

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

Debora Maltez Farias Costa

**PLANOS DE SAÚDE E SUS:
UMA ANÁLISE DAS RELAÇÕES ENTRE
O FINANCIAMENTO PÚBLICO E O
CRESCIMENTO DO MERCADO DE PLANOS**

RECIFE
2010

Debora Maltez Farias Costa

**PLANOS DE SAÚDE E SUS: UMA ANÁLISE DAS RELAÇÕES
ENTRE O FINANCIAMENTO PÚBLICO E O CRESCIMENTO
DO MERCADO DE PLANOS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Osvaldo Cruz, para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Orientadores:

Garibaldi Dantas Gurgel Júnior.

Idê Gomes Dantas Gurgel

RECIFE

2010

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

C837p Costa, Debora Maltez Farias.

Planos de saúde e SUS: uma análise das relações entre o financiamento público e o crescimento do mercado de planos de saúde / Debora Maltez Farias Costa. — Recife: D. M. F. Costa, 2010. 94 p.: il.

Dissertação (Mestrado acadêmico em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

Orientadores: Garibaldi Dantas Gurgel Junior, Idê Gomes Dantas Gurgel.

1. Planos de Pré-Pagamento em Saúde. 2. Financiamento em Saúde. 3. Política de Saúde. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Isenção Fiscal. I. Gurgel Junior, Garibaldi Dantas. II. Gurgel, Idê Gomes Dantas. III. Título.

CDU 614

DEBORA MALTEZ FARIAS COSTA

**PLANOS DE SAÚDE E SUS: UMA ANÁLISE DAS RELAÇÕES
ENTRE O FINANCIAMENTO PÚBLICO E O CRESCIMENTO
DO MERCADO DE PLANOS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Osvaldo Cruz, para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior.
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

Dr^a Tereza Maciel Lyra
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

Dr. Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo
Universidade Federal de Pernambuco

“O cientista está diante do mar chamado ‘realidade’. Ele também quer pescar peixes. Prepara então suas redes chamadas “teorias”, lança-as no mar e pesca seus peixes. Note: com suas redes o pescador pesca peixes. Não pesca o rio... Imagine que ele olha para as nuvens e deseja pescá-las. Para isso suas redes não chegam”.

Rubem Alves

AGRADECIMENTOS

Aos professores orientadores, Garibaldi e Idê Gurgel, sem o apoio dos quais este trabalho não teria sido possível.

À banca de qualificação, Professores Antônio Carlos e José Luiz pelas preciosas contribuições.

À ANS pelo fundamental apoio durante a jornada do mestrado, em especial ao Dr. Fausto, Dr. Dalton, Carlos e Berenice do RH e à equipe da CODPT.

À equipe do NURAF-PE/ANS pela solidariedade, respeito e carinho que sempre demonstrou a mim durante todo o curso. Agradeço em especial a Cynthia, Marcos e Izidoro pelos determinantes apoios.

À direção, professores e outros trabalhadores do CPqAm pelo apoio.

Aos entrevistados pela disponibilidade e generosidade de contribuírem com este trabalho.

À minha amada família por ter suportado tantas ausências e aflições minhas em virtude da dissertação.

À Ana, amiga fiel, que apesar de ser extremamente ocupada, deu contribuição fundamental na metodologia do trabalho, além de caro conforto nos momentos difíceis.

À Ana Augusta pelo trabalho árduo e primoroso na transcrição das entrevistas.

Aos colegas do mestrado, em especial a Louisiana, pelo apoio e carinho durante o período de aulas.

Aos amigos, especialmente às queridas Franci e Flávia, pelo apoio fraterno e compreensão nas minhas diversas ausências nos passeios.

COSTA, Debora Maltez Farias. **Planos de saúde e SUS: uma análise das relações entre o financiamento público e o crescimento do mercado de planos de saúde.** 2010. Dissertação (Mestrado acadêmico em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) fruto do processo da Reforma Sanitária brasileira, assegurou princípios universalistas e inclusivos no seu marco legal. Contudo esse sistema vem sendo implementado num contexto adverso, distanciando-se de aspectos fundamentais e sendo desviado por reformas do setor público. Em virtude disto, o SUS possui problemas estruturais e após vinte anos ainda carece de acordos quanto ao seu financiamento. Em paralelo, o mercado de planos de saúde vem sendo incentivado por meio da renúncia fiscal com despesas em caráter privado com a assistência à saúde. Nesse sentido, o presente estudo objetiva compreender as relações entre o financiamento do Sistema Único de Saúde, a renúncia fiscal com despesas com saúde e o crescimento do mercado brasileiro de planos de saúde no período de 1990 a 2008. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que se configura um estudo de caso, na qual foi utilizada uma triangulação de fontes de dados tendo como instrumentos de coleta de dados primários - entrevistas e documentos - que foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo na perspectiva de Bardin (2004). Foram ainda coletados dados secundários em bases de dados oficiais. Os resultados indicam o crescimento do mercado brasileiro de planos de saúde no período de 1990 a 2008 que está associado ao padrão de financiamento público da saúde, quer seja na forma do financiamento direto do SUS, ou por meio da renúncia fiscal. Os dados obtidos espelham o modo de intervenção do estado brasileiro no setor saúde que se baseia, por um lado, no apoio à iniciativa privada, em que realiza o financiamento público no mercado de planos de saúde por meio dos benefícios tributários, e, por outro lado, na prioridade dada às diretrizes da política macro-econômica, cuja orientação é voltada para a disciplina orçamentária com contenção de gastos sociais, mantendo o equilíbrio fiscal. Desse modo, observa-se que a discussão do crescimento do mercado brasileiro de planos de saúde e suas relações com o financiamento do SUS e com a renúncia fiscal ultrapassam os limites setoriais da política de saúde, devendo ser o tema abordado de forma abrangente sob pena de empobrecer o debate e fragilizar a luta por um sistema público e universal de saúde.

Palavras-chave: Planos de Pré-Pagamento em Saúde. Financiamento em Saúde. Política de Saúde. Sistema Único de Saúde. Isenção Fiscal.

COSTA, Debora Maltez Farias. **Health insurance and SUS**: na analysis of the relationship between the public financing and the growth of the insurance plan marleting. 2010. Dissertação (Mestrado acadêmico em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

ABSTRACT

The National Health System (SUS), revenue of the Brazilian Sanitary Reform process, has assured universalistic principles and inclusiveness in its legal landmark. However this system has been implemented in an adverse environment being distanced itself from fundamental aspects and being diverted by public sector reforms. Because of this, the SUS has structural problems and after twenty years still lacks of agreement about its financing. In parallel, the market for health plans has been encouraged through tax waiver with spending in private patterns with the assistance of health. Accordingly, this study aims to understand the relationship between the funding of the Unified Health System, tax waiver with spending on health and growth of the Brazilian health plans in the period from 1990 to 2008. This is a qualitative research that constitutes a case study, in which we used a triangulation of data sources having as instruments for primary data collection - interviews and documents - which were analyzed by the Content Analysis technique in Bardin's perspective (2004). Secondary data in official databases were also collected. The results indicate the growth of the Brazilian health plans in the period 1990-2008 that is associated with the pattern of health public funding, whether in the form of direct funding of SUS, or through tax waivers. The outcome reflects the mode of the Brazilian state intervention in health sector which is based, on the one hand, on support for private enterprise, which carries out public financing in the market for health insurance through tax benefits, and on the other hand, the priority given to the guidelines of macro-economic policy, the orientation of which is toward the budget discipline with the containment of social spending while maintaining fiscal balance. Thus, it is observed that the discussion of the growth of the Brazilian health plans and their relationships with SUS financing and tax waiver go beyond the sector boundaries of health policy and should be the subject addressed in a comprehensive manner under penalty of depleting the debate and undermining the fight for a health public and universal system.

Keywords: Prepaid Health Plans. Financing, Health. Health Policy. Single Health System. Tax Exemption.

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

ABRAMGE - Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ABRASPE - Associação Brasileira de Autogestão em Saúde
ADUSEPS - Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas e de Saúde
AMB - Associação Médica Brasileira
ANA - Agência Nacional de Águas
ANAC – Agência Nacional de Aviação Civil
ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados
ANATEL – Agência Nacional de Telecomunicações
ANCINE - Agência Nacional do Cinema
ANEEL – Agência Nacional de Energia elétrica
ANP - Agência Nacional do Petróleo, Gás Natural e Biocombustíveis
ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANTAQ – Agência Nacional de Transportes Aquaviários
ANTT - Agência Nacional de Transportes Terrestres
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BRASILCON - Instituto Brasileiro de Política e Direito do Consumidor
CAPS - Caixas de Aposentadorias e Pensões
CFM - Conselho Federal de Medicina
CIEFAS - Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde
CMB - Confederação das Misericórdias do Brasil
CNS - Confederação Nacional de Saúde
CNS - Conselho Nacional de Saúde
COFINS - Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CSLL – Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
CUT – Central Única dos Trabalhadores
DDT – Diclorodifeniltricloroetano
DRU - Desvinculação de Receitas da União
EUA - Estados Unidos da América

FBH - Federação Brasileira de Hospitais
FEF - Fundo de Estabilização Fiscal
FENAM - Federação Nacional dos Médicos
FENASEG - Federação Nacional de Seguradoras
FENASAÚDE - Federação Nacional de Saúde Suplementar
FSE - Fundo Social de Emergência
IAP - Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEC - Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
LDO - Lei das Diretrizes Orçamentárias
MF - Ministério da Fazenda
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OMS - Organização Mundial da Saúde
OSS - Orçamento da Seguridade Social
PIB - Produto Interno Bruto
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
SENAC - Serviço Nacional de Aprendizagem do Comércio
SENAI - Serviço Nacional de Aprendizagem da Indústria
SENASS - Serviço Nacional de Aprendizagem da Saúde
SESC - Serviço Social do Comércio
SESI - Serviço Social da Indústria
SESS - Serviço Social da Saúde
SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UNIDAS - União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Esquema Analítico	51
Figura 2 -	Distribuição percentual dos beneficiários de planos de assistência médica, por tipo e época de contratação do plano (Brasil – dezembro/2008)	57
Quadro 1 -	Beneficiários de planos de saúde por cobertura assistencial segundo modalidade de operadora. Período: dez/2008	54
Quadro 2 -	Taxa de cobertura de planos de saúde por tipo de cobertura assistencial segundo faixa etária. Período: 2008	55
Quadro 3 -	Beneficiários de planos de saúde por cobertura assistencial de assistência médica com ou sem odontologia e tipo de contratação do plano, segundo época de contratação do plano (Brasil - 2000-2008)	56
Quadro 4 -	Receita das operadoras por ano segundo modalidade (R\$ milhões). Período: 2001-2008	62
Quadro 5 -	Receita das operadoras por ano e crescimento (%) segundo modalidade (R\$ milhões). Período: 2001-2008	63
Quadro 6 -	Despesa administrativa das operadoras por ano segundo modalidade (R\$ milhões). Período: 2001-2008	64
Quadro 7 -	Despesa assistencial das operadoras por ano segundo modalidade (R\$ milhões). Período: 2001-2008	65
Quadro 8 -	Despesa total das operadoras por ano e crescimento (%) segundo modalidade (R\$ milhões). Período: 2001-2008	66
Quadro 9 -	Receita e despesa total das operadoras por crescimento (%) segundo modalidade. Período: 2001-2008	67
Quadro 10 -	Beneficiários de planos de saúde por cobertura assistencial de assistência médica com ou sem odontologia e modalidade da operadora (Brasil - 2000-2008)	68
Quadro 11 -	Beneficiários de planos de saúde por cobertura assistencial de assistência exclusivamente odontológica e modalidade da operadora (Brasil - 2000-2008)	69

Quadro 12 - Despesa total das três esferas de governo com ações e serviços públicos de saúde financiados com recursos próprios. Período: 2000-2006	70
Quadro 13 - Gastos declarados com despesas médicas por ano segundo natureza do declarante (R\$ milhões)	74

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo geral	19
2.2 Objetivos específicos	19
3 INTERFACE PÚBLICO-PRIVADA NA POLÍTICA DE SAÚDE	20
3.1 SUS e mercado de planos de saúde	20
3.1.1 O Sistema público de saúde	21
3.1.2 As Reformas na saúde	23
3.1.2.1 <i>Regulação</i>	30
3.1.3 Mercado de planos de saúde	32
3.1.4 Financiamento do SUS	34
3.1.5 Renúncia fiscal	39
4 PERCURSO METODOLÓGICO	42
4.1 Tipo de estudo	42
4.2 Período e área de abrangência	43
4.3 Fontes e instrumentos de coleta de dados	43
4.4 Categorias de análise	49
4.5 Tratamento e análise do dados	50
4.6 Considerações éticas	52
5 RESULTADOS E ANÁLISE	53
5.1 Financiamento do SUS e benefícios tributários: relação com o crescimento do mercado de planos e saúde	53
5.1.1 Mercado brasileiro de planos de saúde	53
5.1.1.1 <i>Mercado regulado</i>	59
5.1.2 Crescimento do mercado brasileiro de planos de saúde.....	61
5.1.3 Financiamento do SUS no período de 1990-2008	69

5.1.4 Benefícios tributários	73
5.1.5 Financiamento do SUS e Benefícios tributários na relação com o crescimento do mercado de planos de saúde	76
6 DISCUSSÃO	79
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS	85
APÊNDICE A - Roteiro da Entrevista	92
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	93

1 INTRODUÇÃO

Com o fim da segunda guerra mundial, os países capitalistas ocidentais tiveram crescimento econômico associado à implementação de políticas sociais (DRAIBE; HENRIQUE, 1988), inaugurando uma forma de intervenção estatal na economia e no campo social denominado de Estado de bem-estar ou *Welfare State*. Tal forma de intervenção, segundo Gurgel Júnior (2008), está relacionada ao regime fordista de acumulação capitalista caracterizado pelo desenvolvimento social e crescimento econômico liderado pelo Estado nacional.

Entretanto, na década de 1970, a pujança econômica desses países perde dinamismo em virtude de crises que afetam todo planeta. Deste modo o fordismo e seu modo de regulação exaure-se, sendo, a partir de então, implementadas mudanças profundas no papel do Estado, as quais se relacionam a outro regime de acumulação denominado de pós-fordismo. Esse novo regime que está surgindo é distinto do anterior por várias características, sobretudo pelo modo de desenvolvimento e por novos padrões regulatórios (GURGEL JÚNIOR, 2008).

Em virtude dessa crise econômica dos países industrializados vêm ocorrendo mudanças nos sistemas de saúde ocidentais iniciadas desde os anos 80, as quais foram intensificadas pelos ataques ao *Welfare State* keynesiano e pela inflação crescente dos custos com assistência médica (ALMEIDA, 1996).

No Brasil, como em outros países, desde os anos 1970, com a ampliação dos espaços democráticos no período da ditadura militar, engendra-se a proposta da Reforma Sanitária com objetivo de universalizar a saúde como direito do cidadão e dever do estado. Como resultado houve a promulgação da Constituição Brasileira de 1988, na qual os princípios e diretrizes do movimento sanitário foram incorporados, por meio de emenda popular, ao Capítulo da Seguridade Social, no qual se definiu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), como um sistema nacional de acesso universal financiado por taxas e impostos (PAIM, 2003).

Contudo o SUS foi implementado quando já estavam vigendo no mundo formas semelhantes de resposta à crise capitalista mundial, baseadas, no que tange

às políticas sociais, em ajustes fiscais com contenção de gastos e incentivo à iniciativa privada.

Ressalta-se que, à época da criação do SUS, já existia um setor privado de dimensões importantes tanto em unidades hospitalares, quanto em empresas de planos de saúde. Deste modo, o sistema de saúde brasileiro adquiriu um caráter peculiar, consubstanciado numa imbricação estrutural entre o estatal e o privado (PORTO; SANTOS; UGÁ, 2008).

O funcionamento de planos de saúde, semelhante ao atualmente conhecido, coincidiu com a implantação das indústrias automobilísticas no governo de Juscelino Kubitschek, no período de 1956 a 1961 (OCKÉ-REIS; ANDREAZZI; SILVEIRA, 2006). A opção pelo setor privado é antiga no caso brasileiro e incentivada já na constituição de 1966 ainda no regime militar e nas reformas administrativas empreendidas.

Nos anos 1980, período de formalização do SUS, a emergência do setor de planos privados de assistência à saúde começa a chamar a atenção em virtude do seu crescimento, incorporando, a partir da década de noventa e o início da atual década, aproximadamente um quarto da população brasileira (FARIAS; MELAMED, 2003).

Considerando o processo de reforma estrutural do Estado brasileiro, atualmente o mercado brasileiro de planos de saúde é regulado por legislação específica e por uma agência reguladora autônoma, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A regulamentação dos planos privados de assistência à saúde provocou correções significativas no mercado de planos de saúde suplementar, como ampliação de cobertura, inexistência de limite de internação, exigência de reservas técnicas e normas para entrada e funcionamento no mercado (CARVALHO; CECÍLIO, 2007).

O mercado brasileiro de planos de saúde possui especificidades. Lima (2005) destaca as seguintes características: as operadoras movimentam grande volume de recursos financeiros; 45 operadoras possuem metade dos beneficiários e 70% dos usuários possuem planos coletivos através do vínculo empregatício. Conforme se observa, esse mercado tem uma participação importante no setor de saúde,

movimentando, segundo Pereira Filho (2004), recursos estimados em cerca de 23 bilhões de reais ao ano.

Do exposto, extraí-se que as transformações promovidas pela Reforma Sanitária, e mais especificamente pelo SUS, de caráter universalizante, não foram suficientes para reduzir o mercado de planos de saúde. Antes parece que o contexto de implementação da reforma possibilitou uma certa reorganização estratégica desse mercado, incluída aí a legislação regulatória, criada a partir do final dos anos 1990.

Desse modo, embora tenha havido no SUS a institucionalização de princípios generosos, sua implementação está relacionada às mudanças ocorridas nos setor saúde e mudanças substantivas no setor público.

Hoje o Sistema Único de Saúde tem, aproximadamente, vinte anos, entretanto o que se observa é que sua implementação afasta-se dos preceitos constitucionais e infra-constitucionais, a exemplo do claro contraste entre o financiamento precário do SUS, resultado da política macroeconômica, e o princípio da universalidade. Tal fato, aliado à expansão do mercado de planos de saúde, torna a prática do SUS universal caracterizada pela segmentação e estratificação (BAHIA, 2005).

Além disso, o Estado brasileiro por meio de benefícios tributários incentiva o mercado de planos de saúde. Tais benefícios consistem em renúncia de arrecadação fiscal em favor de pessoas físicas e jurídicas que declaram despesas com saúde com o fim de abatimento no imposto de renda, o que configura financiamento público para o mercado.

Desse modo, aprofundar o conhecimento das características do chamado setor público e setor de planos de saúde é fundamental para a compreensão das relações entre esses setores no processo da política de saúde brasileira, especialmente no que tange às relações entre o financiamento do Sistema Único de Saúde, a renúncia fiscal e o crescimento do mercado brasileiro de planos de saúde.

Assim, para os propósitos deste estudo, as relações entre o SUS e o mercado de planos de saúde serão analisadas a partir do cruzamento de categorias como o

financiamento do SUS (COSTA, N., 2002; COSTA; CASTRO, 2004) e a renúncia fiscal (ANDRADE, 2004; CECHIN, 2008; URBANO, 2003).

Acredita-se que o estudo do mercado de planos de saúde e sua interface com o financiamento do SUS e os benefícios tributários possibilitam maior compreensão da política de saúde, o que pode lançar luzes sobre o debate da universalização da assistência à saúde.

As reflexões acima e o conseqüente interesse da autora pelo tema mercado brasileiro de planos de saúde surgiram da sua inserção na Agência Nacional de Saúde Suplementar, desenvolvendo atividades de fiscalização das operadoras de planos de saúde no Núcleo de Atendimento e Fiscalização de Pernambuco, desde novembro/2005. Em virtude dessa inserção, a autora contou com o apoio institucional da Agência reguladora na realização do estudo.

Assim, enfocando-se, neste estudo, a problemática do crescimento do mercado brasileiro de planos de saúde, a seguinte questão se apresenta:

Quais as relações entre o financiamento do SUS, o mecanismo de renúncia fiscal com despesas com saúde e o crescimento do mercado brasileiro de planos de saúde no período de 1990 a 2008?

Parte-se da hipótese de que, no Brasil, o mercado de planos de saúde, em boa medida, deve sua expansão às dificuldades financeiras na implementação do SUS e ao estímulo governamental promovido pela renúncia fiscal com despesas com saúde para pessoas físicas e jurídicas.

Como a intenção era realizar um aprofundamento da discussão sobre o tema pesquisado, optou-se pela abordagem qualitativa, pois ela é capaz de enfatizar as especificidades do fenômeno no que tange às suas origens e razão de ser (HAGUETE, 2005).

Visando estabelecer um encadeamento lógico que facilite a compreensão do texto, este trabalho está estruturado em 6 capítulos. No primeiro capítulo são listados os objetivos do trabalho. No segundo está o referencial teórico, no qual se faz uma abordagem sobre os aspectos relativos ao sistema de saúde no Brasil, às reformas mundiais dos sistemas nacionais de saúde, à regulação de planos de

saúde, ao mercado brasileiro de planos de saúde, ao financiamento dos sistemas de saúde, incluindo o SUS, e aos benefícios tributários relacionados à saúde no Brasil. No terceiro capítulo descreve-se detalhadamente o percurso metodológico realizado para obtenção dos resultados. No quarto capítulo são apresentados e analisados os resultados conforme esquema analítico. No quinto capítulo os resultados são ainda discutidos com base na literatura estudada. E por fim, no sexto e último capítulo expõem-se as considerações finais do estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Compreender as relações entre o financiamento do Sistema Único de Saúde, a renúncia fiscal com despesas com saúde e o crescimento do mercado brasileiro de planos de saúde no período de 1990 a 2008.

2.2 Objetivos específicos

- a) Descrever o comportamento do financiamento do Sistema Único de Saúde no período de 1990 a 2008;
- b) Descrever o comportamento da renúncia fiscal com despesas com saúde no período de 1990 a 2008;
- c) Caracterizar o mercado brasileiro de planos de saúde no ano de 2008;
- d) Caracterizar o contexto regulatório do mercado brasileiro de planos de saúde a partir de 1998;
- e) Descrever o processo de crescimento do mercado de planos de saúde no Brasil no período de 1990 a 2008;
- f) Analisar as relações entre o crescimento do mercado de planos privados de assistência à saúde e a implementação do Sistema Único de Saúde, com ênfase no financiamento do SUS e na renúncia fiscal no período de estudo.

3 INTERFACE PÚBLICO-PRIVADA NA POLÍTICA DE SAÚDE

3.1 SUS e mercado de planos de saúde

O SUS originou-se do processo de Reforma Sanitária, na qual os princípios universalistas e inclusivos estão presentes, contudo desenvolveu-se em contexto de crise fiscal profunda (PEREIRA FILHO, 2004), pois a implementação do sistema de saúde brasileiro foi desviada por reformas do setor público, comumente associadas à ascensão do pensamento neoliberal na década de 1990, contrário ao Estado intervencionista e de bem-estar.

Tais reformas, ocorridas na Europa nos anos 80, expandiram-se para os países periféricos a partir dos anos 90, entretanto nas primeiras o objetivo era de que os ajustes e cortes mantivessem os gastos sociais em níveis suportáveis, enquanto nas reformas dos países da América Latina e Caribe o gasto social foi instrumento de ajustes fiscais, sendo sua função compensatória secundarizada. Questionava-se, nesse momento, se o sistema de saúde latino-americano era adequado para intervir sobre as iniquidades locais, já que ele era apontado (como também o eram os sistemas nos países desenvolvidos) como caro, inflacionário, ineficiente e viabilizado através de forte investimento público. Desse modo a universalidade e a equidade foram questionadas nos sistemas de saúde existentes, e onde tais princípios não existiam, asseverou-se a impossibilidade de concretizá-los (DUARTE, 2000).

A literatura aponta que há diversos tipos de sistemas de saúde. Destacam-se aqui três tipos clássicos. O primeiro é o sistema nacional de saúde, no qual a prestação de serviços é exclusivamente estatal e o financiamento é exclusivamente proveniente de tributos. O outro é baseado no seguro social, cujo financiamento advém da contribuição sobre a folha salarial. O terceiro é o sistema de saúde liberal, que é baseado no mercado (PORTO; SANTOS; UGÁ, 2008).

Entretanto, atualmente após extensos processos de reforma, os sistemas de saúde distanciam-se de tais modelos, pois os sistemas são mistos e, portanto, os

setores estatais e privados são responsáveis pela provisão e financiamento dos serviços de saúde. Além disso, cada configuração de sistema de saúde é o resultado de sua constituição histórica (PORTO; SANTOS; UGÁ, 2008).

No caso brasileiro, esse modo guarda peculiaridades expressas no mosaico público-privado, cujos traços são destacados por Cechin (2008): o Estado, tradicionalmente, estimula o crescimento do setor privado por meio de subsídios; parte significativa de usuários de planos de saúde é composta por funcionários públicos que estão ligados a planos públicos que funcionam como planos privados; e os sistemas têm estabilidade e evolução de certa forma relacionadas.

A política de saúde brasileira, como se vê, caracteriza-se por uma intrincada relação entre a saúde privada e o sistema público, que assume novos contornos ante as transformações políticas, econômicas, sociais, ocorridas no país ao longo do século passado e do corrente, a partir de reformas estruturais nos anos 1990. Desse modo, não há como se pensar, hoje, o sistema público de saúde sem a este relacionar o setor privado, seja atuando de modo paralelo ao SUS (particularmente o setor de planos de saúde), seja como rede conveniada a este.

3.1.1 O sistema público de saúde

Na atividade de formulação de políticas públicas, há o envolvimento de outros segmentos, como grupos de interesse e movimentos sociais, cujo poder de influência é variável de acordo com o tipo de política formulada e de coalizões integrantes do governo. Além disso, parte da literatura afirma que o poder dos governos diminui em virtude de fenômenos como a globalização, contudo a diminuição da capacidade dos governos de governar e de formular políticas públicas não está comprovada empiricamente (SOUZA, 2007).

Parte das políticas públicas são políticas sociais, por meio das quais se dá a intervenção do Estado nas questões sociais, implicando, assim, uma relação de direito positivo entre o Estado e o cidadão. Desse modo a regulação e o propiciamento de condições de reprodução de uma parte da população, considerada

função intrínseca do Estado moderno, configuram um padrão de direitos sociais específico de cada país (FLEURY, 1994).

A partir do início do século XX, o papel do Estado no setor saúde cresceu de forma significativa em muitos países, por meio da oferta de serviços de saúde, tornando as políticas de saúde peças-chaves em distintos sistemas de proteção social (VIANA; BAPTISTA, 2008), os quais eram característicos da era do capitalismo chamada por alguns autores de Fordismo.

No Brasil o Estado social consolidou-se entre as décadas de 1930 e 1970. O Estado de bem-estar social é uma forma específica de regulação social do Estado capitalista em uma determinada época do desenvolvimento econômico e se expressa pelas mudanças nas relações entre Estado e mercado e Estado e sociedade. Tais mudanças implicam o surgimento de sistemas nacionais públicos ou regulados pelo Estado nas áreas de saúde, educação, substituição de renda, assistência social e habitação, que, ao lado de políticas de salário e emprego, afetam a vida da população (DRAIBE, 1993). Para a autora, as políticas sociais brasileiras conformam um determinado padrão de desenvolvimento e consolidação do Welfare State num país de capitalismo tardio, que moldou o seu sistema de proteção social num regime autoritário e socialmente excludente de desenvolvimento econômico. Destaca-se que o capitalismo tardio relaciona-se ao fato do Brasil está atrasado, em relação a outros países, na implementação de reformas, como, por exemplo, a reforma agrária.

Em relação à atual política social no campo da saúde, o sistema público de saúde, na qual ela se esteia é o Sistema Único de Saúde, criado na Constituição Brasileira de 1988. Os princípios e diretrizes do SUS são universalidade do acesso; descentralização, com direção única em cada esfera de governo; igualdade da assistência; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; regionalização, hierarquização; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de atenção e participação da comunidade (BRASIL, 1988). A lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, tratam das condições para viabilizar o direito à saúde definido constitucionalmente e, em conjunto com a Constituição Federal de 05

de outubro de 1988, institucionalizam o arcabouço jurídico-legal da Reforma Sanitária no país.

Sabe-se que até o presente momento a política de saúde brasileira passou por diversas transformações intimamente ligadas aos diferentes contextos sócio-políticos e econômicos. Nesse sentido, Mendes (2001) chama a atenção para o fato de que as reformas expressam os valores sociais vigentes em espaço e tempo determinados, ou seja, a solução dos dilemas é resultado do projeto de sociedade almejado. Nesse sentido, pode haver, então, sociedades e reformas sanitárias com valores mais individualistas e auto-interessados, baseadas no valor da competição, ou sociedades e reformas sanitárias com valores mais solidaristas, baseadas no valor da cooperação. Para Rodrigues e Santos (2009), a sociedade brasileira optou pelos últimos valores na realização de sua reforma, cujos principais objetivos são garantir o direito à saúde para toda a população e comprometer o Estado na responsabilidade de usufruto deste direito. Tais mudanças significaram, do ponto de vista jurídico-legal, avanços expressivos, contudo foram implementadas em conjuntura mundial adversa no campo da saúde e políticas sociais.

3.1.2 As reformas na saúde

De um ponto de vista macro, houve três grandes ondas de reformas estruturais, que mudaram o papel do Estado. A primeira, que ocorreu a partir do fim do século XIX até a Segunda Guerra Mundial, foi marcada por uma intervenção restrita do Estado, a qual era coerente com o pensamento liberal dominante. A segunda onda, ocorrida após a Segunda Grande Guerra, concebeu a saúde como direito de cidadania e componente dos Estados de Bem-Estar Social dos países capitalistas desenvolvidos. A terceira onda de reformas, que está em andamento, relaciona-se à crise capitalista mundial, iniciada na década de 1970. Tais reformas desafiaram a legitimidade do *Welfare State*, o modo de desenvolvimento liderado pelo Estado e as políticas sociais (GURGEL JÚNIOR, 2008).

Em relação ao *Welfare State*, após a segunda guerra mundial, as economias capitalistas experimentaram forte crescimento econômico com políticas anticíclicas

conjugadas com a implementação de políticas sociais. Nesse período houve uma parceria bem-sucedida entre a política *keynesiana*, que regulava e estimulava o crescimento econômico, e o *Welfare State*, que implementava políticas sociais, atenuava os conflitos sociais e fortalecia a produção e a demanda (DRAIBE; HENRIQUE, 1988).

A partir dessa fecunda e particular aliança entre política econômica e políticas sociais, segundo os autores acima citados, funda-se o Estado de bem-estar social, que para Esping-Andersen (1995) constitui uma das marcas da prosperidade do período pós-guerra, e, portanto, representou mais do que um incremento nas políticas sociais dos países industrializados. Para ele, o *Welfare State* (1995, p. 73):

[...] representou um esforço de reconstrução econômica, moral e política. Economicamente, significou um abandono da ortodoxia da pura lógica do mercado, em favor da exigência de extensão da segurança do emprego e dos ganhos como direitos de cidadania; moralmente, a defesa das idéias de justiça social, solidariedade e universalismo. Politicamente, o *Welfare state* foi parte de um projeto de construção nacional, a democracia liberal, contra o duplo perigo do fascismo e do bolchevismo.

Vale ressaltar, que no período pós-guerra, na Europa e América do Norte, também estava presente a doutrina neoliberal, que representou uma contrária reação ao Estado intervencionista e de bem-estar. Seu documento de origem é *O Caminho da servidão*, escrito, em 1944, por Friedrich Hayek, que, à época, já faz uma defesa apaixonada da não intervenção do Estado no mercado, considerada contrária à liberdade econômica e política (ANDERSON, 1995). Entretanto, segundo Anderson (1995), nas décadas de 1950 e 1960, consideradas o auge do crescimento econômico do capitalismo, tais idéias não tiveram eco. Elas só começaram a se destacar após a crise econômica em 1973, tornando-se muito fortes na década de 1980.

De acordo com linha de pesquisa alicerçada na economia política, a Escola de Regulação, o *Welfare State* relaciona-se ao regime fordista de acumulação, vigente nos países capitalistas avançados após a Segunda Guerra Mundial. De modo resumido pode-se dizer que o Fordismo baseia-se no controle do Estado Nacional, com forte presença do setor público; na produção e consumo em massa e em salários vinculados à produção para obter economias de escala. Caracteriza-se ainda pelo controle hierárquico da produção em massa de mercadorias padronizadas, a qual era realizada por trabalhadores semi-qualificados e organizada

em linhas de montagem tayloristas para atender expectativas homogêneas (GURGEL JÚNIOR, 2008).

Entretanto, com a crise do capitalismo na década de 1970, exauriu-se o regime fordista, observando-se, a partir de então, dentre os países, inclusive da América Latina, semelhantes respostas a esse processo de crise mundial, as quais se consubstanciam em uma nova organização estrutural que mudou profundamente o papel do Estado e as políticas públicas.

Tal reorganização relaciona-se ao pós-Fordismo que se caracteriza, de modo sintético, pela acumulação flexível e economia desenvolvida além das fronteiras dos Estados Nacionais, como também pelo processo de trabalho flexível e baseado em inovações constantes, cujos trabalhadores qualificados produzem para consumidores exigentes. O pós-Fordismo caracteriza-se ainda pela reestruturação do papel do Estado no desenvolvimento em direção à iniciativa privada e à competição mundial (GURGEL JÚNIOR, 2008).

Desse modo, atualmente, muitas premissas do Estado de bem-estar social não são mais as mesmas que se observam em economias abertas e integradas mundialmente. É difícil hoje imaginar o crescimento não-inflacionário induzido pela demanda dentro de apenas um país. Além disso, atualmente, a garantia do emprego dá-se mais pelos serviços e menos pela indústria, a qual era predominante, anteriormente. Ademais, nas sociedades atuais há processos como o envelhecimento da população, a diminuição do número de famílias sustentadas pelo provedor masculino e a diversificação do ciclo de vida, que mudaram o contexto social onde está inserido o *Welfare State* e seu apoio (ESPING-ANDERSEN, 1995).

Nesse sentido, Reich (1994 apud WALT; GILSON, 1994), ressalta o componente político das reformas, destacando que reforma política constitui um processo político que altera profundamente as origens, a formulação e a implementação da política, como ocorreu com a política de saúde.

Desse modo, quando o Estado desempenhava papel central no desenvolvimento, no período entre 1940 e meados de 1970, a política de saúde era decidida, em grande parte, por meio do consenso, derivado, significativamente, do domínio e da confiança na medicina. Tal fato justificou-se pelos avanços obtidos,

como o uso de sulfonamidas, penicilina e largo espectro de antibióticos no combate às doenças, a síntese do DDT (Diclorodifeniltricloroetano) e sua aplicação no controle da malária, vacinas contra doenças infecciosas, o advento do contraceptivo oral. Tais progressos favoreceram o monopólio médico e a crença nos leigos de que a medicina tinha as respostas. Aos formuladores de políticas somente cabia decidir como gerenciar e organizar os serviços de saúde para torná-los acessíveis, disponíveis, acolhedores e com recursos.

Entretanto, a partir de 1950, as agências bilaterais e internacionais tornaram-se mais envolvidas na saúde e estabeleceram sua credibilidade pelos avanços conquistados, como a erradicação da varíola. Elas forneceram ainda assessoria técnica e recursos para vários programas de saúde, incluindo programa de planejamento familiar. Contudo, Walt e Gilson (1994) ressaltam que foi a partir do fim da década de 1960 que o paradigma médico foi crescentemente combatido dentro e fora da profissão. Apesar disso, os questionamentos não foram capazes de mudar radicalmente os modelos de sistemas de doença prevalentes desde então.

Em paralelo, na década de 1980, as idéias neoliberais introduziram novas tensões na política de saúde. Nos países industrializados houve crescente ênfase na contenção de custos e melhoria da eficiência. Administradores e economistas intervinham em áreas antes controladas pelos profissionais da área da saúde. Nos países em desenvolvimento instituições financeiras impuseram condições ortodoxas para revisão da dívida e acordos de empréstimos, como redução do setor público, introdução ou aumento de taxas para consultas, medicamentos e admissão em hospitais, além de redução da regulação do setor privado. Desse modo, há mudança no contexto da política de saúde, que antes estava baseada no consenso e, neste momento, experimenta o conflito (WALT; GILSON, 1994).

Na América Latina o neoliberalismo tornou-se hegemônico a partir do governo de Salinas no México em 1988, da presidência de Menem na Argentina, em 1989, do segundo governo de Carlos Andres Perez na Venezuela, também em 1989, e do governo de Fujimori, em 1990, no Peru. Aqui no país a hegemonia desse pensamento iniciou-se com Fernando Affonso Collor de Mello, em 1990 (ANDERSON, 1995). Contudo, indício dessa política já se observava no Governo Sarney (1985-1990).

O retorno da teoria econômica clássica, segundo Walt e Gilson (1994), o neoliberalismo da década de 1980, foi, em parte, uma reação ao crescimento econômico positivo na Ásia, onde alguns governantes promoveram políticas neoliberais; em parte, por causa de inchados e ineficientes setores públicos em alguns países em desenvolvimento, e, em parte, pelo reconhecimento que preferências de governo expressadas por meio de políticas não promoveram os interesses de suas populações.

O programa neoliberal baseia-se na estabilidade monetária, disciplina orçamentária com contenção de gastos com bem-estar, estabelecimento da taxa “natural” de desemprego, para enfraquecer os sindicatos, e reformas fiscais - redução de impostos dos rendimentos maiores e da renda (ANDERSON, 1995). No tocante às mudanças ocorridas na América Latina, Gurgel Júnior (2008) salienta que houve dois estágios de macro reformas. O primeiro era baseado nas idéias de intervenção mínima do Estado e apoio ao mercado, abertura do mercado interno para a competição mundial, privatização das empresas estatais, desregulamentação e mudanças guiadas pelo mercado nas políticas sociais, além de forte controle sobre o orçamento público com o fim de equilíbrio fiscal, baseado no combate à hiperinflação para obter estabilidade econômica.

Na política de saúde, o primeiro estágio de mudanças caracterizou-se pela introdução do mercado interno no setor público, separação entre provedores e prestadores dos serviços, descentralização para os governos subnacionais e/ou para prestadores privados e implantação de taxas para usuários, além do forte estímulo para transferência de trabalhadores formais e das classes mais favorecidas para o seguro privado.

A segunda geração de reformas consubstanciou-se em medidas institucionais para combater a exclusão social mediante o respeito às políticas de transparência, responsabilidade e anticorrupção. Destacam-se ainda medidas para melhorar a segurança para investimentos estrangeiros e reforço ao equilíbrio fiscal para obtenção de sustentabilidade financeira para pagamento da dívida pública. No âmbito da política social, destaca-se ademais a importância dada às organizações não-governamentais na prestação de serviços sociais, o que foi ao encontro das

críticas neoliberais em relação às disfunções da burocracia, dentro do contexto da nova administração pública.

A literatura aponta que todas essas mudanças originaram-se na crise capitalista iniciada na década de 1970. Esta possibilita o processo estrutural de reforma do setor saúde guiado pelo mercado, que afetará todos os países e modificará as políticas de saúde até então consensuadas e seus sistemas nacionais no contexto de transição do fordismo para o pós-fordismo, já que os serviços de saúde são partes do desenho institucional de suporte à reprodução capitalista.

Nesse processo de reforma, Almeida (1996) destaca que as críticas aos sistemas de saúde basearam-se nas premissas conservadoras que os ganhos em relação à equidade foram menores que as perdas de eficiência; que o setor público, comparado com o setor privado, é ineficiente e que a intervenção do Estado na área social produziu desmotivação e dependência das pessoas. Duarte (2000) também destaca que em quase todos os países industrializados houve grande preocupação com os altos custos da assistência médica, gerados pelo envelhecimento da população, que causa aumento da ocorrência de doenças crônico-degenerativas e demanda por serviços. Além disso, os custos eram gerados pelo desenvolvimento de tecnologias médicas, com efeito, muitas vezes cumulativo, pois não dispensa o uso de tecnologias tradicionais.

Contudo, salienta-se que as reformas nos países centrais se deram de forma diferente dos periféricos, haja vista que nos primeiros já existia uma cidadania consolidada, e, portanto, a garantia mínima da qualidade da assistência, independentemente da parcela de serviços de saúde que ficasse sob a responsabilidade do Estado. No caso dos países em desenvolvimento, tais mudanças ocorreram em conjuntura de crescente desigualdade social e cidadania imatura (TAMEZ; BODEK; EIBENSCHUTZ, 1995).

Neste contexto de mudanças, para Viana e Baptista (2008), merecem destaque as agências internacionais. Até o início da década de 1980, o papel de liderança no debate da política de saúde era exercido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que contribuía na elaboração de normas para os sistemas de saúde dos seus Estados-membros. Entretanto, a partir do final da década, tal papel passou a ser exercido pelo Banco Mundial, que de modo incisivo e afinado ao debate da

economia da saúde, discutiu a política de saúde, por meio da elaboração de relatórios setoriais, cujos enfoques eram a racionalização e eficiência na utilização dos recursos com focalização das políticas.

O primeiro relatório que discute a saúde é de 1980 (VIANA; BAPTISTA, 2008). Os outros datam de 1987 e 1993 e são baseados nas premissas de que na área social os recursos são escassos, as necessidades crescentes e o número de alternativas pequeno. Tais documentos recomendavam para a política de saúde da América Latina diminuição do Estado e fortalecimento do mercado na produção de bens e serviços; parcerias com instituições não governamentais e financiamento vinculado aos ajustes econômicos. A política compensatória recomendada era baseada em princípio de seletividade territorial e focalização de gastos públicos, por meio de pacotes básicos de intervenção em saúde (DUARTE, 2000). No que tange ao documento de 1993, seguem alguns exemplos de suas recomendações (BANCO MUNDIAL, 1993):

- a) Reduzir gastos com serviços especializados em função dos custos;
- b) Financiar e assegurar a prestação de um conjunto de serviços clínicos essenciais para os pobres;
- c) Melhorar a gestão dos serviços de saúde pública;
- d) Facilitar o envolvimento do setor privado para que cubra os serviços clínicos não incluídos no mínimo essencial.

Em virtude disso, Viana e Baptista (2008) ressaltam que nos anos de 1980 e 1990 cresceu significativamente o volume de recursos destinados à saúde pelo Banco Mundial, que também estabeleceu programa de pesquisa para países em desenvolvimento.

No Brasil as idéias neoliberais subjacentes às propostas das agências internacionais nortearam as proposições da reforma do Estado, que visava à redução do tamanho, do perfil e papel do setor público. Conforme o Plano Diretor da Reforma do Estado (BRASIL, 1995, p. 13), o Estado deve reduzir “seu papel de executor ou prestador direto de serviços, mantendo-se, entretanto, no papel de regulador e provedor ou promotor destes, principalmente dos serviços sociais de educação e saúde [...]”. Segundo essa proposta, deve-se fortalecer, especialmente no âmbito federal, as funções de regulação e coordenação do Estado, cabendo aos

âmbitos estadual e municipal as funções executivas relacionadas à prestação de serviços sociais e infra-estrutura.

A Reforma de Estado propõe estrutura ágil e resolutiva, dando maior condição para a implementação de leis e políticas, e implementando modalidades de regulação através de delegação de poderes a autarquias autônomas: as agências (REBELLO, 2001). É nesse contexto que ocorrem profundas, ambíguas e contraditórias mudanças no setor saúde no Brasil desde final da década de 1980.

3.1.2.1 *Regulação*

A fundamentação normativa da regulação pública de mercados está no artigo 170 da Constituição Federal, que estabelece que a ordem econômica esteja fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa, observados os princípios da função social da propriedade privada, livre concorrência e defesa do consumidor (LIMA, 2005).

No contexto de reformas estruturais, foram criadas por lei as agências reguladoras no Brasil, a partir da metade da década de 1990 e após discussões no Congresso Nacional que envolveram diferentes segmentos da sociedade. O modelo de regulação no Brasil seguiu a experiência internacional (REBELLO, 2001).

A finalidade da regulação é o equilíbrio das perspectivas dos investidores do mercado, dos usuários dos serviços e do governo. Na área de infra-estrutura a regulação busca a universalização do acesso aos serviços e à competição nos monopólios, corrigindo-se falhas de mercado. Já a regulação do setor social está relacionada à defesa dos direitos dos usuários e à qualidade dos serviços. Por isto, alguns autores analisam que o modelo de agência do setor de infra-estrutura foi indevidamente estendido, no Brasil, para a área social (PACHECO, 2006).

No setor de infra-estrutura, segundo Pacheco (2006), geralmente, há monopólios naturais, justificando-se mais claramente a autonomia e independência política das agências reguladoras em relação aos respectivos governos, dados os altos e duradouros investimentos, os recursos tecnológicos e a necessidade de

regras estáveis para segurança dos investidores privados. Já no caso da área social a regulação, embora necessária, devido às falhas de mercado, objetiva ordenar o mercado e a competição, prescindindo, portanto, de acordo com a autora, de modelo de agência independente, podendo essa regulação ficar sob responsabilidade de órgão de defesa da concorrência e agência fiscalizadora dos direitos dos usuários e da qualidade dos serviços (PACHECO, 2006).

Desse modo, a primeira agência reguladora criada foi a Agência Nacional de Energia elétrica (ANEEL) (criada pela Lei 9.427, de 26/12/96). Depois vieram a Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL) (Lei 9.472, de 16/07/97); a Agência Nacional do Petróleo, Gás Natural e Biocombustíveis (ANP) (Lei 9.478, de 06/08/97); as duas agências da política de saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (Lei 9.782, de 26/01/99), e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (Lei 9.961, de 28/01/00); e a Agência Nacional de Águas (ANA), criada pela Lei 9.984, de 17/07/00 (REBELLO, 2001). Há ainda a Agência Nacional de Transportes Aquaviários (ANTAQ) e a Agência Nacional de Transportes Terrestres (ANTT), ambas criadas pela Lei 10.233 de 05/06/01 (BRASIL, 2001a), além da Agência Nacional do Cinema (ANCINE), criada pela Medida Provisória nº 2228 em 06/09/01 (BRASIL, 2001b) e a Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC) criada pela Lei 11.182 de 27/09/05 (BRASIL, 2005).

No que tange à regulação de planos de saúde, a ANS é uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, que possui autonomia administrativa, financeira e política e arrecadação própria, além de decisões tomadas por diretoria colegiada, cujos membros possuem mandatos fixos e não coincidentes. A sua finalidade é

promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País (BRASIL, 2000).

Além da lei nº 9961/2000, o arcabouço jurídico do setor de planos de saúde é composto pela lei nº 9656/1998, a qual dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde (BRASIL, 1998). Para Carvalho e Cecílio (2007) o fator principal para a aprovação desta lei foi, como ocorreu na definição da saúde como direito social, a identificação de interesses entre os trabalhadores da saúde e os usuários, sintonizados com o pensamento progressista da saúde pública. Os autores explicam que os governos tendem a agir de acordo com os consensos advindos de

lutas sociais, transformando-os em textos legais, a exemplo da Constituição Brasileira de 1988 e as leis 8.080/90 e 9656/1998.

3.1.3 Mercado de planos de saúde

No que tange ao mercado de seguros de assistência médica, Almeida (1998), baseada na literatura, identifica dificuldades, que embora outros mercados apresentem, na saúde a magnitude e a relação de tais dificuldades ganham uma dimensão importante. Esses problemas são comportamentos *de segurados*, a saber, o risco moral (*moral hazard*) e a seleção adversa, e *de seguradoras* como a seleção de riscos, as quais se configuram falhas de mercado clássicas.

O risco moral refere-se à mudança de comportamento do segurado, ou seja, ele aumenta a utilização do serviço, já que não terá que arcar com o custo total do atendimento. A seleção adversa é a tendência que a companhia seguradora tem de atrair quem mais utilizar-se-á do seguro, ou seja, as pessoas consideradas de maior risco. Seleção de riscos é utilizada pelo sistema de seguros para impor barreiras à entrada de segurados, especialmente os de maior risco (ALMEIDA, 1998).

Outras dificuldades relacionadas a essas falhas de mercado e que envolvem consumidores, seguradoras e prestadores de serviços são, segundo Almeida (1998), a informação incompleta e a assimetria de informação, cuja solução não é o fornecimento de mais informações, pois, ao mesmo tempo, que pode provocar um consumo consciente, pode intensificar as falhas. Ressalta-se, entretanto, que tais falhas também ocorrem em sistemas estatais e/ou públicos de saúde, pois todos os sistemas de saúde organizados por meio do *third part payment* tem esse comportamento.

No Brasil, a participação das instituições privadas na assistência à saúde está prevista no artigo 199 da Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988).

Atualmente, o setor de planos de saúde apresenta oito modalidades de entidades que operam os planos, as quais a Agência Nacional de Saúde Suplementar (2009a) denomina de operadoras: administradoras, instituições

filantrópicas, autogestões, medicina de grupo, odontologia de grupo, cooperativas médicas, cooperativas odontológicas e seguradoras especializadas em saúde. Para a Agência, operadoras de planos de assistência à saúde são as empresas e entidades que atuam no setor de saúde suplementar oferecendo aos consumidores os planos de assistência à saúde.

Embora esse setor apresente tais modalidades, a sua consolidação ocorre a partir da atuação de quatro principais tipos de operadoras: medicina de grupo, autogestões, cooperativas médicas e seguradoras especializadas em saúde (ARAÚJO, 2004). Entretanto, como a este estudo interessa caracterizar o mercado brasileiro de planos de saúde, definir-se-ão as oito modalidades.

As administradoras são empresas que administram planos privados de assistência à saúde e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada. Exemplo dessa modalidade é o Clube de Benefícios – IBBCA.

A filantropia no país é a forma mais tradicional de relação entre o Estado e o “terceiro setor” (CANABRAVA et al., 2007). Franco (2004 apud CANABRAVA et al., 2007) caracteriza as instituições do terceiro setor da seguinte forma: i) são exteriores à estrutura formal do Estado, ii) não possuem fins lucrativos, iii) são sociedades de pessoas, iv) são de adesão não compulsória e v) produzem bens e serviços de uso e interesse coletivo.

A expressão terceiro setor surgiu no Brasil no contexto de reformas do Estado, sendo definida na literatura por expressões como organizações sem fins lucrativos, organizações voluntárias, setor independente, caridades, organizações não-governamentais, além da própria filantropia. Esse setor é composto por grande variedade de organizações de acordo com a sua natureza, sendo constituído por entidades beneficentes de assistência social, organizações não-governamentais, entidades representativas de patrões e profissionais, associações de benefício mútuo, como também por organizações de promoção e luta de interesses sociais e organizações religiosas e partidárias (CANABRAVA et al., 2007).

Na saúde, grande parte das instituições filantrópicas mantêm contratos com o SUS. O segmento é mantido com recursos de entidades religiosas e civis, além de recursos estatais, por meio de pagamento de prestação de serviços, isenção fiscal e

tributária (URBANO, 2003). Exemplo desse segmento são as Santas Casas de Misericórdia que atuam no país há mais de um século.

As autogestões são entidades que operam serviços de assistência à saúde (ARAÚJO, 2004) ou empresas que contratam médicos e hospitais para atendimento de seus funcionários, os quais participam da administração do plano de saúde (URBANO, 2003). Desse modo, oferecem tais serviços, exclusivamente, aos participantes de suas associações, sindicatos, etc, e aos seus grupos familiares, ou aos empregados da empresa e suas famílias.

Vale dizer que os técnicos de gestão de risco recomendam a autogestão para empresas de grande porte, pois com um grupo significativo de pessoas participantes do plano de saúde, as variações nos riscos de despesas com a assistência são menos intensas (BAHIA, 2001). Ressalta-se que essa recomendação também é válida para sistemas de saúde universais baseados em taxas. Entretanto, no Brasil, segundo a autora, categorias de servidores públicos, para obter assistência diferenciada, contrariam tal recomendação. Assim, metade desse segmento de plano de saúde é composto por sindicatos ou entidades, como caixas de assistência, caixas de previdência e entidades fechadas de previdência, compostas por representantes de trabalhadores e patrões. Exemplo conhecido de entidade de autogestão é a GEAP Fundação de Seguridade Social.

As cooperativas são sociedades de pessoas, cujo objeto é o exercício da atividade econômica sem fins lucrativos. Nelas os cooperados são ao mesmo tempo sócios e usuários, os quais se juntam para reduzir os custos de sua atividade a fim de melhorar sua condição econômica. Vale acrescentar que, embora não seja o objetivo principal da cooperativa, em havendo resultado, ele poderá ser repartido entre os seus sócios (TOMAZETTE, 2008). As cooperativas são limitadas no tocante ao capital.

As cooperativas médicas surgiram em oposição à medicina de grupo e baseiam-se na prática liberal do médico cooperado. Embora, em tese, sua operação não seja orientada por princípios empresariais utilizados na medicina de grupo, na prática, realizam convênios semelhantes aos dessa modalidade com empresas empregadoras e disputam usuários no mercado com os outros tipos de empresas de

planos de saúde (RODRIGUES; SANTOS, 2009). Exemplo dessa modalidade é a Unimed Recife – Cooperativa de Trabalho Médico.

As cooperativas odontológicas só diferem das cooperativas médicas no que tange ao tipo de plano de saúde ofertado no mercado, uma vez que opera somente planos odontológicos (ARAÚJO, 2004). A cooperativa Uniodonto Recife Planos Odontológicos é exemplo desse segmento.

O segmento lucrativo do setor de planos de saúde é formado pelo restante das operadoras, a saber, empresas de medicina de grupo, de odontologia de grupo e seguradoras, que, segundo Urbano (2003), organizam-se em sociedades limitadas ou anônimas, cuja meta é a reprodução do capital investido. Sociedades limitadas são sociedades contratuais, de responsabilidade limitada e podem ser consideradas tanto de pessoas como de capital, sendo esta uma característica própria dessa espécie societária. Já as sociedades anônimas são sociedades de capitais e de responsabilidade limitada. Esta significa que os acionistas só se submetem ao risco de perder o que investiram, não prejudicando o seu patrimônio pessoal. Além disso, seu capital social é dividido por ações e, independentemente de seu objeto, a sociedade anônima será sempre uma sociedade empresarial (TOMAZETTE, 2008).

As empresas de medicina de grupo constituem o tipo de organização dominante no mercado (ACIOLE, 2006) e operam planos de saúde, de modo empresarial, para indivíduos, famílias e empresas (RODRIGUES; SANTOS, 2009). Exemplo de medicina de grupo é a empresa Saúde Excelsior. De modo semelhante operam as empresas de odontologia de grupo, diferenciando-se apenas na natureza do serviço prestado, pois comercializam apenas planos odontológicos (ARAÚJO, 2004). A empresa Odontoprev constitui-se exemplo dessa modalidade.

As empresas de seguro saúde possuem as mesmas características de outras seguradoras. Caracterizam-se por operar por meio de sistema de reembolso, o que obriga essas empresas a ofertarem livre escolha de prestadores de serviços médicos, contudo, na prática, ofertam rede referenciada para os seus segurados (ARAÚJO, 2004). Um exemplo desse tipo de seguradora é a Bradesco Saúde.

Para Cechin (1998), a atual classificação das operadoras é inadequada e ultrapassada, vez que as diferenças, atualmente, não se referem ao tipo de

empresa, e sim às diferenças entre planos de uma mesma operadora. Há hoje maior variedade entre estes do que entre os diferentes segmentos das empresas.

Nessa mesma linha de reflexão, Bahia (2001) identifica menor diferença entre as coberturas e exclusões nominais de procedimentos dos planos de saúde, e mais entre os prestadores que compõem a rede credenciada desses planos. Segundo a autora, os usuários de planos básicos têm acesso a uma rede de prestadores mais limitada, enquanto os usuários de planos mais amplos utilizam maior número de clínicas e hospitais.

Em relação aos interesses envolvidos, segundo Vasconcelos (2007), o setor de planos de saúde é composto por atores, que, entretanto, não se constituem internamente em grupos homogêneos. No grupo de operadoras de planos de saúde há a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS) (autogestões), a Confederação Nacional das Cooperativas Médicas - Unimed do Brasil (cooperativas médicas), Confederação das Misericórdias do Brasil (CMB) (filantropia), Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) (medicina de grupo) e Federação Nacional de Seguradoras (Fenaseg) (seguradoras).

No grupo de prestadores de serviços, há, do lado dos hospitais, a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS). Do lado dos profissionais, a Associação Médica Brasileira (AMB) e o Conselho Federal de Medicina (CFM). Representando os usuários destacam-se o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor - Fundação Procon, Pro-Teste Associação Brasileira de Defesa do Consumidor, Instituto Brasileiro de Política e Direito do Consumidor (Brasilcon), Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde (ADUSEPS). No governo, há a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e gestores do SUS (VASCONCELOS, 2007).

No que tange ao crescimento do setor, cinco fatores estruturais contribuem, segundo Costa e Castro (2004), para a expansão do mercado de planos de saúde em todos os estratos de renda:

- a) Competição no setor produtivo, fazendo com que as empresas incorporem a atenção médico-hospitalar para ofertar aos seus funcionários como salário indireto e melhorar a imagem no mercado;
- b) Busca de renda adicional por parte dos médicos, além da oferta abundante de médicos em algumas áreas;
- c) Custos altos da assistência à saúde, o que diminui o percentual de pessoas capazes de pagar o serviço diretamente;
- d) Insatisfação da classe média com a qualidade do SUS (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2002 apud COSTA; CASTRO, 2004).
- e) Diminuição do financiamento público, decorrente de política de ajuste fiscal, e mudança na composição das despesas do setor saúde. Também observado por Costa, N. (2002).

3.1.4 Financiamento do SUS

Há duas lógicas no financiamento dos Sistemas de Saúde: a lógica da equivalência e a lógica da solidariedade. A primeira diz respeito à proporcionalidade entre a contribuição e o benefício, ou seja, o que o cidadão financia deve ter equivalência com o serviço a ser recebido. Essa lógica, que está presente na compra de planos e seguros de saúde, é bastante difundida em países onde predomina o seguro saúde, a exemplo dos Estados Unidos (VIANA; SILVA; ELIAS, 2007).

A lógica da solidariedade implica no financiamento coletivo da saúde, isto é, todos os cidadãos de um país ou comunidade pagam pela assistência à saúde de todos. Esta lógica predomina em sistemas de saúde universalistas unificados, como os da Europa do Norte e da Inglaterra, e em sistemas ocupacionais/previdenciários, como os da Europa Continental. Nestes últimos, a lógica da solidariedade se aplica em grupos fechados, como as categorias ocupacionais e familiares (VIANA; SILVA; ELIAS, 2007).

O Brasil, para os autores acima, possui o sistema universalista misto ou diversificado, cujo financiamento se baseia tanto em fontes fiscais e contribuições sobre a folha de salários, como também em pagamentos diretos pelos serviços.

No funcionamento do setor de saúde do Brasil, como em outros países, interagem os agentes consumidores, pagadores, prestadores de serviço e indústrias produtoras de bens - medicamentos, materiais, equipamentos biomédicos (ANDREAZZI, 2009), contudo destaca-se, neste momento, o Estado como pagador direto das ações e serviços de saúde, já que é preciso conhecer o financiamento do sistema público de saúde brasileiro a fim de compreender sua ação de estímulo ou desestímulo ao avanço das formas mercantis em saúde, propósito deste estudo.

No que tange ao financiamento do Sistema Único de Saúde, a sua trajetória é marcada por fatos consecutivos que lhe provocam instabilidade. Em 1990, houve o descumprimento do artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, que determinava que 30% do Orçamento da Seguridade Social (OSS) deveriam ser gastos de saúde. Em 1993, os recursos advindos da folha de salários deixaram de ser repassados ao Ministério da Saúde. A partir de 1994 iniciou-se o processo de desvinculação de receitas da união, por meio de instrumentos como, por exemplo, a Desvinculação de Receitas da União (DRU), atualmente vigente. Em 1996, é criada a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), mas ao mesmo tempo decresce a importância de contribuições sociais no orçamento do Ministério da Saúde. Em 1999, a CPMF passa também a financiar a Previdência Social e em 2001, o Fundo de Combate à Pobreza. Em 2000, é aprovada a Emenda Constitucional 29, que, no plano federal, representou a desvinculação da saúde do OSS (DAIN, 2007).

Além disso, já passados quase dez anos da promulgação da Emenda Constitucional 29, ainda não houve a sua regulamentação e, portanto, questiona-se a obrigatoriedade de seu cumprimento pelos governos nas três esferas.

Desse modo, vê-se que o SUS continua subfinanciado, haja vista que representa menos de 17% do OSS e, aproximadamente, 5% da despesa efetiva da união (DAIN, 2007).

3.1.5 A Renúncia fiscal

Como o Estado brasileiro é o principal financiador das ações de saúde, não é recomendável fazer uma análise do mercado de saúde sem considerar suas relações financeiras com o Estado (ANDREAZZI; OCKÉ-REIS, 2007), como a renúncia fiscal relacionada às despesas com saúde de pessoas físicas e jurídicas abatidas nas declarações de imposto de renda.

O objetivo dos impostos deve ser prover recursos para o Estado da forma mais eficiente possível e a renúncia da receita desses impostos serve, em geral, para corrigir desigualdades em relação às capacidades contributivas dos contribuintes ou desigualdades regionais. Desse modo a renúncia é um instrumento de financiamento utilizado pelo Estado, por meio do sistema tributário, para promover políticas sociais (SAYD, 2003). Esse raciocínio também é válido para estímulos fiscais na área econômica, infraestrutura e desenvolvimento, tendo como exemplo típico as reduções de impostos para determinados seguimentos.

Nesse sentido, no Brasil, o uso de benefícios tributários para alocação de recursos de políticas públicas é muito antigo, existindo desde a década de 1960. Foram criados por leis e decretos e objetivavam atender às políticas públicas de desenvolvimento de regiões, setores ou favorecer grupo de contribuintes. Entretanto até antes da promulgação da Constituição de 1988 a concessão de tais benefícios não estava submetida a qualquer controle legal. De acordo com determinação da Carta Magna, o Tribunal de Contas é o responsável pela legitimidade e economicidade da concessão, e, portanto pela avaliação da sua contribuição no crescimento do país.

Essa determinação é fruto do reconhecimento de que a renúncia de receita causa efeitos que podem ser positivos ou negativos para a arrecadação, além de afetar a distribuição regional/setorial dos recursos e seu grau de regressividade/progressividade da política fiscal. Por isso, tomar conhecimento de suas consequências seria necessário para se decidir pela sua permanência e redirecionamento.

Atualmente, no país, os seguintes gastos são considerados despesas de saúde, e, portanto, são isentos de tributação: médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, hospitais, clínicas, exames laboratoriais, serviços radiológicos, aparelhos ortopédicos, próteses dentárias e ortopédicas e planos de saúde (SAYD, 2003).

Constitucionalmente, a equidade do Sistema Tributário Nacional está garantida pelo princípio da capacidade contributiva e princípio da isonomia. O primeiro refere-se ao uso de tabela progressiva, no cálculo do imposto da pessoa física, em relação aos rendimentos, ou seja, quanto maior o rendimento maior o tributo. O outro diz respeito ao tratamento igualitário que deve ser dado aos contribuintes que estejam na mesma situação (BRASIL, 1988).

O conceito de renúncia fiscal adotado neste trabalho relaciona-se com gasto tributário, que é o termo internacionalmente conhecido para referir-se ao gasto governamental indireto realizado por meio do sistema tributário. O termo gasto tributário (*tax expenditure*) foi utilizado, em 1967, pelo Professor Stanley S. Surrey, à época Secretário Assistente para Política Fiscal do Departamento do Tesouro dos Estados Unidos, quando descreveu gastos indiretos efetuados pelo governo federal por meio do imposto de renda em virtude de objetivos econômicos e sociais (BRASIL, 2003).

Desse modo, compreendem-se gastos tributários de acordo com a definição da Secretaria da Receita Federal do Brasil (2003):

gastos tributários são despesas indiretas que, em princípio, poderiam ser substituídas por um gasto orçamentário, alocado a uma função orçamentária própria. Estão inseridos no sistema tributário por meio de isenções, deduções, abatimentos, imunidades, presunções creditícias e outros benefícios de natureza tributária, reduzindo a arrecadação potencial do tributo.

Na política de saúde no Brasil o instrumento de renúncia fiscal aumenta o grau de regressividade (DUARTE, 2000). A regressividade expressa-se quando o cálculo do imposto beneficia os contribuintes de maior rendimento. Embora aos maiores ganhos seja aplicada maior percentual de alíquota, são nesses rendimentos que estão, provavelmente, as maiores despesas com saúde e, portanto, maior será a renúncia. Além disso, a renúncia não atinge aos menores rendimentos

considerados isentos, que, entretanto, realizam tais tipos de despesas (SAYD, 2003).

Sem discutir se os gastos familiares com saúde significam preferências de estratos sociais, Andreazzi e Ocké-Reis (2007) apontam um dilema para os formuladores de políticas. Do lado da política de saúde, a permanência da renúncia fiscal significa iniquidade no gasto federal com a saúde, já que o sistema deveria atender as necessidades de saúde de todos. Entretanto, na ótica da teoria macroeconômica, eliminá-la significaria punir os estratos médios, já desfavorecidos pela política econômica (POCHMANN, 2001 apud ANDREAZZI; OCKÉ-REIS, 2007).

Além disso, para os autores, não há garantia de que, se houver a eliminação da renúncia, o volume de recursos correspondente irá subsidiar as ações de saúde, em virtude do compromisso do governo federal com o superávit primário e as metas de inflação. Ademais, tais compromissos impedem que o SUS forneça cuidado integral a toda população. Tal situação pode ser exemplificada, como já foi dito, pela criação da CPMF, que ao invés de aumentar o volume de recursos para a saúde, serviu, efetivamente, para substituir fontes de financiamento.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que se configura num estudo de caso, na qual são utilizados instrumentos de coleta de dados primários - entrevista, dados documentais - que foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo na perspectiva de Bardin (2004). Foram coletados ainda dados secundários de bases de dados oficiais, configurando-se uma triangulação. Para Minayo (2007), a triangulação é a combinação e cruzamento de métodos, de várias técnicas de abordagem, de coleta de dados, de diversos pontos de vista de pesquisadores em trabalho conjunto e de múltiplas críticas a respeito do mesmo resultado de pesquisa. No presente caso, o estudo é uma triangulação de coleta de dados. O caso em tela é o mercado de planos de saúde brasileiro, tendo sido focalizado o seu crescimento à luz do financiamento do SUS e da renúncia fiscal com despesas com saúde.

Estudos de caso são muito úteis em análises que buscam a abordagem dos fenômenos em seus contextos reais e consistem “num estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento” (GIL, 2002, p. 54).

Já a análise de conteúdo, bastante utilizada em estudos qualitativos, é uma ferramenta que possibilita a leitura crítica e arguta de documentos e comunicações, visando à apreensão de conteúdos explícitos ou implícitos relativos ao objetivo do estudo. Segundo Bardin (2004, p. 37), a análise de conteúdo consiste num

conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

No que se refere à abordagem, as metodologias de pesquisa qualitativa instrumentalizam o pesquisador na busca pelos sentidos da fala, explorando sua intuição e sua capacidade de interpretação e inferência. Possuem, então,

capacidade de incorporar o significado e a intencionalidade como constituintes dos atos, relações e estruturas sociais (MINAYO, 2007).

4.2 Período e área de abrangência

O período do estudo é de 1990 a 2008, com abrangência no Brasil, já que, neste estudo, adota-se como marco histórico a promulgação das leis 8080/1990, 8142/1990 e posteriormente a lei 9656/98, para analisar a relação entre o mercado brasileiro de planos de saúde e o Sistema Único de Saúde, criado pela Constituição Federal de 1988.

4.3 Fontes e instrumentos de coleta de dados

Tendo por base a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2004), a escolha das fontes obedeceu a certas regras, tais como:

- a) *Regra da Exaustividade*. Esta regra consiste na reunião de todos os elementos constituintes do *corpus*¹, evitando deixar de fora qualquer elemento sem justificativa. Assim, todos os documentos publicados pelos atores (institucionais), cujo conteúdo se refira ao objeto deste estudo, foram consultados a fim de exaurir o campo do *corpus*;
- b) *Regra da Representatividade*. Esta regra consiste na capacidade do *corpus* representar fidedignamente o universo. Nesse sentido, o conjunto de documentos reunidos, devido à sua composição mista, permite captar as diferentes facetas que compõem o objeto do estudo;
- c) *Regra da Homogeneidade*. Refere-se ao fato de que os documentos reunidos no *corpus* devem obedecer a critérios precisos de escolha. Os critérios utilizados neste estudo foram: i. Referência concomitante ou não aos temas: financiamento do SUS, renúncia fiscal com despesas com saúde e mercado

¹ *Corpus* é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos. (BARDIN, 2004).

de planos de saúde; ii. Publicados no período de 1990 a 2008 ou que contenham dados relativos a este período;

- d) *Regra da Pertinência*. Significa que os documentos selecionados devem ser adequadas fontes de informação, correspondendo, portanto, aos objetivos do estudo. Nesse sentido, os documentos reunidos têm esta capacidade por se tratar de publicações de atores (institucionais) envolvidos no foco da discussão que se pretende travar neste estudo.

Assim, este estudo foi conduzido, fundamentalmente, por meio de técnicas de pesquisa qualitativa, a saber, pesquisa documental e realização de entrevistas. Além disso, realizou-se pesquisa em bases de dados oficiais. Tal triangulação possibilita uma compreensão dinâmica e contextualizada, mais reflexiva e analítica, do mercado brasileiro de planos de saúde e suas interfaces com o SUS, posto que a utilização em conjunto de fontes e técnicas diferentes proporciona uma construção da realidade mais elaborada e completa, conforme nos orienta Minayo (2007).

A escolha das entidades pesquisadas foi realizada com base em Vasconcelos (2007), embora algumas instituições tenham sido acrescentadas em virtude da especificidade do objeto.

- 1) *Pesquisa documental*. Foi realizada em documentos elaborados pelos atores adiante listados. Eles estavam disponíveis em endereços eletrônicos oficiais das instituições pesquisadas (de domínio público) ou foram adquiridos durante realização de entrevistas. O período de coleta dos documentos foi setembro/2009 – março/2010.

i) **Governo:**

- a) Ministério da Saúde (MS) – órgão governamental da administração direta do governo federal responsável pela política nacional de saúde. Foram consultados 82 matérias jornalísticas, 30 edições de informativos e 1 relatório de avaliação, tendo sido analisados desses 7 matérias, 1 informativo, além do relatório;
- b) Ministério da Fazenda (MF) - órgão governamental da administração direta do governo federal que cuida basicamente, segundo informação em seu endereço eletrônico, da formulação e execução da política econômica. Ao MF

estão ligados a Secretaria da Receita Federal, órgão executor da renúncia fiscal com despesas de saúde, e a Superintendência de Seguros Privados (Susep), cuja responsabilidade de regular os seguros saúde cessou após a criação da ANS. Foram consultados 309 documentos entre apresentações de slides e transcrições de discursos e entrevistas. Como o volume desses documentos era extenso, eliminaram-se, inicialmente, aqueles cujos títulos não faziam referência aos temas abordados no estudo, tendo sido, no final, analisados 1 apresentação de slides, 2 discursos e 1 entrevista do ministro;

- c) Superintendência de Seguros Privados (Susep) – de acordo com informação em seu endereço eletrônico, autarquia responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. Foram analisados 11 documentos dentre textos, relatório, tabelas e anuários estatísticos.

O MF foi escolhido, pois a ele está ligada a Secretaria da Receita Federal. Em relação à Susep, ela foi pesquisada individualmente como os outros atores, já que foi uma das entidades apontadas pelos entrevistados.

Agência Nacional de Saúde Suplementar – Autarquia ligada ao MS e responsável pela regulação das entidades de direito privado que operam planos de saúde. Foram analisados 10 documentos que continham informações sobre o mercado brasileiro de planos de saúde, além de dados de projeto técnico da Agência.

ii) Planos de saúde:

- a) Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) – Conforme informação em seu endereço eletrônico é representante, desde 1966, das empresas de medicina de grupo junto à área governamental e à imprensa. Foram analisados 2 textos e 4 periódicos;
- b) Confederação Nacional das Cooperativas Médicas (Unimed do Brasil)- Segundo informação em seu endereço eletrônico, a entidade foi fundada em 1975 e tem como missão representar, integrar e orientar a atuação das cooperativas médicas e empresas do Sistema, defendendo, fortalecendo e consolidando a marca Unimed. Foram analisados 1 apresentação de slides, 2 textos e 1 relatório de gestão. Além disso, foram consultadas 16.258 matérias. Dado este volume grande de matérias, foram excluídas,

inicialmente, aquelas cujos títulos não faziam referência aos temas abordados, tendo sido, no final, analisadas 44 matérias;

- c) União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas) - De acordo com informação em seu endereço eletrônico sua missão é fortalecer o segmento de autogestão, promover a excelência em gestão e contribuir com a melhoria do sistema de saúde do País. Foram consultados 57 periódicos, dos quais 16 são publicações do Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (Ciefas). A Unidas é resultado da fusão do Ciefas com a Associação Brasileira de Autogestão em Saúde (Abraspe) ocorrida em 2002. No endereço eletrônico da Unidas os periódicos do Ciefas, embora apresentem em sua primeira página o nome *Jornal do Ciefas*, eles são apresentados como publicações da Unidas. Ao total foram analisados 18 periódicos, sendo a metade do Ciefas e o restante da Unidas;
- d) Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fenasaúde) - Conforme informação em seu endereço eletrônico é a representante institucional das Seguradoras Especializadas em Saúde e de operadoras de outras modalidades, como a Medicina de Grupo e a Odontologia de Grupo. Originalmente, no estudo, o ator escolhido foi a Federação Nacional de Seguradoras (Fenaseg), contudo a partir de entrevistas realizadas observou-se que, após reformulação na representação de entidades que operam seguros saúde, o ator que atualmente representa esse segmento é a Fenasaúde. Desta foram analisados 9 textos e 1 informe anual.

iii) Usuários:

- a) Central Única dos Trabalhadores (CUT) - Segundo informação em seu endereço eletrônico é uma organização sindical brasileira de massas, em nível máximo, de caráter classista, autônomo e democrático, fundada em 1983, cujo compromisso é a defesa dos interesses imediatos e históricos da classe trabalhadora. A CUT não estava prevista inicialmente no estudo, tendo sido também apontada por atores. Foram analisados 4 textos e consultados mais de 400 documentos, dentre livros, periódicos e outros. Em virtude desse volume extenso de documentos e para facilitar a coleta, realizou-se busca pelas seguintes palavras/expressões: planos de saúde, financiamento do

SUS, SUS, imposto de renda e renúncia fiscal. No final, foram analisados 8 periódicos, além dos 4 textos referidos;

- b) Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) - De acordo com informação em seu endereço eletrônico o Idec foi fundado em 1987 e sua missão é promover a educação, a conscientização, a defesa dos direitos do consumidor e a ética nas relações de consumo, com total independência política e econômica. Foram analisados 12 documentos dentre matérias jornalísticas, relatórios de atividades e publicações.

No início do estudo, uma das representações dos usuários era a Fundação Procon, entretanto, posteriormente, essa entidade foi substituída pelo Idec, pois este foi referido pelos atores como entidade de usuários atuante no mercado brasileiro de planos de saúde.

iv) Prestadores:

- a) prestadores hospitalares- Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS) - Conforme informação em seu endereço eletrônico a CNS é uma entidade sindical de terceiro grau, o mais elevado existente na legislação sindical. Criada em 1994, congrega atualmente 8 federações e 90 sindicatos de saúde em atividade no país. Representa todos os estabelecimentos de serviços de saúde no país. São hospitais, clínicas, casas de saúde, laboratórios de análises clínicas e patologia clínica, serviços de diagnóstico, imagem e fisioterapia, operadoras de planos de saúde, entre outros estabelecimentos do gênero. Foram analisados 15 documentos dentre matérias jornalísticas e periódicos;

- b) prestadores médicos- Conselho Federal de Medicina (CFM) - Segundo informação em seu endereço eletrônico o CFM foi criado em 1951 e possui atribuições constitucionais de fiscalização e normatização da prática médica. Foram analisados 1 matéria jornalística, 1 texto e 17 periódicos. Estes últimos advieram da consulta de 82 periódicos.

Há ainda, dentre as entidades pesquisadas, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), que é um órgão colegiado responsável pela formulação de estratégias da política nacional de saúde e pelo acompanhamento da execução da mesma. Foi apontado inicialmente no estudo como representante dos

usuários, conforme interpretação de Vasconcelos (2007), entretanto dada a sua composição e finalidade, optou-se por identificá-lo como ator específico, ou seja, o CNS não foi incluído nos outros grupos citados. Dele foram analisados 3 textos, 2 resoluções e 18 periódicos. Estes últimos advieram da consulta de 29 periódicos.

2) *Entrevista.* As entrevistas foram realizadas nos meses de novembro e dezembro de 2009 nos estados de Pernambuco, São Paulo e Rio de Janeiro, além do Distrito Federal. Elas tiveram como finalidade a obtenção de informações de atores relevantes sobre o processo de crescimento do mercado brasileiro de planos de saúde, visando apreender sua relação com o SUS, historicidade, nuances, conflito de interesses, relações de poder etc. Os atores entrevistados (informantes-chave) foram as entidades apresentadas no item pesquisa documental, as quais são representativas da política em questão. A Susep constituiu-se na exceção, pois os seus representantes recusaram-se a participar do estudo, tendo sido realizada, então, somente a pesquisa documental dessa autarquia.

Em relação ao Conselho Nacional de Saúde ocorreu a seguinte especificidade: apesar da solicitação de entrevista pessoal, o CNS foi a única entidade que respondeu à entrevista por meio eletrônico, fato possivelmente relacionado às falhas na comunicação entre a pesquisadora e o representante do órgão colegiado.

Além dos representantes das entidades referidas, foram entrevistados dois pesquisadores de notório conhecimento sobre o tema abordado neste estudo, identificados pela farta produção acadêmica e apresentações em eventos científicos. A inclusão desses pesquisadores dentre os entrevistados objetivou enriquecer o debate a respeito do objeto ora analisado.

Desse modo, no total, foram realizadas 14 entrevistas. Destas, 12 foram realizadas com sujeitos representantes do Ministério da Saúde, Ministério da Fazenda, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Abramge, Unimed do Brasil, Unidas, Fenasaúde, CUT, Idec, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços, CFM e do Conselho Nacional de Saúde. Os outros dois entrevistados foram os pesquisadores.

Ressalta-se que todos os sujeitos foram informados da condição da autora de funcionária da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

3) *Bases de dados oficiais.* Foram utilizados sistemas de informação, de domínio público, constantes em endereços eletrônicos pertencentes: i) ao Ministério da Saúde, cujos dados pesquisados dizem respeito ao financiamento do SUS, ii) à Secretaria da Receita Federal/Ministério da Fazenda, os quais tratam da renúncia fiscal com despesas com saúde, iii) à ANS e iv) ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estes dois últimos foram consultados em virtude de dados sobre o mercado brasileiro de planos de saúde.

O período de coleta nas bases de dados foi de junho/2009 a agosto/2009.

4.4 Categorias de análise

Para o fim a que este estudo se destina, os dados foram analisados a partir de duas categorias norteadoras. Segundo Bardin (2004, p. 111), as categorias “são rubricas ou classes, que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) sob um título genérico”. A categorização pode ser feita de dois modos inversos: as categorias são definidas previamente e, noutra situação, são definidas *a posteriori*. No estudo as categorias foram definidas previamente, a saber, o financiamento do SUS e a renúncia fiscal com despesas com saúde, as quais são analisadas como elementos de conexão entre o mercado brasileiro de planos de saúde e o sistema público de saúde. Nesse sentido, a pesquisa utilizou as seguintes subcategorias (temas), entendidas como unidades de registro (BARDIN, 2004), que foram analisadas dinamicamente, a partir do enfoque do financiamento do SUS e da renúncia fiscal com despesas com saúde:

- a) o processo de implementação do SUS, com ênfase no financiamento;
- b) o contexto político-econômico da política de saúde no âmbito internacional e no Brasil;
- c) características do mercado brasileiro de planos de saúde;
- d) o processo de crescimento do mercado de planos de saúde no Brasil;

- e) a relação entre o crescimento do mercado de planos privados de assistência à saúde e a implementação do Sistema Único de Saúde, com ênfase no financiamento do SUS e na renúncia fiscal com despesas com saúde.

A elaboração dos temas ou unidades de registro acima referidos contribuiu para a descoberta dos “núcleos de sentido”, cuja presença nas comunicações ou documentos, segundo Bardin (2004), pode significar algo relativo à finalidade do estudo.

4.5 Tratamento e análise dos dados

Os documentos foram organizados e agrupados conforme a categorização pré-estabelecida descrita no item anterior. A sequência da análise foi estruturada cronologicamente nas seguintes fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

a) Pré-análise

Nesta fase, realizou-se uma “leitura flutuante”, que consiste numa apreciação direta e intensa do conjunto de documentos acessados. Esta etapa ajuda a definir com maior precisão a utilidade de cada elemento constituinte do *corpus*, à luz das teorias e das categorias que orientam o estudo. Todo o material foi reunido e preparado para análise.

b) Exploração do material

Os documentos foram separados por sujeitos, atribuindo-se-lhes índices relacionados às categorias em apreço. Os índices consistem em elementos codificadores dos temas e sua utilização facilita a inferência e a interpretação na fase posterior. No presente estudo os índices foram as falas dos atores. Vale dizer que na análise qualitativa de conteúdo, frequentemente, a importância do índice não está apenas na regularidade com que aparece - vez que ele pode nem aparecer -, podendo, por vezes, ser mais significativa sua ausência do que sua presença.

c) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação

Os resultados foram tratados de modo a serem considerados significativos e válidos. Assim, os documentos foram analisados a partir dos índices criados, relacionando-os ao contexto da mensagem. Buscou-se com esta estratégia metodológica extrair os significados explícitos e implícitos, a fim de se identificar nexos, semelhanças, convergências e divergências, por meio da atribuição de valores aos “núcleos de sentido” (BARDIN, 2004).

Desse modo, para melhor compreensão do processo de análise, apresenta-se o esquema analítico utilizado no estudo:

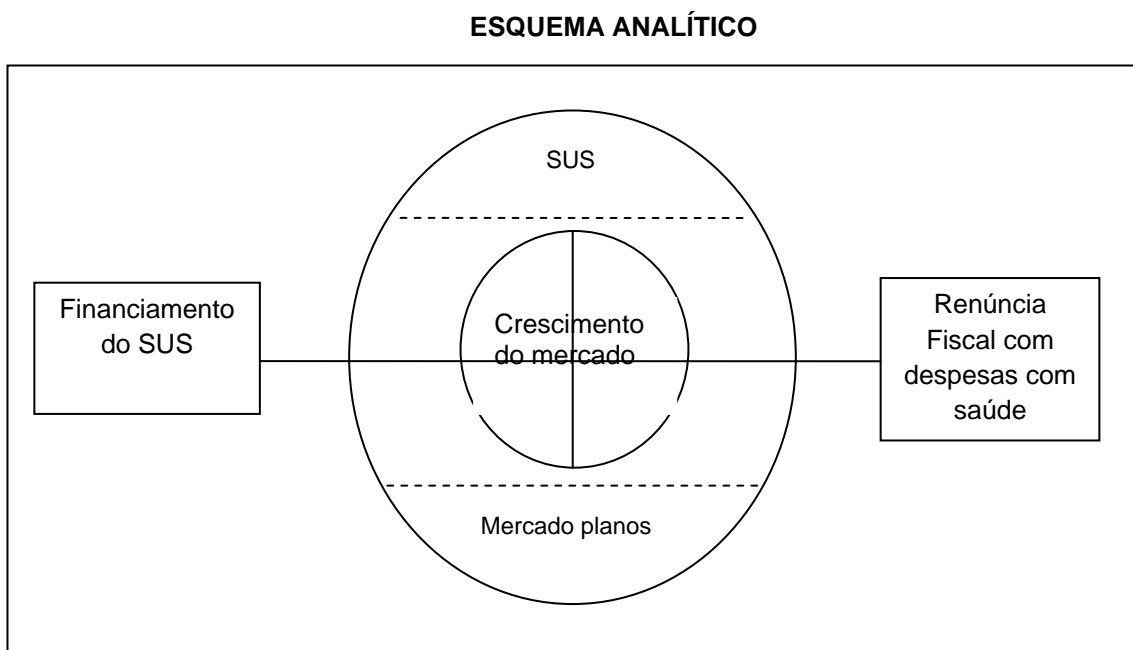


Figura 1 – Esquema analítico.

No centro do esquema está o crescimento do mercado brasileiro de planos de saúde que foi estudado a partir das categorias financiamento do SUS e renúncia fiscal com despesas com saúde, as quais não constituem relação causal com o crescimento do mercado e são aqui consideradas elementos de conexão entre o mercado de planos de saúde e o Sistema Único de Saúde.

4.6 Considerações éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do CPqAM. Todos os sujeitos, com exceção do representante do CNS, em virtude de especificidade já relatada, assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por meio do qual foram devidamente esclarecidos e consentiram em participar das entrevistas.

5 RESULTADOS E ANÁLISE

5.1 Financiamento do SUS e benefícios tributários: relação com o crescimento do mercado de planos de saúde

5.1.1 Mercado brasileiro de planos de saúde

Em 2008, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (2009b) no mercado brasileiro de planos de saúde havia 40.910 milhões de usuários de assistência médica que residiam predominantemente nos grandes centros do país localizados, em especial, nas Regiões Sul e Sudeste.

No que tange à cobertura por plano de saúde, segundo dados da PNAD 2003, há forte associação dela com o rendimento familiar. No grupo de pessoas com rendimento menor que 1 salário mínimo os usuários representavam 2,9%, enquanto o grupo cujo rendimento era maior ou igual a 20 salários mínimos a taxa de cobertura atinge 83,8%. Vê-se, então, que quanto maior o rendimento familiar, maior a taxa de cobertura. Em relação à autoavaliação de saúde, a PNAD 2003 mostrou ainda que os usuários que melhor avaliaram seu estado de saúde tinham maior cobertura por planos de saúde. Já os que não avaliaram seu estado como bom ou muito bom, tinham menor cobertura (IBGE, 2009).

Os tipos de instituições que operam planos de saúde de acordo com o número de usuários estão distribuídos no quadro 1, onde se observa que a medicina de grupo e a cooperativa médica possuem juntas 71,53% do total de usuários de assistência médica. Isso demonstra a importância das duas modalidades para o mercado de planos de saúde. Comparando-as com o grupo dos quatro tipos principais de entidades de planos de saúde, a saber, medicina de grupo, cooperativa médica, seguradora especializada em saúde e autogestão, ambas detêm percentual ainda maior de 74,14%.

Modalidade	Assistência Médica	Exclusivamente Odontológica	Total
TOTAL	40.910.631	11.085.201	51.995.832
Medicina de Grupo	15.319.906	1.117.645	16.437.551
Cooperativa Médica	13.944.239	103.529	14.047.768
Odontologia de Grupo	56	6.527.649	6.527.705
Seguradora Especializada em Saúde	4.949.506	1.174.265	6.123.771
Autogestão	5.256.705	57.439	5.314.144
Cooperativa Odontológica	-	2.085.717	2.085.717
Filantropia	1.440.219	18.957	1.459.176

Quadro 1 - Beneficiários de planos de saúde por cobertura assistencial segundo modalidade de operadora. Período: dez/2008.

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2009c).

Em 2008, a taxa de cobertura da população por planos de assistência médica era de 21,1%. A maior participação é das mulheres com 22% contra 20,1% dos homens. Em relação à faixa etária (quadro 2), constata-se que as pessoas de 20 a 49 anos possuem taxa de cobertura maior que a taxa de cobertura total, tanto para planos de assistência médica, como de assistência exclusivamente odontológica. Como esse grupo etário corresponde à parte importante da população economicamente ativa, possivelmente tal cobertura está relacionada ao grande número de usuários participantes de planos coletivos em decorrência de vínculo empregatício.

Faixa Etária	Taxa de Cobertura de Planos de Saúde	
	Assistência Médica	Exclusivamente Odontológica
TOTAL	21,1	5,3
Até 1 ano	16,5	1,4
1 a 4 anos	18,0	2,7
5 a 9 anos	16,3	3,9
10 a 14 anos	15,8	4,2
15 a 19 anos	15,5	4,3
20 a 29 anos	22,4	7,7
30 a 39 anos	24,5	8,0
40 a 49 anos	24,3	6,2
50 a 59 anos	24,4	4,5
60 a 69 anos	22,3	2,3
70 a 79 anos	24,3	1,3
80 anos ou mais	26,4	1,0

Quadro 2 - Taxa de cobertura de planos de saúde por tipo de cobertura assistencial segundo faixa etária. Período: 2008.

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2009d).

Em relação à distribuição de usuários de acordo com o tipo de plano, constata-se no quadro 3 que 74% estão vinculados a planos coletivos de assistência médica com ou sem odontologia, enquanto que apenas 20,8% estão ligados aos planos individuais. Interessante observar o comportamento desta distribuição e verificar que em 2000, quando foi criada a ANS, o número de usuários de planos coletivos correspondia a 35,5%. Já a distribuição de usuários vinculados a planos individuais aumentou de 17% para 20,8%, indicando que as medidas implementadas pela Agência reguladora direcionaram o mercado para a atual configuração, na qual os planos coletivos preponderam em número de usuários. Essa situação também é coerente com o compartilhamento de risco dos planos coletivos diluindo custos e prêmios tornando-os teoricamente mais sustentáveis.

Época de contratação do plano	Assistência Médica com ou sem odontologia							
	Total		Coletivo		Individual		Não Identificado	
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
Dez/00	30.692.434	100,0	10.883.444	35,5	5.216.122	17,0	14.592.868	47,5
Dez/01	31.153.545	100,0	13.281.405	42,6	6.090.826	19,6	11.781.314	37,8
Dez/02	31.129.527	100,0	15.740.938	50,6	6.612.104	21,2	8.776.485	28,2
Dez/03	31.424.015	100,0	19.017.622	60,5	7.281.154	23,2	5.125.239	16,3
Dez/04	33.444.300	100,0	22.235.991	66,5	7.865.743	23,5	3.342.566	10,0
Dez/05	35.220.147	100,0	24.366.910	69,2	8.228.819	23,4	2.624.418	7,5
Dez/06	37.105.817	100,0	26.329.010	71,0	8.440.140	22,7	2.336.667	6,3
Dez/07	38.994.937	100,0	28.182.184	72,3	8.562.218	22,0	2.250.535	5,8
Dez/08	40.910.631	100,0	30.262.594	74,0	8.490.488	20,8	2.157.549	5,3

Quadro 3 - Beneficiários de planos de saúde por cobertura assistencial de assistência médica com ou sem odontologia e tipo de contratação do plano, segundo época de contratação do plano (Brasil - 2000-2008).

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2009b).

Dentre os tipos de planos há aqueles beneficiários de planos individuais novos, individuais antigos, coletivos novos e coletivos antigos, já que se o plano, individual ou coletivo, tiver sido contratado na vigência da lei 9.656/98 ele será considerado novo e, portanto, obrigado a ter em suas cláusulas as garantias dadas por essa lei. Já os planos individuais e coletivos antigos são aqueles firmados antes da legislação dos planos de saúde ou não adaptados a ela. Nesses casos, não há a proteção da referida legislação. A seguir, a figura 2 apresenta essa distribuição.

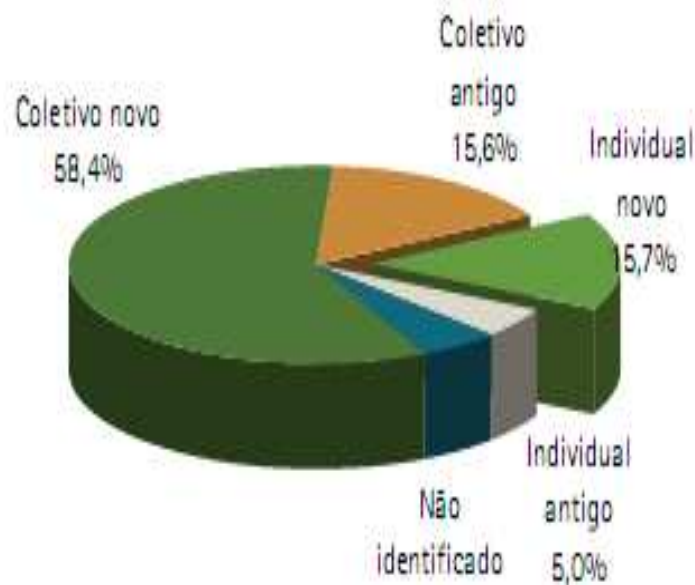


Figura 2 - Distribuição percentual dos beneficiários de planos de assistência médica, por tipo e época de contratação do plano (Brasil – dezembro/2008).
Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2009b).

Observa-se que ainda há 15,6% e 5%, respectivamente, de beneficiários de contratos coletivos e individuais sem a proteção garantida pela lei nº 9656/1998. No início do processo regulatório, segundo Montone (2009), determinou-se, por meio de medida provisória, a obrigatoriedade dos contratos serem adaptados à nova legislação, contudo tal medida foi alvo de ações judiciais relacionadas ao direito do consumidor de permanecer com o seu contrato, ao direito da operadora de alterar compulsoriamente os contratos e ao aumento da mensalidade em virtude da inclusão de novos procedimentos assistenciais. Em virtude disso tal obrigatoriedade não se efetivou, aumentando o grau de vulnerabilidade dos usuários que, em determinadas situações, recorrem ao Judiciário para obtenção de coberturas excluídas contratualmente.

No que tange às características do mercado apontadas pelos atores pesquisados, observou-se que a maior parte dos representantes de planos de saúde expressou preocupação com as decisões judiciais favoráveis aos seus usuários, fenômeno chamado de *judicialização* da saúde. Em periódico publicado em 2002 pelo Ciefas, entidade anterior à Unidas, a representante das autogestões expressou:

Uma das questões que mais têm preocupado os administradores das entidades filiadas ao Ciefas são as decisões judiciais proferidas em liminar

[...]. De uma maneira geral, os juizes priorizam a saúde em detrimento do patrimônio quando esses interesses se opõem (FÓRUM..., 2002).

Outra característica deste mercado é a diminuição do número de entidades que operam planos de saúde e conseqüentemente a concentração dos usuários nelas. Em 2000, 2.263 operadoras médico-hospitalares e 797 operadoras exclusivamente odontológicas solicitaram pedido de registro à ANS, entretanto em 2008 havia 1.138 operadoras médico-hospitalares e 533 operadoras, às quais os beneficiários de planos exclusivamente odontológicos estavam vinculados, sendo dessas 411 operadoras exclusivamente odontológicas. Em relação à assistência médico-hospitalar, apenas as seis maiores operadoras possuem 20% dos usuários, 38 operadoras concentram metade dos beneficiários e 10% dos usuários estão vinculados a 764 operadoras. Na assistência odontológica não é diferente, pois apenas uma operadora possui 18% dos usuários, equivalente ao conjunto de usuários de 647 operadoras (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009b).

Referida concentração foi apontada pelos atores como decorrente tanto de fusões e aquisições, como de medidas regulatórias. Pelo menos metade dos representantes de planos de saúde referiu isto, a exemplo da Abramge:

A gente sabe que toda atividade regulada tende a concentrar o mercado, mas a concentração foi grande, houve fechamento de mais de 1.500 empresas por aí, mais ou menos desde a época da sua criação [da ANS], né, e atualmente ainda tá complicado, tá difícil, ainda tem cerca de trezentas, trezentas e poucas empresas que não conseguem se adaptar a toda a regulamentação da ANS, principalmente no que diz respeito a reservas e garantias.

Entretanto chama a atenção que a Fenasaúde não tenha se queixado disso, o que provavelmente está relacionado com o fato de ela representar as grandes empresas de planos de saúde, as quais, por sua vez, realizam as fusões e aquisições e têm maior capacidade de suportar as medidas regulatórias, como afirmado pelo pesquisador 1:

Considerando os limites da conjuntura, legais, institucionais, uma vez que a política é uniforme, paradoxalmente, ela favorece as 'operadoras' líderes. [...] Porque são aquelas que têm mais capacidade de responder de maneira economicamente satisfatória às medidas regulatórias implementadas.

Todavia, o pesquisador 2 discorda que o mercado seja concentrado, pois afirma que ao mesmo tempo que ele é concentrado nas grandes empresas, ele se expandiu para as pequenas empresas, havendo o que ele chamou de *downsize*

expansivo, a partir do qual a competição se dá no plano de saúde barato e não no caro: “[...] o que a regulação tá fazendo é ampliando o mercado pra baixo, entendeu? Ela deveria ter concentrado! Qualquer regulação concentra mercado”.

Desse modo, observa-se que a regulação provocou mudanças no mercado de planos de saúde, as quais serão referidas adiante apresentando-se pontos de vista dos atores, por vezes, distintos.

5.1.1.1 Mercado regulado

As medidas regulatórias implantadas são vistas, de modo geral, pelos atores governamentais como um processo evolutivo, no qual inicialmente o foco foram as ações econômico-financeiras e, posteriormente, as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. Nesse sentido, segue fala do Ministério da Fazenda:

[...] então a regulação ela foi no sentido correto de num primeiro momento, nessa primeira etapa que eu comentei contigo de tentar garantir um mínimo de solvência, um mínimo de gestão de riscos, de gestão financeira, e no segundo momento, uma gestão da qualidade, gestão da assistência à saúde, evoluiu nesse sentido.

Em relação aos planos de saúde, todos expressam o apoio à regulação. Fato diferente de realidade passada, em cujo período 2000-2002, segundo Montone (2009), as ações da ANS foram objeto de mais de 1.800 ações judiciais que questionavam desde a taxa de fiscalização até o ressarcimento ao SUS.

Entretanto, observou-se que mesmo que atualmente haja apoio muito maior às medidas implementadas pela ANS, a Abramge, Unimed e a Unidas reclamam especificidades dos respectivos segmentos que representam, os quais exigiriam tratamentos igualmente específicos por parte do órgão regulador. A seguir, fala da Unimed expressa isto:

A medicina supletiva, desde que entrou em vigor a Lei 9.656, tem se pautado pelo defeito de não reconhecer as particularidades dos segmentos existentes no setor. A Unimed é posta numa vala comum e sofre com o extrativismo tributário. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nos enxerga da mesma forma como vê empresas do setor que têm razão de existir diferente da nossa.

Observou-se também no estudo grande semelhança entre os aspectos criticados pelos médicos (CFM) e pelo Idec, um dos organismos de defesa dos consumidores. Ambos apontam desproporcional poder dos planos de saúde no mercado com a anuência da ANS, fato também referido pela CUT, outra representação dos usuários. Para o pesquisador 2 a regulação tende a favorecer o mercado, já que a ANS não regula preços e, desse modo, não impõe barreiras à entrada no mercado.

Outro fato apontado pelo CFM e Idec diz respeito à importância dada pela ANS ao aspecto econômico-financeiro. Além disso, também destacam a necessidade de maior participação da sociedade na regulação, necessidade também apontada pelo Conselho Nacional de Saúde. Pode-se resumir essa convergência de idéias entre o CFM e o Idec com a descrição feita por este último: “Então, tanto os médicos e os consumidores, embora possa haver momentos em que os interesses se contraponham, na prática, nós estamos do mesmo lado – dos que perdem”.

Em estudo sobre o posicionamento de importantes atores sociais interessados no processo de regulação realizada pelo Estado, Carvalho e Cecílio (2007), identificaram posicionamentos convergentes entre as entidades médicas e as entidades de defesa dos usuários em relação aos seguintes temas: necessidade de regulamentação, subordinação do setor de planos de saúde ao Ministério da Saúde, garantia de cobertura sem exclusão, inexistência de carências e defesa da autonomia médica.

Em relação ao mercado verificou-se ainda no presente estudo uma ausência de política do Ministério da saúde para o mercado de planos de saúde, apontada por praticamente todos os atores pesquisados, como expressa a ANS: “A agência se autonomizou no vácuo de uma discussão no Ministério da Saúde e criou a sua própria lógica de funcionamento [...]”.

Desse modo, é esperado que haja uma divisão de tarefas entre os dois órgãos na condução da política de saúde, que embora consolidada, não é explicitada: o Ministério da Saúde é o gestor da parte “pública” da política de saúde, enquanto a ANS regula sozinha o mercado de planos privados de saúde. Segundo Montone (2009), fato exemplificativo dessa ausência do MS é o Pacto pela Saúde,

no qual os três pactos específicos que o compõem, Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão não fazem menção ao mercado de planos de saúde. Mesmo no Projeto Mais Saúde, Direito de Todos, conhecido como PAC da Saúde, que segundo o autor, avança nesse aspecto estabelecendo, por exemplo, metas para o setor, a ênfase dada à regulação dos planos de saúde ainda é pequena.

Outra ausência bastante referida na regulação de planos de saúde foi a do Conselho Nacional de Saúde, que é o órgão colegiado responsável pela formulação de estratégias da política nacional de saúde e pelo acompanhamento da execução da mesma. Nesse sentido, segue fala da Fenasaúde: “[...] não vejo assim como órgão que tenha muita influência, nem no público, nem no privado”.

Assim, vê-se que duas entidades relevantes na condução da política de saúde brasileira não participam da regulação do mercado de planos de saúde. Portanto, o Ministério da Saúde, que é o gestor nacional do SUS e condutor da política setorial para o país, e o Conselho Nacional de Saúde, órgão colegiado nacional do chamado controle social na saúde, ao se afastarem do setor de planos de saúde, possibilitam a fragilização do processo regulatório desse mercado.

5.1.2 Crescimento do mercado brasileiro de planos de saúde

O crescimento do mercado na sequência temporal é apresentado no quadro 4, onde se verifica a evolução da receita dos planos de saúde no período de 2001 a 2008.

Modalidade	Anos							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
TOTAL	22.121	25.702	28.475	32.212	37.111	41.946	51.737	59.088
Cooperativa Médica	8.248	9.237	10.606	12.163	13.989	16.390	18.183	21.023
Medicina de Grupo	6.596	8.083	9.299	10.407	12.621	13.853	15.681	17.184
Seguradora Especializada em Saúde	5.398	6.212	6.701	7.522	7.912	8.749	8.608	11.054
Autogestão	420	467	533	655	768	887	6.274*	6.716
Filantropia	1.112	1.300	864	868	1.077	1.189	1.918	1.987
Odontologia de Grupo	217	254	316	382	495	626	750	764
Cooperativa Odontológica	127	146	153	211	246	249	320	358

Quadro 4 – Receita das operadoras por ano segundo modalidade (R\$ milhões). Período: 2001-2008.

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2009e).

Nota: Receita de contraprestações: Segundo ANS, corresponde à soma das receitas informadas pelas operadoras à ANS.

* As operadoras da modalidade autogestão passaram a informar suas receitas, obrigatoriamente, a partir de 2007.

A seguir, comparando-se os anos de 2001 e 2008 no quadro 5, observa-se o crescimento da receita de cada modalidade. Verifica-se que as únicas a terem desempenho melhor que o do setor foram as operadoras odontológicas. Particularmente, em relação às autogestões, como elas só foram obrigadas a informar suas receitas a partir de 2007, obtém-se percentuais muito altos comparativamente.

Modalidade	Anos		Crescimento (%)
	2001	2008	
TOTAL	22.121	59.088	167
Cooperativa Médica	8.248	21.023	155
Medicina de Grupo	6.596	17.184	160
Seguradora Especializada em Saúde	5.398	11.054	105
Autogestão	420	6.716	1.499*
Filantropia	1.112	1.987	79
Odontologia de Grupo	217	764	252
Cooperativa Odontológica	127	358	182

Quadro 5 - Receita das operadoras por ano e crescimento (%) segundo modalidade (R\$ milhões). Período: 2001-2008.

Fonte: Adaptado de: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2009e).

Nota: Receita de contraprestações: Segundo ANS, corresponde à soma das receitas informadas pelas operadoras à ANS.

*As operadoras da modalidade autogestão passaram a informar suas receitas, obrigatoriamente, a partir de 2007.

Os quadros 6 e 7 apresentam, respectivamente, a evolução da despesa administrativa e da despesa assistencial dos planos de saúde no período de 2001 a 2008.

Modalidade	Anos							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
TOTAL	3.788	4.629	5.351	5.718	6.470	7.267	9.903	10.190
Cooperativa Médica	1.098	1.262	1.579	1.707	2.034	2.470	2.935	3.281
Medicina de Grupo	1.253	1.553	1.643	1.805	2.079	2.403	2.687	2.753
Filantropia	664	901	1.078	1.154	1.328	1.254	1.932	1.861
Seguradora Especializada em Saúde	556	676	768	738	641	659	780	983
Autogestão	107	114	118	134	145	176	1.190*	927
Odontologia de Grupo	76	87	114	117	173	225	281	274
Cooperativa Odontológica	32	33	47	60	68	77	94	107

Quadro 6 - Despesa administrativa das operadoras por ano segundo modalidade (R\$ milhões).
Período: 2001-2008.

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2009e).

Nota: Despesa administrativa: Segundo ANS, corresponde à soma das despesas não relacionadas à prestação direta dos serviços de assistência à saúde informadas pelas operadoras à ANS.

*As operadoras da modalidade autogestão passaram a informar suas despesas administrativas, obrigatoriamente, a partir de 2007.

Modalidade	Anos							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
TOTAL	17.519	20.244	23.042	26.056	29.979	33.157	41.331	47.220
Cooperativa Médica	6.907	7.640	8.869	10.097	11.449	13.234	14.482	17.110
Medicina de Grupo	4.900	6.074	7.058	7.827	9.570	10.532	12.083	13.296
Seguradora Especializada em Saúde	4.464	5.102	5.779	6.562	7.119	7.347	7.721	9.007
Autogestão	368	413	441	596	681	738	5.513*	6.110
Filantropia	688	793	633	670	792	899	1.015	1.139
Odontologia de Grupo	98	117	142	162	203	248	306	321
Cooperativa Odontológica	90.	103	117	141	162	157	208	234

Quadro 7 - Despesa assistencial das operadoras por ano segundo modalidade (R\$ milhões). Período: 2001-2008.

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2009e).

Nota: Despesa assistencial: Segundo ANS, corresponde à soma das despesas relacionadas à prestação direta dos serviços de assistência à saúde informadas pelas operadoras à ANS.

*As operadoras da modalidade autogestão passaram a informar suas despesas assistenciais, obrigatoriamente, a partir de 2007.

Somando-se as duas despesas e comparando os anos de 2001 e 2008 (Quadro 8), observa-se o crescimento da despesa total de cada modalidade. Verifica-se que a odontologia de grupo e a cooperativa odontológica novamente se destacaram, só que, neste caso, em virtude do crescimento da sua despesa ter sido maior que o crescimento da despesa do setor. Novamente em relação às autogestões, obtêm-se percentuais muito altos por fatores já explicitados anteriormente.

Modalidade	Anos		Crescimento (%)
	2001	2008	
TOTAL	21.307	57.410	169
Cooperativa Médica	8.005	20.391	155
Medicina de Grupo	6.153	16.049	161
Filantropia	1.352	3.000	122
Seguradora Especializada em Saúde	5.020	9.990	99
Autogestão	475	7.037	1381*
Odontologia de Grupo	174	595	242
Cooperativa Odontológica	122	341	179

Quadro 8 - Despesa total das operadoras por ano e crescimento (%) segundo modalidade (R\$ milhões). Período: 2001-2008.

Fonte: Adaptado de: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2009e).

Nota: *As operadoras da modalidade autogestão passaram a informar suas despesas, obrigatoriamente, a partir de 2007.

Em seguida, quadro comparativo da receita e da despesa total (Quadro 9) demonstra que o setor de planos de saúde brasileiro no período de 2001 a 2008 apresentou crescimento da receita menor que o crescimento da despesa total. As modalidades que tiveram comportamento inverso foram as seguradoras especializadas em saúde, odontologia de grupo e cooperativas odontológicas, cujo crescimento da receita foi maior que o da despesa.

Modalidade	Receita Crescimento (%)	Despesa Total Crescimento (%)
TOTAL	167	169
Cooperativa Médica	155	155
Medicina de Grupo	160	161
Seguradora Especializada em Saúde	105	99
Autogestão	1.499*	1381*
Filantropia	79	122
Odontologia de Grupo	252	242
Cooperativa Odontológica	182	179

Quadro 9 - Receita e despesa total das operadoras por crescimento (%) segundo modalidade. Período: 2001-2008.

Fonte: Adaptado de: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2009e).

Nota: *As operadoras da modalidade autogestão passaram a informar suas receitas e despesas, obrigatoriamente, a partir de 2007.

Em relação ao número de beneficiários, o quadro 10 demonstra o crescimento do número de usuários de assistência médica com ou sem odontologia no período de 2000 a 2008. Percebe-se que houve um aumento de 33,29% de beneficiários no período, percentual bem acima do crescimento populacional no mesmo período que foi de 10,7%. No tocante ao desempenho dos quatro tipos principais de modalidades, verifica-se que as autogestões tiveram crescimento negativo de 0,94%. As cooperativas médicas destacaram-se com aumento de 78,66% de seus usuários, enquanto as empresas de medicina de grupo e as seguradoras especializadas em saúde tiveram, respectivamente, 29,03% e 7,52% de crescimento.

Mês e ano	Assistência Médica com ou sem Odontologia							
	Total	Autogestão	Cooperativa médica	Cooperativa Odontológica	Filantropia	Medicina de grupo	Odontologia de grupo	Seguradora especializada em saúde
Dez/00	30.692.434	5.256.051	7.804.737	-	1.107.768	11.919.732	-	4.603.257
Dez/01	31.153.545	5.199.533	8.178.619	-	1.101.008	12.081.539	-	4.586.932
Dez/02	31.129.527	5.211.274	8.262.735	-	1.070.784	12.238.334	-	4.340.602
Dez/03	31.424.015	5.032.756	8.877.376	-	997.683	12.057.254	-	4.453.993
Dez/04	33.444.300	5.177.816	9.693.057	-	1.067.257	13.221.092	-	4.280.165
Dez/05	35.220.147	5.137.342	10.768.903	-	1.126.300	14.132.465	-	4.055.137
Dez/06	37.105.817	5.169.963	11.877.203	-	1.203.779	14.875.129	-	3.979.743
Dez/07	38.994.937	5.186.377	12.964.200	-	1.317.077	15.258.962	-	4.268.321
Dez/08	40.910.631	5.206.505	13.944.239	-	1.430.219	15.380.162	-	4.949.506

Quadro 10 - Beneficiários de planos de saúde por cobertura assistencial de assistência médica com ou sem odontologia e modalidade da operadora (Brasil - 2000-2008).

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2009).

No que tange ao crescimento do número de usuários das modalidades odontológicas, observa-se no quadro 11 que a exemplo da relação receita/despesa, tais modalidades obtiveram resultados positivos. As cooperativas odontológicas tiveram 228,87% de crescimento de usuários e as empresas de odontologia de grupo, 281,05%.

Mês e ano	Assistência Exclusivamente Odontológica	
	Cooperativa Odontológica	Odontologia de grupo
dez/00	634.204	1.713.042
dez/01	780.664	1.968.076
dez/02	969.986	2.288.252
dez/03	1.139.212	2.639.137
dez/04	1.291.886	3.276.918
dez/05	1.470.712	3.822.577
dez/06	1.658.344	4.621.486
dez/07	1.839.756	5.715.494
dez/08	2.085.717	6.527.649

Quadro 11 - Beneficiários de planos de saúde por cobertura assistencial de assistência exclusivamente odontológica e modalidade da operadora (Brasil - 2000-2008).
Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2009).

De acordo com Montone (2009), no início da regulação as operadoras odontológicas tinham pequeno poder de pressão em virtude de sua modesta participação no mercado, e como ainda resistiram de serem reguladas, acabaram sendo equiparadas às operadoras de assistência médica. Contudo com o conhecimento do órgão regulador a respeito do setor e a consequente simplificação e aperfeiçoamento dos instrumentos regulatórios, os planos exclusivamente odontológicos expandiram-se.

5.1.3 Financiamento do SUS no período de 1990-2008

A seguir, apresentam-se no quadro 12 as despesas totais com ações e serviços públicos de saúde financiados com recursos próprios das três esferas de governo. Observa-se que o gasto com saúde no período 2000-2006 teve um incremento. Possivelmente tal fato está relacionado com a aprovação da Emenda Constitucional 29 que vinculou recursos das três esferas de governo à saúde, o que

possibilitou, então, maior estabilidade ao financiamento. Contudo o valor em 2006 ainda representa menos de 4% do PIB.

Anos	Despesa (R\$ Milhões) *	Despesa por habitante*	% PIB
2000	34.035	200,44	2,89%
2001	40.032	232,22	3,07%
2002	47.035	269,34	3,18%
2003	53.329	301,51	3,14%
2004	65.130	363,64	3,35%
2005	73.993	401,73	3,45%
2006	84.033	449,93	3,60%

Quadro 12 – Despesa total das três esferas de governo com ações e serviços públicos de saúde financiados com recursos próprios. Período: 2000-2006.

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) (BRASIL, 2009).

Nota: *Em 2000 e 2001 valores referem-se à despesa empenhada. Em 2002 e 2003, para a União e estados foram consideradas as despesas empenhadas. Para os municípios, a despesa liquidada. No período 2004-2006, para a União e estados foram consideradas as despesas empenhadas. Para os municípios, a despesa empenhada excluindo-se os restos a pagar sem disponibilidade financeira.

No âmbito federal foram excluídas despesas com inativos e pensionistas, com o pagamento de juros e amortização da dívida e com o Fundo de Erradicação e Combate à Pobreza.

Comparando o financiamento da saúde com outros países, Santos e Gerschman (2004), com base em dados da Organização Mundial de Saúde, destacam que o Brasil, em virtude de ajustes econômicos, é um dos países do continente americano que menos investe dinheiro público na saúde. Em 2001 o país gastou 8,8% do seu orçamento com saúde, enquanto a Argentina investiu 21,3%. Apenas quatro países caribenhos, Trinidad e Tobago, Santa Lúcia, Belize e Jamaica, investiram menos que o Brasil.

No tocante ainda ao gasto público em relação ao gasto total em saúde, em 2006, os gastos públicos do Brasil representaram 45,3%, contra 69,9% do Canadá, que também possui um sistema público universal. Na relação de gastos públicos/privados, o país possui distribuição semelhante a dos Estados Unidos da América (EUA): 45,3% / 54,7% no caso do Brasil e 44,6% / 56,4% nos EUA, que possui, tradicionalmente, uma política de saúde de caráter liberal (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

Além disso, é sabido que a trajetória do financiamento do SUS caracteriza-se pela instabilidade, em que pese a tentativa de garantia de estabilidade constituída pela aprovação da Emenda Constitucional 29/2000.

Vê-se, desse modo, que esse quadro coloca o Brasil na contramão do caminho rumo a um sistema público universal, sustentável e de qualidade.

No tocante especificamente à necessidade de especialização das fontes, o pesquisador 2 informou que havia uma divergência entre os sanitaristas. Parte achava que o SUS deveria ter fontes especializadas, outra parte que o financiamento do sistema deveria ocorrer via seguridade social. Entretanto prevaleceu a primeira ideia, que no seu entender, autoriza e perdoa ações governamentais benéficas para os planos de saúde desde que haja o cumprimento dos percentuais fixados para o financiamento do SUS. Além disso, o piso acaba virando teto, contrariando ainda mais um financiamento de um sistema universal que está sempre em expansão.

Ressalta-se ademais que a ideia de vinculação de receitas também provocou forte resistência de lideranças do governo, a exemplo do Ministro da Fazenda (COSTA, R., 2002).

Os atores pesquisados também identificaram problemas no financiamento do SUS, geralmente relacionados à sua insuficiência. Alguns naturalizaram esse problema, a exemplo da Confederação Nacional de Saúde: “Então esse sistema [SUS] foi se desenvolvendo, hoje nós não somos mais um país de 80 milhões de habitantes, são 200 milhões de habitantes. Volto a dizer os recursos do próprio Sistema Único são finitos [...]”.

Outros responsabilizaram o Estado e a sociedade, como o Conselho Nacional de Saúde no Jornal do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2007):

[...] não é menos verdade as ameaças que pairam sobre a saúde pública e que vêm sendo rapidamente gestadas no seio de setores historicamente opostos ao SUS. Esse grupo refratário à regulamentação da Emenda Constitucional n.º 29 descumpra e contingência, solenemente, parcela considerável dos recursos federais e articula para alterar e diminuir o piso constitucional dos estados. Eles defendem também inserir, como gastos em saúde, rubricas de outras áreas sociais, o que significaria prejuízos incalculáveis na implementação de ações e serviços em saúde.

Além do inadequado financiamento, outros problemas do SUS foram identificados pelos atores: o acesso e a gestão. No que tange ao acesso, o mesmo, por vezes, foi destacado como decorrente do subfinanciamento. Destaca-se, aqui, o posicionamento adotado pelo Ministério da Saúde que aposta em modificações institucionais, como a criação de fundações estatais, como estratégia de melhoria do uso dos recursos existentes. Para o pesquisador 1, é um equívoco conceitual identificar eficiência com redução dos gastos, já que muitas vezes para fazer uma política eficiente é preciso aumentar o custo. Em relação aos problemas de gestão, o pesquisador acredita que boa parte deles são decorrentes de problemas de financiamento.

Outro ponto discutido pelos atores foi a qualidade do atendimento no SUS. Alguns relacionaram a qualidade com o financiamento afirmando que a primeira tende a se tornar deficiente em virtude de insuficiência de recursos aportados no sistema. Outros naturalizaram o problema assegurando que o serviço público tem menor qualidade que o privado. O pesquisador 1 aponta problemas no SUS, como, por exemplo, dificuldade de marcação de consulta, filas e meio de transporte oneroso para locomoção do usuário ao serviço, entretanto observa que a qualidade do serviço, que também está relacionada ao ato clínico, pode se contrapor a essas dificuldades. Nesse sentido, o pesquisador chama atenção para o fato de que se a qualidade do SUS não for analisada de “maneira dialética, [...] cumpre fins ideológicos”.

Os outros aspectos apontados pelos atores e que estão relacionados ao SUS e ao mercado de planos de saúde são *status* social e acomodação. Segundo essa concepção o vínculo a um plano de saúde é valorizado socialmente, em virtude disso as pessoas se sentiriam estimuladas a buscar assistência à saúde no mercado. Além disso, a acomodação, considerada de melhor qualidade no plano de saúde, também favoreceria essa busca.

Em relação ainda ao SUS, destaca-se o posicionamento do CFM. Verificou-se que essa entidade realizou diversas manifestações em defesa do SUS e do respectivo financiamento adequado, contudo observaram-se nesta defesa componentes corporativistas, conforme declaração dada no Jornal Medicina, (O CFM..., 1999):

Veja bem: os planos e seguros-saúde cuidam apenas de 45 milhões de brasileiros. Somos 220 mil médicos. Se não tivéssemos nenhum outro motivo – e temos, que é o compromisso de que todos os cidadãos brasileiros tenham direito à saúde –, se não bastasse isso, sem o SUS não teríamos mercado de trabalho para 220 mil médicos. Independentemente de qualquer questão política ou ideológica, o SUS é indispensável para a população de nosso país e para a atividade dos nossos médicos.

Vale acrescentar que a CUT também referiu o caráter corporativista do CFM, contudo a central sindical silencia diante das exigências feitas ao patronato pelos sindicatos a ela filiados de contratação de planos de saúde para os trabalhadores, como será evidenciado mais adiante.

5.1.4 Benefícios tributários

Outra forma existente no Brasil de financiar a saúde é por meio da renúncia de arrecadação fiscal feita pelo Estado em benefício direto dos declarantes de renda, quando esses informam despesas próprias com saúde ou com seus empregados, configurando-se, desse modo, um benefício ao mercado de saúde.

A seguir, o quadro 14 demonstra os valores declarados por pessoas físicas e jurídicas com despesas com saúde, dentre elas gastos com planos de saúde. Observa-se que no período de 1998 a 2003 houve um crescimento de 127,25% dos gastos declarados por pessoa física, enquanto os de pessoa jurídica cresceram 36,29%.

Natureza do declarante	Anos						
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Pessoa Física (PF)		8.908	10.740	13.475	15.828	15.467	20.244
Pessoa Jurídica (PJ) *	46.484 ¹	3.422	3.236	3.334	3.744	4.333	4.664 ²

Quadro 13 - Gastos declarados com despesas médicas por ano segundo natureza do declarante (R\$ milhões).

Fonte: Secretaria da Receita Federal (BRASIL, 2003).

Nota: * Os valores referem-se ao somatório das seguintes PJ: "PJ em geral e corretoras + Instituições financeiras + seguradoras"

1 - Os valores referem-se ao somatório das seguintes PJ: "PJ em geral + Instituições financeiras + seguradoras"

2 - Os valores referem-se ao somatório das seguintes PJ: "PJ em geral e corretoras + Instituições financeiras"

A dedução fiscal com despesas de saúde é anterior a 1990, contudo somente a partir desse ano (ano base de 1989) é que foi permitida a dedução das despesas efetuadas com seguros de saúde (ANDREAZZI; SICSÚ; HOLGUIN, 2008), tendo sido esse benefício, segundo o pesquisador 2, suspenso por alguns meses após a Constituição de 1988, entretanto posteriormente retornou. Tais benefícios são vistos por vários atores como incentivos governamentais ao mercado de planos de saúde e promotores de iniquidade, como, por exemplo, expressa a ANS:

O benefício tributário ele é fortemente regressivo e fortemente iníquo. Por quê? Porque você está tirando do conjunto da sociedade uma contribuição que seria destinada ao conjunto da sociedade revertendo para um conjunto que já é o setor mais... não vou chamar de privilegiado, mas digamos que um setor que tem melhores condições hoje, melhores condições de vida dentro de uma sociedade.

Para o pesquisador 1, a renúncia fiscal expressa o patrocínio do Estado à acumulação de capital do setor de planos de saúde, entretanto o benefício tributário também favorece à classe média. Em relação às empresas empregadoras, segundo o pesquisador 2, é desconhecido o valor total envolvido com o benefício, já que só parte dele é informado. Sabe-se, porém, que os custos com despesas com saúde podem ser repassados aos preços dos produtos. Desse modo ocorre uma socialização dos custos dos empregadores.

Do ponto de vista dos atores representantes de planos de saúde, a renúncia, de modo geral, compensa a incapacidade do Estado na oferta de serviço de saúde à população, e, portanto, desonera o SUS, já que segmentos populacionais são atendidos pelos serviços privados e não pelo SUS. Além disso, é meritório o seu uso, comparando com os que não contratam planos de saúde, já que as necessidades das pessoas são diferentes. Disto é ilustrativa a fala da Fenasaúde:

Mas ele reconhece que ele estado é incapaz de dar saúde, saúde no conceito satisfatório aos duzentos milhões de brasileiros. Ele sabe disso, ele não é capaz de fazer isso. Então se esses cinquenta milhões voltarem ao sistema público, causa um caos, cria mais problemas pra a saúde pública [...].

E também da Abramge: “[...] Acho que ela [renúncia fiscal] beneficia a equidade uma vez que essas pessoas que têm necessidades diferenciadas elas têm, elas podem ser tratadas de uma maneira diferenciada”.

No tocante a um cenário imaginário de extinção da renúncia fiscal, alguns atores acreditam que haveria sérias consequências negativas para o mercado com consequente migração dos usuários para o SUS, já outros acreditam que não haveria abalos significativos para o setor de planos de saúde.

Em estudos realizados tanto nos EUA, quanto na Europa observou-se que o fim de benefícios tributários relacionados às despesas com saúde feitas por famílias e empresas não repercutiu proporcionalmente na diminuição da demanda por serviços privados de saúde. Além disso, no caso brasileiro, com a extinção da renúncia fiscal poderia ocorrer situação como, por exemplo, de favorecimento de empresas empregadoras de mercados menos competitivos, com lucros extraordinários ou com mão de obra reduzida, pois essas possivelmente absorveriam melhor o impacto das despesas efetuadas com a saúde de seus empregados (ANDREAZZI; SICSÚ; HOLGUIN, 2008).

Na mesma linha, o pesquisador 1 também chama a atenção para o fato de que é possível que a extinção desses benefícios tributários, em curto prazo, favoreça às operadoras líderes, já que são as entidades com porte econômico capaz de suportar melhor esse impacto. O pesquisador informa ainda que a extinção da renúncia fiscal deve vir acompanhada de outras medidas, fato também alertado pelo Idec.

5.1.5 Financiamento do SUS e Benefícios tributários na relação com o crescimento do mercado de planos de saúde

Vários atores relacionaram o financiamento insuficiente do SUS com o crescimento de planos de saúde, já que o primeiro não garantiria a implementação adequada do sistema, incluindo o efetivo acesso aos serviços, e, então, as pessoas buscariam o plano de saúde.

Para o pesquisador 2 o problema do acesso ao SUS é uma das razões para a busca por planos de saúde, entretanto identifica outras razões. Um delas é o comportamento dos empresários brasileiros de resistência às políticas estatais, criando sistemas paralelos. Em relação a isso, constatou-se, nos documentos pesquisados, projeto de lei que possui apoio da Confederação Nacional de Saúde e que cria o Serviço Social da Saúde (Sess) e o Serviço Nacional de Aprendizagem da Saúde (Senass), a exemplo de outros setores como, por exemplo, o setor do comércio (Serviço Social do Comércio - Sesc/Serviço Nacional de Aprendizagem do Comércio - Senac) e o setor da indústria (SESI - Serviço Social da Indústria - Sesi/Serviço Nacional de Aprendizagem da Indústria - Senai).

Em relação ao argumento de desoneração do SUS, ele se mostra mais adequado para justificar uma forma de financiamento da saúde do que efetivamente para expressar a realidade. Tal argumento baseia-se no melhor aproveitamento dos recursos do SUS para atendimento de uma parte da população, já que a outra parte é assistida pelo mercado de planos de saúde, sendo esta compensada da incapacidade do Estado de ofertar saúde a toda a população pelo benefício tributário. Sabe-se, porém, por dados da PNAD 2003, que as pessoas que melhor autoavaliaram o seu estado de saúde eram cobertas pelos planos, que, portanto, não cuidam dos mais doentes, o que torna o argumento da desoneração do SUS questionável.

Além disso, também é sabido que os usuários de planos de saúde utilizam o SUS para procedimentos de alta complexidade não ofertados pelos planos, além de vários outros serviços como de vacinação e vigilância à saúde.

Nesse sentido, outra razão apontada pelo pesquisador 2 para o crescimento dos planos de saúde é o financiamento público a eles. O pesquisador afirma que o mercado sempre foi financiado com recursos públicos. Inicialmente com dinheiro da Previdência Social e depois, como ocorre atualmente, por meio dos benefícios tributários, que expandem artificialmente o mercado. Exemplifica dizendo que nas décadas de 1980 e 1990 não houve crescimento econômico no Brasil e, no entanto, houve crescimento dos planos de saúde.

Entretanto, para o pesquisador 1, mudar essa realidade extinguindo a renúncia fiscal só obteria êxito se essa medida não fosse implementada de modo isolado, sob pena de favorecer os setores mais fortes do mercado e fragilizar o projeto do SUS.

É preciso ainda, segundo o pesquisador 1, discutir com os trabalhadores organizados sobre o financiamento da saúde com o fim de fortalecer o projeto do Sistema Único de Saúde.

Sobre esse aspecto observou-se no estudo o papel contraditório da CUT na defesa do SUS, pois à medida que no âmbito macro político a entidade mobiliza-se para a defesa do SUS, os sindicatos a ela ligados lutam por contratação de planos de saúde para seus filiados:

Então você tem uma posição política ideológica nos fóruns contra a privatização da saúde, defesa da implantação do SUS, da prioridade pro SUS, mas vc tem uma prática cotidiana que a base exige [...] você contratar planos de saúde.

Para o pesquisador 2 os trabalhadores, incluindo os trabalhadores da saúde, não apoiaram o SUS. Desse modo os grupos cobertos pelos planos de saúde são a população economicamente ativa e com vocalização política. Para o pesquisador 1 é justamente essa composição da clientela que torna o mercado importante, sendo menos importante a quantidade de usuários cobertos.

Um aspecto, ainda segundo o pesquisador 1, que desfavorece a luta por mais recursos para o Sistema Único de Saúde é que parte da base social politicamente identificada com o projeto do SUS está coberta por planos de saúde. Além disso, o mercado é favorecido por meio da socialização dos custos dos planos de saúde, pois os usuários dos serviços privados, em virtude da universalidade, utilizam

serviços do SUS, como, por exemplo, a alta complexidade, vacinação e vigilância sanitária:

O mercado tem interesse que um determinado tipo de SUS continue funcionando: para se especializar, para desenhar um conjunto de contratos, onde o *mix* público/privado atenda seus pressupostos mercantis. [...] da ótica econômica, no contexto da relação Estado/mercado ou SUS/mercado, fica claro que o movimento de expansão desse mercado, subtrai, seja na conjuntura, seja historicamente, a capacidade de institucionalizar o público, o SUS, para o conjunto da sociedade.

Desse modo, o que se observa é que tanto os atores e pesquisadores entrevistados, quanto os números apresentados apontam para o crescimento do mercado brasileiro de planos de saúde no período de 1990 a 2008, o qual está fortemente relacionado com o padrão de financiamento público da saúde, seja no financiamento direto ao Sistema Único de Saúde, seja por meio de renúncia de arrecadação fiscal em virtude de despesas com saúde.

Nesse sentido a expansão do mercado está atrelada a uma concepção de política social de saúde não universalista, pois o atual financiamento ao sistema público não é condizente com a garantia constitucional de sistema universal, gerando focalização de atendimento no SUS para os mais pobres e doentes. Ao mesmo tempo promove incentivo governamental para o mercado de planos de saúde a partir do benefício tributário, dando concretude a uma forma integrada de financiamento público da assistência privada.

Desse modo, adverte o pesquisador 2, a situação atual da política de saúde brasileira assemelha-se às condições do passado onde o sistema de saúde era baseado nas empresas e na folha de salário. Desse modo, reflete, que talvez seja o momento de novamente implementar reformas na saúde: “Nós estamos diante da mesma, digamos assim, da mesma justificativa que num momento anterior disse: Não! Nós temos que mudar esse sistema, nós temos que passar pra ter um sistema de saúde universal”.

Nessa mesma linha, observa-se que a política de saúde atualmente implementada guarda similaridades com a situação anterior ao SUS também em relação ao importante papel do Estado, por meio de financiamento e incentivos, no crescimento do mercado de saúde.

6 DISCUSSÃO

Em relação ao Sistema Único de Saúde, observou-se que a sua implementação ocorreu em contexto de ajustes fiscais em virtude de reformas estruturais que modificaram o papel do Estado no campo da política de saúde em diversos países capitalistas.

Essas reformas originadas na crise capitalista na década de 1970 geraram mudanças no papel desempenhado pelo Estado de modo geral e especificamente nas políticas sociais.

Tais mudanças na política de saúde brasileira implicaram mais adiante na insuficiência do financiamento do SUS devido ao compromisso do Estado com o superávit primário e o pagamento da dívida pública, os quais consistem em exigências componentes do programa neoliberal prevalente na década de noventa em toda América Latina.

Nesse sentido, Ugá e Marques (2005) afirmam que a implementação do SUS é marcada por problemas relacionados ao seu financiamento, os quais não advêm do seu modelo de sistema de saúde, mas estão atrelados à política de ajuste macroeconômico, cuja orientação compromete metade do gasto público com pagamento de juros, encargos e amortização das dívidas interna e externa.

Assim, há vinte anos o SUS não conta com recursos estáveis e suficientes em seu financiamento. Para Dain (2007), em que pese a alternância de contribuições sociais, receitas e impostos, os gastos com o sistema público não aumentaram em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) e à receita tributária nesse período. Vê-se, então, que o Orçamento da Seguridade Social não foi moldura institucional ao SUS na garantia de recursos estáveis.

Desse modo, observa-se que as despesas de saúde apresentadas no capítulo anterior mantêm trajetória de crescimento positivo quando comparadas ao PIB, pois elas são referentes ao período após a aprovação da Emenda Constitucional 29. Salienta-se, ademais, que o subfinanciamento do SUS foi reiteradamente apontado pelos entrevistados.

A reforma do setor saúde também implicou no redirecionamento do Estado em direção à iniciativa privada. Os incentivos governamentais ao mercado brasileiro de planos de saúde por meio de benefícios tributários estão relacionados com esse novo papel do estado.

No Brasil, o mercado de planos de saúde opera subsidiado pelo Estado através de renúncias fiscais de pessoas físicas e jurídicas. Em relação às pessoas físicas, esse subsídio constitui importante financiamento do setor e estimula seu crescimento, contribuindo para a desigualdade no acesso aos serviços de saúde e subsidia uma parte da população que paga impostos, em especial, os grupos de maior renda (ANDRADE, 2004). No tocante às pessoas jurídicas, a legislação considera que gastos com serviços de saúde são custos operacionais, podendo as empresas repassá-los aos preços das mercadorias (DUARTE, 2000). Aqui também os planos de saúde são ofertados a grupos privilegiados, e, no entanto, em última instância, são financiados por toda a população, aumentando o grau de regressividade do sistema de saúde (DUARTE, 2000).

Em seu estudo, Andreazzi, Sicsú e Holguin (2008) encontraram valores decrescentes de benefícios tributários para o mesmo período do presente trabalho. Contudo, aqui se trabalharam os valores declarados. Além disso, é menos importante o valor renunciado pelo Estado brasileiro, sendo, então, mais significativa a demonstração governamental explícita de opção pelo mercado em detrimento do fortalecimento do sistema público de saúde.

Observa-se, então, que, no Brasil, o sistema misto de saúde – no qual os setores privado e público coexistem no provimento e no financiamento dos serviços de saúde - é marcado por mecanismos que favorecem a transferência sistemática de recursos públicos para o setor privado (URBANO, 2003). Os dados analisados neste estudo corroboram essa afirmação.

Assim vê-se que o crescimento do mercado de planos de saúde está bastante associado à intervenção do Estado na saúde, por meio de sua política de (des) financiamento ao sistema público, e no sistema tributário, por meio do mecanismo da renúncia fiscal, que, segundo Sayd (2003), é um instrumento de financiamento utilizado pelo Estado para promover políticas sociais.

Ressalta-se que o papel de estímulo do financiamento inadequado do SUS e da renúncia fiscal de despesas com saúde ao crescimento do mercado de planos de saúde foi bastante referido pelos entrevistados, como fica evidenciado no capítulo anterior.

Contudo, vê-se que a relação entre o financiamento do SUS, a renúncia fiscal relacionada às despesas com saúde e o crescimento do mercado de planos de saúde não se constitui uma relação nitidamente causal. Antes espelha o modo de intervenção estatal brasileiro de apoio à iniciativa privada, no qual se prioriza a política econômica, cuja orientação é voltada para a disciplina orçamentária com contenção de gastos sociais, ao mesmo tempo em que realiza financiamento público no mercado de planos de saúde por meio dos benefícios tributários.

Nesse sentido, Urbano (2003) destaca que desde o governo da ditadura militar, os representantes do setor privado da saúde ocupam cargos de liderança nas políticas sociais, sendo, então, seus interesses fortemente representados no poder público por meio de ministros, senadores e deputados.

Ressalta-se, porém, que o Estado não está dissociado de base social, sendo ao contrário uma construção social. Desse modo suas políticas sociais estarão mais ou menos próximas dos princípios de solidariedade ou competição a depender do projeto de sociedade almejada (MENDES, 2001).

Desse modo, é possível supor que a configuração atual da política de saúde brasileira e sua conseqüente estratificação de clientela, expressada na divisão entre usuários do SUS e usuários dos planos de saúde, espelhe a inexistência de coesão social para concretizar os princípios e diretrizes do SUS garantidos constitucionalmente.

É sabido que o país possui cultura permeada por valores originários do seu período escravista e do seu processo de colonização. Além disso, a classe média, que tem grande vocalização política, é atendida pelo mercado de planos de saúde e, portanto, é beneficiada pela atual configuração da política de saúde brasileira.

Nesse sentido, Pinto (2004) destaca que os planos e seguros de saúde cobrem predominantemente uma parcela da população de cor branca, maior renda familiar, maior escolaridade, inseridas em determinadas atividades do mercado de

trabalho e moradores de capitais/regiões metropolitanas, nas quais o acesso e o número de prestadores (clínicas, hospitais) por operadora é maior do que se constata nos municípios com menos de 80 mil habitantes.

Ressalta-se ademais que a relação entre o financiamento inadequado do SUS, a renúncia fiscal relacionada às despesas com saúde e o crescimento do mercado de planos de saúde é sustentada e fortalecida pelas ausências políticas do Conselho Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde na discussão sobre o mercado de planos de saúde e suas interfaces com o SUS. Essas entidades têm papel fundamental na política de saúde brasileira, entretanto os resultados deste estudo mostraram que suas atuações de certa forma ignoram o mercado de planos de saúde.

Além disso, o posicionamento da CUT, entidade que possui papel eminentemente político e de grande projeção nacional, também fortalece a atual estrutura da política de saúde brasileira, pois apenas observa o pleito crescente de seus sindicatos filiados por planos de saúde sem questionamentos, limitando-se a lutar no campo macropolítico e institucional pelo sistema público universal de saúde.

Desse modo, observa-se que a discussão do crescimento do mercado brasileiro de planos de saúde e suas relações com o financiamento do SUS e com a renúncia fiscal relacionadas às despesas com saúde ultrapassam os limites setoriais da política de saúde, devendo ser o tema abordado de forma abrangente sob pena de empobrecer o debate e fragilizar a luta por um sistema público e universal de saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se neste estudo compreender as relações entre o financiamento do Sistema Único de Saúde, a renúncia fiscal com despesas com saúde e o crescimento do mercado brasileiro de planos de saúde no período de 1990 a 2008, tomando por norte a seguinte questão: Quais as relações entre o financiamento do SUS, o mecanismo de renúncia fiscal com despesas com saúde e o crescimento do mercado brasileiro de planos de saúde no período de 1990 a 2008?

A hipótese aventada neste estudo consistiu na seguinte assertiva: No Brasil o mercado de planos de saúde, em boa medida, deve sua expansão às dificuldades financeiras na implementação do SUS e ao estímulo governamental promovido pela renúncia fiscal com despesas com saúde para pessoas físicas e jurídicas. Entretanto, observou-se que não se trata de uma relação nitidamente causal, na qual o subfinanciamento do SUS e os benefícios tributários são responsáveis pela expansão do mercado de planos de saúde diretamente. Nem se trata de causalidade entre o subfinanciamento e a renúncia, pois caso ocorresse a extinção dos benefícios tributários, não necessariamente haveria um estímulo à implementação do SUS com maior aporte de recursos de forma direta.

Observou-se que o financiamento inadequado do sistema público, o benefício tributário relacionado às despesas com saúde e o crescimento do mercado de planos de saúde consistem em peças fundamentais de um mesmo quebra-cabeça. O conjunto formado por essas faces do problema indica o modelo de política de saúde escolhido pelo Estado brasileiro.

Embora a Constituição brasileira de 1988 garanta uma política de saúde de cunho universalista, com claros valores solidaristas, o que se observou é que há uma estratificação de clientela, relacionada ao financiamento público da saúde e à expansão do mercado de planos de saúde. O financiamento público da saúde consiste tanto no financiamento das ações e serviços públicos, como no financiamento realizado por meio do sistema tributário, o que cristaliza iniquidades históricas e estruturais da sociedade brasileira.

Desse modo, os usuários do mercado de planos de saúde utilizam o SUS para uma assistência, cuja cobertura pelos planos de saúde não é obrigatória, a exemplo de assistência de alta complexidade, como alguns tipos de transplantes, além de vacinações e serviços de vigilância sanitária. Já o caminho inverso não é possível, vez que o usuário do SUS não tem direito de recorrer aos planos de saúde em situações de dificuldade de acesso aos serviços de saúde oferecidos pelo governo.

No que tange aos elementos observados, destaca-se a ausência política do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde na discussão sobre os planos de saúde e sua interface com o SUS, bastante referida pelos entrevistados

Outra ausência identificada no estudo foi a da CUT, que, por meios formais e nas mobilizações, defende a efetiva implementação do SUS, contudo em sua prática cotidiana silencia diante da multiplicação de contratos de assistência à saúde reivindicados por sindicatos a ela filiados.

Tais ausências, aliadas a outras situações discutidas no estudo, além de outras não profundamente abordadas neste estudo, possibilitam a estabilidade de um tipo de SUS, a saber, com inadequado financiamento, utilizado predominantemente por estratos de baixos rendimentos e de baixa vocalização política, caracterizado pela dificuldade de acesso e com pouco apoio social. Tal situação, aliada aos incentivos governamentais, por meio dos benefícios tributários, e ao crescimento do mercado de planos de saúde, distanciam o país de concretizar o projeto solidário de saúde para todos, escrito na constituição cidadã.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, G. G. **A saúde no Brasil**: cartografias do público e do privado. São Paulo: Hucitec; Campinas: Sindicato dos Médicos de Campinas e Região, 2006.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **ANS TabNet**. Beneficiários por operadora. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/deftohtm.exe?anstabnet/dados/TABNET_CC.DEF>. Acesso em: 30 mar. 2009c.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **ANS TabNet**. Receita de contraprestações e Despesas. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/deftohtm.exe?anstabnet/dados/TABNET_RC.DEF>. Acesso em: 30 mar. 2009e.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **ANS TabNet**. Taxa de Cobertura de Planos de Saúde. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/deftohtm.exe?anstabnet/dados/TABNET_TX.def>. Acesso em: 30 mar. 2009d.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Caderno de informação da saúde suplementar**: beneficiários, operadoras e planos. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro, 2009b.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Classificação das operadoras**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/entenda_setor/entenda_setor_topico_643.asp>. Acesso em: 30 mar. 2009a.

ALMEIDA, C. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil**: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas, 1998. (Texto para discussão, n. 599).

ALMEIDA, C. Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 1, n. 5, p. 3-53, 1996.

ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E.; GENTILI, P. (Org.). **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. p. 9-34.

ANDRADE, M. V. Financiamento do setor de saúde suplementar no Brasil: uma investigação empírica a partir dos dados da PNAD/98. In: MONTONE, J.; CASTRO, A. J. W. (Org.). **Regulação & saúde**: documento técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004. v. 3, t. 1.

ANDREAZZI, M. F. S. **Formas de remuneração de serviços de saúde**. Disponível em: <<http://www2.eptic.com.br/sgw/data/bib/artigos/56bc62c33a1ad2d10b6592f4afce7ef3.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2009.

ANDREAZZI, M. F. S.; OCKÉ-REIS C. O.; Renúncia de arrecadação fiscal: subsídios para discussão e formulação de uma política pública. **PHYSIS**: revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 521-544, 2007.

ANDREAZZI, M. F. S.; SICSÚ, B.; HOLGUIN, T. Gastos tributários relacionados ao consumo de atenção privada a saúde: contribuição ao debate sobre políticas de financiamento. **São Paulo em perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 137-151, 2008.

ARAÚJO, M. L. C. **Gerência de assistência à saúde no setor de saúde suplementar**: uma experiência. 2004. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

BAHIA, L. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 407-449.

BAHIA, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 6, p. 329-339, 2001.

BANCO MUNDIAL. **Informe sobre el desarrollo mundial 1993**: invertir en salud (indicadores del desarrollo mundial). Washington, DC, 1993.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 12 ago. 2007.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde**. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 20 mar. 2009.

BRASIL. **Lei nº 10.233, de 5 de junho de 2001**. Dispõe sobre a reestruturação dos transportes aquaviário e terrestre, cria o Conselho Nacional de Integração de Políticas de Transporte, a Agência Nacional de Transportes Terrestres, a Agência Nacional de Transportes Aquaviários e o Departamento Nacional de Infra-Estrutura de Transportes, e dá outras providências. Brasília, DF, 2001a. Disponível em: <<http://www.antt.gov.br/legislacao/basica/index.asp>>. Acesso em: 12 ago. 2007.

BRASIL. **Lei nº 11.182, de 27 de setembro de 2005**. Cria a Agência Nacional de Aviação Civil-ANAC, e dá outras providências. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://www.defesanet.com.br/md/Lei_11.182_anac.htm>. Acesso em: 12 ago. 2007.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm>. Acesso em: 26 fev. 2010.

BRASIL. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm>. Acesso em: 26 fev. 2010.

BRASIL. **Medida Provisória nº 2.2281, de 6 de setembro de 2001**. Estabelece princípios gerais da Política Nacional do Cinema, cria o Conselho Superior do Cinema e a Agência Nacional do Cinema - ANCINE, institui o Programa de Apoio ao Desenvolvimento do Cinema Nacional - PRODECINE, autoriza a criação de Fundos de Financiamento da Indústria Cinematográfica Nacional - FUNCINES, altera a legislação sobre a Contribuição para o Desenvolvimento da Indústria Cinematográfica Nacional e dá outras providências. Brasília, DF, 2001b. Disponível em: <<http://www.ancine.gov.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=5631.&sid=67>>. Acesso em: 12 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Administração e Reforma do Estado. **Plano diretor da reforma do estado**. Brasília, DF, 1995.

BRASIL. Secretaria da Receita Federal. **Estudos tributários 12: gastos governamentais indiretos de natureza tributária (gastos tributários – conceituação)**. Brasília, DF, 2003.

CANABRAVA, C. M. et al. Sistema Único de Saúde e o terceiro setor: caracterização de entidades, não hospitalares, que possuem serviços em atenção básica de saúde

em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 115-126, 2007.

CARVALHO, E. B.; CECÍLIO, L. C. O. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2167-2177, 2007.

CECHIN, J. (Org.). **A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulação**. São Paulo: Saraiva, 2008.

O CFM, os médicos e a sociedade. **Jornal medicina**, Brasília, DF, jun. 1999. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/jornal/jornais1999/0699/entrevista.htm>>. Acesso em: 20 dez. 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Saúde suplementar**. Brasília, DF, 2007. (Coleção CONASS Progestores: para entender a gestão do SUS).

COSTA, N. R. Política Social e ajuste macroeconômico. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl., p. 13-21, 2002.

COSTA, N. R.; CASTRO, A. J. W. O regime regulatório e a estrutura do mercado de planos de assistência à saúde. In: MONTONE, J.; CASTRO, A. J. W. (Org.). **Regulação e saúde**: documento técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004. v. 3, tomo 1.

COSTA, R. C. R. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de sociologia e política**, Curitiba, n.18, p. 49-71, 2002.

DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, supl., p. 1851-1864, 2007.

DRAIBE, S. M. O. **Welfare State no Brasil**: características e perspectivas. São Paulo: Unicamp, 1993. (Caderno de Pesquisa, n. 8).

DRAIBE, S.; HENRIQUE, W. "Welfare State", crise e gestão da crise: um balanço da literatura internacional. **Revista brasileira de ciências sociais**, São Paulo, v. 3, n. 6, 1988.

DUARTE, C. M. R. Equidade na Legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro? **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 443-463, 2000.

ESPING-ANDERSEN, G. O futuro do Welfare State na nova ordem mundial. **Lua nova**, São Paulo, n. 35, p. 73-111, 1995.

FARIAS, L. O.; MELAMED, C.. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 585-598, 2003.

FLEURY, S. A. **Estado sem cidadãos**: seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.

FÓRUM jurídico debate planos de saúde. **Jornal Ciefas**, São Paulo, ano 1, n. 2, 2002. Disponível em: <http://www.unidas.org.br/periodicos/arq_periodicos/ciefas_novo_02.pdf>. Acesso em: 20 out. 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GURGEL JÚNIOR, G. D. **Health sector reform in Brazil**: past, present and future - a theoretical approach to structural changes. 2008. Tese (Doutorado) - University of Manchester, Manchester, 2008.

HAGUETE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2003 (Corpo Básico e Suplemento Acesso e Utilização de Serviços de Saúde)**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/lojavirtual/fichatecnica.php?codigoproduto=8427>>. Acesso em: 6 jul. 2009.

LIMA, C. R. M. **Informação e regulação da assistência suplementar à saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: E-Papers, 2005.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. t. 1.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007.

MONTONE, J. **Planos de saúde**: passado e futuro. 10 anos da lei geral dos planos de saúde. Rio de Janeiro: Medbook, 2009.

OCKÉ-REIS, C. O.; ANDREAZZI, M. F. S.; SILVEIRA, F. G. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado? **Revista de economia contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 157-185, 2006.

O CFM, os médicos e a sociedade. **Jornal medicina**, Brasília, DF, jun. 1999. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/jornal/jornais1999/0699/entrevista.htm>>. Acesso em: 20 dez. 2009.

PACHECO, R. S. Regulação no Brasil: desenho das agências e formas de controle. **Revista de administração pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 523-43, 2006.

PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 586-603.

PEREIRA FILHO, C. E. F. O marco regulatório no setor de saúde suplementar: contextualização de perspectivas. In: MONTONE, J.; CASTRO, A. J. W. (Org.). **Regulação e saúde**: documento técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004. v. 3, t. 1.

PINTO, L. F. S. O setor de saúde suplementar: acesso e cobertura populacional. In: MONTONE, J.; CASTRO, A. J. W. (Org.). **Regulação e saúde**: documento técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004. v. 3, t. 1.

PORTO, S. M.; SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D. O *mix* público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde, **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, 2008.

REBELLO, L. M. V. Políticas regulatórias no setor saúde. **Revista Universidade Rural**: serie ciências humanas, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 151-160, 2001.

RODRIGUES, P. H. A.; SANTOS, I. S. **Saúde e cidadania**: uma visão histórica e comparada do SUS. São Paulo: Atheneu, 2009.

SANTOS, M. A. B.; GERSCHMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 795-806, 2004.

SAYD, P. D. **Renúncia fiscal e equidade na distribuição de recursos para a saúde**. 2003. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

SOUZA, C. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. p. 65-86.

TAMEZ, S.; BODEK, C.; EIBENSCHUTZ, C. Lo publico y to Privado; lãs seguradoras y la Atención Médica em México. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 11, 579-587, 1995.

TOMAZETTE, M. **Curso de direito empresarial**: teoria geral e direito societário. São Paulo: Atlas, 2008. v. 1.

UGÁ, M. A. D.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 193-234.

URBANO, L. A. **A privatização da saúde e a implantação do SUS**: cenários de uma cidade. Ribeirão Preto: FUMPEC, 2003.

VASCONCELOS, L. L. C. atores sociais e a regulação da atenção à saúde no setor suplementar. In: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **A Regulação da atenção à saúde no setor suplementar**: histórias e práticas. Rio de Janeiro; Brasília, DF: OPAS, 2007. p. 29-50.

VIANA, A. L. A.; BAPTISTA, T. V. F. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

VIANA, A. L. A.; SILVA, H. P. S.; ELIAS, P. E. Economia política da Saúde: introduzindo o debate. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 37, p. 7-20, 2007.

WALT, G.; GILSON, L. Review article: Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. **Health policy and planning**, Oxford, v. 9, n. 4, p. 353-370, 1994.

APÊNDICE A - Roteiro da Entrevista

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Financiamento do SUS

- 1- Como o(a) Senhor(a) vê a relação entre o mercado brasileiro de planos de saúde e a implementação do SUS? (financiamento, fatos, qualidade da atenção à saúde do SUS, etc).
- 2- Como o(a) Senhor(a) vê a relação entre o financiamento do SUS e o crescimento do mercado brasileiro de planos de saúde?

Renúncia fiscal

1. Como o(a) Senhor(a) relaciona o crescimento do mercado brasileiro de planos de saúde e a renúncia fiscal?
2. Comente acerca da relação entre a renúncia fiscal e a promoção da equidade na política de saúde.
3. O que o(a) Senhor(a) acha que aconteceria ao mercado de planos e à política de saúde caso a renúncia fiscal fosse extinta (explorar as implicações para a classe média, empresas)?

Características do mercado de planos privados de saúde

- 1- Como o(a) Senhor(a) vê a atuação dos atores (governo federal: MS, ANS, MF/Receita Federal/SUSEP; usuários: IDEC e CUT; operadoras: Abramge, Unimed, Unidas, Fenasaúde; prestadores: entidades e médicos - Confederação Nacional de Saúde e Conselho Federal de Medicina; e Conselho Nacional de Saúde) no comportamento do mercado brasileiro de planos de saúde a partir de 1990.
- 2- Qual a sua opinião sobre a relação entre a regulação brasileira do mercado de planos de saúde e o comportamento deste mercado a partir de 1998?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Centro de Pesquisas
AGGEU MAGALHÃES



Ministério da Saúde

Título do Projeto: SAÚDE SUPLEMENTAR: UMA ANÁLISE DA SUA EXPANSÃO E AS RELAÇÕES COM O FINANCIAMENTO DO SUS E A RENÚNCIA FISCAL

Instituição Responsável: NESC/CPqAM/FIOCRUZ

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa científica “Saúde suplementar: uma análise da sua expansão e as relações com o financiamento do SUS e a renúncia fiscal”, cujo objetivo é compreender a contribuição do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e da renúncia fiscal no crescimento do setor de saúde suplementar brasileiro no período de 1990 a 2008.

Sua participação é livre e espontânea, não havendo à sua pessoa nenhum tipo de constrangimento ou de prejuízo em relação aos seus superiores, à instituição a qual representa, à pesquisadora, nem em relação à instituição responsável por este estudo.

O instrumento de coleta dos dados será a entrevista individual. No que concerne à identidade do entrevistado(a), haverá o cuidado necessário à sua preservação, nomeando-se apenas o cargo que ocupa. Solicitamos sua autorização, tanto para gravarmos a entrevista por meio de gravador de voz (MP3, MP4 ou outros), como para divulgarmos os resultados da pesquisa em congressos e publicações científicas de um modo geral.

A importância de sua colaboração consiste no fato de que os resultados da pesquisa poderão contribuir para o aperfeiçoamento do sistema de saúde brasileiro.

Quaisquer esclarecimentos que necessite poderá entrar em contato com a autora da pesquisa, Debora Maltez Farias Costa, pelo endereço: Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, sito à Av. Profº Moraes Rego, S/N Cid. Universitária, Recife/PE, telefone (81) 21012675, ou e-mail: deboramaltez@yahoo.com.br



Centro de Pesquisas

AGGEU MAGALHÃES



Ministério da Saúde

Minha participação é voluntária e está formalizada por meio da assinatura deste Termo em duas vias, sendo uma retida por mim e a outra pela pesquisadora. Poderei deixar de participar a qualquer momento sem que isso acarrete qualquer prejuízo à minha pessoa.

Nome do (a) entrevistado (a)

Assinatura do (a) entrevistado(a)

Nome da pesquisadora

Assinatura da pesquisadora

_____, _____ de _____ de 2009