELAMENTO DO CONTRATO EM PLANOS COLETIVOS

A transferência de beneficiários de planos coletivos extintos para planos individuais, na mesma operadora, já está regulamentada.

Nos planos coletivos cancelados pela empresa contratante, o beneficiário e seu grupo familiar, tem a opção de migrar para um plano individual ou familiar, da mesma seguradora ou operadora de planos de saúde, sem o cumprimento de novas carências (Res. CONSU n.º 19), desde que faça a opção no prazo de 30 dias, observando-se aí, o embrião da regulamentação da portabilidade (Resolução CONSU 19). No entanto, estão excluídas desta obrigatoriedade as operadoras que não comercializam planos individuais.

No caso da extinção de um plano coletivo extinto, nem todos os direitos adquiridos por tempo de permanência s estão assegurados.

Se não houver a opção por um plano individual, o beneficiário, anteriormente vinculado a um plano coletivo, não tem garantias para se vincular a um outro contrato sem o cumprimento de novas carências. Mesmo que o contratante, pessoa jurídica estipulante do contrato coletivo de origem, celebre, imediatamente, novo contrato com operadora de plano de saúde, fica o beneficiário sujeito às novas regras contratadas, podendo haver imposição de novos períodos de carência ou de restrições de cobertura para doenças preexistentes.

Desta forma, mesmo nos planos coletivos em que o pagamento é feito integralmente pelo beneficiário, só esta assegurada a manutenção dos direitos, se a transferência for para um plano individual, com a opção feita nos primeiros 30 dias de rescisão do contrato coletivo de origem e somente nos casos em que a operadora comercialize planos individuais.

No caso, a regulamentação da portabilidade, poderia trazer maior tranquilidade a beneficiários de planos coletivos que são extintos e migram para planos individuais de outra operadora. O prazo de 30 dias é insuficiente, em muitas das vezes, para que haja definição do próprio usuário ou da empresa contratante para assinatura de novo contrato de plano de saúde.

Aposentadoria

A legislação trata também da manutenção de ex-empregados e aposentados nos planos coletivos da ex-empresa empregadora, a ser definido no exíguo prazo de 30 dias ou até a admissão em novo emprego (Art. 30 e 31 da Lei 9658/1988 e Res. CONSU 20 e 21).

A Resolução CONSU 14 em seu Artigo 5º define os prazos máximos de carência que podem ser estabelecidos em todos os tipos de planos de saúde. Privilegia os planos empresariais com mais de 50 funcionários, impedindo-os de estipular carências, e só permitindo a restrição para atendimento de DLP no caso de planos coletivos empresariais com menos de 50 funcionários.

Observa-se que as regras variam de acordo com o tipo de risco, relacionadas com uma abrangência de uma massa menor de usuários e pelo fato da adesão ser voluntária. Nestes casos maiores riscos financeiros para a operadora contratada.

Em relação ao aposentado que contribui financeiramente para um plano coletivo, há dez anos ou mais, a lei assegura o direito a manutenção do benefício, nas mesmas condições assistenciais, desde que este assumo o ônus integral do pagamento do prêmio recebido pela contratada, em plano próprio a ser constituído pela empresa contratante para os inativos. O aposentado pode se manter no plano por tempo indeterminado, quando contribuiu por mais de 10 anos ou pelo mesmo período que contribuiu, se trabalhou por tempo inferior.

Ressalta-se que, mesmo com estas garantias, considerando-se a faixa etária e possibilidade de doenças preexistentes, a situação do aposentado ainda é frágil, no caso de cancelamento do plano. Apesar de prevista na regulamentação a garantia de migração para plano individual sem carências, esta se faz por aumento do prêmio, e não garantia dos direitos em relação a DLP. Estas situações ressaltam mais uma vez a necessidade da regulamentação da portabilidade mesmo em relação aos planos coletivos onde o espírito da lei parece ser o da manutenção dos benefícios adquiridos em função do tempo de permanência no plano.

DEMISSÃO OU EXONERAÇÃO

Em relação ao trabalhador exonerado ou demitido sem justa causa e que contribuí financeiramente para a manutenção de um plano de saúde, a proteção da lei, é limitada a um terço do período de permanência no plano de saúde, sendo este tempo limitado em um mínimo de 6 meses e um máximo de 24 meses.

A lei só protege o empregado demitido sem justa causa, não fazendo menção ao funcionário que se demite voluntariamente. Fica assim o empregado que se demite, mesmo que ingresse em outro emprego, sujeito ao cumprimento de novas carências e dependente da existência de plano coletivo no novo emprego.

Cabe questionar porque a regulamentação não estendeu para os demitidos e exonerados vinculados a planos coletivos os mesmos direitos de migração para planos individuais sem carência conforme determina a Res. CONSU n. °19.

Outra hipótese, que necessita maior regulamentação, é a demissão de um empregado com benefício, onde o prazo de 30 dias para opção de manutenção no plano é insuficiente, em muitas das vezes, para a admissão em um novo emprego.

Tanto no caso dos demitidos quanto nos aposentados, a manutenção no plano é extensiva a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho (Lei 9656 art.30 § 2º e art.31 § 2º) e no caso da morte do titular, está assegurado o direito de manutenção do benefício para dependentes inscritos (Lei 9656 Art. 31 § 3º). Estes direitos se extinguem quando o demitido ou o aposentado assume novo vínculo empregatício, independente da existência de plano de saúde na nova empresa empregadora.

Destaca-se a preocupação do legislador para garantir a manutenção temporária do empregado demitido sem justa causa e a manutenção por tempo indeterminado do aposentado no plano da empresa.

5.4.9 -- Comentários E Conclusões.

Planos Individuais

Não existe legislação sobre a portabilidade ou migração entre planos de operadoras distintas, só estando regulamentada a mudança entre produtos de uma mesma operadora de planos de saúde.

Planos coletivos.

A competição entre seguradoras e operadoras de planos de saúde pela comercialização de contratos coletivos é grande. O oferecimento de produtos mais vantajosos em relação ao aproveitamento de carências acima do exigido pela legislação, com oferecimento de planos com melhor rede e menor preço, é frequentemente observado. Tanto é assim que a ANS vem baseando os aumentos autorizados para planos individuais à média do aumento dos preços dos contratos coletivos.

Apesar do legislador ter-se preocupado em manter um grande número de trabalhadores cobertos por planos de saúde, ainda existem algumas situações em que a cobertura cessa independentemente da vontade do beneficiário.

Nestas situações o modelo Americano com o COBRA (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act. De 1985) e o HIPAA Insurance Reform (Health Insurance Portability and Accountability Act), mesmo sendo arcado pelo beneficiário, dá a capacidade de aguardar um prazo razoável, de 12 a 18 meses, até a definição de novo emprego e possibilidade de novo seguro coletivo. Pode também usar o tempo em que estava coberto por este plano intermediário para cumprimento de novos prazos de carência exigidos ou optar pelo ingresso em planos individuais ou coletivos, mesmo quando a demissão se dá por justa causa ou o beneficiário permaneceu por pouco tempo em seu emprego (ver Caso Americano).

Resumindo, existe a possibilidade de um beneficiário de plano coletivo perder sua cobertura ou vantagens adquiridas por tempo de plano quando:

- Pede demissão ou exoneração.
- É despedido ou exonerado por justa causa.
- Empresa cancela o contrato e seguradora ou operadora contratada não comercializa plano individual.
- Plano coletivo por adesão com menos de 50 funcionários troca de contrato com seguradora ou operadora de plano de saúde.
- Beneficiário exonerado ou demitido assume novo emprego sem plano de saúde.
- Empresa com menos de 50 funcionários troca de contrato com seguradora ou operadora de plano de saúde, firmando contrato coletivo por adesão.
- Nos casos em que o benefício é assegurado por migração para plano individual, o aumento do prêmio pode inviabilizar a manutenção do contrato.

CAPÍTULO 6 - CÁLCULO DA TAXA DE PORTABILIDADE

Considerando a atual legislação que garante atendimento integral após seis meses de permanência em uma mesma operadora de plano de saúde e dois anos como prazo máximo de restrição ao atendimento de doenças preexistentes, o raciocínio em relação à taxa de portabilidade poderia ser matematicamente simplificado. Seria estipulado como taxa de indenização para troca de operadora com manutenção de direitos, o pagamento referente a seis meses ou dois anos de contraprestações no caso de haver doença preexistente, a ser pago como prêmio à seguradora de destino. Este raciocínio, embora matematicamente correto, não leva em consideração o risco moral e a seleção adversa que influenciariam o cálculo atuarial, pois os beneficiários poderiam permanecer em planos mais baratos e de pior qualidade, migrando para planos de maior qualidade e mais caros na iminência de maior utilização (poupança pós-portabilidade).

Desta forma, o cálculo da taxa de portabilidade deve levar em conta fatores atuariais e fatores menos previsíveis como risco moral e seleção adversa, evitando conduta abusiva tanto do beneficiário como da operadora.

6.1 -- Fatores De Cálculo Da Taxa De Portabilidade.

6.1.1 --Planos Coletivos

Nos planos coletivos extintos não é possível garantir, aos usuários, a manutenção do direito à assistência médica nem a portabilidade, uma vez que o contrato é feito entre uma pessoa jurídica e a operadora.

Neste caso, a portabilidade vai depender da negociação de um novo contrato coletivo não podendo ser garantido o direito individual com exceção da opção de migração para um plano individual ou familiar, sem a exigência de cumprimento de novos prazos de carência. Este aspecto será abordado no capítulo referente à legislação que já prevê alguma destas situações.

6.1.2 --Planos Individuais Ou Familiares

A taxa de portabilidade deverá ser capaz de ressarcir os prejuízos da operadora que recebe o beneficiário e inibir o risco moral expresso pela opção de beneficiário que pretende usar a portabilidade como forma de obter assistência médica a custo baixo. Dentre os fatores importantes para o cálculo, podemos citar.

- Tempo de permanência no plano de origem.
- Índice de utilização de serviços no plano de origem.
- Utilização de serviços nos últimos meses
- Risco ligado à idade avançada.

A doença preexistente não será considerada neste cálculo, tendo em vista sua complexidade e individualidade e por já estar regulamentada a opção de cobrança de agravo.

Considerando os fatores que interferem na taxa de portabilidade podemos dividir a taxa em 2 módulos:

MÓDULO (1)

1) VALOR A SER PAGO PELA OPERADORA = VPO

RELACIONADO COM GASTOS E CONTRAPRESTAÇÕES PECUNIÁRIAS PAGAS PELO BENEFICIÁRIO QUE IRÁ MIGRAR.

O estabelecimento de um valor a ser pago pela operadora de origem pode ser a forma de evitar a formação de operadoras ou planos com finalidade de “contar tempo” já que só manteriam o beneficiário até o momento em que fossem necessários maiores gastos médicos, momento em que migraria para uma operadora mais cara e mais eficiente. A exigência de um pagamento à seguradora de destino inibe esta prática e a ressarcimento de eventuais prejuízos.

A fórmula abaixo, calcula o valor a ser pago pela operadora, subtraindo os gastos realizados, em determinado tempo e os valores referentes a taxa de administração e os lucros admitidos para a atividade.

$$\left[\begin{array}{c} \text{prêmios} \\ \text{atualizados} \end{array} - \begin{array}{c} \text{gastos} \\ \text{atualizadas} \end{array} \right] \times \left[1 - \left[\begin{array}{c} \% \text{ desp} \\ \text{ad min istr.} \\ /100 \end{array} + \begin{array}{c} \% \text{ lucro} \\ \text{admitido} \\ /100 \end{array} \right] \right] = VPO$$

- O valor a ser pago pela operadora de origem só será considerado se positivo, já que se a despesa com o beneficiário for maior dos que o valor dos prêmios não existiu lucro
- Valores de mensalidades e despesas devem ser atualizadas para valor presente.
- O período de tempo a ser usado na fórmula pode ser de seis meses ou de dois anos se houver doença preexistente.

No entanto, esta lógica, embora matematicamente correta, não se aplica ao cálculo atuarial que tem como base o compartilhamento de risco. O ressarcimento integral, pela operadora de origem, do valor do prêmio não utilizado em pagamento de serviços médicos, não leva em consideração que valores não consumidos por uns são aplicados na cobertura de outros com maior sinistralidade, base do funcionamento de um seguro de grupo.

O uso desta fórmula, também, inviabilizaria a migração de grande número de beneficiários, já que, durante a operação normal de uma operadora, os recursos necessários não existem.

RELACIONANDO O DESEMPENHO GERAL DO PLANO

Esta abordagem leva em consideração o desempenho total da operadora, em relação à cada produto. Estabelece um fator de multiplicação que se relaciona ao desempenho econômico deste produto. A este fator devem ser multiplicados o valor da contraprestação e o tempo de permanência no plano de cada beneficiário que vai migrar.

A utilização de serviços pelo beneficiário não é levada em conta, sendo considerado o cálculo securitário do risco de toda a carteira. Poderia ser considerado, por exemplo, como fator de ressarcimento da operadora de origem à operadora de destino, uma fórmula que leve em consideração o balanço financeiro do plano. O valor final a ser ressarcido será calculado em relação a este índice multiplicado ao tempo em que o beneficiário, que irá migrar, permaneceu na operadora e o valor de sua contraprestação.

$$\left[1 - \frac{\text{gastos atualizados}}{\text{prêmios atualizados}} \right] X [\text{prêmio individ.} \times \text{mêses perm.}] = VPO$$

-- Gastos atualizados – corresponde a despesa médica realizada por todos os usuários do plano em determinado período de tempo.

-- Prêmios atualizados – corresponde ao valor total dos prêmios recebidos no mesmo intervalo de tempo no mesmo plano.

Podem ser descontados deste valor uma taxa administrativa e uma percentagem de lucro aceito.

O tempo de permanência pode ser limitado, por exemplo, a dois anos a critério do legislador.

Uma outra opção para as duas equações acima seria utilizar o valor do prêmio da seguradora de destino ao invés do prêmio da seguradora de origem. Esta medida tenderia mais a inibir conduta reprovável de planos de “cumprimento de carência” e diminuiria o prejuízo da operadora de destino.

O gasto referente ao beneficiário que migra não deve ser considerado como fator de subtração da taxa, mesmo que elevado. Isto implicaria no pagamento de uma taxa menor, aumentando o ônus da operadora que recebe o beneficiário, principalmente no caso da grande utilização persistir na operadora de destino.

MODULO (2)

2) VALOR A SER PAGO PELO BENEFICIÁRIO = VPB

A participação pecuniária do beneficiário é importante para diminuir o risco da decisão de migrar para um outro plano ou operadora, quando houver previsão de maior utilização de serviços médicos. Deve também ser mais alta para beneficiários de maior faixa etária ou de maior risco ou ainda daqueles que tenham permanecido pouco tempo na operadora de origem. Neste último caso, o valor a ser pago, pela operadora de origem, não será capaz de compensar o risco de receber um beneficiário sem cumprimento de período de carência.

Os fatores que interferem na taxa de portabilidade podem ser enumerados e a direção de sua influência na taxa explicitada.

FATOR DE SELEÇÃO ADVERSA = FSA

Deve contrabalançar a tendência do beneficiário de migrar para um plano melhor quando houver certeza ou maior probabilidade de maior utilização após cumprimento de carência em plano de menor prêmio.

Este fator deve desestimular a seleção adversa do beneficiário estabelecendo uma menor taxa de migração para os beneficiários que permaneceram mais tempo no plano de saúde de origem.

FATOR DE EXPECTATIVA DE VIDA = EVM

Esta variável deve ser considerada no cálculo do valor da taxa de portabilidade. Como a expectativa de vida em classes sociais mais bem colocadas é semelhante em todo o Brasil, pode ser usada a expectativa média de vida brasileira ou a expectativa média de vida da classe A.

A direção de seu impacto na taxa de migração é de difícil interpretação, pois, caso o beneficiário decida migrar de plano em faixa etária mais elevada, haverá aumento de sinistralidade. Para faixas etárias menores, o impacto no cálculo da taxa, é negativo pois o beneficiário deverá permanecer por mais tempo no plano pagando mais prêmios ao plano de destino.

Este fator será usado em associação com a idade em que o beneficiário troca de plano, dando origem ao fator de correção para idade.

FATOR DE CORREÇÃO PARA IDADE FCI

Baseia-se no fato de que quanto maior a idade maior o risco do beneficiário necessitar de serviços médicos.

$$EVM + I = FCI$$

EVM = esperança de vida média na idade em que se fará a portabilidade .

I = idade do beneficiário na data da mudança de plano.

TEMPO DE PERMANÊNCIA NO PLANO DE ORIGEM = TPP

É o tempo em que o beneficiário permaneceu em seu plano de origem.

Uma permanência maior diminuí a chance de migração do beneficiário para tirar vantagem das regras da portabilidade.

FATOR DE CORREÇÃO PARA O TEMPO DE PLANO = FCT

O tempo de permanência baixo do beneficiário no plano de origem associado à pequena taxa de utilização pode estar relacionada a seleção adversa e risco moral porque pode significar a mudança de plano na iminência de grande utilização. Por outro lado, uma grande permanência com utilização média ou maior do que a média pode significar menor chance de risco moral e seleção adversa. Como a utilização será compensada pela parcela da taxa de portabilidade paga pela operadora, consideraremos somente o tempo de permanência no plano de origem como fator de impacto negativo no valor da taxa de portabilidade. Para isto, podemos usar, como artifício, a subtração de seu valor da esperança de vida média.

$$EVM - TPP = FCT$$

TPP = tempo de permanência no plano de saúde de origem

Usando todos os elementos, descritos acima, pode ser inferido um fator relacionado a possibilidade de seleção adversa e risco moral.

$$FSA = \left[\frac{FCI - FCT}{100} \right]$$

Generalizando e desdobrando a equação anterior, encontramos um elemento capaz de possibilitar alguns riscos associados à portabilidade, que pode ser denominado fator de portabilidade (**FP**)

$$FP = \left[\frac{EVM + I - TPM}{100} \right]^2 - 0,64$$

Assim, no caso de considerarmos a esperança de vida média como 80 anos, a idade de migração também de 80 anos, para um beneficiário que faz parte do plano de saúde desde o nascimento ($TPM = 80$), a FP será igual a 0, significando que nada

deverá ser pago pelo beneficiário na migração para um outro plano.

O valor máximo seria pago pelo mesmo usuário de 80 anos que estivesse num plano por menos de um ano . Neste caso, a FP seria igual a 1,92 a maior taxa de portabilidade a ser paga pelo beneficiário que decide trocar de plano.

Para acentuar os efeitos relatados, o valor final pode ser elevado ao quadrado tendo um valor mínimo igual a 0,64 que representaria o valor zero, isto é sem pagamento por parte do beneficiário. Assim, o fator deve ser subtraído de 0,64 em todos os casos.

O valor correspondente ao prêmio de doze meses do plano de destino poderia representar um bom valor a ser pago pelo beneficiário, uma vez que, o valor máximo a multiplicar seria de 1,92, equivalente ao pagamento de 2 anos do novo plano. O menor valor a ser pago, seria zero, equivalente ao beneficiário que permaneceu no plano de saúde desde o nascimento até a época da mudança.

$$\text{VTP} = \text{VMPD} * 12 * \text{FP} + \text{VPO}$$

VTP = valor total a ser recebido pela operadora de origem

VMPD = valor do prêmio mensal da operadora de destino para a faixa etária correspondente.

VPO = valor pago pela operadora de origem

Problemas com o cálculo do pedágio para a portabilidade

O cálculo deste valor de pedágio é capaz de evitar, ou pelo menos precificar, algumas variáveis como, o maior risco associado à faixas etárias mais avançadas, o cumprimento de carência em plano mais barato e a migração para outro melhor ou mais caro já com as carências cumpridas. O cálculo não consegue, porém, evitar o que chamaremos de poupança contra o risco de adoecer.

Poupança contra risco de adoecer

Consiste no ingresso do beneficiário em plano de preço baixo enquanto saudável, em qualquer idade, e aplicação da economia resultante em poupança dedicada ao pagamento da taxa de portabilidade, quando houvesse risco de doença ou aumento de idade.

Desta forma, o beneficiário economizaria, não pagando um plano mais barato, sabendo que, caso necessário, teria como migrar para um plano mais completo ou mais caro, desde que mantivesse uma poupança para pagamento da taxa de portabilidade. A economia seria significativa caso a necessidade de tratamento médico, não ocorra em

tempo inferior ao correspondente a economia do valor dos prêmios confrontado com a poupança para a migração.

A adoção destas práticas por um grande número de beneficiários, favoreceria em muito as operadoras que não prestassem um bom atendimento mas cobrassem prêmios baixos, já que seriam escolhidas por beneficiários saudáveis que quando necessitassem mais de serviços médicos migrariam para outras operadoras com serviços mais abrangentes ou mais zelosas de seus deveres. Por outro lado as operadoras com serviços de melhor qualidade e prêmios mais elevados, seriam prejudicadas pela seleção adversa de receber muitos beneficiários em fases de grandes despesas.

7 -- CONCLUSÕES

A regulação da saúde suplementar levou à unificação da cobertura ofertada, pelos planos de saúde. As redes de prestadores passaram a ter capacidade equivalente e regras de fiscalização uniformes foram implementadas. O plano de saúde contratado passou a ser mais conhecido o que levou o beneficiário a ter mais certeza do “produto” que adquire. Isto significa que a “incerteza” sobre os gastos (assimetria de informação) passou a recair mais fortemente sobre a operadora uma vez que não existe na regulamentação forma eficiente de coibir a utilização excessiva induzida pelo prestador ou pelo beneficiário.

A possibilidade de utilização desnecessária (gastos que não representam melhoria da atenção médica) irá ser computada no cálculo atuarial determinante do valor das contraprestações. Este aumento do valor da contraprestação pecuniária conseqüente à regulação (custo de transação) devido à utilização desnecessária acrescido aos gastos com cumprimento de outras normas de regulação tende a excluir beneficiários (diminuição do bem estar) e pode mesmo inviabilizar o sistema, pelo exagero de normas e custos impostos as operadoras de planos de saúde (hiper-regulação).

Assim, a situação teórica ideal é o exercício da menor “regulação” necessária ao bom funcionamento do mercado, que imponha os menores custos para o regulado e garanta a prestação eficiente de serviços no contexto de um mercado o mais próximo da concorrência perfeita, onde o bem estar é maximizado.

Dentre as medidas que diminuam a necessidade da regulação maximizando o bem estar, podem ser citadas:

- Aprimoramento do Sistema Público de Saúde (SUS).

A diminuição da necessidade individual de garantir atendimento à saúde por meio de um sistema privado está relacionada à certeza da eficácia do sistema público. O bom funcionamento deste forçaria a melhoria e ao barateamento do sistema privado para torná-lo competitivo a um sistema gratuito.

Como referido por Mendes, em 2001, um aspecto pouco considerado neste debate, que diz respeito à relação do modelo regulatório com a política pública no âmbito do Sistema Único de Saúde, o tamanho da oferta e cobertura dos serviços públicos deve afetar o mercado e as estratégias das empresas. Até o momento, no entanto, as relações entre os dois sistemas têm sido tratadas apenas com relação aos mecanismos de ressarcimento pelas operadoras ao SUS, quando há utilização dos serviços públicos pelos seus beneficiários. Um modelo mais complexo, que especialize cada sistema ou algumas de suas atividades, tem sido rejeitado pelo risco de promoção de segmentação ou de reconhecimento de segmentação do sistema público de caráter universal.

O acirramento da concorrência, que deve ser observado, após a regulamentação da portabilidade, tenderá a privilegiar planos ou produtos que ofereçam melhor qualidade de atendimento e menor custo. Estes planos ou produtos tenderão a atrair mais beneficiários podendo se beneficiar de economias de escala aumentando ainda mais sua capacidade de baixar custos.

Nos planos individuais ou familiares o maior obstáculo à implantação da portabilidade é a possibilidade de conduta incorreta por parte do beneficiário que se beneficiariam da possibilidade de trocar de operadora na iminência de gastos ou de operadoras que cobrando baixos prêmios e prestando maus serviços, só manteriam beneficiários para contar tempo de carência.

Sendo assim, os obstáculos econômicos para sua implantação, a criação de mecanismos de ressarcimento de gastos não justificáveis atuarialmente, deve ser capaz de inibir práticas incorretas, deixando a possibilidade de mudar de plano para aqueles beneficiários que optam, por este direito, por motivos éticos.

A regra da migração exclusiva entre planos semelhantes também evitaria a prática de se pagar por um plano mais barato migrando para um plano de maior cobertura somente quando houver o aumento da necessidades por serviços de saúde.

A migração só poderia ser aplicada entre planos regulamentados pela Lei 9686/98, com amplitudes de cobertura, abrangência geográfica e redes credenciadas semelhantes. Desta forma, a portabilidade significaria a possibilidade de manutenção do atendimento, sem novas carências para os casos em que os beneficiários que por

melhoria de nível econômico optem por um plano mais confortável ou principalmente para aqueles que estiverem insatisfeitos com a qualidade ou preços de seus planos.

Para as operadoras, a necessidade de pagar uma taxa quando um de seus beneficiários optasse migrar para outra operadora, seria um fator de desestímulo de funcionar como poupança para beneficiários que pretendam mudar de plano somente quando houver necessidade de maior utilização de serviços de saúde.

O pagamento efetuado pela operadora de origem, não seria capaz de impedir imediata e completamente o enriquecimento de operadoras, que tivessem como objetivo somente, os ganhos financeiros e os lucros certos de beneficiários que não utilizam, só pagam. No entanto, diminuiria o prejuízo da operadora que recebe o beneficiário, mantendo a possibilidade de troca de operadora mais viável.

A exigência do pagamento, pelo beneficiário, de uma taxa no momento da migração, desencorajaria a prática de contar tempo em operadora mais barata minimizando a perda de operadoras, de melhor qualidade, que recebessem estes beneficiários.

Outra regra importante para a regulamentação da portabilidade é o estabelecimento de limitações como o direito à mudança de plano de saúde somente após o cumprimento de período de carência (seis meses ou 24 meses no caso de preexistência). Outra limitação é a de só permitir mudança de plano a um período limitado do ano e só permitir uma mudança ao ano. Estas limitações inibiriam a mudança predatória de planos e contribuiriam para manter o mercado mais estável.

De qualquer forma, mesmo que a portabilidade fosse aplicada com limitações, ainda seria um importante fator de aumento da concorrência entre planos e conseqüente melhoria do mercado e dos serviços prestados pelas operadoras de planos de saúde.

A criação de um fundo para a portabilidade é a forma de implantação que representa o menor ônus para o beneficiário que quer migrar e para a operadora de origem, por envolver o pagamento do universo dos beneficiários de um valor diluído em cada contraprestação. Seu impacto no valor das contraprestações deve ser avaliado e a regulamentação para criação deste fundo ser estabelecida para que seja viabilizada a portabilidade. A criação do fundo de portabilidade carrega, porém a desvantagem de não inibir comportamentos predatórios de operadoras ou de beneficiários, já que no ato de troca de operadora estes não são diretamente onerados.

Resumindo, a regulamentação da portabilidade pode usar um ou vários dos mecanismos apontados para inibir comportamentos não éticos de operadoras e beneficiários. As fórmulas apontadas podem ser usadas com diferentes constantes, que

ao determinar uma maior ou menor taxa de portabilidade a ser paga, determinariam um número maior ou menor de beneficiários que decidiriam migrar determinando o tamanho do impacto desta medida no mercado.

Os planos coletivos somente asseguram o direito de atendimento médico durante o vínculo empregatício do beneficiário e enquanto o contrato se mantém ativo. Quando estas condições deixam de existir o beneficiário só pode manter seus direitos migrando para um plano individual ou para um plano especial para inativos, tendo que assumir o pagamento integral das contraprestações. Caso esta migração não ocorra, por incapacidade financeira ou impossibilidade legal, o beneficiário e seus dependentes passarão ser atendido pelo sistema público de saúde.

Nestes casos, apesar de já haver alguns direitos de manutenção de atendimento após cessar o vínculo empregatício, ainda restam algumas situações onde o direito de não haver interrupção no direito de permanecer no sistema de saúde suplementar não é preservado após aposentadoria, demissão, cancelamento de contrato ou troca de emprego.

Aperfeiçoamentos da regulamentação devem ser estudados objetivando a manutenção em plano, especial ou individual, destes beneficiários que em faixa etária mais crítica necessitam manter o direito da atenção à saúde.

Concluindo, a Saúde Suplementar no Brasil se beneficiaria em termos de custo e qualidade com medidas que diminuíssem a necessidade de regulação pelo aumento da concorrência. Dentre estas, o desenvolvimento do SUS é um direito constitucional que já deveria ter sido cumprido.

A regulamentação do direito à portabilidade é medida que necessita regulamentação própria porém compatível com a direção da legislação em vigor. A forma de sua implementação ainda necessita de maiores estudos e padronização de taxas e valores envolvidos.

Outras medidas também poderiam ter efeito no aumento da concorrência como a sub-segmentação, liberação dos preços e outras, porém todas estas não permitem a livre troca de planos de saúde, condição essencial para que beneficiários procurem melhores condições de atendimento e preço, que é condição fundamental para que exista um mercado verdadeiramente competitivo.



8 -- GLOSSÁRIO

ACIDENTE PESSOAL

É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

AGRAVO

É o acréscimo aplicado ao valor do prêmio, quando expressamente escolhido pelo Proponente Titular, objetivando conceder cobertura de leitos de alta tecnologia e/ou procedimentos de alta complexidade, exclusivamente relacionados à doença e/ou lesão preexistente à data de assinatura do contrato, como alternativa à cobertura parcial temporária.

ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Órgão fiscalizador do mercado de saúde privada, cabendo-lhe: autorizar o funcionamento de companhias seguradoras de saúde, planos de saúde, cooperativas de saúde, regulamentar as operações; fiscalizar as empresas do setor, intervindo ou promovendo liquidação quando necessário.

AUTO-SEGURO

Sistema em que um grande grupo de usuários financia o próprio risco de assistência à saúde.

BENEFICIÁRIO

Entende-se como beneficiário, a pessoa (inclusive aposentada ou com contrato de trabalho rescindido e dependentes de beneficiário titular) a favor de quem se estabelece um benefício, vantagem ou direito em relação a produtos de operadoras de planos ou seguros de saúde.

CARÊNCIA

É o período de tempo ininterrupto, contado a partir da data da assinatura do contrato, ou da inclusão em plano coletivo, durante o qual este deverá permanecer sem direito às coberturas assistenciais.

.....

CNSP

Cabe fixar as diretrizes e normas da política de seguros privados no Brasil. É composto pelo Ministro de Estado da Fazenda, Superintendente da SUSEP e representantes do Ministério da Justiça, Ministério da Previdência e Assistência Social, Banco Central do Brasil e Comissão de Valores Mobiliários.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)

Tendo sido identificadas, pela operadora, quaisquer doenças e/ou lesões preexistentes anteriores à contratação, por meio da Declaração de Saúde ou mediante exame médico, a cobertura parcial temporária é aquela aplicada ao beneficiário, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses contados a partir do início de vigência individual das coberturas contratadas, durante os quais estão excluídos todos os eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças e/ou lesões preexistentes.

COOPERATIVAS MÉDICAS

Do ponto de vista dos serviços oferecidos, da forma de contrato e de pagamento, assemelha-se ao setor de medicina de grupo. Do ponto de vista legal, é a modalidade em que os médicos são simultaneamente sócios e prestadores de serviço, recebem pagamento proporcional à atividade de cada um e participam do rateio do lucro final obtido por suas unidades municipais, chamadas singulares.

.....

Pela legislação brasileira, cooperativas são sociedades que não perseguem o lucro, são obrigadas a deixar as portas abertas a todos os profissionais que a ela queiram se associar e têm gestão democrática.

No Brasil, a UNIMED é a mais forte das cooperativas médicas, cobrindo 80% do território nacional, com 365 unidades municipais agregadas em Federações Estaduais, que por sua vez são ligadas à Confederação Nacional.

Esse setor apresentou crescimento significativo nos anos 80. Hoje, conta com cerca de 11 milhões de usuários. A maioria de seus beneficiários também é proveniente de convênios-empresa. Atualmente, conta com 42 hospitais próprios e tem mais 11 em construção.

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE (DLP)

Doença ou lesão preexistente é “aquela que o consumidor saiba ser portador à época da contratação do plano de saúde”. Com esta definição fica claro que a doença ou a lesão diagnosticada no decurso do contrato, independentemente do momento do seu surgimento, não será considerada como preexistente.

EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANOS DE SAÚDE (EAPS)

São operadoras que administram planos de assistência à saúde financiados por quaisquer outras empresas, sem assumir os riscos dos sinistros.

ESTADO DO BEM-ESTAR SOCIAL – WELFARE STATE

Significa uma forma particular de regulação social que se expressa pela transformação das relações entre o Estado e a economia, entre o Estado e sociedade, a um dado momento do desenvolvimento econômico.

Tais transformações se manifestam na emergência de sistemas nacionais públicos ou estavelmente regulados de educação, saúde, previdência social, integração e substituição da renda, assistência social e habitação que, a par das políticas de salário e emprego, regulam direta ou indiretamente o volume, as taxas e o comportamento do emprego e do salário da economia, afetando, portanto, o nível de vida da população trabalhadora.

Tratam-se, portanto, de processos que, uma vez transformada a própria estrutura do Estado, expressam-se na organização e produção de bens e serviços coletivos, na

montagem de esquemas de transferências sociais, na interferência pública sobre a estrutura de oportunidades de acesso a bens e serviços públicos e privados e, finalmente, na regulação e distribuição de bens e serviços sociais privados.

FENACOR

A FENACOR é a Federação Nacional dos Corretores de Seguros Privados, de Capitalização, de Previdência Privada e das Empresas Corretoras de Seguros. Representa os seus 25 (vinte e cinco) Sindicatos Filiados, com 78.111 corretores em atividade dos quais 33% empresas corretoras e 67% corretores autônomos. Desses corretores, 18% se localizam no Rio de Janeiro e 37% em São Paulo, totalizando 55% do total.

FENASEG

A Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização - FENASEG, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro, é uma associação sindical, para fins de proteção e representação legal das empresas de seguro privado e da capitalização. A FENASEG congrega os 8 sindicatos regionais de seguros privados, estabelecidos nos Estados da Bahia, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo; 96 empresas de seguros, 13 sociedades de capitalização e 35 empresas que operam com previdência privada aberta, que representam 93% do volume da arrecadação desses mercados.

FRANQUIA

É o valor estabelecido no contrato, de plano ou seguro de saúde, até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, que nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada. Neste caso o valor é de responsabilidade do consumidor.

FUNENSEG

A Fundação Escola Nacional de Seguros - FUNENSEG, foi fundada em 1971 pelas entidades representativas do setor (IRB, SUSEP, Fenaseg e Fenacor) com o objetivo de promover o ensino, a pesquisa e a divulgação do seguro, bem como o aperfeiçoamento do mercado e o esclarecimento ao consumidor. A FUNENSEG habilita, qualifica e aperfeiçoa profissionais em diversos níveis de ensino, desde cursos básicos aos de pós-graduação, com expressiva atuação também em Programas de Apoio à Pesquisa e na montagem de Cursos In Company, para atender demandas específicas de empresas.

.....

IRB - BRASIL RESSEGUROS S/A

Sociedade cujo capital pertence 50% ao Governo e 50% às Companhias Seguradoras, sendo atualmente o único ressegurador do Brasil e tendo ainda por objetivo regulamentar o cosseguro, o resseguro, a retrocessão e promover o desenvolvimento das operações de seguros no País.

MEDICINA DE GRUPO

Constituída por empresas médicas similares as HMOs dos EUA, que administram diferentes modalidades e planos de saúde para empresas, indivíduos ou famílias. A estrutura de atendimento é feita em serviços próprios ou em serviços credenciados com acesso livre. O uso de serviços não credenciados é previsto nos planos mais caros, ou em situações emergenciais em que não há rede credenciada disponível. O ressarcimento dos gastos ao contratante é feito segundo valores calculados por múltiplos da tabela da Associação Médica Brasileira e da Associação Brasileira de Hospitais ou ainda baseado em tabelas criadas pelas próprias empresas. A medicina de grupo é representada politicamente pelo sistema ABRAMGE/SINAMGE/CONAMGE, que presta atendimento a 18,3 milhões de pessoas, sendo 80 % delas ligadas a planos coletivos, segundo dados disponíveis na rede Internet.

Realiza através de serviços próprios e credenciados a média de 4,95 consultas/beneficiário/ano e 0,1 internações/beneficiário/ano.

OPERADORAS DE AUTOGESTÃO PRINCIPAL (OAP)

São empresas atuando em quaisquer atividades, que oferecem planos de assistência à saúde exclusivamente a seus funcionários ativos, aposentados, pensionistas, ex-empregados, seus respectivos grupos familiares, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, ou ainda associações, nas quais os seus associados são vinculados a um mesmo empregador, que oferecem planos de assistência à saúde a seus participantes e dependentes.

OPERADORA DE DESTINO

É a operadora para qual o beneficiário migrou ou pretende migrar.

OPERADORA DE ORIGEM

.....

É a operadora de planos de saúde em que o beneficiário é associado, estando de posse de todos os seus direitos, tanto em plano individual como coletivo, não importando qual tipo de contrato está em vigor, ou se é titular ou dependente, assim como o tempo de contribuição.

OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE (OPS)

São empresas, constituídas sob quaisquer formas jurídicas, que comercializam planos de assistência à saúde, atuando nesta atividade, podendo fornecer adicionalmente prestação de serviços médico-hospitalares e/ou odontológicos diretos ou indiretos.

OPERADORAS DE SEGUROS DE SAÚDE (OSS)

São exclusivamente as seguradoras, constituídas conforme legislação específica para a atividade de seguros, e que oferecem obrigatoriamente o reembolso das despesas médico-hospitalares e/ou odontológicas em todos os seus planos do ramo saúde.

PLANOS PRÓPRIOS DAS EMPRESAS

São aqueles em que as empresas ou administram programas de assistência médica para seus funcionários (auto-gestão) ou contratam terceiros para administrá-los (co-gestão ou planos administrados). Na maioria das empresas/instituições estatais e da administração pública os programas são geridos pelas próprias empresas ou por instituições privadas sem fim lucrativo (caixas e fundações), promovidas e mantidas pela empresa patrocinadora, juntamente com seus funcionários.

No caso das instituições do poder executivo, o Decreto-Lei n.º 2383, de 12 de Novembro de 1997, restringiu a contribuição da patrocinadora, diminuiu a **contribuição** patronal para a assistência à saúde e, conseqüentemente, aumentou a participação dos funcionários no custeio.

No caso de fundações de previdência fechada, as contribuições patronais ao custeio do plano de benefícios previdenciários não podem ser inferiores a 30 % do total.

No caso das consultas, o percentual médio de participação dos beneficiários é de 32%, em Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento (SADT) é 41% e nas internações é de 28%.

PLANOS SUCESSORES

A contagem do prazo estabelecido no parágrafo anterior deverá considerar cumulativamente os períodos de dois ou mais planos ou seguros, quando sucessivos e

ininterruptos, numa mesma operadora, independentemente de eventual alteração em sua denominação social, controle empresarial, ou na sua administração, desde que caracterizada a sucessão.

PORTABILIDADE

A portabilidade é a capacidade do beneficiário de migrar entre planos de saúde, de segmentação e cobertura semelhantes, com aproveitamento de: carência cumprida, direito a política de reajustes por tempo de contrato e carência cumprida para doença ou lesão preexistente, podendo variar o valor da contraprestação no novo plano contratado.

PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE

São os procedimentos que preenchem os critérios de: instalações físicas e condições físicas/ambientais especiais; equipamentos específicos de médio/alto custo e manutenção especializada; recursos humanos especializados e especialmente capacitados; insumos de alto custo ou específicos/material de manutenção/consumo; risco intrínseco do procedimento e área de incorporação tecnológica.

PROVISÃO TÉCNICA

Montante constituído mensalmente pelas operadoras para garantia de suas operações e cobertura dos riscos assumidos junto a seus associados.

PREVIDÊNCIA PRIVADA

A previdência privada é uma forma de poupança de longo prazo para evitar que na aposentadoria um contribuinte sofra uma redução muito grande de sua renda.

REAJUSTE FINANCEIRO

Atualização do valor das contraprestações pecuniárias em função da variação dos custos médicos, hospitalares e/ou odontológicos.

REAJUSTE TÉCNICO

Reavaliação do valor das contraprestações pecuniárias decorrente de alteração no nível de sinistralidade dos seguros ou planos de assistência à saúde.

REDE PRÓPRIA

.....

É aquela composta por organizações da área de saúde, tais como hospitais, clínicas, serviço de apoio ao diagnóstico e terapia, que tenham na sua estrutura societária a participação de Operadora de Plano de Saúde ou então, que participem da composição societária da Operadora de Plano de Saúde.

REGULAÇÃO

Ato ou efeito de regular.

REGULAMENTAÇÃO

Ato ou efeito de regulamentar. Redação e publicação de regulamentos de associação ou instituto.

RESSEGURO

Operação em que uma sociedade seguradora transfere parte do risco assumido em determinado contrato ou grupo de contratos de seguro para uma resseguradora.

SEGURO

“A operação de seguro toma forma jurídica de um contrato, em que uma das partes (SEGURADOR) se obriga para com a outra (SEGURADO), mediante o recebimento de uma importância estipulada (PRÊMIO), a indenizá-la de um prejuízo (SINISTRO), resultante de um evento futuro, possível e incerto (RISCO), indicado no contrato”.

Observa-se que conceitualmente, e diferente dos planos de saúde, os seguros trabalham com risco limitado e estipulado nas apólices.

SEGUROS DE SAÚDE

Pagamento por garantia de risco: inclui as modalidades de medicina de grupo, as cooperativas e as seguradoras propriamente ditas, trabalhando com sistema de pré-pagamento.

SEGURADORAS ESPECIALIZADAS EM SAÚDE

Nesta modalidade há intermediação financeira de uma entidade seguradora que reembolsa gastos com assistência médica diretamente ao segurado dentro de limites estipulados contratualmente nas apólices.

Os seguros de saúde, definidos com relação à possibilidade de livre escolha de serviços e pagos por meio de reembolso, tiveram sua comercialização ampliada a partir

de regulamentação do setor pela SUSEP, que instituiu a possibilidade dos seguros de saúde contratarem prestadores para pagamento direto criando redes referenciadas para atendimento.

Este setor apresentou o maior crescimento no período de 1987-94 (757,1 %) com a transformação de uma parcela importante dos planos de saúde em seguro de saúde, o que trazia ao consumidor a possibilidade de atendimento na rede referenciada sem pagamento para posterior reembolso.

SINCOR-RJ

Sindicato dos Corretores e Empresas Corretoras de Seguros, Resseguros, Vida, Capitalização e Previdência Privada do Estado do Rio de Janeiro.

SUSEP

Órgão fiscalizador do mercado de seguros, de capitalização e de previdência privada, e executor da política traçada pelo CNSP, cabendo-lhe: autorizar o funcionamento de companhias seguradoras, regulamentar as operações de seguros; fiscalizar as empresas do setor, intervindo ou promovendo liquidação quando necessário.





11 -- BIBLIOGRAFIA

ABRAMGE. Histórico da Lei 9656/98(on line). Disponível:
[www.abramge.com.br/regulamentacao/arquivos para download](http://www.abramge.com.br/regulamentacao/arquivos_para_download) [capturado em 9
set.2003 às 14:20 horas].

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Fórum de Saúde
Suplementar Documentos Técnicos [CD-ROM]. Brasília.2003

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR.(ON LINE)
2002.Disponível:<http://www.ans.gov.br/legislação>
[capturado de 2 jan 2003 a 9 março de 2004].

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Assessoria DIDES.
Nota Técnica. Sugestões Para a Regulação da Mobilidade de Consumidores de Planos
Privados de Saúde. Rio de Janeiro. 2002.

Panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Brasília: IPEA,
1998. ALMEIDA, Célia. O Mercado Privado de Serviços de Saúde no Brasil.

ANDRADE, Mônica Viegas. Ensaio em economia da saúde. Tese (Doutorado
em Economia) –Fundação Getúlio Vargas (FGV), 2000.

ANDRÉA, João Luiz Barrocas de. Usuário pode ser prejudicado na troca de
plano. Estado São Paulo[on line].1999. Rio de Janeiro. Entrevista concedida a Gabriela
Scheinberg em 18 jun. 1999.Estado de São Paulo, 19 jun.1999.
Disponível:;<<http://www.estado.estadao.com.br/edicao/pano/99/06/28/ger831.html>>.
[capturado em 09 set.2003 às 14 horas].

ARROW, Keneth J. Uncertainty and the welfare economics of medical care.
American economic review. v. 53, Dez. 1993.

BANCO MUNDIAL. El estado da poblacion mundial 2002, poblacion, pobreza,
y objetivos mundiales de desarrollo: el camino acia adelante. (on line). Disponível:
<http://www.unfpa.org/swp/2002/espanol/ch8/index.htm> [capturado em 14 fev 2004 às
12:30 horas].

.....

BAHIA, Ligia. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: Tendências pós-regulamentação. Rio de Janeiro: Oficina DIPRO/GGTAP, Imaginando e operando a gestão da assistência no âmbito da saúde suplementar, 2002. Bibliografia:p.325-361.

BAHIA Ligia. Risco seguro e assistência suplementar no Brasil. Rio de Janeiro: 2º Ciclo de Oficinas Dipro, 2001. Bibliografia: p. 1 a 19.

BAHIA, L. Os planos de saúde empresariais no Brasil: notas para a regulação governamental [on line]. Disponível:
<http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/abrangenciadar_egulacao/AA7.pdf> [capturado em 18 fev. 2004 10 às 10 horas].

BIASOTO, Geraldo J.Portabilidade: Avaliação Exploratória Das Principais Potencialidades e Dificuldades. Estudo apresentado no Fórum de Saúde Suplementar. Brasília. 25 jun. 2003.

BRASIL. Decreto-lei n.º 73, de 21 de novembro de 1966. Dispõe sobre o sistema nacional de seguros privados, regula as operações de seguros e resseguros e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília.DF. 22 nov. 1996.Seção 1

BRASIL. Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União. Brasília.DF. 4 jun1998.Seção 1

BRASIL. Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998 alterada pela Medida Provisória n.º 2177-44, de 24 de agosto de 2001. Disponível:
<http://www.abramge.com.br/download/montag44.doc>

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. RDC- Nº 4 de 18 de fevereiro de 2000. Dispõe sobre alteração de rotina do registro provisório de produtos e dá outras providências.Diário Oficial da União. Brasília.DF 22 de jan 2000. seção 1.

.....

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CONSU n.º 20 de 23 de março de 1999. Dispõe sobre a regulamentação do artigo 30 da Lei 9656 / 98. Diário Oficial da União. Brasília.DF. 7 de abril de 1999. seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CONSU n.º 21 de 23 de março de 1999 Dispõe sobre a regulamentação do artigo 31 da Lei 9656 / 98. Diário Oficial da União. Brasília.DF. 7 de abril de 1999. seção 1.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Resolução CONSU n.º 02 de 3 de novembro de 1998. Dispõe sobre a definição e coberturas às Doenças e Lesões Preexistentes. Diário Oficial da União. Brasília.DF. 4 de nov de 1998. seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CONSU n.º 04 de de 3 de novembro de 1998. Dispõe sobre as condições e prazos para adaptações dos contratos. Diário Oficial da União. Brasília.DF. 4 de nov de 1998. seção 1.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Resolução CONSU n.º14. de 3 de nov de 1998. Dispõe sobre a definição das modalidades de planos ou seguros de saúde sob o regime de contratação individual e coletiva.

BRASIL. Ministério da Saúde.Resolução CONSU n.º 06. de 3 de novembro de 1998.Dispõe sobre critérios e parâmetros de variações de faixas etárias dos consumidores para efeito de cobrança diferenciada... Diário Oficial da União. Brasília.DF. 4 de nov de 1998. seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho de Saúde Suplementar. Resolução CONSU n.º 19. Brasília 23 de março de 1999. Dispõe sobre a absorção do universo de consumidores pelas operadoras de planos... Diário Oficial da União. Brasília.DF. 25 de março de 1998. seção 1.

BRASIL. Lei 10185 de 12 de fevereiro de 2001. Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dando outras providências . Diário Oficial da União. Brasília.DF. 14 de fev de2001. seção 1.

.....

.....
 BRASIL. Lei 9961 de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília. DF. 29 de jan de 2001. seção 1.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. ADIN de 09/12/98 . Medida cautelar em Ação Direta de Inconstitucionalidade. 1931-8(2). Confederação Nacional De Saúde – Hospitais .Relator: Ministro Maurício Corrêa, Diário Oficial da União. 3 de set de 2003.

BRITO, Paloma. Planos de saúde: Vale a pena trocar de operadora em busca de um preço menor [on line]. 2003. Disponível:
 <www.uol.com.br/infopessoal/noticias/ HOME OUTRAS 166704.shtml > [capturado em 07 out. 2003 as 10 horas].

BUCHMUELLER T.C,P., FELDSTEIN,P.J. Switching costs, price sensitivity ans health plan choise. Journal of Health Economics, n 21, p.89-116, 2002.

CARVALHO, Lais Perazo Nunes de., WESTENBERGER Roberto. Mobilidade de Usuários entre Operadoras de Planos de Saúde. Parecer Técnico Tillinghast – Towers Perrin para a Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização em 11 de out. 2001.

CARVALHO, Raphael., UGÁ, Maria Alícia Dominguez. Propostas de Reforma do Setor Saúde nos Marcos do Ajuste Macroeconômico. Tese (Doutorado Planejamento em Saúde). Instituto de Medicina Social Universidade do Estado do Rio de Janeiro Rio de Janeiro. 1997.

CATAPRETA, Horácio. Dados da FENASEG- Disponível:
 <www.fenaseg.org.br > [capturado em 10 agosto 2003 às 16 horas].

CHRISTA ,A. Health Policy Reform, National Variations and Globalization. Inglaterra : Internacional Political Science Association, editado por Christa Altensterrer e James Warner Bjorkman .1997. Cap. 7, p. 137 – 159: Health Policy-making in Germany: Stability na Dynamics.

COSTA, N. do R. e Ribeiro, J. M. A Política Regulatória e o Setor Saúde: Nota Sobre o Caso Brasileiro. { on line}.Disponível:

<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Simposio.pdf> [acessado em 2 fev.2004].

COSTA, R. C. R. e LEOPOLDI, M. A. P., 2000. Dilemas da Reforma da Saúde no Brasil Frente à Globalização Financeira. Dissertação(Mestrado em Ciência Política) - Universidade Federal Fluminense Niterói,

CORDEIRO, H., 1984. As Empresas Médicas: as Transformações Capitalistas da Prática Médica. Rio de Janeiro: Edições Graal.

CUNNINGHAM, Peter J., KOHN, 2000. Linda. Health Plan Switching: Choise or Circunstance? Health Affair; Chevy Chase [on line]. Disponível: <http://proquest.umi.com/pqdeweb> [acessado em 9 jun .2003].

CRUZ, A. M. C. e PEROTA, M. L. R., 1997. Referências Bibliográficas :(NBR 6023) 2.ed. Rio de Janeiro: Editora da Universidade Federal Fluminense..

DANTON, Gian,. Manual de Redação Científica Virtual Books (on line). Disponível: www.terra.com.br [acessado em 21 jun 2003].

FAVERET, P.F e Oliveira , P.J.,1990. A Universalização Excludente: Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde. Dados v 33 (2): 257-283.

FIOCRUZ.Estudo Qualitativo das Estratégias Organizacionais das Operadoras de Plano de Saúde ante à Regulação N.º Referência: P. 14 Carta-Convite N° 1066/2002 Lote 6 (on line). Disponível: <http://www.ensp.fiocruz.br/documentos/Lote6%20.doc> [acessado em 2 fev. 2004].

KWON, S., M.V.e PAULY, A.L. Hillman., 1994. Reputation and Disenrollment: The Role of Consumer Information in Helth Insurance Markets, Mimeo, University of Southern California

FELDMAN, R.,B.D.,1994.The Effectiveness of Managed Competition in Reducing the Costs of Health Insurance: Health Policy Reform, Competition and Controls .AEI Press Washington.p.176 – 217.

FELDMAN, R., M., FINCH, B. Dowd e CASSOU,S. The demand for Employment-based Health Insurance Plans,.Journal of Human Resources n.24, p.115 – 142. 1989

FERREIRA, Aurélio B. de Holanda. Novo Dicionário da Língua Portuguesa.Rio de Janeiro: Nova Fronteira .1995.

GUIA, Ricardina Giovanna Pitelli da. Controlando a Utilização Indiscriminada de Tecnologias Médicas e a Escalada dos Custos dos Sistemas de Saúde: as Estratégia Alemã. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, n.12(2) p.159-170, abril jun. 1996.

HEALTH CARE FINANCING ADMINISTRATION .(on line). 2002.
Disponível:<http://www.hcfa.gov/medicaid/HIPAA/content/hipsteps.asp>
[capturado em 4 abril 2002 às 16:10horas].

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Informações Geográficas n. 2. Indicadores de Desenvolvimento Sustentável. Estudos e Pesquisas . RJ, 2002.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Fundação Instituto Brasileiro de Estatística. Departamento de População e Indicadores Sociais. Pesquisa sobre padrões de vida 1997(micro-dados). RJ.1998.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Fundação Instituto Brasileiro de Estatística; Departamento de População e Indicadores Sociais. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: acesso e utilização de serviços 1998. RJ.2000.

JON, Gabel. “Job-Based Health Insurance, 1977-1978: The Accidental System”. Health Affairs. vol.18 no. 6. Nov.1999

LABRA, M. E. Política e Saúde no Chile e no Brasil. Contribuições para Comparação. A Política de Saúde no Brasil. Revista ABRASCO. v. 6, no. 2, p.316-360. 2001.

Legislação de planos de saúde é questionado na CPI Agência Câmara. Estadão. São Paulo.15 agosto 2003. Disponível:

www.estadao.com.br/ext/economia/financas/servicos/previdencia10.htm

[capturado em 15 abr. 2003 às 12 horas].

MELLO, Gustavo Tavares da Cunha., FONTENELE, Ricardo. Fatores Críticos de Sucesso na Gerência de Planos e Seguros. A Dinâmica Do Mercado De Saúde Suplementar. A qualidade do Serviço na Ótica do Consumidor e na Ótica da Operadora. (on line).Dissertação (Mestrado de Sistemas de Gestão) -Universidade Federal Fluminense. Disponível:

http://www.segurado.com.br/pdf/artigos/Fatores_Cr%EDticos.pdf [capturado em 18 fev 2004].

MONTONE, Januário. Integração do Setor de Saúde Suplementar ao Sistema de Saúde no Brasil . Série ANS.v.2(on line).julho.2001.Disponível:

<http://www.ans.gov.br/portal/site/aans/publicacoes.asp> [capturado em 10 jan 2004 às 14 horas].

MONTONE, Januário. Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas.Série ANS.v.3 (on line).set..2002.Disponível:

<http://www.ans.gov.br/portal/upload/aans/publicacoes/serie-ans3.pdf> [capturado em 21 jan 2004 às 13 horas].

MONTONE, Januário. O Impacto da Regulamentação no Setor de Saúde Suplementar . Série ANS.v.1 (on line).julho.2000.Disponível:

<http://www.ans.gov.br/portal/site/aans/publicacoes.asp> [capturado em 13d ez 2003 às 13 horas].

MONTONE, Januário. Evolução e Desafios da Regulação do Setor de Saúde Suplementar . Série ANS.v.4 (on line).2003.Disponível:

<http://www.ans.gov.br/portal/site/aans/publicacoes.asp> [capturado em 10 jan 2004 às 14 horas].

MONTONE, Januário. Saúde Suplementar. Jornal do Brasil. entrevista concedida a Nice de Paula e Sônia Araripe em 11 julho 2003 [on line] Disponível: <http://jbonline.t-erra.com.br/> [capturado em 12 jul 2003 às 9 h].

MURRAY, C. Programa Mundial sobre Fundamentos de las Políticas de Salud, OMS. Citado en: UNFPA. 2000. "¿Quién califica los sistemas de salud?" Populi. 27(2): p. 5 - 7. 2000.

NEIPP, J e R.,ZECKHAUSER, , Persistence in the Choice of Helth Plans, in: R.M. Scheifer e L.F. Rossiter, eds., Advances in helth economics and helth services research, vol 6 (JAI Press, Greenwich, CT) 47 – 72. 1985

NORONHA, José Carvalho, LEUCOVITZ, Eduardo. AIS – SUDS – SUS: Os Caminhos do Direito à Saúde. Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80. A era dos direitos. Rio de Janeiro. P.73-111. 1992.

OLIVEIRA, Francisco B., BELTRÃO, KAISÔ I., FERREIRA, Monica G. Reforma da Previdência. Brasília. IPEA, 1997.

OLIVEIRA, Angelo., GIUSEPPE, Roncalli da Costa. Os planos e seguros privados de saúde no Brasil: reflexos de uma política liberalizante.(on line) Disponível: [http:// www.odontologiaciencia.com.br](http://www.odontologiaciencia.com.br) [capturado em 14 fev 2004 às 15 horas].

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Comisión sobre Macroeconomía y Salud, 2001. Macro-economics and Health: Investing in Health for Economic Development. Ginebra: OMS.Naciones Unidas. 1999.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Divisão de Desenvolvimento dos Sistemas e Serviços de Saúde. O Perfil do Sistema de Serviços de Saúde no Brasil.(on line) .Disponível:

http://www.opas.org.br/servico/Arquivos/perfil2000_wc.pdf [capturado em 15 jan. 2004}.

PEREIRA, Carlos. Projeto de Cooperação Técnica Internacional 914 BRA 1078. Formulação de Políticas Públicas para o Setor de Saúde Suplementar no Brasil, O Marco Regulatório no Setor de Saúde Suplementar: Contextualização e Perspectivas

PIOLO, Sérgio F, VIANNA, f, SOLON, M. Economia da Saúde : Conceitos e Contribuição para a Gestão da Saúde. IPEA, Brasília : 1995

Portabilidade. Jornal Estado de São Paulo. São Paulo 09 nov. 2003 (on line) Disponível:

<http://www.estadao.com.br/ext/economia/financas/servicos/previdencia10.htm>

[capturado em 10 nov. 2003 às 14 horas].

Portabilidade na Previdência já é permitida. Estadão. São Paulo .28 jun. 2003 (on line) Disponível:

http://www.jornalexpress.com.br/noticias/detalhes.php?id_jornal=4761&id_noticia=854

[capturado em 10 nov. 2003 às 11 horas]. cessado 10/11/2003 14 horas

RODRIGUES, J. G. Metodologia da Pesquisa Bibliográfica. Apostila da Disciplina Metodologia da Pesquisa Bibliográfica . Curso de Mestrado Profissional . Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro 2001.

SALAZAR, Andrea., RODRIGUES Karina., CONTRERAS, Lorena. IDEC, Instituto de Defesa do Consumidor, Relatório do Teste de Planos de Saúde. 2003. Palestra realizada no Fórum de Saúde Suplementar. Brasília em 26, 27 e 30 jun de 2003

SAMPAIO, Nádia. Planos de Saúde terão de Prestar Contas à ANS. O Globo[on line]. Rio de Janeiro. 16 jul. 2001. Primeiro caderno. Disponível: www.oglobo.com [capturado em 10 nov. 2003 às 14 horas].

SANTOS, I. S. Planos Privados De Assistência À Saúde No Mundo Do Trabalho. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) -Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz . 2000.

- SANTOS, I. S. & GAMA, A. M.. O processo de Regulamentação Governamental dos Planos e Seguros Privados: uma avaliação dos conflitos entre a Saúde e a Área Econômica. Resumos. In: 2º Congresso Brasileiro Ciências Sociais em Saúde, São Paulo. 1999.
- SANTOS, M. R. A., 2002. Normas para Apresentação de Documentos Científicos. Universidade Federal do Paraná Sistema de Bibliotecas. Editora UFPR.
- SERRA, J. 1998. Ministro da Saúde. Melhor opção para Usuário é Adiar a Troca de Convênio. Brasília, O Estado de São Paulo. São Paulo, 5 nov. Entrevista concedida a SANDRA SILVA. [acessado em 9 set. 2003].
Disp.: <http://www.estado.estadao.com.br/edicao/pano/98/11/04/ger857.html>
- SILVA, F. P. 2004. Destaques. Entrevista. Folha de S. Paulo. Brasília- DF, 12 jan. Disponível: <http://www.phamabusines.com.br> [acessado em 13 jan. 2004
- STANCIOLI, A. E., 2002. Incentivos e Risco Moral nos Planos de Saúde no Brasil. 2002. Dissertação (Mestrado em Economia)- Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Instituto de Pesquisas Econômicas- Universidade de São Paulo. Disponível: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12140/tde-19122002-145831/ [acessado em 19 jan.2004].
- SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS.(on line). 1999. Disponível : <http://www.susep.gov.br>. (acessado em 22 de out. de 2003).
- TEIXEIRA, A., 2001. Mercado E Imperfeições De Mercado: O Caso Da Assistência Suplementar . 2º Ciclo de Oficinas DIPRO.. Rio de Janeiro. p.1-17.jun .
- TINOCO, S., 2003. Modelos de Solvência de Planos de Saúde. Rio de Janeiro. Apostila do Programa de Educação Continuada - Curso MBA em Regulação de Saúde Suplementar. Escola de Pós-Graduação em Economia..
- TRINDADE, C. A., FERNANDES, V. O., 2000. A. Administração de Custos nos Planos e Seguros de Saúde. Case Studies Revista Brasileira de Management, Rio de Janeiro, Ano III no. 22.p.67-89. set/out..

TRINDADE, C. A., FERNANDES, V. O. A., 2000. O Impacto das Atividades de Promoção e Prevenção à Saúde nas Operadoras de Planos de Saúde.. Monografia apresentada no Curso MBA em Gerência de Saúde da Fundação Getúlio Vargas. EPGE.

WASEM J., 1997. Health Policy Reform, National Variations and Globalization . In: Health Care Reform in the Federal Republic of Germany: The New and the Old Lander. Internacional Political Science Association.Cap. 8. editado por Christa Altensterrer e James Warner Bjorkman , Inglaterra,. P.161-173 .

ZARABOSO, C., 2001 Apresentação Realizada Durante Taller sobre Novos Marcos e Instrumentos para A Regulação do Financiamento e o Asseguramento do Setor Saúde,.Santiago,Chile em 18 de jan OPS/OMS.