

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“O Mix Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada”

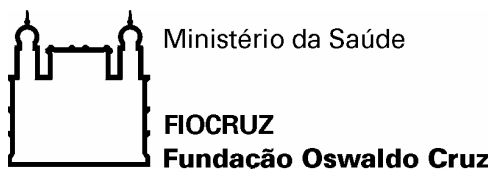
por

Isabela Soares Santos

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Maria Alicia Domínguez Ugá

Rio de Janeiro, julho de 2009.



Esta tese, intitulada

“O Mix Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada”

apresentada por

Isabela Soares Santos

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Hésio de Albuquerque Cordeiro

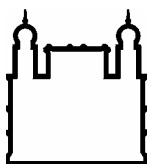
Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues

Prof.^a Dr.^a Claudia Maria de Rezende Travassos

Prof.^a Dr.^a Silvia Marta Porto

Prof.^a Dr.^a Maria Alicia Domínguez Ugá – Orientadora

Tese defendida e aprovada em 06 de julho de 2009.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

A U T O R I Z A Ç ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 06 de julho de 2009.

Isabela Soares Santos

Serviço de Gestão Acadêmica - Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, Térreo – Manguinhos-RJ – 21041-210
Tel.: (0-XX-21) 2598-2730 ou 08000230085

E-mail: secasp@ensp.fiocruz.br Homepage: <http://www.ensp.fiocruz.br>

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

S237 Santos, Isabela Soares
O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro:
elementos para a regulação da cobertura duplicada. / Isabela
Soares Santos. Rio de Janeiro : s.n., 2009.
xv, 186 f., tab., graf.

Orientador: Ugá, Maria Alicia Domínguez
Tese (Doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca

1. Política de Saúde. 2. Setor Privado. 3. Setor Público. 4.
Saúde Suplementar. 5. Assistência à Saúde. 6. Regulação
Governamental. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.10981

“O sistema de saúde é o espelho da sociedade.

Ele reflete sua história e seu caráter”.

(Deppe, 2006: 3. Tradução livre)

“O Estado brasileiro não tem dinheiro suficiente pra aprimorar o SUS e atender toda a população do país integralmente, mas, ao mesmo tempo, deixa de receber vultuosas somas de dinheiro por conta da renúncia fiscal, não recebe o ressarcimento previsto na lei, paga planos de saúde para os funcionários públicos, sustenta o atendimento pelos planos em hospitais universitários, e ainda financia a ANS com recursos públicos mais taxas”

(reportagem “Como o dinheiro público financia os planos de saúde privados”, de Fernando Sucupira, publicada na revista Carta Maior em 25/07/2005).

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Fiocruz, em especial à Escola Nacional de Saúde Pública e os pesquisadores que me acolheram e contribuíram para uma formação crítica de pós-graduação, resultando nos trabalhos e pesquisas desenvolvidos desde minha chegada ao Rio de Janeiro em 1998, inclusive na dissertação de mestrado (2000) e nesta tese de doutorado. Entre os pesquisadores, merece destaque a amiga e orientadora Alicia Ugá, pela paciência e pela competência e, sobretudo, pelo companheirismo na crença em uma política de saúde mais solidária para nosso sistema de saúde, cuja persistência durante todo o processo de orientação corroborou minha coragem nas conclusões dessa tese.

Este trabalho também foi aprimorado a partir de conversas, reflexões, discussões teóricas, troca de dicas de fontes documentais e revisões com diversos queridos, entre eles destacam-se Danielle Borges e Mario Viola, Paulo Henrique Rodrigues, Mario Araújo, Pipo, Silvia Porto, Thiago Pereira, Bárbara, Silvia Costa, Eleonor Conill, Hésio Cordeiro, Nérsão e Chico Braga. Com especial importância aos membros examinadores da banca de qualificação e outros que tanto discutiram e encorajaram o projeto, aí incluídos Cláudia Travassos, tio Gastão, tia Lenir e tio Gilson Carvalho, sem os quais eu possivelmente não teria seguido esta trilha. Também agradeço a Chico Viacava, sem o qual eu não teria aprendido a analisar os microdados da PNAD com competência e tanto bom humor.

Chico, meu marido e pai de nosso filho ou filha, merece um agradecimento especial pelo apoio nos exercícios de elaboração dos pressupostos e das perguntas da tese que me encorajaram, ainda nos idos de 2005, a tratar o mix público-privado na saúde como algo mais do que um contexto de uma discussão: como um tema de pesquisa. Agradeço também sua paciência nas diversas leituras atentas e discussões acaloradas sobre os trechos espinhosos.

Agradeço aos meus pais e meus irmãos pelo suporte físico e emocional nos momentos de retiro, que correspondem aos de escrita da tese, e pelo amor por eles doado a mim que, mesmo imergida no processo de elaboração da escrita, em todos os momentos sentia a presença de carinho e cuidado que me foi entregue pela simples confiança no meu ser e que pela sensação que estamos no mesmo barco. Ainda, agradeço à meu pai pelo empenho empreendido nas leituras e nas prolongadas discussões sob o delicioso sol da tarde campineiro.

Agradeço também às equipes de trabalho da ANS (tanto os colegas da Gepin como agora os da Geats), especialmente pela iluminação das pessoas que coordenam o trabalho na Dides, como Leôncio Feitosa, Ceres Albuquerque e Márcia Piovesan pelo apoio para que fosse possível concluir uma tese concomitante ao desenvolver do trabalho na instituição. Em especial, à Márcia Piovesan pelo seu respeito aos seres humanos que me ilumina um caminho mais leve para levar a vida.

A todos aqui citados e aos inúmeros outros que conviveram comigo neste período, têm todo meu reconhecimento que sem vocês e a paciência que tiveram comigo e com a minha obsessão pelo tema, este trabalho não teria sido possível.

RESUMO

Este trabalho se originou de três perguntas: (i) qual a função do segmento complementar no sistema de saúde brasileiro?; (ii) o segmento complementar desonera o SUS financeiramente e na diminuição da demanda por serviços? e; (iii) como a regulação governamental sobre o segmento complementar interfere sobre o arranjo público-privado? Objetiva analisar o mix público-privado no sistema de saúde brasileiro, seus efeitos na desigualdade de uso, financiamento e oferta de serviços de saúde e o modelo de regulação vigente.

É analisado o debate sobre o mix público-privado na bibliografia internacional, são discutidos os resultados de reformas setoriais ocorridas nas últimas décadas do século XX, são apresentadas as tipologias de arranjos público-privados no sistema de saúde – o brasileiro é considerado Suplementar com Cobertura Duplicada – e são analisados os efeitos da regulação brasileira sob a ótica do mix público-privado.

As evidências identificadas em estudos internacionais acerca da cobertura duplicada mostram que este arranjo está associado a desigualdades próprias deste tipo de mix e é prejudicial ao sistema de saúde como um todo. O mesmo ocorre no sistema brasileiro, onde o aspecto negativo da dualidade de nosso mix público-privado se deve não à cobertura de serviços além-SUS (suplementar), mas à que concorre com o SUS (duplicada). A análise da regulação brasileira leva a autora a concluir que esta aprofunda a duplicação da cobertura e contribui para a manutenção da segmentação do sistema de saúde e da sociedade brasileiros, privilegiando a elite e o mercado de bens e serviços privados de saúde, além de operar como ferramenta para o Estado continuar subsidiando a existência do segmento de saúde suplementar no país. A nossa regulação se distancia do caminho escolhido pelos países com cobertura duplicada que é de fortalecer o sistema público como a principal forma de proteção social aos riscos à saúde.

Da agenda de questões a serem incorporadas ao debate sobre o mix público-privado proposta, destaca-se que a regulação deve objetivar a defesa do sistema público, sem se restringir ao segmento complementar e contemplando todo o mix público-privado. Com isso, este trabalho inova ao introduzir no debate brasileiro o conceito da cobertura duplicada e suas consequências, bem como ao abordar criticamente a função do Estado e da sociedade brasileiros no que tange à regulação do arranjo público-privado do sistema de saúde.

ABSTRACT

This work was originated from three questions: (i) Does the private health insurance (PHI) alleviate the Brazilian National Health System (called SUS)? (ii) What is the PHI function in the Brazilian health system? (iii) How does the government regulation interfere on the effects of PHI on the public-private mix? This thesis analyzes the public-private mix in the Brazilian Health System and its effects on the inequality of utilization, financing and health care delivery and the existing government regulation.

It shows that inequalities that occur in the Brazilian system, where the private health insurance market is supplementary with a duplicated coverage to the public system, are similar to the inequalities presented at the literature review that are specific from the duplicated coverage.

The author of this thesis argues that the duplicated coverage occurs in a detriment to the public system; the Brazilian society segmentation influences the health system segmentation in favor of the richest population, and turns our system far from one that is based on solidarity; the government regulation on PHI should act throughout the public-private mix, in defense of the public interest and not restricted to the PHI market.

The author concludes that regulation is putting Brazil in the opposite way of the public policies from countries that have maintained their health systems guided by principles of social protection based in solidarity principles. Also argues that one of the possible effects of the Brazilian regulation is to maintain the targeting of the health system and the society, particularly the elite of society and the market of goods and private health services, besides than being a tool of the State to continue subsidizing the existence of the PHI market. This paper seeks to contribute to a critical function of the Brazilian State and society on the public-private mix and proposes an agenda to be incorporated into the debate on the public-private mix of the Brazilian health system.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	vi
RESUMO	viii
ABSTRACT	ix
SUMÁRIO.....	x
LISTA DE TABELAS	xii
LISTA DE QUADROS	xii
LISTA DE GRÁFICOS.....	xii
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS UTILIZADAS	xiv
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. APRESENTAÇÃO.....	2
1.2. OBJETIVOS E METODOLOGIA.....	8
2. O CONTEXTO EM QUE SE DÁ O DEBATE DO MIX PÚBLICO-PRIVADO NO SETOR DE SAÚDE	14
2.1. QUESTIONAMENTOS AO MODELO DOS ESTADOS DE BEM-ESTAR SOCIAL E A PRESENÇA DO IDEÁRIO NEOLIBERAL.....	15
2.2. O DEBATE ATUAL SOBRE A PARTICIPAÇÃO DO ESTADO E DO SETOR PRIVADO.....	23
2.3. RESULTADOS DAS REFORMAS DOS ESTADOS DE BEM-ESTAR NOS SISTEMAS DE SAÚDE	32
2.3.1. As mudanças segundo o tipo de sistema de saúde.....	34
<i>Países com Sistema Nacional de Saúde</i>	34
<i>Países com Sistemas de Saúde Privados</i>	36
<i>Países com Seguro Social</i>	38
<i>Considerações sobre as Reformas dos Estados de Bem-Estar nos Sistemas de Saúde</i>	39
3. TIPOLOGIAS E DEFINIÇÕES DE MIX PÚBLICO-PRIVADO NO SISTEMA DE SAÚDE	45
3.1. INTRODUÇÃO AO CAPÍTULO 3	46
3.2. TIPOS DE SISTEMA DE SAÚDE.....	47
3.3. TIPOLOGIAS DE SISTEMAS DE SAÚDE MISTOS E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA O DEBATE SOBRE O MIX PÚBLICO-PRIVADO	53
3.3.1. Dov Chernichovsky	53
<i>Contribuição do modelo de análise de Chernichovsky</i>	57
3.3.2. Richard Saltman	59
<i>Contribuição do modelo de análise de Saltman</i>	61
3.3.3. Carolyn Tuohy, Colleen Flood e Mark Stabile	62
<i>Contribuição do modelo de análise de Tuohy et al</i>	66
3.3.4. Jurgen Wasem, Stefan Greb e Kieke GH Okma	67
<i>Contribuição do modelo de análise de Wasem et al</i>	68
3.3.5. Francesca Colombo e Nicole Tapay (OCDE), Elias Mossialos, Sarah Thompson e Agnès Couffinhal.....	69
<i>Sobre os modelos de análise de Mossialos, Thompson, Couffinhal e OCDE</i>	73
3.4. O FINANCIAMENTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE: PANORAMA ATUAL.....	75
<i>Financiamento setorial e Financiamento público</i>	76
<i>Financiamento do Seguro Privado de Saúde</i>	80
<i>População que possui Seguro privado de saúde</i>	83
3.4.1. Considerações sobre as Reformas dos Estados de Bem-Estar e o Mix Público-Privado	85

3.5. EVIDÊNCIAS SOBRE ESPECIFICIDADES DO TIPO DUPLICADO E SUPLEMENTAR	92
4. O MIX PÚBLICO-PRIVADO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: ORIGENS, CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS E ATUAÇÃO DO ESTADO	100
4.1. INTRODUÇÃO AO CAPÍTULO 4	101
4.2. CARACTERÍSTICAS E DIMENSÕES DO MIX PÚBLICO-PRIVADO DO SETOR DE SAÚDE BRASILEIRO	104
4.2.1. Características da população com cobertura duplicada.....	106
4.2.2. Financiamento	108
4.2.3. Oferta de serviços de saúde	112
4.2.4. Uso dos serviços de saúde	118
4.3. ORIGENS E DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO.....	124
4.4. A REGULAÇÃO DO SEGMENTO SUPLEMENTAR NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO	137
4.4.1. Regulação do segmento suplementar e Regulação do mix público-privado do sistema de saúde brasileiro: mais elementos para seu escopo	144
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	155
<i>Regulação de Sistemas de Saúde com Cobertura Duplicada: Debate internacional e atuação do Estado Brasileiro.....</i>	<i>156</i>
<i>Comentários acerca da contribuição de estudos internacionais para a Regulação sobre o mix público-privado no sistema de saúde do Brasil.....</i>	<i>161</i>
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	171

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Evolução Percentual do Gasto com Saúde. Países da OCDE, 1960-2005.

Tabela 2: Evolução da Participação do Gasto com Saúde no PIB e da Participação do Gasto Público no Gasto Total com saúde. Países da OCDE, 1995-2004.

Tabela 3: Evolução da Participação do Gasto com Seguro Privado no Gasto Privado com Saúde. Países da União Europeia, 1980-1998.

Tabela 4: Cobertura da população com Seguro Privado. Países da União Europeia, 2000.

Tabela 5: Desonerações Fiscais no setor de saúde. Brasil, 2008.

Tabela 6: Distribuição da Rede de Serviços segundo natureza e disponibilidade. Brasil, 2005.

Tabela 7: N°. de Leitos por 1.000 habitantes. Países OCDE (2004) e Brasil (2005).

Tabela 8: Número de equipamentos de Média e Alta Complexidade / Alto Custo, por 100.000 habitantes e de Leitos por 1.000 habitantes, segundo contrato/convênio com SUS e disponibilidade não-SUS. Brasil, 2005.

Tabela 9: Taxas de uso de serviços de saúde. Brasil, 2003.

Tabela 10: População internada pelo SUS nos 12 meses anteriores à entrevista, segundo tipo de serviço e posse de seguro privado. Brasil, 2003.

Tabela 11: População atendida pelo SUS nos 2 meses anteriores à entrevista, segundo tipo de serviço e posse de seguro privado. Brasil, 2003.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Tipos de Sistemas de Saúde.

Quadro 2: Classificação do sistema de saúde segundo o mix público-privado de Chernichovsky.

Quadro 3: Sistemas Combinados de Chernichovsky.

Quadro 4: Classificação do seguro privado de saúde segundo sua relação com o sistema público.

Quadro 5: Cobertura de serviços de saúde no segmento de seguro privado de saúde do brasileiro segundo a regulamentação (desde 1998).

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Evolução da Participação do Gasto Público sobre o Gasto Total com saúde. Países OCDE, 1995-2004.

Gráfico 2: Evolução da Participação do Gasto com Seguro Privado no Gasto Privado com Saúde. Países da União Europeia, 1980-1998.

Gráfico 3: Curva de Concentração da Renda Familiar per capita (Curva de Lorenz). Brasil, 2002.

Gráfico 4: Distribuição da população brasileira segundo a posse de seguro privado de saúde e a renda familiar per capita. Brasil, 2003.

Gráfico 5: Composição da Fontes de financiamento do setor de saúde. Brasil, estimativa para 2006.

Gráfico 6: Composição do Gasto Privado Direto com Saúde por décimo de renda familiar per capita. Brasil, 2002.

Gráfico 7: N.º de Equipamentos de Média e Alta Complexidade / Custo, por 100.000 habitantes e de Leitos por 1.000 habitantes, segundo contrato/convênio com SUS e disponibilidade não-SUS. Brasil, 2005 e média OECD, 2000.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS UTILIZADAS

AMA/SP: Assistência Médica Ambulatorial do Município de São Paulo
AMS/IBGE: Pesquisa Assistência Médico-Sanitária do IBGE
ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BNDES: Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CAP: Caixas de Aposentadorias e Pensões
CID: Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde
CIT: Comissão Intergestores Tripartite
CNES/MS: Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde
8ª CNS: 8ª Conferência Nacional de Saúde
CNS: Conselho Nacional de Saúde
CRM: Conselho Regional de Medicina
Cofins: Contribuição sobre o faturamento
CONSU: Conselho de Saúde Suplementar
CSLL: Contribuição sobre o lucro líquido
DESAS: Departamento de Saúde Suplementar no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde
ECHP: European Community Household Panel
FFS: fee-for-service
GKV: Seguro Social de Doença
HMO: Health Maintenance Organization
IAP: Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDB: Indicadores e Dados Básicos
IDEC: Instituto Brasileiro de Defesa do Consumido
INAMPS: Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social
INPS: Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IRPF: Imposto de Renda sobre Pessoa Física
IRPJ: Imposto de Renda sobre Pessoa Jurídica
LOS: Lei Orgânica da Saúde
MS: Ministério da Saúde

NHS: National Health System ou Service
NOAS: Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB: Norma Operacional Básica
OCDE: Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico
OMS: Organização Mundial de Saúde
OOP: Out-of-pocket
PAS/SP: Plano de Atendimento à Saúde de São Paulo
PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCV: Pesquisa de Condições de Vida do Seade
PSF: Programas de Saúde da Família
PHI: Private Health Insurance
PIB: Produto Interno Bruto
PNAD/IBGE: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PAC: Programa de Aceleração de Crescimento
SADT: Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico
SAS: Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde
SHI: Social Health Insurance
SIB: Sistema de Informações de Beneficiários

1. INTRODUÇÃO

1.1. APRESENTAÇÃO

Frequentemente leio e ouço que o Sistema Único de Saúde (SUS) tem problemas de acesso, longas filas, tratamento inadequado e desumanizado, instalações inadequadas, que não responde a todas as necessidades da população, que faltam materiais e equipamentos, e uma infinidade de outros problemas mais. Considero correta tal crítica e, mais que isso, entendo que se a proposta é realizar o SUS conforme seus princípios, faz-se necessário que os problemas sejam questionados e enfrentados. Entretanto, junto a esses questionamentos, é comum o discurso que a existência dos seguros privados de saúde “alivia” o SUS, em que se sugere que desoneram a demanda do sistema público tanto em termos de quantidade de uso de serviços como de recursos financeiros para sua sustentação.

Esse tipo de comentário é feito pelos mais diferentes atores e interesses. Ao longo dos últimos 10 anos de minha trajetória de trabalho na academia e nos órgãos do Ministério da Saúde – Departamento de Saúde Suplementar, que em 2000 teve suas funções transferidas para a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão que teve outras competências acrescidas –, tenho presenciado esta fala vinda tanto de profissionais de saúde, acadêmicos, técnicos e dirigentes governamentais, representantes de organizações e associações que compõem o mercado de bens e serviços de saúde, como de médicos, de hospitais, indústria de medicamentos e equipamentos, parlamentares e até em conversa com colegas de trabalho da área de saúde pública. É quase um senso comum dizer que os seguros privados desoneram o SUS, como se pode ver nos trechos abaixo, que exemplificam tal discurso:

“a Constituição Federal instituiu o SUS, cuja meta era a cobertura universal, que não se verifica, pelo menos com a excelência mínima exigida. Em princípios da década de 1990 ocorreu aguda crise no setor. As consequências foram a queda na qualidade e na cobertura. Desse modo, tornou-se importante o desenvolvimento da saúde privada, não apenas para prestar atendimento a parcela expressiva da população, mas também no sentido de reduzir a demanda do SUS” (Merula Steagall. Só faltam oito anos. Jornal de Brasília, Opinião, dia 29/07/2007).

“ao desafogar parcialmente as filas nos hospitais públicos, os planos de saúde poderiam ser vistos como parte da solução da saúde brasileira” (Revista Carta Capital, Bem longe do paraíso, dia 16/04/2008).

De qualquer forma, o SUS está muito aquém do que deveria ser para ganhar a total adesão da população e dos estudiosos do sistema e essa brecha é provavelmente um dos caminhos que levam à aceitação dos seguros privados como forma

compensatória. Mas são raras as vezes em que leio questionamento ou visão contrária a tal discurso, como a de Mendes, após apontar que “o SUS real está muito longe ainda do SUS constitucional” e criticar a ideia de o SUS se destinar aos mais pobres:

“os sistemas segmentados são justificados, tal como se faz no Brasil, por um argumento de senso comum, de que ao instituírem-se sistemas privados para quem pode pagar por serviços de saúde, sobrariam mais recursos públicos para dar melhor atenção aos pobres” (Eugênio Vilaça Mendes. O dilema do SUS. Mímeo, sem data).

Dessa discussão deriva uma das perguntas desta tese: o segmento complementar desonera o SUS, seja pela diminuição da demanda aos seus serviços, seja pela do gasto público? Afinal, temos elementos para afirmar se os seguros privados de saúde de fato desoneram o SUS?

Daí deriva a segunda pergunta: qual a função do segmento complementar no sistema de saúde brasileiro, ou seja, no mix público-privado do nosso sistema?

E o Estado brasileiro, que atuação deve ter para proteger o interesse público? Nesse sentido, a regulação sobre os seguros estaria contribuindo positivamente ou negativamente para um possível “alívio” ao SUS e para o interesse público? Então, a terceira pergunta é: como a regulação governamental sobre o segmento complementar contribui para os seus efeitos sobre o arranjo público-privado?

Este debate não é exclusivo do Brasil. O debate internacional sobre o arranjo público-privado no setor de saúde tem se tornado cada vez mais caloroso na disputa de ideias e é crescente a produção de estudos técnico-científicos que analisam como a relação entre o público e o privado se dá na prática nos sistemas de saúde.

Segundo Saltman¹, o mix público-privado já ocorre em diversos países europeus há mais de meio século, pois desde que foram implantados os sistemas nacionais de saúde coexistem Estado e setor privado na prestação de serviços de saúde, sempre que é permitida a provisão por entes privados. Este arranjo existe, segundo Stiglitz, em quase todos os países; em suas palavras, “na maioria dos países há uma combinação de ações públicas e privadas, mas esta combinação varia entre os países e no tempo”. Para este autor, é preciso compreender como o mix público-privado vai se dar em cada sociedade e a sua relação com os princípios que norteiam cada sistema de proteção social: “um problema fundamental com que se enfrentam muitos países é qual a combinação adequada para as circunstâncias atuais” (Stiglitz, 1994: 27)².

Nas últimas décadas, diversas mudanças que vêm ocorrendo no contexto ideológico, político e sócio-econômico de muitos países contribuem para que este

debate venha sendo gradualmente incorporado às discussões no campo das políticas públicas e da organização e análise de sistemas de saúde e de reforma setorial.

Algumas dessas mudanças são estruturais e vêm ocorrendo desde o final do século passado nos sistemas de saúde de muitos países, em consequência do debate sobre o tamanho e as funções do Estado na sociedade. Correspondem a um movimento de rearranjo do sistema nacional de saúde, construído com base nos alicerces de proteção social do *welfare state*, para variações e adequações de seu modelo, tendo sido agregadas questões que despontam na sociedade a partir da década de 1980, comumente identificadas por valores do individualismo e da valorização do mercado e do setor privado. Estes são elementos centrais no ideário neoliberal, e uma crítica que se faz aos sistemas nacionais de saúde é que nestes nem sempre são admitidas tais questões, por terem como prioridade as demandas que são coletivas e maior dificuldade em atender à individuais.

Muitas das mudanças são diretamente relacionadas ao papel do setor privado nos sistemas de saúde, como o aumento progressivo do peso do setor privado no financiamento total do setor de saúde e a tendência de transferência da execução, mais ou menos regulada, de serviços do setor público para o privado – como exemplo a privatização, que é um ponto amplamente defendido nas reformas administrativas e políticas dos Estados desde fins da década de 1970 e é quesito central nas reformas neoliberais. Estas mudanças resultam no imbricamento cada vez maior do Estado com os agentes privados na prestação e no investimento que se faz no sistema de saúde.

Entretanto, como será discutido a seguir, o crescimento do setor privado nos países europeus e a maior inserção deste setor nos sistemas de saúde não necessariamente afetaram a estrutura desses sistemas, herdada de meados do século XX. Em quase todos os casos, a alteração na configuração das relações entre o público e o privado nos sistemas de saúde não correspondeu a uma retração das responsabilidades e funções do Estado do ponto de vista do financiamento, da elaboração de políticas públicas de saúde e condução do sistema de saúde, tampouco ao crescimento do setor de seguros privados de saúde.

O que se verificou foi, fundamentalmente, a introdução e coexistência – pactuada e regulada – de mecanismos de mercado no âmbito do setor público e o aumento do gasto privado direto. Além disso, os arranjos público-privados vêm sofrendo transformações que se dão não apenas pelo crescimento do setor privado, como também por mudanças no formato administrativo-jurídico e de financiamento das instituições

que prestam serviços de saúde e no tipo de contrato de prestação dos serviços, fazendo com que os conceitos de Público e Privado venham se transformando e se tornando cada vez mais “difusos” (Saltman, 2003: 27) ¹.

Essas mudanças conferem dinamismo ao mix público-privado que, ao contrário de um fenômeno estático, é uma situação em constante mutação. Assim, além da coexistência do público e do privado nos sistemas de saúde parecer inevitável em praticamente todos os países do mundo, ela resulta de uma determinada configuração em dado momento e, por este motivo, é inconstante. A questão que aqui se coloca a ser examinada é: em que base o arranjo público-privado vem se dando, para então vislumbrar como ele deveria se dar de modo que estivessem preservados os objetivos gerais dos sistemas de saúde – de contribuição positiva aos resultados de saúde, ao desenvolvimento do próprio sistema de saúde e aos objetivos com base nos direitos sociais.

Entretanto, o debate sobre o mix público-privado é confuso e contém contradições, que resultam tanto de evidências provenientes de estudos técnico-científicos, como de um componente ideológico. Por este motivo, é necessário entender onde, em quê e de que maneira o setor privado afeta e interfere nos sistemas de saúde e qual a interface que faz com o sistema público de saúde.

Para responder a esta questão os Capítulos 2 e 3 apresentam e analisam os debates sobre o mix público-privado no setor de saúde na bibliografia internacional, tendo como referência o sistema público de saúde. Primeiramente, no Capítulo 2 é apresentado o debate ideológico e político-econômico sobre o contexto em que as questões do arranjo público-privado aparecem. O conflito é acompanhado de uma carga ideológica que se dá desde um ponto extremo dos defensores dos sistemas nacionais de saúde puramente públicos até o outro pólo, no qual o sistema de saúde deveria ser privado. Também serão discutidos alguns dos resultados de reformas setoriais ocorridas nas últimas décadas do século XX, como a cada vez maior introdução de mecanismos de mercado, fruto de um movimento em consonância com a revisão do modelo de bem-estar.

O Capítulo 3 sistematiza e analisa uma recente produção teórica e empírica em âmbito internacional sobre modelos de mix público-privado no setor de saúde, com foco no papel do seguro privado, tanto em termos da cobertura da população com seguro privado como da composição do financiamento dos sistemas de saúde em diversos países. Apesar das taxas de cobertura de seguro privado nos países observados não chegaram ao patamar dos 20% da brasileira, diferentemente do que o senso comum diz,

são altas e conformam problemas nos seus arranjos público-privados. Os modelos apresentados trazem conceitos-chave para a compreensão desses arranjos e ajudam a esclarecer parte das questões levantadas no debate apresentado no Capítulo 2.

Por fim, as categorias identificadas na revisão da literatura internacional são sistematizadas e são discutidas as relações de influência entre elas que constituem diferentes relações entre o público e o privado. Os achados do marco teórico não podem ser diretamente aplicados ao caso brasileiro, mas são úteis para a identificação e contextualização das categorias que orientarão a análise empírica.

Também serão discutidos alguns dos resultados de reformas setoriais ocorridas nas últimas décadas do século XX, como a cada vez maior introdução de mecanismos de mercado, fruto de um movimento em consonância com a revisão do modelo de bem-estar, e a composição do financiamento dos sistemas de saúde.

O Capítulo 4 contextualiza e expõe os arranjos público-privados no sistema de saúde brasileiro, desde sua origem até os dias atuais, utilizando contribuições de alguns autores selecionados na extensa bibliografia que existe sobre o sistema de saúde brasileiro e de elementos selecionados da (ainda pouco frequente) bibliografia específica de estudos empíricos sobre efeitos do mix público-privado no nosso sistema de saúde.

A partir dos achados da bibliografia internacional, a última Seção do Capítulo 4 apresenta e o Capítulo 5 (Considerações Finais) analisa possíveis efeitos que a regulação do Estado tem sobre nosso sistema de saúde, com foco especial no que é de interesse público, neste caso representado pelo SUS. Muito embora os sistemas públicos de saúde dos países investigados sejam reconhecidamente melhores e mais abrangentes que o SUS no Brasil, em muitos aspectos, diferentemente do que o senso comum supõe, as taxas de cobertura de seguro privado nesses países não são desprezíveis. Não apenas por esse motivo, mas também por outros que serão tratados nos Capítulos 2 e 3, a importância dos seguros privados no sistema de saúde desses países consta como uma preocupação presente entre governantes e estudiosos do tema. Por este motivo, a análise internacional contribui enormemente para a reflexão sobre o sistema de saúde brasileiro, sem perder de vista nossas questões específicas.

Nesta Tese mostro que a forma com que vem se desenvolvendo a regulação sobre o segmento suplementar está colocando o Brasil na contramão das políticas públicas dos países que mantiveram seus sistemas de saúde orientados pelos princípios de uma proteção social aos riscos à saúde, isto é, baseada no ideal de um Estado de Bem-Estar

Social equânime. Argumento, além disso, que um dos possíveis efeitos da nossa atual regulação sobre o mix público-privado é contribuir para a manutenção da segmentação do nosso sistema de saúde e da própria sociedade brasileira, privilegiando a elite da sociedade e o mercado de bens e serviços privados de saúde e, ainda, sendo a ferramenta do Estado para continuar subsidiando a existência do segmento de saúde suplementar no país.

Este trabalho parte de um problema relevante, ainda não tratado como objeto de pesquisa científica por outros estudos brasileiros e contribui para uma abordagem crítica da função do Estado e da sociedade brasileira sobre o arranjo público-privado do sistema de saúde que permeia a nossa proteção social do ponto de vista do campo da assistência à saúde (com foco na organização do sistema, financiamento, prestação, oferta e uso dos serviços), além de propor uma agenda de questões a serem incorporadas ao debate sobre o mix público-privado do sistema de saúde brasileiro.

Ora, se o seguro privado atende a uma demanda específica das pessoas, é importante conhecer como isso se dá na prática do sistema de saúde, de que forma interfere na proteção social e afeta as desigualdades de saúde da nossa população. Afinal, se as sociedades têm que conviver com o que Saltman¹ considera uma “inevitável” presença do mix público-privado nos sistemas de saúde, a questão que deve ser colocada é em que base deve se dar esse arranjo para que os objetivos das políticas de saúde sejam preservados.

Enfim, os apontamentos das questões teóricas sobre o mix do tipo suplementar e com cobertura duplicada, aqui comentados, diferem dos objetivos da política de regulação que vem sendo destinada ao mercado de seguros privados no Brasil. Por este motivo justifica-se a preocupação com tal objeto e dela sobressai a pergunta sobre como este mix se dá na realidade do sistema de saúde brasileiro. Com essa resposta ter-se-á mais elementos para analisar em que medida a atual política de regulação reforça ou diminui as desigualdades apontadas na teoria estudada.

Assim, esse trabalho se justifica por levantar um problema relevante que é o significado do seguro privado para o sistema de saúde brasileiro e ainda não tratado com objeto de pesquisa científica por outros estudos acadêmicos brasileiros da forma como aqui o fez. Além disso, contribui para o debate sobre as consequências do imbricamento público-privado no sistema de saúde brasileiro e para uma abordagem crítica da função do Estado brasileiro sobre a sua regulação.

1.2. OBJETIVOS E METODOLOGIA

Esta tese parte das hipóteses de que (i) o segmento suplementar não desonera o SUS pela diminuição da demanda aos seus serviços ou do gasto público e (ii) a regulação pública existente, separada para o SUS e para o segmento suplementar, desconsidera o mix público-privado e não interfere para diminuir os seus efeitos negativos, havendo casos em que contribui para que existam.

Os objetivos são analisar o arranjo público-privado do sistema de saúde brasileiro, o modelo regulação vigente no país das relações entre o público e o privado e os efeitos do mix público-privado do sistema de saúde brasileiro em relação à desigualdade de uso, financiamento e oferta de serviços de saúde.

Como toda pesquisa científica, existem **limitações** a serem consideradas para os resultados qualitativos e quantitativos deste trabalho. Algumas delas foram levantadas nesta Seção, mas todas serão devidamente tratadas ao longo da análise dos resultados.

No que diz respeito aos procedimentos metodológicos, foi realizada uma revisão da bibliografia nacional e internacional sobre o debate em torno do mix público-privado no setor de saúde e suas tipologias. O tipo de arranjo que corresponde a um sistema de saúde com cobertura duplicada e suplementar foi considerado o modelo brasileiro e por este motivo foram estudadas pesquisas empíricas de efeitos específicos em outros sistemas de saúde com esse arranjo.

Uma das limitações deste trabalho refere-se as diferenças e especificidades entre o Brasil e os demais países estudados, que são tanto qualitativas (de qualidade do sistema nacional de saúde) como quantitativas (da proporção de segurados). Mesmo assim, deve ser ressaltado que, embora cada sociedade tenha desenvolvimento histórico e econômico-político-social próprios e as taxas de cobertura de seguro privado suplementar nos países estudados ao longo deste trabalho não cheguem ao patamar dos 20% do caso brasileiro, em muitos outros casos essa proporção também é alta e conforma problemas no arranjo público-privado daqueles países, motivo pelo qual a análise comparativa não deve ser desqualificada.

Outra limitação é que a bibliografia internacional com pesquisas empíricas sobre efeitos do arranjo suplementar sobre o sistema de saúde não apresentam indicadores de resultado de saúde. Mas foram utilizados por serem os únicos estudos empíricos

específicos sobre o tema desta tese e que mostram efeitos da cobertura duplicada sobre o acesso, financiamento, uso e oferta dos serviços de saúde.

Também foi feita análise descritiva a partir de pesquisa empírica sobre uso, financiamento e oferta de serviços de saúde no Brasil, em países da Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico (OCDE) e em países da União Europeia.

No caso do Brasil, para dimensionar as interfaces do mercado de seguros privados com o restante do sistema de saúde, foram usadas diferentes fontes de informações.

A análise da **Oferta** de serviços de saúde foi realizada com base na Pesquisa Assistência Médico-Sanitária, AMS, do IBGE de 2005³, que é censitária e contém informações da distribuição da rede instalada de serviços segundo esfera administrativa à qual o estabelecimento de saúde está vinculado e UF do estabelecimento. Da AMS foi analisada a disponibilidade dos serviços para serem usados segundo **financiamento SUS e não SUS**, com distinção para leito e equipamentos de diagnose e terapia.

Para a análise da oferta de serviços de saúde no Brasil, devem ser consideradas as limitações da AMS/IBGE. Uma delas é que esta pesquisa mensura a quantidade de recursos físicos, mas não o volume de serviços produzidos, o que restringe a análise de seus resultados. Outra limitação diz respeito à possível superestimação e subestimação da oferta nos indicadores de disponibilidade, uma vez que é possível que (i) os estabelecimentos privados que oferecem leitos e equipamentos ao SUS também o façam para a clientela dos seguros privados e/ou para os que pagarem diretamente pelo serviço e; (ii) muitos leitos e equipamentos que estejam contratados ou conveniados ao SUS poderem, na prática, ser utilizados para pacientes privados. A escolha dessa fonte de dados se justifica pelo fato de, além de ser considerada uma base de dados consistente e ser censitária, é antiga que o recém-criado Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES/MS).

Com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/IBGE) de 2003⁴, foram analisadas informações sócio-econômicas, etárias e demográficas, de posse de seguro privado, região de moradia e renda dos indivíduos com cobertura duplicada que usaram serviço de saúde, bem como do tipo de serviços utilizados.

A análise do **Uso** de serviços de saúde foi efetuada com base nas informações sobre a forma de **financiamento do uso das pessoas que possuem seguro privado (se pelo SUS, pelo seguro privado e/ou pelo pagamento privado direto)**. Neste caso, os dados foram tratados da forma explicitada abaixo.

Para a posse de seguro privado de saúde, foram considerados como possuidores de seguro privado de saúde todos os entrevistados pela PNAD/IBGE de 2003 que responderam sim à questão (variável 1321) “Tem direito a algum plano de saúde (médico ou odontológico), particular, de empresa, ou órgão público?”.

Neste trabalho são considerados planos/seguros privados todos os planos, inclusive os chamados pela PNAD/IBGE de 2003 de plano público. Esta opção se deve ao fato de estes serem financiados por instituições públicas para um grupo específico de pessoas, como funcionários públicos, exército, etc. e, portanto, manterem o caráter privado da elegibilidade ao plano.

Os tipos de serviços de saúde usados foram obtidos nas respostas dos entrevistados à PNAD/IBGE de 2003 sobre a internação realizada pela última vez nos 12 meses anteriores à entrevista e qual o principal atendimento recebido nas duas semanas anteriores à entrevista. As internações consideradas na variável utilizada (variável 1372) são: tratamento clínico, parto normal, parto cesáreo, cirurgia, tratamento psiquiátrico, exames. Os atendimentos (1360a) são: consulta médica, consulta odontológica, consulta de agente comunitário ou de parteira, consulta de outro profissional de saúde (fonoaudiólogo, psicólogo, etc.), consulta na farmácia, quimioterapia ou radioterapia ou hemoterapia ou hemodiálise, vacinação ou injeção ou curativo ou medicamento de pressão ou outro atendimento, cirurgia em ambulatório, gesso ou imobilização, internação hospitalar, exames complementares, somente marcação de consulta, outro atendimento.

A análise de quem **financiou** o uso do serviço de saúde nas informações da PNAD/IBGE de 2003, foram feitas pelas respostas às perguntas que permitem identificar se o serviço de saúde utilizado foi realizado pelo SUS, pelo seguro privado ou por meio de desembolso direto. As perguntas referentes ao agente financiador dos atendimentos e internações, e as possibilidades de respostas, são:

1) este atendimento/internação de saúde foi coberto por algum plano de saúde? Alternativas de resposta: SIM ou NÃO (variáveis 1364 e 1374);

2) pagou algum valor por este atendimento/internação de saúde? Alternativas de resposta: SIM ou NÃO (variáveis 1365 e 1375) e;

3) este atendimento de saúde foi feito através do SUS? Alternativas de resposta: SIM, NÃO, NÃO SABE (variáveis 1366 e 1376).

Como as opções de respostas às perguntas não são excludentes e um mesmo indivíduo pode ter respondido “sim” a mais de uma, foi utilizada a metodologia desenvolvida por Porto et al em 2006⁵ para diferenciar quem financiou o serviço utilizado.

Para as informações de **renda**, foi utilizada a renda mensal familiar per capita sem agregados. Da mesma forma que em Porto et al⁵ e no trabalho de Santos et al de 2008⁶, foi usada a definição do Glossário da PNAD/IBGE de 2003 para esta renda, que é a “soma dos rendimentos mensais dos componentes da família, exclusive os das pessoas com menos de 10 anos de idade e os daquelas cuja condição na família é de pensionista, empregado doméstico ou parente do empregado doméstico”. A partir dessa informação e da quantidade de pessoas em cada família, foi calculada a renda mensal familiar per capita sem agregados e, posteriormente, a população foi organizada em décimos ordenados pela aludida renda familiar.

Para a **composição das fontes de financiamento do sistema de saúde brasileiro** foram usadas diferentes informações. No caso do gasto público e do gasto privado direto foram utilizadas as estimativas elaboradas por Carvalho⁷ para dimensionar o gasto em saúde em 2006, que utilizou fontes primárias para o gasto público e a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF/IBGE) de 2003 para o gasto privado direto, cujas informações foram devidamente inflacionadas para 2006. Deve ser considerada como uma das limitações desta informação a da própria POF, que o gasto privado direto se restringe aquele efetuado pelas famílias brasileiras, de modo que não está contabilizado o gasto privado direto realizado por Empresas.

No caso do gasto com seguros privados de saúde foram utilizadas as informações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS/MS)⁸ referentes à 2006, por serem mais atualizadas que a apresentada por Carvalho⁷.

Outra limitação composição das fontes de financiamento setorial no Brasil é que nesta não estão contabilizadas as diversas outras rubricas que foram tratadas no Relatório das Contas Nacionais em Saúde do IBGE⁹. Esta opção se deu por ser esta a composição do indicador mais adequada para as comparações com os indicadores internacionais elaborados a partir dos dados da OCDE.

Além dessas limitações, deve ser considerado que o gasto com saúde no Brasil mencionado não contabiliza outros gastos, como os previstos em Lei com as diretrizes para elaboração do orçamento anual da União com a assistência médica e odontológica a servidores públicos e empregados das três esferas de governo, inclusive das entidades

da administração indireta e das Forças Armadas. Além disso, não foi contabilizado no Gasto total com saúde o gasto público indireto, que resulta das desonerações fiscais para determinadas despesas, sendo uma delas a com saúde.

Em relação às análises internacionais, a OCDE organiza e atualiza anualmente as mais diferentes informações de saúde dos países que a compõem, a partir da base de dados “OECD Health Data” e de publicações divulgadas no site da Organização. Com base nessas informações, foram construídos indicadores internacionais para os países da OCDE sobre a Evolução do Gasto com Saúde, a Participação do Gasto com Saúde no PIB e a Participação do Gasto Público no Gasto Total com Saúde.

Devido aos limites de disponibilidade pública dos dados da OCDE, as informações específicas sobre o seguro privado de saúde tiveram que ser obtidas no estudo desenvolvido por Mossialos e Thompson em 2004¹⁰ e se restringem aos países da União Europeia. São elas: Evolução da Participação do Gasto com Seguro Privado no Gasto Privado com Saúde e Cobertura da População com Seguro Privado de Saúde.

Assim, uma outra limitação deste trabalho diz respeito à comparação dos indicadores internacionais, uma vez que possuem diferentes fontes, datas e países considerados. Enquanto os relativos ao financiamento setorial utilizados na comparação são elaborados com informações da OCDE para todos os países que compõem esta Organização no período 1995-2004, os indicadores de cobertura de população com seguro privado são de 2000 e de gastos específicos com seguro privado, contemplam os países da União Europeia no período de 1980-1998.

Algumas decisões tiveram que ser tomadas em relação à **conceitos e nomenclatura**, que neste trabalho são assim considerados:

1. **“Seguro privado de saúde”:**

- contempla todos os planos e seguros de saúde. Esta é uma tentativa de aproximação da terminologia internacional, que denomina a todo tipo de plano ou seguro privado “*private health insurance*” (PHI). Além disso, é uma decisão originada pelo pressuposto de que a diferença entre o que é chamado de plano e de seguro no Brasil não justifica sua diferenciação para os objetivos da tese, pois seus efeitos são os mesmos para o sistema de saúde como um todo.
- são todos os planos ou seguros de saúde, inclusive os chamados pela PNAD/IBGE de 2003 de plano público. Esta opção se deve ao fato de estes

planos serem financiados por instituições públicas para um grupo específico de pessoas, como funcionários públicos, exército, etc. e, portanto, manterem o caráter privado da elegibilidade ao plano.

2. **“Segmento suplementar”**: é todo o mercado de seguros privados de saúde no Brasil, que é conhecido por setor suplementar. Essa decisão se fundamenta na escolha para uso “setor” nos casos também utilizados pela classificação do IBGE. No presente trabalho, “setor” é considerado corretamente utilizado quando o é para “setor de saúde”, “setor público”, “setor privado”. Note-se que neste trabalho o segmento suplementar também não é considerado “sistema” ou mesmo “subsistema”, uma vez permeia todo o setor de saúde sem conformar um sistema.
3. **“Estatutário”**: é o sistema denominado “*statutory*” na bibliografia internacional e “estatutário” neste trabalho, que corresponde ao sistema definido na legislação como o principal meio de proteção ao risco à saúde para a sociedade. No caso brasileiro, é o Sistema Único de Saúde (SUS).
4. **“Arranjo público-privado” e “mix público-privado”**: a bibliografia referente às tipologias de sistemas de saúde mistos é extremamente recente, e reforçam uma linha de pesquisa denominada “*public-private mix*”. O presente trabalho dá preferência ao termo arranjo público-privado, mas para se aproximar mais da nomenclatura original deste campo de produção científica, situado na Economia da Saúde, que é recente e ainda predominantemente internacional, optou-se por manter o termo “mix”.

2. O CONTEXTO EM QUE SE DÁ O DEBATE DO MIX PÚBLICO- PRIVADO NO SETOR DE SAÚDE

2.1. QUESTIONAMENTOS AO MODELO DOS ESTADOS DE BEM-ESTAR SOCIAL E A PRESENÇA DO IDEÁRIO NEOLIBERAL

Diversas mudanças ocorreram nos sistemas de saúde de diversos países desde o final do século passado em consequência do questionamento do tamanho e das funções do Estado e do mercado nas sociedades. Deve ser lembrado, entretanto, que este não é um movimento exclusivo do final do século XX, pois é antigo e se fundamenta em correntes ideológicas antigas e novas.

Para Williams¹¹ e Maynard¹², no plano das ideias o debate sobre o mix público-privado é sustentado pelos que defendem a igualdade de direitos, os *egalitarians*, em contraposição aos dos que sustentam o direito ao livre arbítrio dos indivíduos, os *libertarians*. Atualmente, essa discussão é comumente traduzida pela que se dá entre o *welfarianismo* e o neoliberalismo. É um debate que diz respeito a todas as dimensões da sociedade, sendo a saúde uma delas.

Nesse sentido, as mudanças que ocorrem nos sistemas de saúde são frutos da constante reformulação das ideologias dos *egalitarians* e dos *libertarians* e da agregação de elementos que tratam dos problemas e contextos de cada época e sociedade.

Contudo, deve-se ter o cuidado de aprofundar a observação dos fundamentos da relação entre essas ideologias, de seu aparente antagonismo, para a sua essência, que remonta às suas origens. Como assinala Polanyi¹³, o forte desenvolvimento do mercado ao longo dos séculos – que, após a criação do sistema financeiro bancário ganhou grandes proporções no início do século XX, as quais o autor compara ao poder do Cristianismo muitos séculos antes – sempre trouxe consequências danosas à população e, em especial, aos trabalhadores. Por este motivo, foi acompanhado do que o autor chamou de “**contramovimento**” (Polanyi, 2000: 161)¹³, **que é a mobilização da própria sociedade em defesa dessa forma de organização da produção e da coesão social**. Em suas palavras:

“Voltemos agora àquilo que chamamos de duplo movimento. Ele pode ser personificado como a ação de dois princípios organizadores da sociedade, cada um deles determinando seus objetivos institucionais específicos, com o apoio de forças sociais definidas e utilizando diferentes métodos próprios. Um foi o princípio do liberalismo econômico, que objetivava estabelecer um mercado auto-regulável, dependia do apoio das classes comerciais e usava principalmente o *laissez-faire* e o livre comércio como seus métodos. O outro

foi o princípio da proteção social, cuja finalidade era preservar o homem e a natureza, além da organização produtiva, e que dependia do apoio daqueles mais imediatamente afetados pela ação deletéria do mercado – básica, mas não exclusivamente, as classes trabalhadoras e fundiárias – e que utilizava uma legislação protetora, associações restritivas e outros instrumentos de intervenção como seus métodos.” (Polanyi, 2000: 163-4)¹³

“o contramovimento que se opôs ao liberalismo econômico teve todas as características inequívocas de uma reação espontânea. Em inúmeros pontos isolados ele surgiu sem que houvesse ligações aparentes entre os interesses diretamente afetados ou qualquer conformidade ideológica entre eles (...) a análise revela que nem mesmo os adeptos mais radicais do liberalismo econômico puderam fugir à regra que tornou o *laissez-faire* inaplicável as condições industriais avançadas. No caso crítico da lei dos sindicatos profissionais, e das regulamentações antitrustes, os próprios liberais extremados apelaram para intervenções múltiplas do Estado, a fim de garantir as precondições de funcionamento de um mercado auto-regulável contra acordos monopolistas ... é, portanto, contrário a todos os fatos o mito liberal da conspiração ‘coletivista’ das décadas de 1870 e 1880” (Polanyi, 2000: 182)¹³.

Por este raciocínio, **o desenvolvimento das sociedades capitalistas se dá com base em dois princípios organizadores, que são o liberalismo econômico e a proteção social, mas que não são antagônicos, pois compõem um duplo movimento, em que um princípio leva ao outro.** Enquanto o liberalismo foi desenvolvido de forma planejada, a proteção social foi uma resposta espontânea da sociedade, para proteger a classe trabalhadora [¹].

Portanto, **quando o *welfarianismo* e o neoliberalismo estiverem sendo tratados neste trabalho, são entendidos não como oposição absoluta, mas sim como uma lógica dialética da sociedade que se protege das mazelas da forma de produção e acumulação que desenvolveu.**

Nos séculos XVIII e XIX as ideologias majoritárias podem, grosso modo, ser resumidas em duas. Por um lado, os liberais defendiam a livre atuação dos agentes do mercado e a auto-organização deste. Tal ideal é expresso no exemplo da mão invisível de Adam Smith (século XVIII) e no *laissez faire*, retomado pelos neoliberais no século XX. Por outro lado, em contraposição ao liberalismo do século XIX, socialistas e comunistas defendiam a intervenção radical do Estado sobre o mercado e que a execução dos serviços fosse realizada pelo próprio Estado. Este ideário se juntou ao dos

¹ Em relação ao período subsequente ao que Polanyi se remete, não deve ser desconsiderado que as bases da proteção social contribuem como fundamento ideológico para o socialismo e o comunismo ao longo do século XIX, mas foi ao longo da implementação da proteção social dos Estados de social democracia europeus, resultante de movimentos solidários de defesa das sociedades desgastadas na IIª Guerra Mundial, que a proteção social tomou corpo ideológico contra o liberalismo.

keynesianos do século XX, que viam o Estado como promovedor da demanda agregada, pela geração de empregos e por meio da execução de políticas sociais.

No decorrer do século XX esses ideais foram reformulados, tanto no plano teórico como no prático. Na primeira metade deste século foram instituídos governos socialistas que implementaram modelos de sociedade em que as funções do Estado interferiram fortemente nas relações que se dão entre a sociedade e o mercado. Na segunda metade deste século, a reconstrução dos países europeus capitalistas após a IIª Guerra Mundial se sustentou majoritariamente por ideais universalistas de proteção social e do modelo keynesiano do papel do Estado no desenvolvimento econômico e social, expressos no Estado de Bem-Estar Social (*welfare state*).

A tipologia mais comumente usada para distinguir os sistemas de proteção social desenvolvidos pelos Estados de Bem-Estar dos países capitalistas é a de Esping-Andersen¹⁴. Esta tipologia organiza os modelos em três tipos ideais – o liberal, o conservador corporativo e o social-democrata – que correspondem às relações entre o público e o privado na provisão dos serviços, ao grau de desmercantilização dos bens e serviços sociais, e à estrutura social. Como a classificação de Esping-Andersen¹⁴ define tipos ideais, eles não serão idênticos aos encontrados na realidade dos modelos de Estado de Bem-Estar, desenvolvidos ao longo dos anos e dos acontecimentos de cada país, onde coexistem elementos dos diferentes tipos.

O regime **liberal** é caracterizado pelo alto grau de participação das empresas empregadoras na proteção e a assistência pública é residual e destinada aos mais pobres. Neste regime os interesses de mercado exercem forte influência sobre as questões sociais e econômicas. Estados Unidos, Austrália e Nova Zelândia são exemplos típicos de países onde o regime liberal se desenvolveu fortemente. Note-se que o termo “liberal” é usado por Esping-Andersen¹⁴ para denominar um tipo de *welfare state*, porém o presente trabalho continuará utilizando o termo *welfarianismo* para identificar a corrente ideológica fundada nos valores de solidariedade e universalidade, diferentes daqueles que regem os regimes liberais.

O regime chamado de **conservador corporativo** é baseado no modelo bismarkiano de seguro-social, onde a proteção social é destinada a um conjunto de pessoas organizadas em categorias profissionais ou de renda. O desenvolvimento deste regime foi mais intenso na Europa continental, como Áustria, França, Holanda e Bélgica.

O modelo **social democrata** é o desenvolvido robustamente nos países nórdicos, Inglaterra e, mais recentemente, em Portugal e Espanha. É fundado em valores de solidariedade e os benefícios são providos fundamentalmente pelo Estado e destinados a toda a população, sendo igualmente distribuídos independentemente da situação de renda ou ocupação do cidadão, constituindo-se em um direito inerente à cidadania.

A tipologia de Esping-Andersen¹⁴ e o estudo que este autor faz dos Estados de Bem-Estar após a crise do modelo serão utilizados neste Capítulo para auxiliar a compreensão do desenvolvimento do mix público-privado no setor de saúde à luz das trajetórias dos países no desenvolvimento dos seus modelos de Estado de Bem-Estar. Os arranjos entre o público e o privado nas sociedades capitalistas estarão permeados do mesmo movimento dialético da relação entre a lógica do *welfarianismo* e a do liberalismo assinalado por Polanyi¹³.

As mudanças que originaram o que se convencionou chamar de “crise” do Estado de Bem-Estar Social se iniciaram na década de 1970 e resultaram em reformas de Estado a partir do final da década de 1970 e, sobretudo, nos anos 1980 e 1990. Tais mudanças ocorreram em relação ao contexto em que o Estado de Bem-Estar foi desenvolvido, como mostra Esping-Andersen¹⁴, quando eram outros os valores que vigoravam: “nas economias abertas e globalmente integradas de hoje (...) muitas das premissas que guiaram a construção desses *welfare states* não são mais vigentes” (Esping-Andersen, 1995: 73)¹⁵.

Embora a transformação industrial tenha se iniciado logo depois de finda a IIª Guerra Mundial, é sobretudo a partir da década de 1970, junto à crise econômica, que começaram a se fazer sentir os impactos do aumento dos gastos derivado do avanço tecnológico. A crise econômica iniciada na década de 1970 – cujo estopim foi o choque do petróleo, sobretudo após a segunda alta do preço em 1979 – expôs o limite de recursos como um problema para as economias dos países.

Os reflexos da crise econômica não foram poucos, como o aumento das taxas de desemprego, o desenvolvimento de novas formas de emprego, mais flexíveis, a redução da jornada de trabalho e o trabalho no âmbito do lar. A crescente incorporação da mulher no mercado de trabalho demandou novas estruturas de apoio ao cuidado da família e repercutiu nas taxas de fertilidade. O envelhecimento da população, associado à menor fertilidade, contribuiu (e ainda contribui) fortemente para o desequilíbrio da seguridade, a qual passa a ter sua sustentabilidade como uma questão preocupante. Ademais, como mostra Draibe, foram feitas pressões sociais e políticas por

modificações no sentido “de uma utilização mais humana, racional e democrática dos recursos” (Perrin, 1981 apud Draibe, 1988: 56) ¹⁶. E é nesse contexto que demandas orientadas por valores exclusivamente individuais vêm, desde então, questionando o *welfarianismo* e ganhando força.

Diversos autores analisam os questionamentos ao *welfare state* (Esping-Andersen¹⁵, Draibe ¹⁶, Fleury ^{17, 18}, Castel ¹⁹). Para Esping-Andersen ¹⁵, as mudanças que os originaram podem ser organizadas em três eixos: novas necessidades de seguridade social, condições econômicas e demografia, que dizem respeito ao envelhecimento populacional, à baixa fertilidade, à estrutura ocupacional e da família; à desindustrialização, ao crescimento econômico mais lento, à não mais disponibilidade do pleno emprego e à perda da garantia do emprego.

No setor de saúde o aumento dos gastos na prestação de serviços médico-hospitalares também foi e continua sendo expressivo, como mostra a evolução dos gastos com saúde para os países da OCDE no período de 1960 a 2005 (Tabela 1). Diversos fatores contribuem para o crescimento do gasto com saúde, como o aumento dos preços dos insumos e produtos do setor de saúde, a incorporação de novas tecnologias de saúde (que não substituem as antigas) e o envelhecimento da população, sendo que esses dois últimos são associados e respondem pela maior parte do aumento dos gastos.

O alargamento do topo das pirâmides etárias populacionais também contribui para o aumento da utilização de serviços de saúde para os idosos, com maior incidência de doenças crônicas que implicam na longa duração do problema de saúde e, portanto, do uso das novas tecnologias entre os idosos, como mostra Veras ²⁰.

Algumas mudanças vem sendo feitas para combater o aumento dos gastos com saúde, como ferramentas de avaliação de incorporação de novas tecnologias, de realocação de ambiente de algumas tecnologias (transição do ambiente hospitalar para o ambulatorial) e de revisão de tecnologias em curso, mas sobre as quais haja dúvidas acerca de sua efetividade. Assim, a incorporação de novas tecnologias abarca maiores gastos no curto prazo, mas é possível que o enfrentamento desse efeito, por meio de critérios específicos, possa estar contribuindo para a redução do gasto com saúde no médio e longo prazo, além de uma maior efetividade e eficiência dos serviços de saúde.

**Tabela 1: Evolução Percentual do Gasto com Saúde. Países da OCDE, 1960-2005.
(incremento % por década)**

Países	1960-1970	1970-1980	1980-1990	1990-2000	2000-2005
Austrália	-	-	11,7	6,9	-
Áustria	11,0	14,4	5,2	8,2	3,7
Bélgica		16,1	7,9	6,0	7,1
Canadá	11,2	13,5	10,6	4,6	7,1
Rep. Tcheca	-	6,0	7,1	16,5	8,2
Dinamarca	-	-	7,2	4,3	5,8
Finlândia	15,2	16,9	12,7	2,3	6,4
França	14,2	16,7	10,7	4,8	6,7
Alemanha	-	11,9	5,0	7,0	2,4
Grécia	-	20,9	21,8	17,5	9,5
Islândia	23,1	46,8	40,0	8,1	8,8
Irlanda	13,7	25,2	7,5	11,4	12,9
Itália	-	-	-	5,9	5,7
Japão	21,4	16,7	5,2	4,0	-
Coreia	-	-	-	13,0	11,8
Luxemburgo	-	15,0	9,6	8,6	12,5
México	-	-	-	23,9	11,9
Holanda	-	-	4,9	5,5	-
Nova Zelândia	-	16,5	13,9	5,8	9,3
Noruega	13,9	18,5	9,9	8,3	7,1
Polônia	-	-	-	30,1	8,3
Portugal	-	31,0	22,5	13,2	7,0
Rep. Eslováquia	-	-	-	-	15,2
Espanha	24,9	24,3	15,0	8,1	10,5
Suécia	-	14,9	9,1	4,5	5,5
Suíça	10,7	9,8	7,1	4,8	4,1
Turquia	-	-	55,8	88,9	35,0
Reino Unido	8,7	18,8	9,9	7,5	8,0
Estados Unidos	10,5	12,9	10,9	6,6	8,0

Fonte: OECD 2007 ²¹.

Nota: “-” : dados não disponíveis no período.

Assim, todas essas mudanças foram fortemente usadas para embasarem propostas de políticas de enfrentamento do déficit público e da inflação, feitas por estudiosos e equipes das áreas econômicas de cada país. Na segunda metade da década de 1980 começou a ser implantada a agenda liberal elaborada para realizar o ajuste macroeconômico. Tinha como eixo central estabilizar as economias e intervir nas políticas sociais, tomadas como instrumento de ajuste, como mostrou Ugá em 1997 ²². Foi nesta década que começaram a cair muitos dos governos socialistas e a ser desfeitos os modelos de sociedade que estes haviam construído. O liberalismo se fortaleceu, principalmente nos Estados Unidos e na Inglaterra, com nova roupagem, assim como o neoliberalismo, representado pelos projetos dos defensores da política do governo

Reagan, expressa pelo *Reagonomics*, e da primeira ministra do Reino Unido Margaret Thatcher com correntes similares de não intervenção do Estado no mercado.

Para Ugá e Marques esse momento correspondeu a um “paradigma neoliberal” pelo fato de a proposta liberal da década de 1980 trazer uma nova abordagem da sociedade pela associação das diferentes correntes liberais, a da Escola Austríaca, a de Chicago e a do *Public Choice*. As autoras organizam o paradigma do neoliberalismo em três eixos, os quais sustentam as propostas de (a) privatização, pela ideia de “superioridade do livre mercado como mecanismo de alocação eficiente de recursos”, (b) do individualismo e (c) da liberdade, em detrimento da igualdade (Ugá e Marques, 2005:196)²³.

São disseminadas e fortalecidas as ideias de que o investimento em uma seguridade social generosa implica em menor crescimento econômico e da oferta de emprego, e de que o Estado tende a ser menos eficiente que o mercado. A propagação dessas ideias neoliberais gerou uma menor confiança na capacidade de gerenciamento do Estado, como apontou Draibe ¹⁶. Como consequência, corroborou-se a crença nos valores individuais e em soluções de mercado, sob o argumento de que, para combater as deficiências identificadas na gestão feita pelo Estado, é preciso reformá-lo e retirá-lo da execução, expondo a execução de serviços à concorrência entres entes privados.

Esse momento de propostas neoliberais de ajuste macroeconômico é bem resumido por Ugá:

“no plano estritamente econômico, o padrão de intervenção estatal keynesiano deve ser abolido, retirando-se o Estado da economia, através da total desregulamentação do sistema e privatização do setor estadual, no plano social, a igualdade e a solidariedade social cedem lugar à diferenciação e ao individualismo, visto como a responsabilidade individual na alocação dos recursos pessoais” (Ugá, 1997: 85)²².

Assim, são questionados a eficiência e o escopo das atividades dos Estados de Bem-Estar e são supervalorizados o indivíduo e a liberdade individual.

As ideias do neoliberalismo se fortaleceram paulatinamente, sobretudo a partir da década de 1990. As propostas de privatização de programas sociais e de redução das ações sociais do Estado às populações mais pobres, eram (e são) comumente apresentadas como solução para a necessidade de diminuição do gasto público e como resposta às demandas “mais diferenciadas e individualistas da sociedade pós-industrial” (Esping-Andersen, 1995: 106)¹⁵.

Com a difusão das ideias neoliberais “o lema passa a ser a redução das atividades *welfarianas* do Estado, (...) consideradas como elementos de estímulo à falta de responsabilidade individual, além de serem vistas como o grande fardo financeiro carregado pelo setor produtivo da economia” (Ugá e Marques, 2005:197) ²³. Portanto, ao mesmo tempo em que foi colocada em questão a fórmula do círculo virtuoso entre o crescimento econômico derivado da combinação da política econômica keynesiana com a expansão das políticas sociais, os padrões de produção e demanda das economias capitalistas se transformaram, aumentou a inflação e ocorreu um menor crescimento econômico de muitos países. O conflito se deu (e se dá) entre a política econômica e a social, e na relação entre Estado e sociedade.

2.2. O DEBATE ATUAL SOBRE A PARTICIPAÇÃO DO ESTADO E DO SETOR PRIVADO

Existe extensa bibliografia referente aos resultados dos questionamentos aos Estados de Bem-Estar. Não é objeto específico dessa Seção sua análise exaustiva em cada país, mas sim entender como, nas três últimas décadas do século passado, as políticas de ajuste interferiram na relação do Estado com a sociedade e influenciaram os modelos de mix público-privado no setor de saúde. Por este motivo, a análise se concentrará nos elementos das reformas realizadas nos modelos de Estado considerados típicos (como os casos de Estados Unidos, Inglaterra e Alemanha), para auxiliar a compreensão das reformas do setor de saúde desses países.

Foi mostrado na Seção anterior que a crise econômica levou os governos e, sobretudo, os organismos internacionais de financiamento, a elaborarem políticas de ajuste estrutural de revisão da política keynesiana e das funções do Estado, retraindo-as.

As políticas de ajuste estrutural a partir da década de 1980 prescreveram o saneamento das finanças públicas pela diminuição do espectro de intervenção do Estado na economia e na área social que, como afirmou Ugá, o “receituário do ajuste estrutural respeita, nos seus pressupostos e prescrições, o ideário neoliberal” (Ugá, 1997: 94)²².

Como já salientado, **a proposição da retração do papel do Estado sobre a administração e provisão da seguridade social e sobre o melhor comportamento dos mercados, se baseou em um dos eixos do paradigma neoliberal, que é a crença de que a produção é feita com maior eficiência no setor privado que no público.** Um exemplo dessa corrente é a associação do setor privado à maior eficiência na alocação de recursos sob o argumento que, uma vez que os provedores estejam expostos às forças de mercado, tal exposição gera concorrência, o que faria com que a alocação de recursos se tornasse mais eficiente [ⁱⁱ].

É central nessa discussão que as ideias neoliberais colocam que a eficiência depende da exposição dos provedores à concorrência de mercado e pressupõem que o

ⁱⁱ A argumentação em defesa da maior eficiência gerada pelo mercado advém do resgate que a economia neoclássica faz do Equilíbrio de Pareto. Vilfred Pareto foi um economista no final do século XIX, propôs que quando há diferentes soluções de um determinado problema, em um mercado perfeito, uma solução domina a outra quando é considerada, pelo menos, melhor em termos de satisfação, e não é considerada pior nas outras possíveis funções de serem comparadas. Assim, a solução que domina vai ser considerada Pareto-ótimo e, sob tal lógica, representa a possibilidade de alcançar maior eficiência que a outra solução.

sucesso dos efeitos da concorrência – isto é, a eficiência – não ocorreria no setor público, motivo pelo qual defendem a maior exposição dos provedores às forças de mercado como forma mais eficiente de alocar os recursos, como mostra Preker²⁴.

Ainda em relação à provisão, vem sendo debatido em quais casos o Estado deve transferir a provisão dos bens e serviços para o setor privado e em quais os deve prover diretamente, com o fim de garantir sua oferta. Tanto o argumento da maior eficiência da provisão de serviços abertos à concorrência de mercado, como a discussão de quais serviços devem ser oferecidos pelo Estado e quais pelo mercado, são temas centrais na proposta que o Banco Mundial fez, no início da década de 1990, para a agenda das reformas dos sistemas de saúde. No Relatório “Investindo em Saúde” de 1993²⁵ foram sugeridos, entre outros, o ajuste macroeconômico, o investimento no aumento da concorrência no setor de saúde e a revisão do papel do Estado para a provisão de bens públicos e políticas voltadas para a população de menor renda.

Este documento defendeu a reorganização da assistência à saúde para a elaboração de pacote de serviços clínicos essenciais que garantisse bem-estar aos mais pobres (considerados os serviços de assistência à saúde materno-infantil, de planejamento familiar, controle da tuberculose e das doenças sexualmente transmissíveis e o atendimento focado nas doenças que apresentassem risco de vida em crianças, como diarreicas, doenças respiratórias, sarampo, malária e desnutrição aguda), proposta que ficou conhecida como de focalização da assistência. O mesmo documento propôs que fosse ampliada a cobertura da população com seguro privado de saúde e aumentada a gama de opções de seguro para serem escolhidos pelos consumidores que pudessem arcar com seu financiamento.

A proposta do Banco Mundial²⁵ visou direcionar o financiamento público à cobertura da população de baixa renda com cesta básica de serviços e ao combate de externalidades, e o financiamento privado para os demais serviços clínicos, pela criação de mecanismos que obrigassem as pessoas com maior renda a se responsabilizarem pelos recursos financeiros que garantissem sua assistência à saúde. O argumento apresentado pelo Banco em defesa de suas recomendações era que o financiamento de um sistema de saúde de acesso universal utiliza, para pessoas com mais renda, recursos que poderiam estar sendo gastos com os de menor renda.

A sobreposição das questões do mercado sobre as sociais tem sido severamente criticada por muitos estudiosos. Um de seus opositores é Deppe²⁶, para quem as propostas de reforma da seguridade que defendem a substituição do Estado na

organização das políticas sociais e a introdução de mecanismos de competição do mercado apenas pelo suposto maior ganho de eficiência que este pode gerar, conformam um processo de “economização” das questões sociais que, embora seja defendido com entusiasmo pelos neoliberais, não garante nem a melhoria das questões econômicas, tampouco a das sociais.

As reformas do setor público que vêm sendo realizadas, desde que anunciada a “crise” do Estado de Bem-Estar, foram fortemente influenciadas pelas questões aludidas e pelas reações dos governos, mercados e sociedades. Para Fleury, as soluções que vem sendo empreendidas podem ser analisadas segundo o grau de enraizamento do projeto de proteção social de cada sociedade. Para essa autora, o grau de penetração das propostas neoliberais – de privatização de programas sociais e de redução da função do Estado nesses programas exclusivamente aos mais pobres – dependerá do “êxito geral do projeto” de *welfare state* e do “enfrentamento que se deu no interior do próprio sistema de proteção social” (Fleury, 1995: 74) ¹⁸. Assim, as mudanças decorrentes desse processo acontecem de forma diferente nos países.

Para Esping-Andersen¹⁵, as estratégias de enfrentamento das mudanças passam pelo grau de organização das instituições de cada país e pelo que resulta das mudanças e interferências políticas em termos de investimento social. Assim, a capacidade de cada país em administrar seus conflitos vai resultar de como o país lida com a interferência de interesses outros que os dos objetivos de bem-estar social, emprego e crescimento.

Embora as soluções para a chamada “crise” dos Estados de Bem-Estar tenham se diferenciado entre os países, alguns pontos foram comuns. Por exemplo, em muitos países foi transferida parte da provisão de serviços que eram realizados pelo setor público para o âmbito do mercado, fenômeno comumente observado em serviços de telecomunicações, transportes, abastecimento de energia, água e esgoto, além de serviços sociais como saúde, educação e administração de fundos de pensões e aposentadorias. Além disso, importantes instrumentos foram desenvolvidos para viabilizar as reformas, como os contratos do Estado com organizações públicas e privadas, e a introdução de mecanismos de contenção de custos e gastos, como mostrou Preker ²⁴. Enfim, sob o argumento da maior eficiência, buscou-se aumentar a competição na produção de bens e serviços, inclusive dos de proteção social, e atender a demandas individuais específicas.

Essas mudanças interferem no papel do Estado, que **passa de produtor para comprador de bens e serviços produzidos e executados por outros provedores,**

públicos e privados. Para exercer as novas funções e assegurar a sustentação equitativa do financiamento e da distribuição desses bens e serviços, é preciso investir na melhoria de capacidade de coordenação do Estado, função que ficou conhecida como de regulação²⁴.

A análise da trajetória específica de cada país no desenvolvimento do modelo de Estado de Bem-Estar foi feita por Esping-Andersen¹⁵ alguns anos após ter elaborado a denominada tipologia dos regimes de *welfare state*. Nesta obra, o autor os agrupou pela posição na ordem mundial e pelo percurso histórico, político, cultural e econômico, que são os conjuntos de países: (a) Estados Unidos, Canadá, países antípodas; (b) Europa continental; (c) Países escandinavos; (d) Leste europeu; (e) América Latina e; (f) Leste asiático.

Para este autor, os três primeiros grupos correspondem, respectivamente, aos exemplos de países onde predominam o regime liberal, o corporativo conservador e o social democrata. O quarto grupo, dos países do leste europeu, se diferencia por estes países terem passado por uma transição da economia socialista para a de mercado, que requer o fortalecimento de instituições para intermediar os diferentes interesses que passam a vigorar quando entram para o mundo capitalista.

O grupo dos países da América Latina tem uma especificidade, dados os problemas estruturais pelos quais eles passaram e, segundo o autor¹⁵, o agravamento das questões pela forte presença do clientelismo. As mudanças ocorridas mostram diferenças entre esses países pelas estratégias adotadas de privatização da seguridade social e/ou de redução da rede pública, caso de Argentina e Chile – que corresponde ao modelo liberal/produtivista da análise da reformas da seguridade na América Latina realizada por Fleury¹⁸ –, e pela elaboração de políticas de cunho universalista, como Brasil e Costa Rica – modelo chamado pela mesma autora de universal/publicista.

Esping-Andersen¹⁵ considera que no Brasil houve um fortalecimento da rede pública de seguridade social, por ser um momento em que o país estava colhendo os resultados da transição democrática realizada nos anos 1980. Neste período, a Constituição Federal de 1988 estava recém promulgada e a seguridade brasileira em fase de reestruturação. Em geral, as reformas realizadas na América Latina são consideradas tardias²⁷ quando comparadas às realizadas nos países da Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico, OCDE.

No grupo dos países asiáticos, sobretudo Japão e Coreia, Esping-Andersen¹⁵ os considera modelos híbridos por serem focados na família, por um lado, e, por outro

lado, no Bem-Estar fortemente dependente dos serviços proporcionados pelas empresas. Esses países se fortaleceram com a reconstrução da IIª Guerra Mundial e o desenvolvimento de um modelo de Estado interventor, que os levou a despontarem como economias fortes na década de 1980, quando se tornaram conhecidos como os “tigres asiáticos”. O êxito econômico destes países passa por uma combinação de elementos que fortalecem tanto o Estado como o mercado. Para Stiglitz, são dois os principais elementos que compuseram o cenário de crescimento dos tigres asiáticos: “el gran papel para el gobierno y la gran confianza en los mercados”, combinados pelo poder do Estado de definição das regras de funcionamento do mercado, como assinala o autor, “algunos dicen que el gobierno utilizó el mercado para lograr su objetivo; otros dicen que el gobierno gobernó el mercado” (Stiglitz, 1994: 20)².

A análise das modificações desde o início da chamada “crise” do Estado de Bem-Estar, mostrou que nas sociedades com Estado de Bem-Estar mais desenvolvido não foram destruídos seus objetivos^{15, 28} quando comparados os rumos dos países em relação ao papel do Estado e do mercado em garantir a proteção social a toda a sociedade. Ainda há casos de ampliação do papel do Estado nas políticas sociais, como os que Esping-Andersen¹⁵ verificou, nos países nórdicos, que tinham o regime de *welfare state* social democrata bastante avançado e que continuaram expandindo o emprego no setor público, por exemplo.

Em países com o regime de *welfare state* que Esping-Andersen classifica como liberal, verificou-se aumento da desigualdade e da pobreza, mas nem todas as mudanças foram uniformes: no Canadá a proteção ao desemprego não diminuiu, mas no Reino Unido, Nova Zelândia e Estados Unidos, ocorreu um “certo grau de erosão do *welfare state*” devido à desregulamentação salarial e do mercado de trabalho e da diminuição da renda real (Esping-Andersen, 1995: 85)¹⁵. Nos Estados Unidos houve, além disso, o fortalecimento do modelo de participação das empresas no complemento à seguridade. A comparação das modificações dos Estados Unidos com os países escandinavos mostra que, enquanto aqueles enviesaram sua política sócio-econômica para o neoliberalismo, estes “capitaneiam uma estratégia de investimento social” mesmo tendo estes países cortado parte dos benefícios sociais (Esping-Andersen, 1995: 105)¹⁵.

No *welfare state* do tipo corporativo-conservador foi verificada a preservação da renda real familiar, mas com algum nível de redução da rede pública de seguridade social¹⁵. No Leste Asiático foi identificado o aumento da participação das empresas empregadoras para proporcionar a seguridade, seguindo o modelo dos Estados Unidos,

onde as empresas empregadoras – e não o Estado – são responsáveis por grande parte do financiamento e organização da seguridade social de seus empregados e dependentes. Na América Latina, as experiências foram diferenciadas, exemplificadas pela expansão da cobertura da seguridade no Brasil e na Costa Rica e, no caminho contrário, se encontram Argentina e Chile, conforme mencionado.

A tipificação que Paul Pierson fez sobre as mudanças decorrentes da crise do Estado de Bem-Estar enriquece a análise de Esping-Andersen¹⁵ por aprofundar a questão do imbricamento de elementos dos diferentes tipos ideais de regimes de Estado de Bem-Estar, o qual se dá como resposta às diferentes mudanças nos *welfare state* de cada país, em que foram reforçadas as misturas dos tipos. Como mostra Rodrigues²⁸, tais mudanças podem ocorrer para (i) “Contenção de Custos”; (ii) quando é feita adaptação do Estado a demandas de mudança nos serviços oferecidos (“Recalibração”) e; (iii) quando as necessidades que haviam sido transferidas do mercado para o Estado, na formação dos *welfare states*, são devolvidas ao mercado (“Remercantilização”).

Entre essas, apenas a última forma de organizar as modificações diz respeito a transferência de bens e funções do Estado ao mercado (Pierson, 2001 apud Rodrigues, 2003)²⁸. Assim, quanto mais próximas da remercantilização estiverem as modificações, argumenta Rodrigues, “mais elas se aproximam do modelo proposto pelos neoliberais” por sua proposta de privatização de programas sociais e de redução do papel do Estado nos programas sociais (Rodrigues, 2003: 152)²⁸.

Segundo essa tipificação, os Estados de Bem-Estar do tipo liberal de Esping-Andersen¹⁵ tenderam a realizar mudanças de “Remercantilização”. Os países com *welfare state* dos tipos social-democrata e conservador-corporativo, tenderam a ações associadas à “Contenção de Custos”, sendo que os últimos também aplicaram ações de ajuste dos serviços para responder a demandas que originaram a crise, isto é, de “Recalibração”²⁸.

Assim, as transformações do *welfare state* ocorridas nas décadas de 1980 e 90 não desmontaram totalmente a sua estrutura e os seus princípios. A força do neoliberalismo em meio às transformações do Estado de Bem-Estar tem sido comumente propagada mas, na realidade, essas mudanças não têm sido suficientes para aniquilar os propósitos que orientaram o desenvolvimento dos Estados de Bem-Estar^{15, 28, 29, 30}. Sua estrutura não foi abalada porque foram poucos os países que recuaram em relação ao que haviam construído no pós-guerra¹⁵ e, como assinala Rodrigues, “tais mudanças representaram

muito mais a exceção do que a regra das mudanças que vêm se processando nos sistemas de proteção social entre os países desenvolvidos” (Rodrigues, 2003: 183) ²⁸.

Deve ser acrescentado que o próprio termo “crise” do *welfare state* pode ser considerado exagerado, e mais adequado seria dizer questionamentos realizados ao regime de Estado de Bem Estar.

Entretanto, há consequências que não podem ser descartadas. Uma delas é que as propostas neoliberais de privatização da proteção social e da redução do papel do Estado à assistência pública aos mais pobres, corroboraram a menor confiança no Estado e influenciaram a sociedade. Porém, Esping-Andersen defende que essas propostas nem sempre chegaram ao ponto de derrubarem os objetivos do *welfare state* de ser “um mecanismo de integração social, de erradicação das diferenças de classe e de construção nacional” (Esping-Andersen, 1995: 107) ¹⁵.

Para Esping-Andersen, os Estados de Bem-Estar avançados foram bem sucedidos no sentido de proporcionar uma seguridade social baseada em direitos universais e por este motivo os efeitos econômicos negativos que resultaram do investimento feito pelos Estados de Bem-Estar não deveriam ser supervalorizados. Ainda, como “a única razão para promover eficiência econômica é a de garantir o bem-estar”, os efeitos econômicos negativos seriam um *trade-off* a ser constantemente debatido (Esping-Andersen, 1995: 108) ¹⁵.

Embora este seja um ponto de vista extremamente importante por assumir a proteção social como condição *si ne qua non* da organização das sociedades, ele deve ser considerado junto aos problemas das economias capitalistas contemporâneas que, se não forem resolvidos, podem interferir na garantia do bem-estar a ser proporcionado.

Devem ser considerados a força e o poder dos defensores do neoliberalismo, bem como o risco da penetração de suas ideias na sociedade; problemas estruturais de financiamento da seguridade social para toda uma sociedade e, ainda, a organização dos serviços e sua capacidade de responder às demandas sociais. Assim, **não é porque o *welfare state* não foi desmontado que as ideias do neoliberalismo devam ser desconsideradas, pois estas vêm sendo paulatinamente disseminadas e incorporadas ao discurso da mídia de diversos outros atores (como academia, políticos, imprensa, movimentos culturais, etc.), os quais podem acabar por defender a maior capilaridade do mercado sobre a sociedade, em detrimento da organização e financiamento da proteção social entendida como direito de direito de cidadania.**

Portanto, o grau de penetração do ideário neoliberal é uma questão importante nas sociedades contemporâneas e o discurso em favor do mercado sem proteção social adequada faz dos atores que o defendem uma importante influência na opinião pública. A propagação das ideias do neoliberalismo contribui na difusão da ideia de ineficiência do Estado quanto à sua capacidade de gerenciamento, bem como reforça os valores individualistas e a crença no mercado como o ator que melhor faria a provisão dos bens e serviços sociais. Este movimento corrói a confiança na adequabilidade da proteção social ser universal e a sua concepção como um direito de cidadania, ao mesmo tempo em que fortalece a ideia de que a proteção social corresponde a um bem de responsabilidade individual.

O dilema da reconstrução do *welfare state* desde o final do século XX está relacionado a conseguir sustentar uma seguridade social universal que proporcione qualidade de vida aos cidadãos³¹. Para garantir seu sucesso, o projeto não poderá mais desconsiderar o grau de exigência de demandas individuais, tampouco o contexto das sociedades atuais em que a precarização do trabalho e a desestabilização dos empregados (antes estáveis) são fatos que refletem a perda da garantia do pleno emprego e, sobretudo, do salário como vínculo de integração social. Para Castel¹⁹, a situação do salário diante da proteção social é a nova questão social das sociedades contemporâneas e ocupa dimensão tão importante quanto o foi o pauperismo no final do século XIX relatado por Polanyi¹³.

Quando Esping-Andersen coloca que “o mercado pode ser de fato um mecanismo eficiente de alocação de recursos, mas não de construção de solidariedade” (Esping-Andersen, 1995: 107)¹⁵, a ideia que se retoma é a do duplo movimento colocado por Polanyi¹³, onde as ações do liberalismo econômico levam à resposta da sociedade em busca de proteção social. Os resultados da correlação de forças são diretamente relacionados ao grau de organização da sociedade civil e à mobilização da sociedade para fazer valer uma proteção social com maior ou menor peso dos princípios solidários e do interesse público. Como mostra Rodrigues, as razões para o mau êxito das propostas do neoliberalismo na área social residem, também, na disputa política dos atores: “novos atores (...) aliados à força dos atores tradicionais (...), a forte adesão das populações aos direitos e políticas sociais jogaram um papel decisivo impedindo que as propostas neoliberais vingassem na área social” (Rodrigues, 2003: 183)²⁸. A esta tese converge a de Giovanella²⁹ na análise das mudanças ocorridas no sistema de saúde alemão.

O embate de forças ideológicas e do poder político-econômico sempre existirá nas sociedades e as mudanças futuras dependerão do peso que seus atores vão conseguir exercer na defesa de suas ideias e apresentação de projetos para as demandas por proteção social, trabalho, inclusão, garantia de eficiência na alocação dos recursos e de qualidade nos serviços, e das demandas individuais específicas.

2.3. RESULTADOS DAS REFORMAS DOS ESTADOS DE BEM-ESTAR NOS SISTEMAS DE SAÚDE

As reformas ocorridas no setor de saúde nos últimos 30 anos, que acompanharam as reformas dos *welfare states* **tiveram como principais objetivos a estabilização dos gastos com saúde** no contexto do ajuste macroeconômico – que ocorreu em quase todos os países europeus – **e a busca por eficiência na alocação dos recursos**. Resultaram, no nível microeconômico, na introdução de mecanismos de mercado e na separação do ente do financiador do provedor de serviços.

Nos sistemas de saúde as reformas se deram aos poucos, em um processo que pode ser observado em ondas, como apontaram Costa et al em 2003³². A primeira onda se deu nos anos 1970 e início dos 1980, com vistas à contenção dos custos, objetivo almejado por quase todos os países, independentemente do tipo de sistema. As estratégias para conter os gastos mantendo o modelo do sistema se restringiam ao aumento da eficiência na alocação dos recursos e à substituição das fontes de financiamento do sistema, pelo aumento do gasto privado com saúde³³.

Assim, as reformas buscaram controlar as quantidades de profissionais, produção de serviços de saúde e capacidade instalada de leitos, bem como alterar as formas de remuneração dos prestadores, incentivar medidas de prevenção de doenças e intervir na organização do sistema de saúde por meio de processos de desconcentração. Muitos sistemas investiram na desconcentração político-administrativa, mas não foi verificado algum processo que implicasse na “perda do poder de condução da política de saúde pelo nível central” (Almeida, 1997:195)³⁴.

Também foram introduzidos mecanismos de controle do uso dos serviços de saúde nas reformas, com vistas **ao compartilhamento dos custos com o usuário**, por meio de **co-pagamento** e **taxas moderadoras do uso**, medidas essas que foram **mais frequentes nos sistemas privados e nos de seguro social**. O objetivo da introdução desse tipo de mecanismo era diminuir o uso de serviços supérfluos e incrementar a receita para a saúde. Entretanto, a adoção desses métodos sem cuidados específicos gera polêmica até os dias atuais, pois, conforme assinala Ugá³⁵, o uso desses instrumentos pode afetar o consumo de serviços das populações de menor renda, reforçar a iniquidade no acesso aos serviços de saúde, além de gerar maiores custos administrativos e representar menor efetividade do ponto de vista de fontes adicionais de recursos. Para Almeida³⁴, o aumento do co-pagamento no ato do uso do serviço foi

baixo em termos de incremento de receita, mas teria surtido efeitos do ponto de vista de contenção da demanda. Recente estudo de Rodríguez, de 2008 ³⁶, mostrou que até os dias atuais ainda não foi comprovada a efetividade do co-pagamento na contenção do gasto com saúde em longo prazo, tampouco no aumento dos recursos arrecadados, ao contrário, seus custos administrativos e de implantação podem chegar a neutralizar sua arrecadação. Além disso, o co-pagamento teria o poder de mudar o padrão de uso de serviços que podem ser trocados por substitutos, uma vez a efetividade do co-pagamento dependa da elasticidade da demanda, a qual depende do tipo de serviço e da renda do indivíduo.

A segunda “onda”³² das reformas sanitárias se deu a partir do final dos anos 1980 e, sobretudo, no decorrer dos 1990. Nesta época já tinha se iniciado o processo de incorporação dos mecanismos de controle dos gastos e agregaram-se aos objetivos das reformas a demanda por maior qualidade de serviços de saúde, satisfação dos usuários e, sobretudo, maior eficiência para menores custos.

Foi a partir dessa segunda **onda que começaram a ser atribuídas novas funções ao Estado e ao mercado. Foram feitas modificações nos sistemas de saúde, tais como a passagem da função de provisão (que era do Estado) para o mercado, as privatizações e a consequente contratualização dos serviços. Foram incentivados o fortalecimento da auditoria médica, o uso de protocolos clínicos, a acreditação hospitalar e a avaliação de desempenho de instituições e serviços e, ainda, foram introduzidos mecanismos de mercado, de competição no setor público e foram criadas instituições para intermediarem a compra e a execução dos serviços.**

Alguns elementos das propostas de introdução de mecanismos de mercado e de competição influenciaram as reformas setoriais, sobretudo quanto à criação de intermediários nas transações realizadas no mercado de saúde. Exerceram forte influência nas reformas sanitárias os modelos da assistência médica gerenciada (*Managed Care*), da competição administrada (*Managed Competition*), do mercado interno e da competição pública³². Outras mudanças, que ocorreram em grande parte dos países europeus e nos da OCDE, foram a criação de listas de serviços e medicamentos cobertos e não cobertos nos sistemas públicos, e alterações das formas de remuneração para combinações da por capitação com a por diagnóstico.

2.3.1. As mudanças segundo o tipo de sistema de saúde

Observando casos específicos de reformas em sistemas de saúde de países desenvolvidos, as mudanças decorrentes dos questionamentos ao Estado de Bem-Estar nem sempre se deram uniformemente se comparadas entre os países. Quando observadas as reformas em países com semelhantes tipos de sistema de saúde é possível analisá-las mais facilmente e verificar mudanças comuns.

Alguns países com sistemas nacionais de saúde ou de seguro social, mantiveram o sistema definido em legislação como principal meio de proteção ao risco à saúde para a sociedade (sistema denominado “*statutory*” na bibliografia internacional e “estatutário” neste trabalho), mas realizaram mudanças internas ao sistema. Outros países mudaram o tipo de sistema de saúde principal. Note-se que a denominação estatutário não incorpora o caráter político da tipologia de *welfare state* de Esping-Andersen, cujo caráter misto é inerente ao modelo do sistema. Sua utilização tem o propósito de facilitar a discussão sobre os sistemas de saúde, mas com o cuidado de jamais observá-los como resultado de um único modelo ou desprovidos do imbricamento entre o público e o privado.

A seguir são brevemente mostrados casos de alguns países que mudaram seu sistema estatutário e de outros que realizaram modificações internas no sistema principal sem transformá-lo em outro tipo de sistema de saúde. Os países cujos sistemas de saúde são casos típicos terão uma análise mais prolongada das reformas de seus *welfare states*.

Países com Sistema Nacional de Saúde

Entre os países de regime social democrata e com sistema nacional de saúde, os escandinavos podem ser considerados países-exemplo típicos, e que lideram em relação a maiores investimentos sociais. Nesses países foram mantidos os sistemas nacionais de saúde, bem como o seguro privado nos casos em que este já existia, de forma residual. Em geral, os Estados de Bem-Estar desses países continuaram tendo como prioridade de investimento no setor de saúde o direcionado para o sistema nacional de saúde.

O **Reino Unido** é um país capitalista que implantou um sistema nacional de saúde típico e assim permanece seu sistema predominante até os dias atuais. Na década de 1970, investiu na revisão do método de alocação dos recursos entre as esferas de governo e, na de 1980, no gerenciamento. No final da década de 1980 e, sobretudo na

de 1990, com os objetivos de conter os custos e obter maior eficiência na alocação dos recursos, o Reino Unido introduziu mecanismos de mercado no sistema público para instituir a competição entre os prestadores de serviços. É a proposta de mercado interno (*Internal Market*) de 1989, a partir da qual, independentemente de públicos ou privados, os prestadores dos serviços passariam a ter de competir entre si, supostamente vendendo as melhores ofertas em termos de custo e qualidade dos serviços, como assinala Almeida³⁷.

Uma das formas de implementação se deu pela figura dos *fundholders*, médicos generalistas que passaram a ter que gerir os recursos dos *NHS trusts* e para a compra de serviços de média e alta complexidade. Atualmente, são os *Primary Care Trusts* (PCT), que gerenciam um hospital comunitário e um determinado número de consultórios, definido pela população coberta. Também programam e realizam a compra dos serviços de atenção primária, de acordo com critérios de necessidade de saúde e dos escolhidos por grupos de pessoas, cuja participação é pública, que opinam sobre questões como acesso, prioridades futuras, planos do hospital comunitário.

No final da década foi desfeito o formato de *fundholders* e competidores e foi incentivado o maior envolvimento do setor privado na prestação. Também foi feita a descentralização para a diferenciação dos preços dos serviços, segundo preços nacionais e preços locais. Foram introduzidas metas de desempenho e a qualidade da assistência passou a ser avaliada a partir de indicadores de desempenho e de eficiência, com base em parâmetros elaborados pelo *National Institute for Clinical Excellence* (NICE), instituto que é cada vez mais a principal referência para o sistema de saúde inglês e configura importante referência para muitos países.

Portugal e Espanha são dois países que tiveram seus sistemas de saúde reformados de seguro social para sistema nacional de saúde. Em ambos os países tal transformação se deu não como resposta aos questionamentos dos Estados de Bem-Estar, mas no contexto de mudanças políticas ocorridas na década de 1980, quando do fim de governos de ditadura e retorno da democracia, acompanhado da ampliação dos direitos sociais³⁸.

As reformas na Espanha se iniciaram na década de 1980, com a descentralização do sistema central para as regiões, a inclusão da atenção primária, a mudança do método de pagamento aos prestadores e, mais recentemente, a separação das funções de financiador, comprador e prestador, por meio de contratos-programas com metas de produção.

Na década de 1990 houve investimento na atenção especializada e diminuição dos recursos para a atenção primária, além de desorganização da atenção pela transferência de casos de atenção básica para serviços hospitalares e emergências. No início dos anos 2000 ainda havia problemas no sistema espanhol duramente criticados, como o poder de escolha do prestador pelo usuário ser restrito, as longas filas de espera, as desigualdades territoriais quanto ao acesso e a pequena autonomia hospitalar.

A **Nova Zelândia**, que foi o primeiro país capitalista a implantar um sistema nacional de saúde, é um caso específico de país que tinha esse tipo sistema e direcionou-o ao sistema privado. Atualmente é um país cujo regime de *welfare state* pode ser considerado do tipo liberal de Esping-Andersen¹⁴ apresentada em Seção anterior. No sistema de saúde desse país foi separado o ente que compra os serviços do que os provê, foram introduzidos mecanismos de competição, a provisão foi incentivada a ser privatizada, a atenção básica foi inteiramente privatizada e o acesso gratuito aos serviços foi mantido aos mais pobres – a política de saúde desse país passou a focalizar o financiamento público à cobertura da população de baixa renda pela cesta básica de serviços. Assim, o direito à saúde deixou de ser uma condição de cidadania.

Essa mudança levou a uma outra configuração do sistema de saúde da Nova Zelândia, pois era público, e passou a ser um sistema privado. Assim, pode ser classificado na “remercantilização” de Pierson comentada em Seção anterior, devido à devolução para o mercado da responsabilidade e organização de necessidades que haviam sido incorporadas pelo Estado quando do desenvolvimento de seu Estado de Bem-Estar. Condiz com a proposta do Banco Mundial de 1993²⁵, de conduzir o financiamento público na saúde para a cobertura da população de baixa renda pela cesta básica de serviços, ou seja, é uma política de focalização da atenção à saúde.

Países com Sistemas de Saúde Privados

Os **Estados Unidos** são o exemplo mais típico de sistema privado. Houve um projeto de um sistema de saúde público universal, proposto por Hillary Clinton no início da década de 1990, porém este não emergiu do nível de proposta. O sistema de saúde estadunidense permaneceu tipicamente liberal, onde a ação do Estado é reduzida aos mais pobres (*Medicaid*) e aos idosos (*Medicare*). Desde a década de 1980, existem alguns casos de estados que expandiram a cobertura do *Medicaid*. Inicialmente o *Medicaid* era destinado exclusivamente às mulheres solteiras e à seus filhos que estivessem abaixo de um limite de renda, passando a serem aceitas as não solteiras e

seus filhos e, o mais importante, um limite de renda maior que ampliou a cobertura do *Medicaid* ^{39, 40, 41}.

Os seguros privados são adquiridos por parte dos idosos que possuem *Medicare* e buscam complementar a cobertura do *Medicare* e por grande parte da população que não tem direito a ser coberta pelos programas públicos. Mesmo assim, aproximadamente 50 milhões de pessoas estavam sem qualquer cobertura de saúde em 2007. A grande parte das pessoas que possuem seguro privado (70% em 2004) depende do empregador para o seu financiamento ⁴².

A proposta da assistência médica gerenciada (*Managed Care*) foi reformulada em 1973, por meio de um ato normativo do governo dos Estados Unidos, o *HMO Act*, que regulamentou o sistema de saúde privado e introduziu as *Health Maintenance Organization* (HMO). As *HMO* exercem papel importante na competição do mercado, pois realizam a intermediação da compra e venda dos serviços e atuam na divisão dos riscos. Desde então, nos Estados Unidos vem sendo fortalecido o modelo de participação das empresas empregadoras no complemento a seguridade, inclusive no seguro privado de saúde de seus funcionários e familiares.

Outro mecanismo de mercado e de competição que influenciou as reformas sanitárias de outros países foi a proposta da competição administrada (*Managed Competition*), elaborada por Alain Enthoven em 1977 ³⁷ para a contenção dos gastos com saúde, tendo sido implantada na Califórnia. A ideia era inserir um ator no mercado de saúde, além das seguradoras de saúde, dos clientes e dos prestadores, que seria o *sponsor*³⁵. Este seria responsável pela reestruturação da demanda por meio da constituição de grandes grupos de clientes cujos interesses seriam defendidos pelo próprio *sponsor*. Teria maior poder de negociação, com o quê promoveria a competição entre os provedores e compradores de serviços pela formação de um mercado oligopsônico, em que o pequeno número de compradores teria maior poder de negociação sobre os preços.

Se, por um lado, os Estados Unidos ampliaram o espectro da população que tem os riscos à saúde protegidos pelo Estado pela expansão do *Medicaid*, por outro lado, o direito à saúde permanece condicionado à situação sócio-econômica do indivíduo, tanto para uso dos programas públicos como do seguro privado. Nos EUA não se alterou a estrutura do sistema de saúde. Também não é possível afirmar que tenha ocorrido devolução de responsabilidades ao mercado – o efeito de “remercantilização” de Pierson comentada em Seção anterior – porque o Estado de Bem-Estar deste país não

chegou a incorporar as necessidades sociais no âmbito do Estado. As respostas desse país aos questionamentos aos *welfare states* foram a introdução de elementos para o que Pierson chamou de “contenção de custos” e “recalibração”.

Países com Seguro Social

Os países da Europa continental com esse tipo de sistema de saúde fizeram mudanças variadas. A **Holanda**, por exemplo, aumentou a importância do seguro privado de saúde para uma parte da população que antes era coberta pelo seguro social.

O caso da **Alemanha** é interessante para refletir sobre os efeitos das reformas, pois seu sistema investiu na introdução de mecanismos de mercado que posteriormente foram revistos, e manteve os valores que orientam a proteção social alemã. O sistema de saúde alemão é fundamentalmente baseado no Seguro Social de Doença (GKV), a assistência é prestada pelas Caixas de Doenças e, desde a década de 1970, cobre aproximadamente 90% da população. A reforma setorial alemã pode ser observada em três fases, definidas por legislações de 1989, 1992 e 1996/7.

Como mostra Giovanella²⁹, a primeira etapa se caracterizou por diferentes atos. Do ponto de vista da elegibilidade ao uso do sistema, esta foi diminuída por impostas dificuldades aos aposentados e profissionais autônomos para sua participação no seguro social, porém tal regra não se sustentou e foi revogada posteriormente. Nessa etapa foram incentivadas as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e foi ampliada a cesta obrigatória de serviços de saúde cobertos. As Caixas podem oferecer serviços adicionais, mas os legalmente garantidos são para todos os segurados e representam quase a totalidade dos serviços.

A segunda etapa introduziu a possibilidade de escolha da Caixa pelo segurado, medida que interferiu no padrão de estratificação dos grupos, pois antes os indivíduos eram segurados por uma Caixa específica da categoria de ocupação ou renda a que pertencia. Os riscos são calculados por Caixa pelo perfil de seus segurados de renda, idade, sexo e quantidade de dependentes e de aposentados. A composição das Caixas as torna diferentes nas suas estruturas de custos e o sistema de saúde alemão passou a ter Caixas com menores receitas e maiores despesas convivendo com Caixas com maiores receitas e menores despesas.

Foi criado o Fundo de Compensação para estabelecer o equilíbrio entre as Caixas pela realocação de parte das receitas de algumas Caixas para outras, definida a partir da

atribuição de peso de risco de cada uma, calculado em função da contribuição dos seus segurados e do gasto previsto pelos riscos que representam. Dessa forma, o risco de adoecer de cada segurado deixou de ser compensado nas contribuições dos segurados de cada Caixa e passou a ser entre as contribuições dos segurados de todas as Caixas. Note-se que o mecanismo do Fundo de Compensação não equivale a um resseguro uma vez que os recursos são utilizados e não representam garantias financeiras a serem usadas em situações específicas.

A terceira etapa ampliou a liberdade de escolha dos indivíduos e permitiu a diferenciação da clientela das Caixas segundo nível de renda e idade, independente da ocupação. Esta mudança aumentou o risco de incentivo à composição de Caixas com clientela que representem menores receitas e maiores gastos, mas este risco tende a ser controlado pelo Fundo de Compensação. O co-pagamento para determinados serviços vem sendo progressivamente utilizado na Alemanha, mas não se aplica à população de baixa renda e aos com até 18 anos. Nos dias atuais é aplicado para internações hospitalares, medicamentos e próteses dentárias.

O sistema de saúde alemão fez mudanças importantes em direção à “remercantilização” de Pierson, comentada em Seção anterior, dada a maior participação dos usuários nos gastos com o intuito de controlar o uso de serviços e da intensificação da competição entre as caixas de seguro por segurados. Entretanto, observadas as modificações mais recentes, o sistema expandiu a cesta de serviços cobertos e não restringiu a elegibilidade ao uso do sistema. Ademais, a existência do Fundo de Compensação garante a preservação dos valores de solidariedade do sistema alemão e uma forma de conviver com a estrutura dos estratos da sociedade alemã, como mostrou Giovanella²⁹. Portanto, os valores de solidariedade do sistema de saúde alemão parecem predominar na definição de suas regras, o sistema tem grande aprovação da população e a proteção social, mesmo com a introdução de elementos conservadores contrários, prevaleceu.

Considerações sobre as Reformas dos Estados de Bem-Estar nos Sistemas de Saúde

Como comentado, a chamada primeira onda de reforma sanitária que se deu a partir dos questionamentos dos *welfare states* foi para a contenção dos custos do setor de saúde. Segundo Almeida³⁴, ela foi alcançada em quase todos os países na década de 1980, independentemente do tipo de sistema de saúde. Mesmo assim, se observado o

gasto público com saúde em relação ao PIB dos países entre 1980 e 1995, verifica-se o seu aumento em praticamente todos os países da OCDE, só tendo sido estabilizado a partir de segunda metade da década de 1990, como apontam Mossialos e Dixon³³. Deve ser notado que o financiamento dos sistemas de saúde, bem como a responsabilidade pela organização da prestação, permaneceu majoritariamente público, claro que com exceção dos EUA.

Na segunda onda, desde o final dos anos 1980 e no decorrer dos anos 1990, foram realizadas mudanças substanciais em busca de eficiência e de maior qualidade dos serviços e da satisfação dos usuários, mudança de formas de remuneração, incentivo do uso de protocolos clínicos, avaliação de desempenho, incentivo à acreditação hospitalar, fortalecimento da auditoria médica. Foram introduzidos mecanismos de mercado e de competição no setor público, foi transferida a provisão para o mercado por meio de privatizações de serviços e criada a intermediação entre a compra e execução dos serviços.

Deve ser destacado que **as reformas que se deram no âmbito da provisão dos serviços não interferem na proposta de proteção social do risco, com exceção de alguns casos de maior como a Nova Zelândia que privatizou programas e não apenas serviços. Na dimensão do financiamento, não se verificou diminuição do gasto público, com exceção de poucos casos.** Entretanto, teve importância significativa a introdução ou o aumento do co-pagamento em diversos sistemas de saúde (como da Itália, Alemanha, França, Reino Unido, Estados Unidos), o qual é um mecanismo que pode aumentar o peso do financiamento do gasto privado e também pode contribuir na iniquidade do acesso e do uso.

Outro ponto que merece atenção, é que **nas reformas sanitárias observadas a grande maioria dos sistemas nacionais de saúde mantiveram seu princípio de direito à saúde como uma condição de cidadania**, como ocorreu no Reino Unido, nos países escandinavos e nos ibéricos, entre outros. O sistema da Alemanha, de seguro social, ampliou a cesta de serviços cobertos e não alterou o direito à saúde. O sistema privado mais típico, que é o dos Estados Unidos, ao mesmo tempo em que expandiu a cobertura pública do *Medicaid*, manteve-a condicionada a situação sócio-econômica do indivíduo e, além disso, o sistema estatutário desse país continuou sendo o privado, financiado pelos usuários e pelas empresas empregadoras.

A convergência entre as reformas sanitárias foi para o que Freeman e Moran chamaram de “contrato público de provisão de saúde” (Freeman e Moran, 2002: 50)³⁰,

que é um termo da OCDE que consiste (i) na manutenção das fontes públicas de financiamento (contempladas as do sistema nacional de saúde e as do seguro social); (ii) na separação dos entes segundo a função de administração dos recursos e de provisão dos serviços e; (iii) na busca pela eficiência, pela melhora na qualidade da gerência dos serviços e maior autonomia na gestão hospitalar. Assim, a privatização que se deu nas reformas não foi dos programas, mas dos serviços, com cada vez maior preocupação da responsabilidade do Estado em organizar o sistema de saúde, incluídas as regras para a provisão (que em alguns casos passou a ser privada e essa é a tendência) se adequar a objetivos de interesse público.

Da mesma forma que na análise dos resultados das reformas dos Estados de Bem-Estar, os estudos sobre as reformas dos sistemas de saúde feitos por Esping-Andersen⁴³, Rodrigues²⁸, Freeman e Moran³⁰, Ugá³⁵ e Hokko et al³⁸ consideram que os resultados não representaram perda de direitos sociais e tampouco sustentaram políticas de saúde que representassem diminuição da proteção ao risco para o universo da população, salvo algumas exceções. Os resultados das reformas indicaram que, na maior parte dos casos, foram de natureza gerencial e de introdução de mecanismos de mercado no âmbito do setor público, o que é diferente de retração do papel do Estado.

Assim, o legítimo temor pela perda da proteção social derivada das privatizações e da competição de mercado não se sustentou nos sistemas de saúde bismarkianos (seguro social) e beveridgeanos (sistema nacional de saúde), pois as mudanças foram mais de cunho administrativo e econômico que de direitos à proteção social. Entretanto, esse temor é legítimo porque, mesmo havendo concordância que as reformas não desmontaram os sistemas de saúde desenvolvidos no pós-guerra do ponto de vista do princípio de universalidade na proteção à saúde e solidariedade na sustentabilidade do sistema, deve-se considerar cuidadosamente a penetração das ideias neoliberais no debate e no imaginário das pessoas.

Se resgatarmos o que Ugá e Marques²³ apontaram sobre os três eixos do paradigma neoliberal, comentado em Seção anterior – a privatização, o individualismo e a liberdade – a propagação das ideias com base nesses princípios contribui na difusão da concepção de ineficiência do Estado, reforça os valores individualistas, corrói a confiança na adequabilidade da proteção social ser universal e, além disso, fortalece a ideia de que esta deva ser bem de responsabilidade individual.

Quando observamos especificamente o setor de saúde, tem sido cada vez mais disseminada a crença no setor privado como alternativa ao descontentamento e às

dificuldades encontradas no uso de serviços de saúde no setor público. Tal crença é reforçada pelo alto valor atribuído à escolha e pela convicção na maior eficiência do setor privado na gestão dos serviços, como apontou Maynard¹². Ainda, outro argumento também comumente utilizado em defesa do aumento do tamanho do setor privado e de sua autonomia é a sua suposta contribuição na diminuição da pressão sobre o sistema público.

Ao setor privado, entretanto, correspondem vários problemas sérios e que devem ser analisados. Um deles é a existência de evidências, como as mostradas por Maynard¹², que os princípios do setor privado não garantem que este resolva *per se* o problema de iniquidade de acesso aos serviços de saúde. Outro problema, apontado por Rodrigues e Santos em 2008⁴⁴, é que, por operar sob a lógica de interesses privados, a existência e o funcionamento de serviços e profissionais de saúde no setor privado não são suficientes para que este se organize como sistema de saúde.

Ao contrário, a atuação do setor privado vai estar influenciada pela motivação que este setor tem; que é de obtenção de lucro, e jamais pela solidariedade ou pelo direito de cidadania, que são valores necessários a um modelo de proteção social que não atribua ao indivíduo toda a responsabilidade por sua saúde.

A presença do setor público garante o poder de interferir nos resultados do sistema com políticas que contemplem com maior propriedade o interesse público. Como mostraram Contandriopoulos et al (1993 apud Conill, 2006)⁴⁵, a relação entre o controle dos custos e os resultados de saúde sofre interferência com presença do setor privado no financiamento. Diferentemente do setor público, o privado atende a demandas individuais e influencia a prestação de serviços e a organização do sistema de saúde por esses valores, ao invés de valores coletivos que poderiam gerar melhores resultados do ponto de vista da proteção social ao risco.

No caso do profissional médico, interessa a esta análise a sua classificação no setor privado, feita por Saltman¹. Para este autor, o setor privado lucrativo pode ser categorizado em empresas grandes e pequenas no setor de saúde. As clínicas médicas e o profissional médico são contemplados entre as empresas pequenas. O que importa para essa discussão não é o tamanho da empresa em que o médico é classificado, mas que ele é considerado um profissional que tem interesses inerentes ao do setor privado lucrativo, pois é um profissional liberal. Por esse motivo, há interesses do profissional liberal que estarão em constante conflito com a ética médica, pois dizem respeito a obtenção do lucro. Nesse sentido, o médico é um ente privado que pode interferir na

organização do sistema público quando atua neste por trazer uma outra lógica, que é a do privado.

Além dos interesses do profissional médico e das outras categorias da força de trabalho com saúde, outros motivos influenciam o funcionamento do setor privado, como os próprios do setor privado de acumulação de capital, dos que sustentam o direito ao livre arbítrio dos indivíduos, os *libertarians* de Williams¹¹, que também investem na defesa do absoluto poder de escolha do usuário em relação ao serviço a ser utilizado – que corresponde a um dos eixos do paradigma neoliberal.

O contexto político-econômico e ideológico em que muitas sociedades se encontram na década de 1990 e, sobretudo, nos anos 2000, é de intensa presença das ideias do neoliberalismo, orientadas por questões econômicas e valores individuais em busca da maximização do benefício individual, por interesses de mercado e de acumulação financeira em detrimento dos valores coletivos e do princípio da solidariedade. Esse contexto influencia os modelos de sistema de saúde que foram desenvolvidos com base em princípios de solidariedade e interfere nos fundamentos de universalidade, integralidade e na aderência que a sociedade tem à ideia do direito à saúde como um direito à cidadania.

Este tema é explorado por Deppe, que considera haver uma “onipotência” do mercado sobre as questões sociais, a qual, junto à “economização” de questões sociais e médicas, transforma o caráter de política de saúde de “compensação do risco social” em “fator de suporte para a acumulação do capital global privado” (Deppe, 2006: 4. Tradução livre)²⁶, desfazendo-se a solidariedade na organização do cuidado da saúde em prol do fortalecimento dos interesses individuais e constituindo no processo que este autor chama de “reindividualização” e “comercialização”.

Os efeitos desses valores sobre as pessoas e a pressão do setor privado são observados em propostas de reforma de sistema de saúde, que se originaram pela insatisfação com os mesmos e pela crença na “capacidade de competição de mercado de produção de ganho de eficiência (...) refletem forte oposição de grupos de interesses de seguradoras privadas, servidores civis e empregadores à cobertura universal estatutária” (Mossialos e Thompson, 2004: 14. Tradução livre)¹⁰. Como vimos, mesmo com todas as reformas, a pressão do setor privado não tem sido suficiente para desfazer os sistemas de saúde baseados na proteção social, mas sim para introduzir novas formas de convívio entre o público e o privado no financiamento e na provisão dos serviços – e o que se

quer destacar nesse trabalho é que esse movimento resulta em novos formatos de mix público-privado no setor de saúde.

Este Capítulo 2 mostrou que diversas transformações vêm se dando nos arranjos entre o público e o privado no setor de saúde, no contexto atual de ideologias e forças políticas e econômicas que resultam das e nas relações entre mercado e Estado. Os efeitos das reformas foram mais de cunho administrativo, gerencial e econômico, não representaram perda de direitos sociais, tampouco sustentaram políticas de saúde que representassem diminuição da proteção ao risco para o universo da população, salvo algumas exceções.

Entretanto, mesmo que não tenha havido retração do papel do Estado no sistema de saúde da maioria dos países, as mudanças interferiram no mix público-privado, sobretudo pela introdução de mecanismos de mercado no âmbito do setor público, bem como pela disseminação da crença no setor privado como alternativa às dificuldades encontradas no setor público. É importante conferir como as possíveis alterações no perfil do gasto privado e do co-pagamento no financiamento setorial interferem no imbricamento público-privado nos sistemas de saúde e sobre o papel que o Estado desempenha sobre o mix, o que será realizado no Capítulo 3, o qual tratará também das tipologias.

Enfim, este Capítulo 2 mostrou os efeitos nos sistemas de saúde em virtude das reformas dos *welfare states*, o surgimento de novos formatos de convívio entre o público e o privado nos sistemas de saúde. Esses são temas que dizem respeito também à natureza do financiamento do sistema de saúde, às regras de elegibilidade para as pessoas participarem do sistema de saúde, à natureza e forma de prestação dos serviços, à quais são os serviços cobertos, etc. Portanto, o debate sobre as relações público-privadas no setor de saúde emerge de diferentes questões que tornam esse arranjo extremamente complexo e para contemplá-las o próximo Capítulo sistematizará as relações entre o público e o privado no sistema de saúde por meio da organização em tipos de relações entre o público e o privado nos sistemas de saúde e mostrará como ficou o financiamento dos sistemas de saúde do ponto de vista da participação dos recursos públicos e privados.

3. TIPOLOGIAS E DEFINIÇÕES DE MIX PÚBLICO-PRIVADO NO SISTEMA DE SAÚDE

3.1. INTRODUÇÃO AO CAPÍTULO 3

Por meio de estudos de análise comparada de sistemas de saúde, a Seção 3.2 apresenta os tipos ideais de sistemas, a Seção 3.3 apresenta os sistemas mistos, onde a tipologia da OCDE é adotada como referência para as análises posteriores e a Seção 3.4 apresenta a composição do financiamento dos sistemas de saúde e analisa como a participação do gasto privado com saúde interfere no imbricamento público-privado nos sistemas de saúde.

Na Seção 3.5 os tipos de sistemas mistos são examinados à luz de resultados de estudos que analisam os arranjos entre o público e o privado, verificados em Sistemas Nacionais de Saúde, em Seguros Sociais e em países com sistemas Privados. Os estudos se distinguem pelo ângulo utilizado por cada autor para analisar e tipificar as relações público-privadas. Tendo em vista os objetivos da tese, a reflexão sobre as tipologias e os achados é realizada com maior ênfase para analisar elementos com características semelhantes às do sistema de saúde brasileiro.

Note-se que a publicação de estudos que tipifiquem os arranjos entre o público e o privado nos sistemas de saúde e a consequente emergência do tema como linha de pesquisa na literatura internacional (denominado *public-private mix*), são extremamente recentes (o trabalho mais antigo encontrado data de 2000), comumente encontrados no âmbito do campo de pesquisa da Economia da Saúde.

Enfim, este Capítulo 3 apresenta e sistematiza alguns modelos com elementos e conceitos-chave para a compreensão do mix, os quais ajudam a esclarecer parte das questões levantadas no debate apresentado no Capítulo 2.

3.2. TIPOS DE SISTEMA DE SAÚDE

O setor de saúde é um componente importante da seguridade social. Movimenta grande volume do gasto social, exerce relação direta com as demais áreas sociais, envolve distintos atores, como os usuários dos serviços, financiadores, provedores, reguladores e da indústria de equipamentos, insumos, medicamentos, etc. O setor de saúde também representa uma área estratégica para o reconhecimento que a população faz sobre o sucesso das políticas sociais. Assim, as estratégias de mudança derivadas dos questionamentos aos Estados de Bem-Estar perpassam a organização dos atores nas sociedades, gerando conflitos de interesses e pressões aos formuladores de políticas³⁰.

As mudanças e reformas nos sistemas de saúde das últimas décadas se deram a partir da combinação das questões que originaram e alimentaram os questionamentos ao *welfare state*, com a realidade dos sistemas de saúde, de seus atores, de sua organização e de seus princípios norteadores. Os regimes que compõem a tipologia dos Estados de Bem-Estar de Esping-Andersen¹⁵ comentadas no Capítulo 2, isto é, social democrata, liberal e conservador corporativo, podem ser traduzidos nos tipos clássicos de sistema de saúde. Correspondem, respectivamente, ao sistema nacional de saúde, privado e de seguro social. Esta tipologia será utilizada para analisar os resultados das mudanças no *welfare state* no setor de saúde.

Na realidade, os sistemas de saúde mesclam os tipos clássicos e suscitam o debate acerca da política sócio-econômica das correntes ideológicas dos *egalitarians* e *libertarians*, comentadas em Seção anterior. As divergências em relação ao tamanho e funções do Estado e ao mercado fazem parte e molduram os tipos de sistema de saúde e são constantemente debatidas em todas as sociedades.

O embate de forças ideológicas, que no contexto de cada sociedade pode resultar em tal ou qual modelo de Estado, influencia diretamente na correlação de forças e nas escolhas que são feitas nas sociedades em prol de um ou outro tipo de sistema de saúde. Portanto, os sistemas de saúde são frutos de como as dimensões do sistema estão relacionadas no que é público e no que é privado, isto é, resultam do imbricamento entre o público e o privado, entre o Estado e o mercado, como apontado por Almeida³⁷.

O glossário do Observatório de Saúde da Organização Mundial de Saúde, OMS⁴⁶, define um Sistema de Saúde como um arranjo de pessoas, instituições e recursos com políticas, que tem por objetivo melhorar a saúde da população à qual o sistema se

destina, responder às suas expectativas e protegê-la do custo da doença por meio de atividades que objetivem a melhoria da saúde.

Esta conceituação trata mais de objetivos do sistema que das características de seu funcionamento. Para estas, é mais apropriada a definição do mesmo glossário da OMS⁴⁶ sobre Sistema de Cuidado de Saúde, que o considera uma estrutura formal para uma população específica, onde são definidos por leis e regulações o financiamento, a administração e o escopo de sua produção. O sistema de cuidado de saúde provê serviços para as populações, que são prestados em instituições como clínicas, hospitais, comunidades, etc. Esta definição é mais adequada na contribuição de quais características diferenciam os sistemas de saúde.

Estudos de análise comparada de sistema de saúde buscam categorias para tipificá-los. Como mostra Conill⁴⁵, há diferentes possibilidades, como as funções de Roemer⁴⁷ (Recursos, Organização, Financiamento e Gestão) e as de Mendes⁴⁸ (Regulação, Financiamento e Prestação dos serviços), entre outras. No presente trabalho, as principais características do sistema de saúde escolhidas são as formas de seu financiamento e de acesso aos serviços, a condição com que esse acesso se dá, como é feita a prestação dos serviços e como é organizado o sistema. Os sistemas de saúde resultam de combinações de tais características que os tornam predominantemente de um ou outro tipo, como mostra o Quadro 1, elaborado por Rodrigues e Santos⁴⁴.

No caso do **Sistema Público**, também chamado de Sistema Nacional de Saúde (*National Health System* ou *Service, NHS*), a cesta de serviços cobertos é abrangente e integral, para todos os níveis da atenção à saúde. O acesso aos serviços é gratuito e os serviços podem ser utilizados por qualquer cidadão, sem distinção, pois o direito à saúde é um direito de cidadania e, portanto, universal. A prestação dos serviços pode ser pública ou privada, mas na sua origem era pública. A organização do sistema é pública, feita pelo Estado.

Esse tipo de sistema é financiado por tributos e, segundo Drechsler e Jütting⁴⁹, não pode ser considerado um seguro porque os tributos não são coletados diretamente para pagar seguro, mas não raro alguns autores europeus se referem a este tipo de sistema como “seguro público”.

A construção do modelo de sistema nacional de saúde está baseada no modelo beveridgeano (Relatório *Beveridge* de 1942) de proteção social ao risco de saúde e na solidariedade entre os cidadãos, onde os benefícios são providos fundamentalmente pelo Estado e destinados a toda a população com acesso gratuito no ato do uso.

O modelo dos sistemas nacionais de saúde está instituído em muitos países, sobretudo nos Estados de Bem-Estar em que o regime social democrata se dá com maior ênfase. Na Europa, países como Dinamarca, Itália, Portugal, Grécia e Espanha possuíam um sistema de saúde de seguro social e após reformas setoriais, instituíram seus sistemas nacionais de saúde.

Quadro 1 – Tipos de Sistemas de Saúde.

Sistemas	Público de acesso universal	Seguro Social	Privado
Forma de Financiamento	Tributos	Contribuição sobre as folhas de pagamento das empresas	Privado
Forma de acesso	Universal	Múltiplo, de acordo com as categorias profissionais	Individual
Condição de acesso	Direito de cidadania	Benefício correspondente a contribuições pagas	Pagamento pelo serviço
Prestação dos serviços	Pública e/ou privada	Pública e/ou privada	Privada
Organização	Pública	Semi-pública	Privada
Países (exemplo)	Suécia, Reino Unido, Itália, Portugal e Espanha.	Alemanha, França, Argentina e Japão.	EUA, Nova Zelândia e Suíça.

Fonte: Rodrigues e Santos 2008: 16⁴⁴.

Nos países em que o sistema de saúde é um sistema nacional de saúde ou seguro social, o sistema também é chamado de estatutário (“*statutory*” na bibliografia internacional), que é o sistema legalmente definido como principal meio de proteção ao risco para a sociedade.

O **Seguro Social** (*Social Health Insurance, SHI*) tem uma estrutura do financiamento predominantemente vinculada ao emprego, por meio de contribuições do empregador e do empregado, e também pode ser complementado com recursos públicos. O seguro social é organizado por categoria profissional, pela afiliação à Caixa de Assistência à Saúde. A participação é compulsória e o acesso aos serviços é um benefício relativo às contribuições financeiras, exclusivo aos trabalhadores da categoria correspondente e aos seus dependentes.

A prestação dos serviços pode ser pública ou privada e os serviços são geridos por agências ou institutos de caráter semi-públicos, administrados por representantes dos trabalhadores e dos empregadores e, por vezes, do Estado. Assim, a organização do

sistema é semi-pública, feita segundo diretrizes e regulamentação do Estado e, também, pelas empresas que organizam as Caixas de Assistência.

Ainda não há consenso na literatura sobre o financiamento do seguro social ser público ou privado. A Organização Mundial de Saúde considera o financiamento desse tipo de sistema de saúde como público. Entretanto há autores como Saltman ⁵⁰, Drechsler e Jütting ⁴⁹, e Rodrigues e Santos ⁴⁴ como mostrado no Quadro 1, que o consideram um sistema de financiamento e provisão privados. Talvez mais importante que concluir sobre o caráter de seu financiamento e provisão seja diferenciá-lo de um sistema de saúde privado, pois o seguro social é fortemente regulado pelo Estado e por seus participantes, seu financiamento provém de contribuições sobre a folha de salários e é compulsório.

No seguro social o Estado exerce o papel de administrador da seguridade provida e financiada de forma privada, onde regras fundamentadas na solidariedade predominam sobre os valores econômicos e atuariais, sendo comum a ocorrência de subsídio cruzado entre distintas populações para o compartilhamento do risco – que pode ser entre grupos específicos de pessoas organizados por faixa etária, renda, situação de saúde, e/ou por ocupação. Estas características do seguro social lhe atribuem um caráter redistributivo e é comumente tratado como um sistema público, inclusive pelo próprio Saltman ⁵⁰ que atribui o caráter privado para o seu financiamento e sua provisão.

O seguro social predomina nos países com maior ênfase do regime de *welfare state* do tipo conservador corporativo, que provém do modelo bismarkiano de seguro social compulsório, introduzido na Alemanha após sua unificação do final do século XIX. Alguns países que possuem esse tipo de sistema são Áustria, Bélgica, França, Holanda, Luxemburgo e Alemanha, que não instituíram o sistema nacional de saúde nas reformas setoriais e mantiveram o seguro social até os dias atuais.

Nos países com seguro social a grande parte da população está coberta por este esquema, cuja participação pode variar de 63% (Holanda) a 100% (França, Israel e Suíça), sendo que na Alemanha e na Holanda os mais ricos podem ser cobertos por seguro privado ⁵⁰.

O sistema predominantemente **Privado** é aquele em que o financiamento é privado, podendo ser feito por cada indivíduo e/ou pelas empresas empregadoras. Pode ser financiado pelo pagamento direto ao prestador, também conhecido por

Gasto/Desembolso Privado Direto (*Out-of-Pocket*), e/ou a uma empresa seguradora que intermedeia o pagamento do serviço ao prestador.

Em geral, a participação em um seguro privado de saúde (*Private Health Insurance*) não é compulsória, quando também chamado de seguro privado voluntário (*Voluntary Health Insurance*). A participação pode ser individual (plano individual) ou por grupos (plano coletivo). O acesso aos serviços é condicionado pelo contrato do cliente com a empresa do seguro privado, o qual estabelece os critérios do uso do serviço. A prestação dos serviços é majoritariamente privada, embora haja casos de serviços públicos que atendem para seguro privado. A organização dos serviços é privada e pode ter regulação pública.

A definição da OCDE para seguro privado de saúde o coloca como uma forma de distribuição do risco de gastos individuais com serviços de saúde, realizada pelo recolhimento de recursos de um grupo de indivíduos anterior à utilização (OECD, 2004: 7) ⁵¹. A característica do pré-pagamento é importante, pois o cálculo do prêmio a ser pago é dimensionado com base no risco atribuído ao segurado.

A estimativa do valor do prêmio com base no risco atribuído ao segurado é realizada pela ciência atuária. Para isso é elaborada a tábua de vida, onde são elencados os indivíduos, suas características individuais e riscos relatados, como sexo, idade, lesões, doenças, histórico familiar, vulnerabilidade a risco, etc., enfim, probabilidade de gastos com utilização de serviços de saúde. Posteriormente são projetados os prováveis gastos individuais que serão realizados a cada período de tempo, com o quê são estipulados os valores do pré-pagamento. O valor do prêmio a ser pago pode ser igual para os indivíduos, pode ser definido pelo risco de gasto representado por cada indivíduo ou grupos de indivíduos e, ainda, pode ser estabelecido pelo nível de renda da pessoa saúde ^{51, 52, 53}.

Diferentemente dos planos individuais, os planos coletivos podem promover o compartilhamento do risco de gasto entre os segurados no mesmo grupo. Assim, a lógica das empresas de seguro privado de saúde é fundada no risco segurável, cujo cálculo se dá por valores atuariais e pelo compartilhamento do risco entre os segurados.

As maiores diferenças entre o seguro privado e o pagamento privado direto é que neste último o risco é exclusivo do indivíduo e o pagamento é feito após a utilização do serviço. Já no seguro privado de saúde, o risco é dividido entre a empresa seguradora e o segurado (podendo também o ser com o prestador).

Como mostra Maynard⁵⁴, a origem do setor privado está nos primórdios do exercício da medicina, do profissional médico que é um profissional liberal. Por este motivo, argumenta o autor, é da natureza do setor privado ser influenciado por motivações e interesses privados dos profissionais de saúde e do mercado privado de saúde, de forma a interferir também nas escolhas sociais e decisões políticas.

O sistema do tipo privado é o que se desenvolve com maior ênfase onde os interesses de mercado mais permeiam a sociedade, como o tipo de *welfare state* chamado por Esping-Andersen de liberal¹⁵. Um sistema típico é o dos Estados Unidos.

Como será mostrado na Seção a seguir, o Seguro Privado pode estar inserido no sistema de saúde de diferentes maneiras, que podem se diferenciar segundo o tipo de sistema de saúde estatutário do país, a amplitude da cobertura de serviços oferecida por este sistema, a elegibilidade para os indivíduos participarem do sistema, o acesso aos serviços e a existência ou não de co-pagamento no momento do uso, as possibilidades de escolha que os indivíduos têm sobre o prestador e o procedimento, horário de agendamento, nível de hotelaria dos serviços oferecidos, etc.

3.3. TIPOLOGIAS DE SISTEMAS DE SAÚDE MISTOS E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA O DEBATE SOBRE O MIX PÚBLICO-PRIVADO

3.3.1. Dov Chernichovsky

As dimensões do sistema de saúde usadas por Chernichovsky em artigo publicado em 2000⁵⁵ para classificá-los em público ou privado, são o financiamento e a provisão dos serviços. Entretanto, como será mostrado adiante, para este autor são (i) a extensão da cesta de serviços cobertos pelo sistema público e (ii) a relação dos serviços ofertados no setor privado, que definirão o grau de participação do público e do privado que conformará o mix público-privado.

Um sistema de saúde com financiamento e provisão públicos é chamado por Chernichovsky⁵⁵ de Sistema “Público Puro” e será “Privado Puro” quando tiver financiamento e provisão privados. O mix público-privado vai se dar pelo cruzamento dessas possibilidades, como mostra o Quadro 2, quando o sistema se chamará “Combinado”. Assim, este ocorrerá para o caso do financiamento privado com provisão pública e para o do financiamento público com provisão privada.

Quadro 2: Classificação do sistema de saúde segundo o mix público-privado de Chernichovsky.

PROVISÃO DOS SERVIÇOS	FONTE DE FINANCIAMENTO	
	Privada	Pública
Privada	Sistema Privado Puro	Sistema Combinado
Pública	Sistema Combinado	Sistema Público Puro

Nota: Adaptado de Chernichovsky 2000⁵⁵.

A característica mais importante do sistema Combinado é, para Chernichovsky⁵⁵, a extensão da cobertura de serviços do sistema público. Os sistemas nacionais de saúde preconizam a cobertura abrangente de serviços, entretanto na prática ela não alcança todas as possibilidades de serviços a serem cobertos. Ademais, devido à constante mudança na cesta de serviços de saúde decorrente da incorporação tecnológica, a cobertura dos serviços no sistema público de saúde tende a nunca alcançar a completude de serviços existentes. Neste sentido, a agilidade da criação e incorporação de novos procedimentos e serviços, bem como a exclusão dos obsoletos, atribui alto grau de instabilidade à cobertura real de serviços nos sistemas de saúde.

Diante da constante mudança na cesta de serviços cobertos pelo sistema público, dificilmente se identifica se eles estão contemplados na chamada cesta ampla ou integral. Para oferecer uma cesta absolutamente completa de serviços, o sistema público teria que estar constantemente incorporando todas as novas tecnologias, para compor o mais amplo e diversificado pacote de serviços cobertos. Isto é, por maior que seja a cobertura de serviços oferecidos pelos sistemas públicos de saúde, ela nunca é de fato completa.

É na lacuna de serviços não oferecidos em cada sistema público de saúde que o setor privado tende a prosperar, pois estes serviços não cobertos no sistema público – e também os cobertos, mas não em todas as condições que o usuário ou o profissional de saúde deseja – tenderão a serem pelo privado, que poderá complementar a cobertura pública.

Assim sendo, para Chernichovsky⁵⁵ a extensão da cobertura dos serviços do sistema público vai definir sua relação com o setor privado e, portanto, os arranjos entre o público e o privado. Logo, as possibilidades de cobertura de serviços no sistema público e no setor privado são centrais no entendimento do mix público-privado nos sistemas Combinados deste autor.

A demanda pelos serviços cobertos pelo setor privado pode ocorrer por diferentes motivos, que podem ser: o desagrado com o tempo de atendimento e com a fila de espera no sistema público, a possibilidade de escolha do médico ou da unidade de atendimento no setor privado, a especificidade do serviço, quando o paciente necessita ou deseja um serviço semelhante que não é coberto pelo sistema público ou, ainda, uma melhora no serviço em termos de hotelaria e comodidades.

Os serviços ofertados pelo setor privado são categorizados por Chernichovsky⁵⁵ segundo suas características e os motivos de busca por eles:

- **Amenidades** – serviços sem implicações médicas que são prestados no estabelecimento de saúde e muitas vezes consumidos junto a algum serviço de saúde, por exemplo procedimentos estéticos feitos por dermatologistas, mas que não interferem sobre os resultados de saúde da população;
- **Serviços que são oferecidos pela cesta pública, mas ajustados por qualidade** – busca de atendimento mais rápido, opção por um

medicamento específico que só pode ser comprado no setor privado porque o público só oferece o genérico, etc.;

- **Serviços Excluídos da cesta pública** – serviços de saúde que não são ofertados pelo sistema público, que podem ser:
 - **serviços excluídos complementares à cesta pública** - são serviços que, além de não serem oferecidos pela cesta pública, não tem nela serviços análogos, de forma que sua oferta é complementar à cesta pública de serviços (por exemplo, medicamentos não oferecidos pelo sistema público, nem mesmo em modalidade de genérico);
 - **serviços excluídos neutros em relação à cesta pública** - conjunto de serviços tradicionalmente não oferecidos pela cesta pública, como o caso dos de saúde bucal que não são oferecidos pelo sistema público em grande parte dos países europeus e;
 - **serviços excluídos substitutos em relação à cesta pública** - são serviços que não são oferecidos pela cesta pública, mas que tem nela serviços análogos, por exemplo determinados serviços de diagnóstico e tratamentos. Comumente um serviço classificado nesta categoria também o está na de Serviços Ajustados por Qualidade.

Como comentado, da combinação entre os serviços cobertos pelo sistema público com os serviços que são realizados pelo setor privado, têm-se o formato final da totalidade de serviços cobertos no sistema de saúde como um todo, o qual resulta o do mix público-privado, composto de forma diferente em cada país. Na maior parte dos sistemas Combinados, a extensão da cesta de serviços cobertos nos sistemas públicos não consegue alcançar a completude, resumindo-se a uma cesta parcial, resultando no arranjo exibido na coluna do Cenário 1 (Quadro 3).

Se o sistema público incorporar novos serviços à sua cesta, mudará a extensão da sua cobertura, tornando-a mais abrangente ainda. Quanto mais ampla for a extensão dos serviços cobertos, mais perto da completude estará a cobertura sistema de saúde público. Para o autor, dependendo dos serviços que são incorporados à cesta do sistema público, essa ampliação pode resultar numa cesta completa (Cenário 2) ou não, se mantendo parcial (Cenário 3).

Quadro 3: Sistemas Combinados de Chernichovsky.

SERVIÇOS COBERTOS		CENÁRIO 1: cesta de serviços cobertos	CENÁRIO: cesta pública resultante da incorporação de serviços privados		
			CENÁRIO 2	CENÁRIO 3	
Sistema Público	Cesta pública		Público - Parcial	Público - Parcial	
	Serviços do Setor Privado	Excluídos da Cesta Pública	Complementares à cesta pública	Público - Completa	Privado
Neutros em relação à cesta pública			Privado		
Substitutos à cesta pública			Privado	Público - Parcial	
Ajustados por Qualidade		Privado	Privado		
Amenidades		Privado	Privado	Privado	

Nota: Elaborado a partir de Chernichovsky 2000⁵⁵.

Entretanto, não basta a cesta de serviços do sistema público estar completa para garantir a satisfação da população. Por exemplo, no caso dos serviços classificados como **Amenidades** que são comumente ofertados pelo setor privado, podem induzir a demanda de pacientes para o setor privado pelo fato de serem serviços desejados pelos usuários, mas não serem encontrados no sistema público. O fato de os serviços de amenidades não serem ofertados pelos sistemas públicos pode contribuir, segundo o autor, para uma insatisfação dos pacientes com o sistema público, justamente por este não cobrir tais serviços demandados.

Para corrigir tal situação, Chernichovsky⁵⁵ sugere que, apesar de tais serviços carregarem um componente ideológico incoerente com o que é um serviço de saúde, no sentido de não responder estritamente às necessidades de saúde, as amenidades devem ser incorporadas à cesta de serviços do sistema público pelo componente de positivo que têm sobre a satisfação da população para com o sistema de saúde. Para que os custos desses serviços não onerem toda a população, o autor aponta que a condição para serem ofertados pelo sistema público de saúde é que, diferentemente dos demais serviços, estes sejam financiados de forma privada.

Em relação aos **Serviços Excluídos Complementares e aos Neutros**, caso fossem acrescidos à cesta serviços oferecidos pelo sistema público, ela passaria a conter todos os serviços de saúde existentes e necessários à saúde e conformar-se-ia a

cobertura completa de serviços, como mostra a coluna do Cenário 2 no Quadro 3. Diferentemente do caso das **Amenidades**, o autor não considera adequada a possibilidade de os Serviços **Excluídos Complementares** à cesta serem oferecidos pelo sistema público e financiados de forma privada. Para ele, este formato apresenta o risco de se dar em detrimento do sistema público. Para este caso, Chernichovsky⁵⁵ elabora uma proposta contrária, isto é, que sejam incorporados à cesta pública, e financiados também de forma pública, aqueles serviços Excluídos Complementares à cesta pública que tenham custo-benefício comprovado, pois estariam contribuindo positivamente nos resultados de saúde da população.

A terceira situação corresponde à hipótese de serem acrescidos à cesta pública apenas os Serviços **Excluídos Substitutos** e os Serviços **Ajustados por Qualidade**, como mostra a coluna do Cenário 3. Segundo o autor, neste caso a cobertura do sistema público não se completaria e permaneceria parcial, uma vez que sem os serviços complementares e os neutros não estaria garantida a resolução de todas as necessidades de saúde da população. Por este motivo, considera que estes serviços não devem ser incluídos na cesta pública. Para Chernichovsky⁵⁵, a alternativa mais adequada à incorporação dos serviços Ajustados por Qualidade à cesta pública de serviços, que deveria ser almejada, deveria ser o investimento na melhoria dos sistemas públicos, como exemplo na diminuição da lista de espera.

Contribuição do modelo de análise de Chernichovsky

O olhar deste autor é predominantemente econômico, especialmente devido a limitação de recursos existentes para serem usados no setor de saúde – problema para o qual ele pressupõe que o setor privado possa minimizar pelo financiamento de parte do sistema de saúde. Nesse sentido, aponta que o setor privado pode interferir no sistema de saúde alterando o nível de saúde da população, mas seus efeitos podem ser positivos ou não. Nos casos em que o setor privado interfere com efeitos negativos para os objetivos do sistema de saúde, os recursos privados estão sendo desperdiçados (“*wasteful*”) do contrário, os recursos são aproveitados (“*not wasteful*”).

O autor aponta interesses que o setor privado tem, que devem ser contemplados pelo sistema público de saúde na sua interface com ele e que não podem ser desconsiderados quando pensamos o mix público-privado nos sistemas de saúde. Ele assinala que nos sistemas Combinados a teoria econômica prevê que (Chernichovsky, 2000: 16)⁵⁵:

- os provedores privados têm interesse em aumentar a receita, o que leva a consequências na relação de agência estabelecida entre médico e paciente na utilização de serviços privados;
- os provedores privados e profissionais de saúde tendem a referenciar o paciente para alguns serviços do sistema público para poderem diminuir os seus custos, e ficarem com os tratamentos que lhes proporcionem maiores margens de lucro.

Esses **interesses e comportamentos do provedor privado, característicos dos sistemas Combinados, terão maior ou menor incentivo para serem exercidos segundo a forma de remuneração do provedor e as regras de funcionamento do setor privado**. Por este motivo, Chernichovsky considera que os sistemas combinados permitem o melhor aproveitamento da infra-estrutura pública e do paciente em prol do interesse privado. A fundamental questão que daí deriva é que **o impacto que o mix pode ter sobre os objetivos de um sistema de saúde vai depender dos serviços cobertos pelo seguro privado e da cesta de serviços ofertados pelo sistema público**. Portanto, a lista de serviços cobertos, sua fonte de financiamento e a natureza da provisão dos mesmos, isto é, se pública ou privada, configuram uma dimensão importante para Chernichovsky ⁵⁵, que considera que o momento em que se dá a utilização do serviço é central para o mix público-privado, pois são neste momento que podem ser mais ou menos incentivadas as consequências do arranjo.

Deve ser destacado que quando este autor aponta para a importância da extensão da cesta pública de serviços e de seus possíveis efeitos no mix público-privado (que ele denomina Combinado), ele aprimora o debate sobre a determinação que a cobertura de serviços do sistema público tem sobre a quantidade e o tipo de gasto privado. A extensão da cobertura dos serviços do sistema público vai definir, segundo o autor, sua relação com o setor privado e, portanto, os arranjos entre o público e o privado. Logo, as possibilidades de cobertura de serviços no sistema público e no setor privado são centrais no entendimento da relação entre o público e o privado nos sistemas Combinados, dando-se a atuação do setor privado em resposta à demanda individual por serviços não cobertos pelo sistema público, ou por serviços cobertos pelo sistema público, mas não em todas as condições que o usuário ou o profissional de saúde deseja.

Ademais, a compra de serviços do setor privado para complementar a cobertura parcial do sistema público influencia, para o autor, a equidade vertical do acesso no sentido pró-ricos, pois somente podem utilizar os serviços privados as pessoas que têm

renda para adquirir um seguro privado de saúde ou para realizar o gasto privado direto, pelo pagamento do serviço no ato do consumo.

O ponto possivelmente mais importante para o presente Capítulo é que o autor sugere que a relação entre o público e o privado seja claramente delineada no caso dos Serviços Excluídos, o que é útil quando da elaboração das políticas públicas que definam quais serviços não serão oferecidos no setor público, uma vez que serão pelo mercado privado – da mesma forma, a relação entre a cobertura pública e a privada de serviços deverá ser contemplada no presente trabalho –, nas palavras de Chernichovsky: “*a prudent policy should minimize the options for proximity between ‘public’ and ‘private’ at the point of services provision, especially with regard to ‘excluded services’ which are real or virtual substitutes for services included in public entitlement*” (Chernichovsky, 2000: 32) ⁵⁵.

Por fim, não se deve deixar de destacar o componente liberal na concepção da proposta de Chernichovsky quando, argumentado por sua preocupação com a escassez de recursos, propõe que o financiamento privado seja aproveitado de forma a obter os melhores resultados possíveis para o sistema de saúde, sendo que, no caso de países em desenvolvimento, o setor privado poderia possibilitar ganho de escala e contribuir na oferta de tecnologias caras e em serviços clínicos especializados. Para o autor, seria mais vantajoso para esses países o sistema que combina o público e o privado no financiamento e na provisão, partindo da hipótese de que, sem o setor privado, o sistema público não conseguiria ofertar todos os serviços de maneira eficiente, precisando do privado para garantir a economia de escala (Chernichovsky, 2000: 27) ⁵⁵. Note-se que o argumento da eficiência apresentado neste exemplo demonstra que a visão de Chernichovsky coincide com um dos eixos do paradigma neoliberal discutidos no Capítulo 1, qual seja, a da “superioridade do livre mercado como mecanismo de alocação eficiente de recursos” (Ugá e Marques, 2005: 196) ²³.

3.3.2. Richard Saltman

As relações entre o público e o privado nos sistemas de saúde são compreendidas por Saltman, em seu artigo publicado em 2003 ¹, pelo campo da provisão de serviços, mais especificamente, pela natureza e pela gestão das instituições que prestam os serviços e organizam o sistema de saúde.

O autor ressalta a importância da dicotomia das ideologias representadas pela social-democracia e pelo neoliberalismo, que alimentam o debate entre o público e o privado, mas não as considera suficientes para explicar o mix público-privado no setor de saúde. Para isso, ele propõe uma taxonomia do mix, constituída em quatro categorias: Público Estatal, Público Não Estatal, Privado Lucrativo e Privado Não Lucrativo.

O **Público Estatal** é o formado pelo aparelho de Estado e seu quadro funcional, como o Ministério da Saúde, quadro nacional de servidores e outras instituições públicas de governo.

O **Público Não Estatal** é composto por órgãos não necessariamente estatais, mas cujos objetivos são de interesse público, isto é, têm fins coletivos. Geralmente essas instituições foram criadas para terem maior autonomia gerencial, jurídico-administrativa e financeira que os órgãos estatais têm, mantendo-se os objetivos dos órgãos públicos. São exemplo do Público Não Estatal: as empresas públicas; as instituições não estatais; os hospitais com gestão independente e autônoma e; os conselhos e instituições regionais previstos constitucionalmente e eleitos independentemente, cujas atuações estão restritas ao local a que estão inseridos, estes mais frequentes na Europa.

O setor **Privado Não Lucrativo** de saúde é composto por instituições privadas sem fins lucrativos, cuja missão é direcionada às questões sociais. São exemplos as organizações não-governamentais e instituições afins, como as de caridade, religiosas ou comunitárias.

O setor **Privado Lucrativo** de saúde é composto pelas empresas grandes e pequenas. As empresas grandes são as grandes corporações, cujos interesses são claros e concorrenciais. As empresas pequenas são os clínicos, que atuam individualmente (profissional liberal, médico) e em grupo (médicos que se associam em uma empresa, as clínicas médicas).

Saltman¹, ao categorizar Empresas Pequenas, destaca que mesmo nos casos em que o médico é assalariado ou contratado pelo Estado, ele não deixa de ser um ente privado e, portanto, com seus interesses próprios, privados, lucrativos, os quais vão se relacionar com interesses públicos e coletivos. Nesse sentido, o autor distancia o leitor da imagem onírica que, grosso modo, se tem do profissional de saúde, cujo interesse deveria ser unicamente a melhora de seu paciente. A atribuição desse caráter privado ao médico expõe o seu interesse como algo mais amplo do que os interesses éticos de um

profissional de saúde e, neste caso, com poder de interferir no setor público com a lógica do privado.

O autor faz referência ao fato de o mix público-privado existir em diversos países europeus. Para ele, isto ocorre desde que foram implementados os sistemas nacionais de saúde e se permitiu a provisão dos serviços por entes privados. Entretanto, considera que as relações público-privadas vêm sofrendo transformações pelo crescimento do setor privado de seguros e por mudanças no formato jurídico-administrativo e de financiamento das instituições que prestam serviços de saúde, bem como no tipo de contrato de prestação dos serviços, fazendo com que o que os conceitos de público e de privado tenham gradualmente se transformado e se tornado difusos.

Assim, cada uma das quatro categorias de Saltman ¹ possui subcategorias que se mesclam na realidade dos sistemas de saúde, como é o caso do profissional médico e das instituições que prestam serviços de saúde, que vêm sofrendo mudanças nos seus arranjos organizacionais que misturam o público e o privado. Para o autor, essas modificações dificultam a compreensão do que hoje é público, do que era público e se tornou privado por meio de privatização (isto é, a instituição pública que se torna propriedade privada) e, ainda, do que é público e possui elementos de mercado sem se tornar privado.

O mix público-privado de Saltman ¹, portanto, não é estático e deve ser analisado tendo-se em conta o seu dinamismo. Para o autor, a política de saúde deve garantir que as mudanças na relação entre o público e o privado estejam inseridas nos rumos sociais e econômicos adequados aos objetivos da sociedade.

Neste sentido, entende que a função do Estado, diante do atual contexto de imbricamento entre o público e o privado no setor de saúde, é de regulá-lo com a responsabilidade de acompanhar as transformações que vêm ocorrendo nas relações do público com o privado, de forma a garantir a avaliação das consequências que esses novos arranjos podem trazer aos objetivos do sistema de saúde, ou seja, se contribuem positivamente ou negativamente aos resultados de saúde, ao desenvolvimento do sistema de saúde e aos objetivos sociais.

Contribuição do modelo de análise de Saltman

O modelo de Saltman¹ contribui ao apontar que os arranjos público-privados ultrapassam o limite das ideias representadas pelo *welfarianismo* e pelo neoliberalismo,

e ao propor categorias de mix público-privado do sistema de saúde que são específicas do campo da gestão dos sistemas e dos serviços de saúde. A forma como essas categorias interferem nos resultados do sistema deve ser considerada no presente trabalho.

A análise do papel do **médico** no sistema de saúde, por exemplo, é relevante ao mostrar que ele **pode influenciar o setor público com a lógica do privado**. A importância dos interesses de mercado do profissional de saúde já foi apontada por outros autores⁵⁶, mas o modelo de Saltman¹ inova por associar isso a uma categoria com a mesma visibilidade que as outras no mix público-privado. Na realidade, este entendimento de Saltman¹ segue na mesma direção que a linha de estudos sobre o comportamento médico que vem sendo desenvolvida há mais tempo, como a de Eisenberg⁵⁶, que discute as repercussões advindas de práticas clínicas específicas, como as relacionadas ao interesse que esse profissional tem em aumentar seu rendimento e a atender aos interesses do paciente, ao espelhamento na prática de colegas e de seu entorno, entre outras.

O autor elaborou um modelo que tem em conta os resultados das reformas dos Estados de Bem-Estar nos sistemas de saúde no campo da provisão, como as mudanças nos arranjos organizacionais que contemplam o público e o privado, e apresentou com clareza sua posição ideológica em defesa da atuação do Estado sobre o mix para garantir os resultados do sistema de saúde com políticas que atendam ao interesse público.

Para Saltman, os sistemas de saúde são permeados por arranjos entre o público e o privado a cada dia mais presentes, complexos e dinâmicos. Ele considera que muitas novas entidades no setor de saúde se transformaram tanto e se tornaram tão mescladas, que não podem ser consideradas “*neither wholly public nor wholly private*” (Saltman, 2003: 28)¹.

3.3.3. Carolyn Tuohy, Colleen Flood e Mark Stabile

O estudo de Tuohy, Flood e Stabile, disponível em artigo publicado em 2004⁵⁷, tem por principal objetivo compreender o que decorre do financiamento dos sistemas em cada tipo de mix público-privado. A classificação proposta por esses autores organiza as relações entre o financiamento, os serviços cobertos e a elegibilidade para o uso, entre o sistema estatutário (público ou seguro social) e o setor privado.

Para tal, os autores elaboram os seguintes tipos de mix:

- **Sistemas Paralelos** - quando convivem o sistema estatutário e o privado para semelhantes serviços, mas com diferentes formas de financiamento dos serviços. Assim, nos sistemas Paralelos uma mesma pessoa pode consumir serviços similares no sistema público e de forma privada;
- **Co-pagamento de Serviços do Sistema Estatutário** – ocorre quando parte de um serviço coberto pelo sistema estatutário é financiada de forma privada. Nesse caso, o sistema estatutário financia uma parcela dos custos do serviço e o paciente financia o restante, pelo mecanismo chamado de co-pagamento. Este financiamento privado pode ser realizado diretamente pelo consumidor (*out-of-pocket*, *OOP*) ou por intermédio do seguro privado de saúde;
- **Baseado em Grupo** – ocorre quando um grupo da população é protegido pelo sistema estatutário e outro grupo pelo seguro privado, de modo que os usuários não podem usar ambas formas de proteção à saúde. Há casos de sistemas em que as pessoas podem escolher qual proteção às cobrirão e há casos de outros, em que as pessoas são obrigadas a se filiar a algum dos tipos de proteção, como o que ocorre para o estrato mais rico da população de alguns países que deve pagar por um seguro privado;
- **Setorial** – se dá quando alguns serviços de saúde são integralmente financiados pelo sistema estatutário e outros de forma privada, ou seja, a cesta de serviços do sistema público não é repetida pela cesta privada.

Os autores apontam que tais tipos não existem na realidade dos sistemas de saúde assim como descritos, na sua forma pura. Na prática, os sistemas resultam de combinações de elementos de mais de um tipo e os elementos de um tipo podem predominar sobre os de outro no formato final do sistema de saúde.

Como os autores dão maior ênfase ao financiamento em sua análise dos tipos de mix, a combinação dos tipos é condicionada pelo peso do seguro privado no financiamento, em relação ao do pagamento privado direto e ao do financiamento público. A preponderância de cada tipo corresponde a arranjos específicos entre o público e o privado e, conseqüentemente, a fragilidades e limites também próprios de cada tipo de mix, conforme mostrado a seguir.

No caso do **Co-pagamento** privado para serviços públicos sua aplicação está associada à capacidade de pagamento privado e pode implicar na limitação do uso. No sistema **Baseado em Grupos** de pessoas, uma população é coberta pelo seguro privado e outra pelo sistema público, como ocorre na Holanda, no Chile e para parte da população da Alemanha. Para os autores, este tipo de arranjo demanda uma regulação rigorosa na garantia do acesso dos diferentes grupos populacionais ao cuidado de saúde em todos os níveis de complexidade.

O melhor exemplo para o mix **Setorial** é o sistema Canadense, onde consultas médicas e serviços hospitalares são financiados pela esfera federal de governo e os demais serviços dependem dos arranjos e recursos de cada província, sendo que recentemente a iniciativa privada deveria estar concentrada nessas outras atividades.

À medida que a organização da atenção hospitalar vem migrando para serviços não contemplados na cobertura federal (por exemplo, assistência domiciliar, hospital-dia, procedimentos que passam a ser realizados em ambientes ambulatoriais, etc.), está aumentando a importância do financiamento nas províncias e o interesse do privado que percebe um novo nicho de mercado nessas atividades. Por consequência, a questão do financiamento público-privado está se tornando mais complexa. Para esse tipo de mix público-privado, Tuohy et al⁵⁷ se preocupam com a vulnerabilidade advinda do fluxo de pacientes entre os setores público e privado para o uso de tecnologia, pois tal uso tende a ser realizado com maior frequência nos setores do hospital onde há maior imbricamento entre o público e o privado. Por este motivo, os autores entendem que este tipo de problema demanda uma regulação complexa e específica.

Os autores compararam o tempo de espera e a extensão da fila de espera dos sistemas públicos dos países onde o mix **Paralelo** predomina, com o de países onde outros arranjos prevalecem. Para os sistemas Paralelos analisaram o Reino Unido e a Nova Zelândia e os países analisados que correspondem a arranjos predominantes que não configurem um sistema Paralelo são Canadá, Holanda e Austrália. A comparação se deu entre (i) a média do percentual da população que estava na lista de espera de 1997 a 1999; (ii) o percentual da população que estava em 1998 na lista de espera há mais de quatro meses aguardando cirurgia eletiva e o percentual da população com seguro privado do tipo paralelo.

Os resultados da pesquisa mostraram que os sistemas Paralelos estão associados a longas filas de espera no sistema público e que são maiores que nos sistemas de saúde em que predominam outro tipo. Esses resultados mostram que nos sistemas Paralelos o

arranjo entre o financiamento privado e o público não contribui para a diminuição da lista de espera do sistema público, que é uma das grandes preocupações da população, dos governantes e dos gestores dos sistemas nacionais de saúde.

Outro resultado importante da pesquisa é que os casos mais complexos tendem mais a ficar na lista do sistema público do que para serem resolvidos de forma privada. Para os autores, esse fenômeno seria consequência dos incentivos que os médicos têm sobre seu comportamento, de direcionar a produção para o tipo de financiamento que lhes corresponder à maior possibilidade de ganho – comportamento mais frequente entre os que são assalariados no sistema público e são remunerados pelo ato médico (*fee-for-service, FFS*) no setor privado.

Os autores assinalam que esses resultados contrariam a ideologia, mais presente nos sistemas Paralelos, de que a participação do setor privado no sistema de saúde contribui para diminuir a pressão sobre o sistema público. Para eles, além da coexistência do setor privado não contribuir para a diminuição da pressão sobre o financiamento do sistema de saúde como um todo, o tipo de imbricamento Combinado pode fazer com que o setor privado aumente a ineficiência do sistema público pelo trânsito de pacientes do sistema público para o privado, o que só pode ocorrer se o paciente puder pagar pelo serviço privado.

Entretanto, dois problemas decorrem disso. Um deles é a interferência na equidade do acesso e do uso de serviços de saúde no sistema de saúde como um todo, devido ao uso do serviço ser associado ao poder de compra que o usuário tem, seja pelo pagamento direto ao prestador ou por meio do seguro privado de saúde. O outro problema diz respeito à verificada tendência à maior concentração de casos mais complexos e que representam maiores custos no sistema público devido a maior dificuldade ou menor interesse, de pagamento privado desses serviços pelo setor privado.

Para os autores, pelo fato de nos sistemas Paralelos o setor privado aumentar a lista de espera pública e tornar sua composição mais complexa do ponto de vista do cuidado de saúde e do custo que representa, a atuação do setor privado nesse tipo de mix público-privado se dá retirando recursos do sistema público. Nesse sentido, consideram os efeitos da coexistência do público com o privado, nesse formato, fazem com que não compense qualquer investimento do sistema de saúde para a provisão de serviços que é financiada privadamente. A alternativa sugerida pelos autores para

melhorar o sistema público de saúde no caso dos sistemas Paralelos é direcionar o investimento das reformas setoriais unicamente ao próprio sistema público.

Contribuição do modelo de análise de Tuohy et al

A maior contribuição do trabalho de Tuohy et al ⁵⁷ é, possivelmente, a análise de dados empíricos de sistemas de saúde acerca de efeitos, fragilidades e limites próprios de cada uma das categorias que propõem para tipificar o mix público-privado. Neste trabalho, destacam-se os resultados de pesquisas apresentadas pelos autores, que trazem informações para a categoria do sistema Paralelo, que é o que melhor reflete o formato do arranjo público-privado do sistema de saúde brasileiro.

Os resultados provenientes dessas pesquisas levaram os autores à conclusões acerca do financiamento dos sistemas de saúde que afastam a ideia de que o setor privado possa desonerar o sistema público ao diminuir a demanda de serviços sobre este e contribuir com financiamento de parte dos serviços de saúde, que deixam de ser realizados pelo sistema público.

Tais resultados mostram que a atuação do setor privado no sistema Paralelo faz com que a lista de espera pública se torne mais longa e com casos mais complexos a serem tratados. Subsidiar a compreensão de que o setor privado interfere no sistema Combinado com consequências indesejáveis a um sistema público de saúde do ponto de vista de seus princípios de equidade e de seus objetivos de contribuição positiva aos resultados de saúde, ao desenvolvimento do sistema de saúde e aos objetivos sociais.

Dessa forma, o trabalho contribui para, com dados empíricos e atuais sobre a realidade dos sistemas de saúde, diminuir o ideário neoliberal que reza em favor da privatização de programas sociais e da redução das ações sociais do Estado, que faz parte de um dos eixos da agenda neoliberal, comentados no Capítulo 1, a saber, da ideia de “superioridade do livre mercado como mecanismo de alocação eficiente de recurso”.

Além disso, Tuohy et al ⁵⁷ apóiam o ideário de proteção social do *welfarismo* ao utilizarem os resultados empíricos para subsidiar sua recomendação para melhorar o sistema público de saúde nos casos em que a coexistência entre o público e o privado se dá como a dos sistemas Paralelos, qual seja: direcionar o investimento das reformas setoriais unicamente ao próprio sistema público.

3.3.4. Jurgen Wasem, Stefan Greb e Kieke GH Okma

O trabalho de Wasem, GreB e Okma está em capítulo de livro sobre o Seguro Social, publicado em 2004⁵⁸, que tem por objetivo compreender a relação desse sistema com o seguro privado. Propõem uma tipologia de mix público-privado que organiza as relações entre o financiamento, os serviços cobertos e a elegibilidade, em três categorias:

- **Alternativo:** ocorre quando o seguro privado é uma alternativa de proteção ao seguro social pela qual o indivíduo pode ou deve optar, mas que, nesse caso, deve deixar de participar do sistema estatutário, como acontece na Holanda e na Alemanha.
- **Suplementar:** se dá quando o seguro privado cobre os serviços não cobertos no seguro social estatutário, ou o co-pagamento destes. São exemplos de serviços os de saúde bucal, cirurgias estéticas, medicamentos homeopáticos, incrementos na acomodação das internações e reembolso a co-pagamentos. Ocorre em todos os países com seguro social estudados, que são Holanda, Alemanha, Áustria, Israel, Suíça, Bélgica, França, sendo que para co-pagamento somente nos dois últimos.
- **Complementar:** é o seguro privado para serviços cobertos pelo sistema estatutário quando este é um sistema nacional de saúde, financiados por tributos.

Como o objetivo dos autores é identificar os efeitos do seguro privado no mix de países com seguro social, optam por não desenvolverem o tipo de mix que denominam Complementar.

Em relação ao modelo **Alternativo**, os autores defendem que a regulação governamental sobre esse tipo de imbricamento deve ser mais extensiva do que para o **Suplementar**. Argumentam pelo fato de que a regulação sobre o seguro social já existente é historicamente negociada e objetiva proteger os segurados dos riscos à saúde e garantir-lhes o acesso aos serviços, enquanto a regulação do seguro privado é recente. Como, no mix do tipo Alternativo, as pessoas que estão protegidas pelo seguro privado não estão pelo seguro social, o seguro privado lhes representa a única possibilidade de

acesso aos serviços de assistência à saúde e assim, caso o seguro privado tenha regulação deficiente, essas pessoas ficarão sem proteção.

Para os autores, a regulação deve garantir o acesso ao tratamento de doenças que tendem a ser rejeitadas pelas seguradoras privadas, como doenças crônicas e tratamentos de alto custo, bem como garantir a possibilidade de pagamento do seguro privado, uma vez que o valor do pré-pagamento tende a aumentar proporcionalmente à idade.

Assim, sugerem que a regulação sobre o seguro privado deve ser extensiva para garantir o acesso aos serviços de saúde às pessoas que estiverem protegidas exclusivamente dessa forma, embora considerem o risco de a regulação ser tão profunda que o seguro privado possa ser tratado como se fosse o sistema estatutário, como comentam os autores: “*However, de facto this can transform supplementary PHI [private health insurance] into a form of SHI [social health insurance]*” (Wasem et al, 2004: 243) ⁵⁸.

Quando comparam o tipo Alternativo com o Suplementar, Wasem et al⁵⁸ colocam que, se por um lado, os benefícios cobertos pelo seguro privado no tipo Alternativo são a quase totalidade de serviços necessários a proteger a saúde das pessoas, no tipo Suplementar a extensão da cesta de serviços varia. Segundo os autores, os serviços oferecidos pelo seguro privado no tipo de mix Suplementar mudarão conforme a extensão da cesta de serviços do seguro social.

Em países como França (cujo sistema de seguro social exige co-pagamento de determinados serviços de saúde) e Bélgica (seguro social não cobre todos os serviços), a população tende a comprar seguro privado para se proteger de eventuais gastos com co-pagamento. Em países com pouca oferta de serviços de saúde bucal no seguro social, as pessoas tenderão a adquirir seguro privado para cobrir tais serviços. Outro tipo de serviço comum, segundo os autores, é o acréscimo de serviços de hotelaria em serviços oferecidos pelo seguro social, o que geralmente ocorre nas internações.

Contribuição do modelo de análise de Wasem et al

As contribuições do modelo de análise de Wasem et al⁵⁸ para a análise do mix público-privado se restringem aos efeitos sobre o seguro social, uma vez que os autores não desenvolveram o tipo que denominam Complementar, que é o que se identifica ao caso brasileiro.

A terminologia utilizada pelos autores para denominar os arranjos público-privados é inversa da mais frequentemente usada. Assim, os significados dos tipos que Wasem et al ⁵⁸ chamam de Suplementar e Complementar são exatamente o inverso para os autores que serão apresentados e discutidos na próxima Seção, como OECD ⁵¹, Mossialos e Thompson ¹⁰.

À parte isso, os autores trazem uma nova discussão que agrega ao debate sobre a extensão da cesta de serviços cobertos pelo sistema estatutário, feito por Chernichovsky⁵⁵ e apresentado em Seção anterior, a questão do escopo e objetivos da regulação governamental sobre o seguro privado.

Para Wasem et al ⁵⁸, a importância do seguro privado vai depender dos limites do seguro social no tipo de imbricamento que denominam Suplementar, o que mostra, em primeiro lugar, que o tamanho que o mercado de seguro privado vai ter na proteção social é inversamente relacionado ao tamanho do sistema público.

Em segundo lugar, os autores colocam que, à medida que a importância do seguro privado cresce e se transforma no tipo Alternativo, isto é, quando as pessoas que têm seguro privado dependem exclusivamente desta proteção por não participarem do seguro social, o seguro privado lhes representará a única possibilidade de proteção à saúde, motivo pelo qual os autores recomendam que a regulação governamental sobre o seguro privado nesses casos garanta a proteção desta parcela da população. O argumento para os autores sugerirem uma regulação forte sobre o seguro privado no mix que chamam de Alternativo contribui para pensarmos o caso brasileiro, onde o mix não é classificado nesse tipo e a regulação governamental sobre os seguros privados é, possivelmente, a mais extensa encontrada nos sistemas de saúde que se assemelhem ao nosso tipo de mix, o que faz com a nossa regulação se aproxime da proposta de Wasem et al ⁵⁸ para um tipo de mix que não é o nosso.

3.3.5. Francesca Colombo e Nicole Tapay (OCDE), Elias Mossialos, Sarah Thompson e Agnès Couffinal

A partir do estudo conduzido por Colombo e Tapay para a Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico (OCDE) e publicado em 2003 ⁵⁹, sobre os sistemas de saúde dos trinta países que a compõem, a OCDE publicou um livro⁵² e outros trabalhos ^{51, 53}, onde é proposto um modelo de classificação do mix

público-privado por meio da análise de como se dá inserção do seguro privado nos seus sistemas de saúde.

O modelo propõe quatro tipos básicos que resultam da combinação de três fatores principais: o financiamento, as possibilidades de cobertura de serviços e o nível de obrigatoriedade de participação (seja no sistema público ou no seguro privado). Para esta tipologia, a função do seguro privado no sistema de saúde varia segundo as relações que se dão entre a cobertura de serviços, a elegibilidade e o financiamento.

Os autores escolhem a natureza da fonte de financiamento como uma das categorias de definição do sistema ser público ou privado, sendo que o grau de coexistência do financiamento público com o privado (i) por desembolso direto e (ii) por intermédio do seguro privado, que vai indicar maior ou menor participação do Estado no financiamento setorial, ou seja, conforme seu peso no montante total de recursos para o setor de saúde.

Outra categoria é a elegibilidade, identificada pelo nível de obrigatoriedade de participação dos cidadãos no sistema de saúde, que pode ser obrigatória ou não, seja no sistema público ou no seguro privado. Os seguros obrigatórios são aqueles em que os indivíduos têm o dever legal de participarem.

A cobertura de serviços é a terceira categoria que, em conjunto com as demais, definirá o tipo de mix público-privado. Assim, quando os indivíduos estão cobertos por serviços públicos, o sistema de saúde pode ter o seguro privado com o papel de Duplicado, Complementar ou Suplementar. Quando não estão, o seguro privado vai ser o tipo Primário, podendo ser o principal ou o substituto.

- **Primário:** ocorre nos casos em que é o seguro privado, e não o sistema público, que disponibiliza acesso aos principais serviços de saúde. É classificado de Principal quando não há opção de sistema público para a maior parte dos indivíduos, sendo o privado a principal possibilidade, como nos EUA. É Substituto quando há possibilidade de seguro social ou do sistema público, porém o indivíduo opta pelo seguro privado como exclusão à possibilidade à participação do sistema público.
- **Duplicado:** se dá sempre que os mesmos serviços são cobertos pelo seguro privado e pelo sistema público, quando o seguro privado desempenha o papel de duplicar a cobertura do sistema público;

- **Complementar:** se dá quando os serviços que são cobertos pelo sistema público são parcialmente financiados pelo sistema público e parcialmente financiados de forma privada, ou seja, realiza-se co-pagamento privado a serviços ofertados pelo sistema público. O usuário pode contratar o seguro privado para cobrir eventuais gastos com esse co-pagamento e nesse caso o seguro privado desempenha o papel de complementar o sistema público;
- **Suplementar:** ocorre nos casos em que os elementos de sofisticação, como hotelaria, requintes de luxo, escolha de medicamento não genérico, que são comodidades de serviços, comumente chamadas “*top-up*”, são contratadas pelo seguro privado porque o sistema público não as oferece. Também ocorre nos casos dos serviços oferecidos com menor frequência pelos sistemas públicos, como a saúde bucal e a reabilitação.

O Quadro 4 mostra as possíveis combinações entre financiamento, cobertura de serviços e elegibilidade e os tipos que delas resultam. Esta classificação pode ser aplicada a qualquer sistema de saúde para poder compreender o mix público-privado, não devendo ser aplicado a sistemas públicos puros, como é o caso de Cuba.

Quadro 4: Classificação do seguro privado de saúde segundo sua relação com o sistema público.

		ELEGIBILIDADE PARA UTILIZAÇÃO DO SISTEMA PÚBLICO	
		indivíduos estão cobertos pelo sistema público	indivíduos não cobertos pelo sistema público
COBERTURA DO SEGURO PRIVADO	Mesmos Serviços cobertos pelo sistema público (curativos e não curativos)	DUPLICADO	PRIMÁRIO: -Principal -Substituto
	Co-pagamento aplicado aos serviços cobertos pelo sistema público	COMPLEMENTAR	
	Serviços não oferecidos pela cobertura do sistema público ou do ou pela cobertura do seguro privado primário (serviços <i>top-up, extras, adicionais</i>)	SUPLEMENTAR	

Nota: Adaptado de OECD 2004^{51, 53}.

No caso dos países cujo sistema de saúde estatutário oferece cobertura integral dos serviços e com livre acesso, e o seguro privado comercializa apólices de serviços já cobertos no sistema estatutário, há uma cobertura **Duplicada** dos serviços. É chamado de **Suplementar** quando oferece elementos adicionais que diferenciam os seus serviços aos do sistema estatutário, como exemplo hotelaria, possibilidade de escolha de prestador, de horários de agendamento e possivelmente com acesso mais rápido que no sistema estatutário.

O seguro privado Suplementar também pode oferecer serviços ou técnicas não cobertos pelo sistema estatutário e não consensuados como fundamentais para a saúde ou mesmo serviços cuja tecnologia ainda não foi incorporada à cesta de serviços do sistema estatutário, como por exemplo, cirurgia estética e procedimentos feitos com diferentes equipamentos ou medicamentos não genéricos. Essa forma de inserção do seguro privado ocorre na Holanda e na Alemanha. O Seguro Privado Suplementar também será Duplicado sempre que o sistema estatutário for de cobertura integral e acesso universal, o que ocorre nos países em que o sistema estatutário é o nacional de saúde, como Reino Unido, Irlanda, Finlândia, Portugal, Espanha, Itália, Grécia, e no nosso país, Brasil.

Nos casos em que a participação no sistema estatutário não é obrigatória, mas o indivíduo deve escolher entre ele e o seguro privado para cobrir determinados serviços, o Seguro Privado vai ser **Substitutivo**. É comum ocorrer em países com sistema de seguro social, sobretudo para alguns tipos específicos de serviços e a populações que estão acima determinados níveis de renda, como na Alemanha e na Holanda.

Além disso, o seguro privado pode ser **Complementar** ao sistema estatutário para ampliar o acesso a serviços não cobertos pelo sistema estatutário (geralmente medicamentos, serviços de saúde bucal, de diagnósticos e terapêutica), como ocorre na Bélgica, ou que exijam co-pagamento, como na França. Esse tipo de seguro privado Complementar também ocorre nos EUA, onde há casos de aquisição de seguro privado para complementar o co-pagamento, mesmo sendo um país em que o seguro privado é Primário Principal. Nos países europeus é crescente o uso desse tipo de mecanismo de pagamento privado para complementar o financiamento do sistema estatutário que é feito diretamente pelo cidadão (com recursos do próprio bolso) ou por meio de um seguro privado. Atualmente também existe em Luxemburgo, Dinamarca, Alemanha, Holanda, Áustria, Suíça.

Como comentado, Mossialos e Thompson¹⁰ também usam a tipificação da OCDE para compreender a função do seguro privado no sistema de saúde no livro sobre o Seguro Privado Voluntário na União Europeia que organizaram para o Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde.

O objetivo desses autores era, a partir da tipologia feita por Couffinhal em 1999⁶⁰, elaborar uma que contemplasse da realidade do mix público-privado dos sistemas de saúde da União Europeia. A tipologia de Couffinhal discriminava apenas dois tipos de seguro privado: o Duplicado em relação ao sistema estatutário e o Principal, quando é o meio predominante de proteção para segmentos de população.

No modelo de análise de Mossialos e Thompson¹⁰, o seguro privado pode ser:

- **Complementar** quando oferece serviços não disponíveis no sistema estatutário, inclusive para co-pagamento a serviço oferecido pelo sistema público;
- **Substitutivo** quando grupos de pessoas devem escolher se vão ser protegidas pelo sistema estatutário ou se pelo seguro privado e;
- **Suplementar** quando proporciona maior rapidez no acesso aos serviços, maior poder de escolha do provedor, cobertura para amenidades e acomodação hospitalar superior. Com frequência o tipo suplementar corresponde a semelhantes serviços cobertos pelo sistema estatutário, quando é chamada de cobertura duplicada.

A tipologia de Mossialos e Thompson¹⁰ não se diferencia da elaborada por Colombo e Tapay⁵⁹ para a OCDE, mas ressalta que a cobertura Duplicada de serviços ocorre no tipo Suplementar.

Sobre os modelos de análise de Mossialos, Thompson, Couffinhal e OCDE

O presente trabalho adota a tipologia da OCDE^{55, 56, 57} como referência para as análises posteriores por alguns motivos. O primeiro deles é que, diferentemente das outras tipologias, esta é a que contempla as variadas dimensões do sistema de saúde de forma mais completa, sem que seja atribuída maior ênfase a uma dimensão em detrimento de outra. Em segundo lugar, embora cada modelo analisado nas Seções anteriores atribua uma terminologia própria para os tipos de mix, quando se observa a tipologia da OCDE, verifica-se que ela não contradiz o que as outras tipologias

analisadas propõem no que é mais importante, que é em termos de estrutura e de conteúdo dos tipos.

Em terceiro lugar, a tipologia da OCDE é sustentada por diversos especialistas do tema (Vera-Hernández ⁶¹; Couffinhal ⁶⁰; Colombo e Tapay ⁶²; Mossialos e Thompson¹⁰), o que torna sua terminologia, sua estrutura e seus conceitos os mais usuais entre as pesquisas sobre tipologia e entre pesquisas que analisam informações empíricas sobre o uso e o financiamento de serviços em sistemas mistos analisadas neste Capítulo.

Por fim, esta tipologia da OCDE e sua análise trazem elementos que parecem ser os mais adequados para pensar o caso brasileiro – inclusive quanto à etimologia do termo complementar, que no Dicionário Houaiss⁶³ é colocado tanto como adicional como complementar: “relativo a suplemento”; “que serve de suplemento para suprir o que falta”; “que amplia ou completa, complementar”; “que se acrescenta com suplemento; adicional”. Assim, as definições do Dicionário de língua portuguesa não são suficientes para contemplar questões próprias das relações entre o público e o privado no setor de saúde. Ademais, a adoção da tipologia da OCDE não impede a incorporação, ao presente trabalho, de elementos dos outros modelos de análise apresentados.

O relatório de Colombo e Tapay ⁶² e o livro da OCDE ⁵² apresentam questões próprias aos tipos de imbricamento Duplicado e Suplementar, as quais contribuem para pensar o caso brasileiro pela similaridade do tipo de mix público-privado do nosso sistema de saúde – no qual, na maior parte das situações, o tipo Suplementar ocorre concomitantemente ao tipo Duplicado. As contribuições da tipologia da OCDE para o debate sobre o mix público-privado serão analisadas na Seção 3.5, acrescidas de achados de estudos sobre efeitos específicos do seguro privado que ocorrem nesse tipo de arranjo e enriquecidas pelos resultados da análise da composição do financiamento dos sistemas de saúde feita na Seção 3.4.

3.4. O FINANCIAMENTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE: PANORAMA ATUAL

O financiamento do setor de saúde é uma importante dimensão dos sistemas de saúde. Uma das formas de analisá-lo é pela composição do financiamento setorial, que indica os valores que orientam o modelo de proteção social do país, isto é, se majoritariamente os de mercado ou os coletivos. A natureza dos recursos com que se financia o sistema de saúde reflete o grau de participação do Estado no setor.

Para dimensionar a importância atribuída pelas sociedades ao sistema de saúde com base na proteção social e o grau de penetração do setor privado no sistema de saúde, a seguir será exibido o panorama atual do ponto de vista da participação no financiamento do setor de saúde. Veremos o crescimento do financiamento privado ocorrido em grande parte os países desenvolvidos nas últimas décadas e que, ao que parece, este crescimento se deve mais pelo aumento do co-pagamento que pela diminuição do financiamento público, mantendo-se o poder do Estado de interferência nos resultados do sistema de saúde a partir de políticas que contemplem o interesse público.

Portanto, esta Seção prioriza a análise do financiamento dos sistemas de saúde nas últimas décadas com objetivo de compreender como a participação do gasto privado com saúde interfere na dinâmica do financiamento do setorial. Serão analisadas a Participação do gasto com saúde no Produto Interno Bruto (PIB) e a Composição do gasto com saúde segundo a fonte de seu financiamento, ou seja, se tributos, gasto privado com seguros, ou gasto privado direto.

Como mencionado nas Seções anteriores, os questionamentos ao Estado de Bem-Estar foram acompanhados da pressão pela diminuição dos gastos públicos na área social e, especialmente, no setor de saúde. Tal pressão se originou pelo aumento dos gastos setoriais na década de 1960, pela crise do petróleo e pela percepção de que o modelo do *welfare state* então vigente teria um grande peso no orçamento. Desde os anos 1970, os países vêm buscando estabilizar os gastos da seguridade social e, conseqüentemente, conter os realizados com saúde.

Assim, a sustentabilidade dos sistemas de saúde requeria a contenção dos gastos com saúde e passou a ser questionada, uma vez que os gastos continuavam crescentes. Como mostraram Mossialos e Dixon³³, para que as estruturas dos sistemas de saúde se mantivessem as mesmas, as alternativas para a contenção dos gastos se restringiam ao

aumento da eficiência ou à substituição da fonte de recursos financeiros, isto é, ao aumento do financiamento privado.

Para entender as mudanças que podem ter influenciado a estrutura do financiamento setorial, a seguir será apresentado o que mudou na natureza das receitas dos sistemas de saúde dos países da OCDE. Quando da elaboração desta análise, os dados mais recentes disponíveis referiam-se ao período desde a década de 1980 até 2004, tendo havido indicadores para os quais não houve disponibilidade na informação referente a 2004, os quais tiveram que se restringir a 1998.

Financiamento setorial e Financiamento público

Primeiramente será analisado o indicador da participação percentual do *Gasto Total com saúde em relação ao PIB* (Tabela 2).

A análise do Gasto Total com saúde em relação ao PIB feita por Mossialos e Dixon³³ abrangeu o período de 1985 a 1998. Mostrou que este indicador começou a ser estabilizado somente a partir da segunda metade da década de 1990, mas que, como ressaltam os autores, há caso de alguns países em que a estabilidade no indicador não resultou da estabilidade do gasto total com saúde (numerador), mas sim no menor crescimento do PIB (denominador).

Há dados da OCDE mais recentes, publicados em 2006⁶⁴, que permitem estender a análise da evolução do Gasto com Saúde sobre o PIB para o período compreendido entre 1995 e 2004. Esses dados mostram que a estabilidade no gasto com saúde teve curta duração e que ele voltou a aumentar. Na Tabela 2 o gasto com saúde em relação ao PIB aumentou para todos os países da OCDE, com exceção da Áustria, que o reduziu ligeiramente (de 9,7 para 9,6% do seu PIB).

A média do gasto nestes países, em relação aos seus PIB, aumentou de 7,7% para 8,9%. Houve aumentos expressivos, como Turquia (3,4% para 7,7%), Portugal (8,2% para 10,0%) e Luxemburgo (5,6% para 8,0%). Os Estados Unidos, que já eram campeões no gasto com saúde proporcional ao PIB, ainda assim, tiveram esse gasto aumentado no período observado (13,3% para 15,3%).

Não é possível identificar uma relação precisa entre os tipos de sistema de saúde e o aumento do gasto total com saúde em relação ao PIB no período analisado, pois em quase todos os países da OCDE este indicador variou positivamente e sem algum padrão aparente, com exceção da Áustria. Nos sistemas predominantemente privados,

tanto Estados Unidos como Austrália o indicador aumentou em cerca de 15%. Diferentemente, entre os países em que o seguro social é predominante, o aumento variou de um país para outro: a Alemanha teve um incremento de quase 6% no indicador, a França aumentou em 12% e a Holanda em 14%. Entre os países com sistemas nacionais de saúde o incremento Gasto total com saúde em relação ao PIB variou mais ainda. O Canadá o aumentou em torno de 8%, Espanha e Dinamarca em quase 10%, Itália e Reino Unido em 18%.

A análise do gasto com saúde segundo a fonte das receitas será preciosa para auxiliar na compreensão do que pode ter influenciado a variação do gasto total com saúde em relação ao PIB. Para isso, será analisado o indicador que mostra a participação percentual do *Gasto Público com saúde em relação ao Gasto Total com saúde* (Tabela 2). Para esse indicador o gasto público contempla tanto o gasto com saúde financiado com tributos, que financia os Sistemas Nacionais de Saúde, como as contribuições sobre a folha de salário e demais gastos que financiam os Seguros Sociais.

Nos países da OCDE a participação do Gasto Público com saúde era predominante em relação ao Gasto Total com saúde em ambos os períodos analisados (1995 e 2004). Em 2004, na maior parte dos países analisados o gasto público teve uma participação de pelo menos 70% sobre o financiamento setorial, chegando a mais de 85% no Reino Unido, em Luxemburgo e nas Repúblicas Eslováquia e Tcheca. Isso permite concluir que esse tipo de gasto predomina em relação ao privado na quase totalidade desses países.

O Gráfico 1 foi elaborado a partir dos dados da Tabela 2 referentes ao Peso do gasto público sobre o total com saúde. Este gráfico auxilia visualizar o valor do indicador em cada país da OCDE em 1995 (coluna cor de laranja) e em 2004 (coluna verde) e o quanto o indicador variou desde 1995 até 2004 (linha preta).

Tabela 2: Evolução da Participação do Gasto com Saúde no PIB e da Participação do Gasto Público no Gasto Total com saúde. Países da OCDE, 1995-2004.

Países	Gasto Total com saúde (% do PIB)			Gasto Público com saúde (% do Gasto Total com saúde)		
	1995 (%)	2004 (%)	Variação % do indicador 1995-2004	1995 (%)	2004 (%)	Variação % do indicador 1995-2004
Estados Unidos	13,3	15,3	15,04	45,3	44,7	-1,32
México	5,6	6,5	16,07	42,1	46,4	10,21
Coreia	4,2	5,6	33,33	35,3	51,4	45,61
Grécia	9,6	10,0	4,17	52,0	52,8	1,54
Suíça	9,7	11,6	19,59	53,8	58,4	8,55
Holanda	8,1	9,2	13,58	71,0	62,3	-12,25
Austrália	8,0	9,2 ⁻¹	15,00	66,7	67,5 ⁻¹	1,20
Polónia	5,6	6,5	16,07	72,9	68,6	-5,90
Canadá	9,2	9,9	7,61	71,4	69,8	-2,24
Áustria	9,7	9,6	-1,03	69,3	70,7	2,02
Espanha	7,4	8,1	9,46	72,2	70,9	-1,80
Bélgica	8,2	10,1 ⁻¹	23,17	-	71,1 ⁻¹	-
Portugal	8,2	10,0	21,95	62,6	71,9	14,86
Turquia	3,4	7,7	126,47	70,3	72,1	2,56
Hungria	7,4	8,3	12,16	-	72,5	-
Itália	7,1	8,4	18,31	71,9	76,4	6,26
Finlândia	7,4	7,5	1,35	75,6	76,6	1,32
Nova Zelândia	7,2	8,4	16,67	77,0	77,4	0,52
Alemanha	10,3	10,9 ⁻¹	5,83	80,5	78,2	-2,86
França	9,4	10,5	11,70	76,3	78,4	2,75
Irlanda	6,7	7,1	5,97	71,6	79,5	11,03
Japão	6,8	8,0 ⁻¹	17,65	83,0	81,5 ⁻¹	-1,81
Dinamarca	8,1	8,9	9,88	82,5	82,9 ⁻²	0,48
Islândia	8,4	10,2	21,43	83,9	83,4	-0,60
Noruega	7,9	9,7	22,78	84,2	83,5	-0,83
Suécia	8,1	9,1	12,35	86,6	84,9	-1,96
Reino Unido	7,0	8,3	18,57	83,9	85,5	1,91
Rep. Eslováquia	5,8 ⁺²	5,9 ⁻¹	1,72	91,7 ⁺²	88,3 ⁻¹	-3,71
Rep. Tcheca	7,0	7,3	4,29	90,9	89,2	-1,87
Luxemburgo	5,6	8,0	42,86	92,4	90,4	-2,16

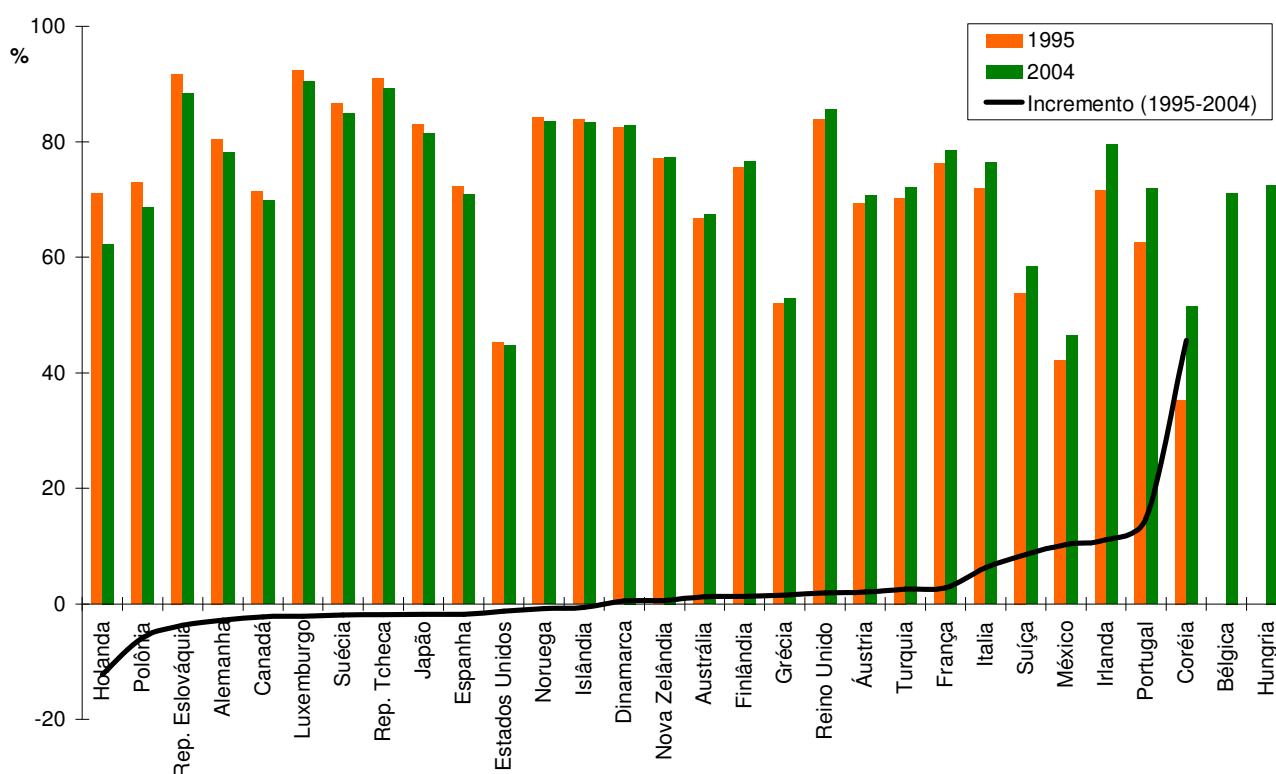
Fonte: OECD⁶⁴.

Nota: +n ou -n indica que o dado é referente ao ano anterior ou ao posterior, em n vezes. Por exemplo, os dados (-1) na coluna do ano 2004 são referentes a 2003.

Este gráfico mostra que continua importante o financiamento público do setor de saúde para os países da OCDE, pois a variação deste indicador no período observado foi muito pequena em quase todos esses países (foi próxima a zero para a maioria) e foram poucos os países que variaram de forma mais expressiva. Assim, a linha preta é projetada acima da abscissa nos países que aumentaram o peso do gasto público setorial

no período, como México, Irlanda (variação de 10% entre 1995 e 2004), Portugal (14%) e Coreia (que aumentou em 45% o gasto público quando este passou de 35% para 51% do gasto com saúde). A linha se posiciona abaixo da abscissa nos casos dos países que diminuíram a participação da despesa pública sobre a total com saúde, como Polônia e, sobretudo, Holanda, a qual que representa o caso mais significativo de diminuição no indicador, pois passou de 71% para 62% (variação negativa de 12%), como mostram a Tabela 2 e o Gráfico 1.

Gráfico 1: Evolução da Participação do Gasto Público sobre o Gasto Total com saúde. Países OCDE, 1995-2004. (%)



Fonte: OECD⁶⁴.

Uma vez que o Gasto total de saúde em relação ao PIB tende a aumentar, mas que o Gasto público em relação ao gasto total de saúde tende a se manter, é importante analisar alguns fatores que podem influenciar a composição do financiamento setorial. Como mencionado acima, um dos fatores que pode interferir é a variação do PIB de cada país, que não vai ser aprofundada neste estudo. Outro fator importante é a variação do gasto privado, que será analisado na próxima Seção.

Financiamento do Seguro Privado de Saúde

Os dados utilizados da OCDE⁶⁴, que são disponibilizados de forma gratuita, não exibem a composição do gasto privado de forma desagregada, isto é, se foi realizado para seguro privado ou para pagamentos diretos. Para contemplar os tipos de gasto privado, optou-se por analisar as informações disponíveis em Mossialos e Thompson¹⁰, que se referem apenas aos países da União Europeia e por um período de tempo ligeiramente menor que os da OCDE. Essas são limitações para a comparação das informações, mas seu uso se justifica por serem as disponíveis para analisar o financiamento privado do setor de saúde que é fundamental para a compreensão do mix público-privado setorial em outros países que o Brasil.

A análise do financiamento privado pode ser feita por dois indicadores: *Gasto com Seguro Privado sobre o Gasto Privado* (apresentado posteriormente) e a participação percentual do *Gasto Privado em relação ao Gasto Total com saúde*. Este último foi analisado no período de 1980 a 1998 e, como mencionado, para os países europeus. Como os resultados do peso do Gasto privado são o inverso dos do Gasto público no gasto total com saúde, ambos indicam o mesmo e, portanto, não será apresentada tabela específica para este último, mas sim o que mais interessa para este trabalho: a comparação entre esses indicadores para verificar se indicam o mesmo resultado em relação à composição do financiamento setorial e se, no caso afirmativo, poderá ser analisado o indicador que resulta da desagregação do Gasto privado, que é a *Participação do Gasto com Seguro Privado no Gasto Privado com Saúde*.

Primeiramente, quando da comparação entre os resultados os indicadores *Participação do Gasto Público no Gasto Total com saúde* e *Participação do Gasto Privado no Gasto Total com saúde*, devem ser contempladas as referidas limitações para a análise, uma vez que a do setor privado não contempla o período de 1999 a 2004 e alguns países, como EUA, Austrália, Japão, Canadá e México, que compõem a OCDE e não fazem parte da Europa.

Em segundo lugar, e mais importante, é que mesmo com tais limitações foi verificado que as informações da OCDE⁶⁴ sobre o gasto privado mostram semelhante padrão na composição do financiamento setorial em 1998 que as de Mossialos e Thompson¹⁰. A partir dos resultados do Gasto privado em relação ao gasto total com saúde, que mostraram que a participação deste gasto privado não foi significativa para os países da União Europeia em 1998, pois correspondeu a menos de 5% do gasto total

na grande parte deles, com exceção de França e Holanda (respectivamente 12 e 18%). Confirma-se, portanto, que a participação do Gasto público no financiamento setorial predominou nesses países e no período analisado e que poderemos utilizar os dados de Mossialos e Thompson de forma complementar aos da OCDE para a análise do financiamento setorial nos países europeus.

Os resultados do indicador *Gasto com Seguro Privado sobre o Gasto Privado* mostram que o gasto com seguro privado representou menos de 30% de todo o gasto privado em quase todos os países da União Europeia em 1998 (Tabela 3 e Gráfico 2). Entretanto, esta participação foi mais expressiva nos países onde ele tem função de complementar o co-pagamento dos serviços do sistema estatutário (como é o caso da França, 52%), ou de substituir o sistema estatutário (como na Holanda, que apresenta o maior peso do seguro privado no gasto privado dos países analisados, 70%). Não por acaso, esses países foram mencionados acima entre os com os maiores resultados da participação do Gasto privado no gasto total com saúde, uma vez que mostraram as maiores participações.

Como a participação do Gasto com seguro privado sobre o gasto privado foi pequena em parte dos países ao longo do período analisado, obteve-se grande variação mesmo em casos em que ela se manteve muito baixa, como é o caso de Portugal (que passou de 0,4% para 4,7%, conformando um aumento de mais de 1000%) e da Itália. Há países em que este indicador não variou muito, mas mostrou tendência a aumento e tem peso significativo, como no Reino Unido e na Espanha, que são países com sistema nacional de saúde e onde o seguro privado tem a função de suplementar e duplicar a cobertura de serviços do sistema público. Esta variação configura, portanto, uma sinalização importante para a organização do sistema de saúde de países com esse tipo de mix público-privado, como Reino Unido, Espanha, Portugal, Grécia, Itália.

Segundo a análise de Mossialos e Thompson ¹⁰, um importante fator que determinou o aumento da participação do gasto com seguro privado sobre o gasto privado dos países da União Europeia no período analisado, teria sido o incremento no gasto realizado para fins de co-pagamento. Esse co-pagamento é realizado de forma privada para cobrir serviços de saúde parcialmente cobertos pelo sistema estatutário, mas cuja cobertura depende da complementação de seu financiamento, uma imposição do sistema estatutário.

Tabela 3: Evolução da Participação do Gasto com Seguro Privado no Gasto Privado com Saúde. Países da União Europeia, 1980-1998. (%)

País / Ano	1980	1985	1990	1995	1996	1998	Variação (%)
Holanda	-	41,2	38,7	-	72,1	70,0	69,90
França	-	34,9	48,5	49,4	51,1	51,7	48,14
Irlanda	-	40,7	49,1	54,9	-	38,8	-4,67
Alemanha	27,6	28,8	30,4	30,5	30,0	29,9	8,33
Reino Unido	13,1	17,9	23,6	22,5	31,5	24,5	87,02
Áustria	28,9	30,7	26,5	27,7	24,4	24,1	-16,61
Espanha	15,9	19,6	17,4	24,0	-	22,1	39,99
Luxemburgo	18,2	13,2	20,3	17,3	-	17,8	-2,20
Finlândia	6,7	8,5	11,5	9,8	9,9	11,2	67,16
Dinamarca	6,6	5,6	7,5	6,9	8,0	8,3	25,76
Itália	1,0	2,2	4,1	4,0	-	4,1	310,00
Bélgica	4,8	6,6	14,4	16,8	17,9	-	171,21
Grécia	-	-	2,4	-	-	-	não se aplica
Portugal	-	0,4	1,7	3,0	4,7	-	1075,00

Fonte: Mossialos e Thompson¹⁰.

Notas: Quando não havia dado disponível para 1998 foi usado o de 1997.

“-” : dados não disponíveis no período.

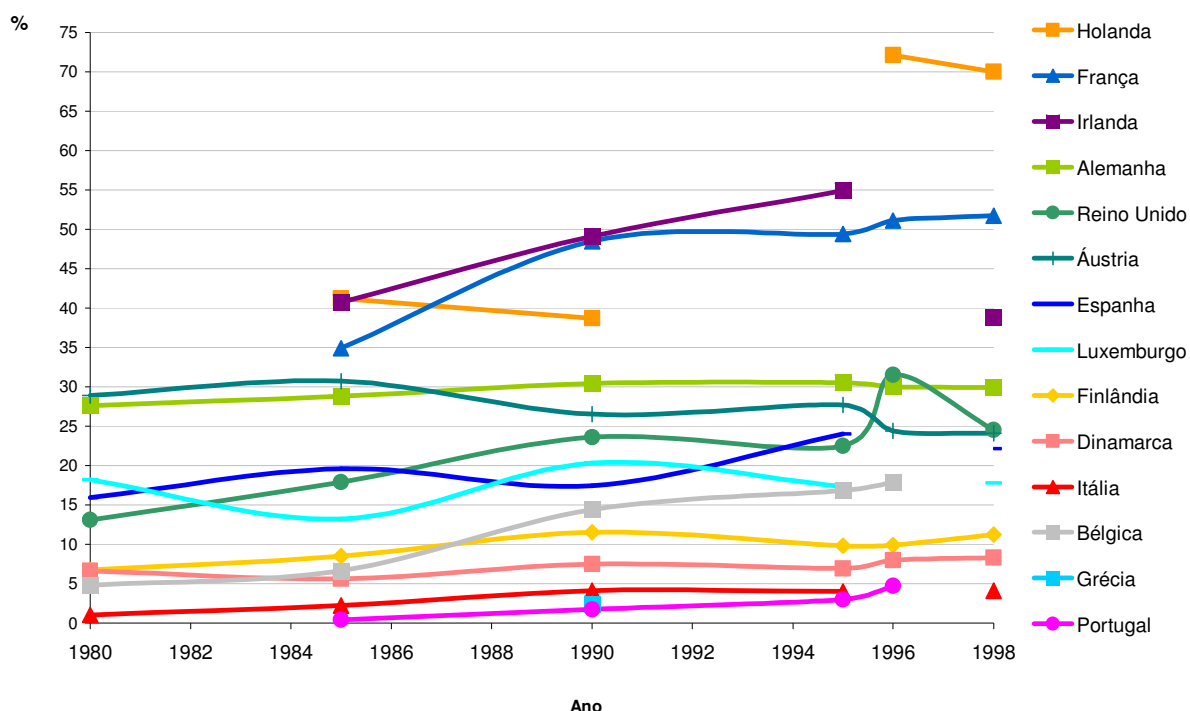
O co-pagamento é mais frequente nos países com seguro social (como França, Alemanha, Holanda), mas ocorre também em países com sistema nacional de saúde, embora com menor importância (por exemplo, Espanha e Reino Unido). O aumento do peso do seguro privado contratado para o reembolso dos gastos realizados com parte de serviços do sistema estatutário foi observado especialmente na França e na Bélgica^{10, 58}.

De qualquer forma, quando analisado todo o período 1980-1998 para os países em geral, verifica-se que o indicador Gasto com seguro privado sobre o gasto privado apresentou oscilações que ainda são insuficientes para expressarem uma tendência de aumento ou diminuição da importância do gasto com seguro privado no gasto privado com saúde entre os países da União Europeia. Esta análise é melhor visualizada no Gráfico 2. **Esta informação é extremamente importante por dirimir qualquer dúvida sobre um possível aumento do peso do seguro privado suplementar e duplicado no financiamento setorial como resultado das reformas dos Estados de Bem-Estar nos sistemas de saúde dos países da União Europeia. Os aumentos do indicador parece ser muito mais efeito do aumento do co-pagamento, este sim um dos efeitos das reformas setoriais, como mostrado em Seção anterior.**

Com todas as oscilações, pode-se concluir que, pelo menos até 1998, não parece haver tendência de aumento ou diminuição da participação do gasto com seguro privado

sobre o financiamento privado a ponto de o tornar de fato significativo para o financiamento setorial dos países da União Europeia – como apresenta o Gráfico 2, este indicador ainda é menor que 30% na maioria dos países. Esta conclusão é corroborada pelas de Mossialos e Thompson¹⁰ e as de Wasem et al⁵⁸, que afirmam ainda não haver conhecimento suficiente sobre a evolução do peso do seguro privado no financiamento setorial.

Gráfico 2: Evolução da Participação do Gasto com Seguro Privado no Gasto Privado com Saúde. Países da União Europeia, 1980-1998. (%)



Fonte: Mossialos e Thompson¹⁰.

População que possui Seguro privado de saúde

A análise do financiamento deve contemplar não apenas quanto se paga, com que recursos e por quais serviços (como feito acima), como também para quem se destinam tais recursos e serviços. Para isso será feita a análise do indicador *Cobertura da População com Seguro Privado de Saúde* (nº. de pessoas com seguro privado vezes 100 sobre a população total). As informações advêm de Mossialos e Thompson¹⁰ e se referem ao ano 2000, ou a 1999 quando não disponíveis os dados do ano-base. Os autores distinguiram o tipo de seguro privado para analisá-las, isto é, se suplementar, substitutivo ou complementar.

Como este indicador não informa quais serviços estão sendo cobertos para a população que possui o seguro privado (pois as pessoas podem ter um seguro para cobrir os gastos com co-pagamento, ou apenas para um serviço específico, como a cobertura pode ser ampla), a informação da posse de seguro privado não pode ser usada indiscriminadamente na comparação entre os países, devendo ser compreendida juntamente com a da função de cada seguro privado.

Tabela 4: Cobertura da população com Seguro Privado. Países da União Europeia, 2000.

País / Ano	Substitutivo	Complementar e/ou Suplementar
Holanda	25% 5% (WTZ)	mais de 60% (complementar) marginal (suplementar)
França	poucos/marginal	94% (complementar)
Irlanda	ninguém	45%
Alemanha	9%	9%
Reino Unido	ninguém	12% (predomina suplementar)
Áustria	0,2%	19% (complementar) 13% (suplementar)
Espanha	0,6%	12%
Luxemburgo	ninguém	70% (predomina complementar)
Finlândia	ninguém	35% (suplementar, criança menor de 7 anos) 26% (suplementar, criança de 7 a 17 anos) 7% (suplementar, adultos)
Dinamarca	ninguém	28% (predomina complementar)
Itália	ninguém	16%
Bélgica	7,1%	30 a 50% (complementar)
Grécia	ninguém	10% (suplementar)
Portugal	ninguém	12% (predomina suplementar)
Suécia	ninguém	1% (predomina suplementar)

Fonte: Mossialos e Thompson¹⁰.

Nota: Dados referentes a anos anteriores para os países que não tinha estimativa para 2000 (Áustria 1999, Dinamarca 1999, Finlândia 1996, Alemanha 1999, Itália 1999, Holanda 1999, Portugal 1998, Espanha 1999, Suécia 1999).

As maiores coberturas de seguro privado de saúde foram encontradas nos países com seguro em que ele se faz necessário para atingir a totalidade da população coberta por algum tipo de assistência (seguro privado do tipo substitutivo, onde as pessoas devem escolher qual sistema utilizar) ou a totalidade dos serviços cobertos para a população (seguro privado do tipo complementar, casos em que o seguro cobre o co-pagamento dos serviços do sistema estatutário ou cobre serviços não disponíveis no sistema estatutário): Holanda (seguro substitutivo), Luxemburgo e França (seguro complementar), respectivamente com 60%, 70% e 94% da população com seguro

privado. Outros autores complementam essa informação mostrando que a população da França que adquiriu este tipo de seguro privado aumentou de 69% das pessoas em 1980, para 85% em 1997 ⁵⁸.

Para poder comparar com o sistema de saúde brasileiro, os casos de países que melhor podem ser comparados são quando o sistema público é um sistema nacional de saúde e o seguro privado cobre serviços já cobertos pelo sistema estatutário, geralmente com grau de sofisticação, ou seja, seguro duplicado mais suplementar. A taxa de cobertura populacional para este tipo de seguro privado é em torno de 10% em muitos desses países (13% na Áustria, 12% em Portugal, no Reino Unido e na Espanha, 10% na Grécia), sendo mais baixa na Suécia, Finlândia e Dinamarca.

Portanto, muito embora as taxas de cobertura de seguro privado não cheguem ao patamar dos 20% da brasileira, diferentemente do que o senso comum diz, são altas e conformam problemas no mix público-privado daqueles países juntamente com a não predominante, mas importante participação do financiamento do seguro privado sobre o financiamento privado desses países.

3.4.1. Considerações sobre as Reformas dos Estados de Bem-Estar e o Mix Público-Privado

Para Mossialos e Thompson ¹⁰, o tamanho do mercado de seguro privado suplementar está associado ao poder de compra do seguro e ao nível de proteção social provida pelo Estado. Mas a demanda por seguro privado é determinada por diferentes fatores.

Um deles é a insatisfação do usuário em relação ao sistema estatutário. Para os autores, o mercado de seguro privado é produto da política pública que, no caso dos países europeus, é orientada para preservar os princípios do “cuidado à saúde ser financiado pelo Estado ou por seguro social, para todos e independentemente da capacidade de pagamento” (Mossialos e Thompson, 2004: 25. Tradução livre) ¹⁰. Estes são os princípios de acesso universal, participação compulsória, acesso gratuito a extensa cobertura de serviços e, além disso, da predominância da participação do gasto público sobre o gasto total com saúde.

Outro fator determinante da demanda por seguro privado suplementar são as características sócio-econômicas do indivíduo que compra o seguro. Como mostram os

autores, entre essas pessoas predominam as com maior renda, nível de educação, status ocupacional e, ainda, que vivem em regiões com melhores condições de vida. Assim, a clientela do seguro privado é uma população delimitada e pequena em relação ao restante da população de cada país europeu. Esses fatores explicariam, em parte, o fato de este mercado ser relativamente pequeno na Europa e seu financiamento não haver evidência que tenha aumentado no período de 1980 a 1998.

O contexto europeu de prioridade à proteção social e à estabilidade do financiamento público setorial, faz com que grande parte da população esteja satisfeita com o sistema estatutário. Este é um dos argumentos de Mossialos e Thompson ¹⁰ para explicar que a demanda por seguro privado suplementar esteja saturada nos países da Europa – não obstante o fato de haver insatisfação com longas e lentas filas de espera em alguns países, como ocorre para as cirurgias eletivas no Reino Unido e na Espanha. O outro argumento é a não desconcentração da renda que faz com que os indivíduos com poder aquisitivo ou emprego para possuir seguro privado suplementar, já o tenham.

Os autores consideram que o aumento do co-pagamento para serviços do sistema estatutário e a baixa participação do gasto com seguro privado no setor de saúde que não seja para fins de co-pagamento, podem ser explicados pelo predomínio de uma política comum nos países da União Europeia. Essa política representaria o enfrentamento dos problemas relativos ao financiamento setorial por meio da escolha de privilegiar o co-pagamento de serviços do sistema estatutário em detrimento de uma alternativa que seria a criação de incentivos tributários ao seguro privado. Para os autores, esta política demonstraria que, em que pese o aumento do financiamento privado, os países da União Europeia privilegiam o sistema de saúde estatutário.

Essa análise contribui para compreender as mudanças nos sistemas de saúde em relação ao arranjo público-privado, mas deve-se ter em consideração o fato mostrado por Mossialos e Thompson ¹⁰, de alguns países ainda terem instituído subsídio público sobre o gasto com seguro privado. Mas ainda são poucos os estudos específicos sobre subsídios no financiamento do setor de saúde, como os de Evans em 2002 ⁶⁵, Wagstaff et al em 1999 ⁶⁶, Rodríguez em 2008 ³⁶ e Pereira em 2006 ⁶⁷. Esses trabalhos mostram que nos Estados Unidos, por exemplo, existe subsídio sobre os gastos diretos e sobre os com seguro privado, sendo que os feitos pelas empresas empregadoras são estimados como consideravelmente grandes. Em Portugal há subsídio para os gastos privados realizados pelas pessoas físicas, sejam diretos (dedução integral) ou com seguro privado (dedução limitada), na Irlanda os subsídios são para os gastos realizados pelas pessoas

físicas com seguro privado. Alemanha e Itália também subsidiam os gastos privados diretos e os com seguro privado. O Canadá subsidia somente os gastos privados diretos. A França não subsidia gastos privados e outros países o faziam, mas acabaram com essa possibilidade, como Espanha (em 1999), Finlândia, Suécia e Reino Unido.

Evans⁶⁵ diferencia os subsídios em dois tipos. O primeiro tipo diz respeito aos que podem ser contabilizados no financiamento setorial e que se destinam igualmente a todos os cidadãos, desde que em condição delimitada. Exemplo deste tipo de subsídio é o caso do desempregado no sistema de seguro social, caso em que o desempregado continuaria recebendo a cobertura de serviços de saúde sem ter que contribuir financeiramente para o seguro pelo fato de não estar recebendo salário.

O outro tipo é aquele que beneficia cada indivíduo de acordo com suas características e requisitos como renda, etc. Costuma ocorrer por meio de deduções sobre os recursos calculados como tributos a serem pagos. Assim, o benefício do indivíduo dependerá tanto de sua condição inicial de renda, isto é, do montante de recursos que seria pago como tributo, como da extensão do gasto realizado. Portanto, uma dedução de um mesmo valor referente a determinado gasto com saúde a ser deduzido do imposto de renda devido por um indivíduo vai ter diferente efeito sobre os diversos segmentos populacionais, porque a dedução varia também de acordo com o tamanho da renda e do imposto devido por cada pessoa. Além disso, o tamanho do gasto também é variável, uma vez que as pessoas com maior nível de renda tendem a realizar maiores gastos que as com menores níveis de renda. O mesmo ocorre com os gastos das empresas deduzidos do imposto de renda de pessoa jurídica.

O primeiro tipo é chamado de subsídio de “*overt*”, por ser explícito e de conhecimento de toda a sociedade. O seguro caso é chamado de “*covert*”, de difícil contabilização pela complexidade das regras e situações em que ocorre. No presente trabalho, o subsídio *overt* é chamado de explícito, uma vez que corresponde a um mesmo recurso e benefício, independente das características do indivíduo beneficiado, e que todos podem ter. O subsídio *covert* é chamado de implícito, por variar com cada caso, para cada indivíduo e de forma que a sociedade não fica sabendo em quanto cada indivíduo foi beneficiado ⁶⁵.

Devemos destacar que pesa negativamente sobre o subsídio implícito o fato de que, segundo o ideário da proteção social com acesso gratuito universal e integral dos serviços, o financiamento dos serviços deveria ser realizado para o sistema estatutário e não para serviços de escolha privada.

Ademais, o montante que deixará de constar na receita dos cofres públicos devido ao subsídio implícito, é imprevisível antes de ocorrido e de difícil conhecimento depois de ocorrido. Os indivíduos nunca saberão explicitamente o valor que conhecidos e desconhecidos seus, puderam deduzir do imposto de renda que deviam. Como o gasto é deduzido do montante a ser pago, nesse sistema as pessoas com maior renda são mais beneficiadas que as de menor renda. Evans⁶⁵ aponta que esse fato, independentemente das condições de dedução ser integral ou parcial em relação ao gasto, acarreta no efeito regressivo que o subsídio variável tem sobre o financiamento setorial.

O efeito que o subsídio implícito pode causar sobre a progressividade do financiamento do setor de saúde relativiza o consenso de que o financiamento setorial realizado por fontes públicas, isto é, derivado dos tributos, seja sempre mais progressivo que o realizado de forma privada. Nos casos de países com esse tipo de subsídio, o grau de regressividade pode ser tão alto que tenha poder de interferir na progressividade do financiamento setorial como um todo, como o caso da Irlanda, relatado por Evans⁶⁵.

Outra questão apontada pelo autor é o risco de que a pressão que os Estados têm para conterem o gasto público possa levar à consequência do aumento da prática do subsídio implícito, por este ser encoberto e não explícito. Segundo o argumento de Evans⁶⁵, numa situação hipotética os governos europeus poderiam ceder à pressão do mercado em favor desse tipo de subsídio, incentivando gastos fora de seus controles e fundos, ao mesmo tempo em que conseguissem manter a aparência de cuidadosos com o financiamento público setorial. Aí reside a perversidade do subsídio implícito, pois este tipo de acontecimento não seria facilmente aceitável pela população caso o processo fosse explícito.

Os apontamentos de Evans⁶⁵ mostram que os possíveis efeitos dos subsídios sobre o financiamento setorial devem ser contemplados no mix público-privado dos sistemas de saúde e ter sua tendência monitorada para uma análise completa do relacionamento entre o que é do interesse público e o que é do privado nos sistemas de saúde.

Da composição atual do financiamento dos sistemas de saúde, mostrada por Mossialos e Thompson¹⁰ e OCDE⁶⁴, ressalta que a propagação da ideia de que o setor privado dominou o setor de saúde, deve ser analisada com cuidado. O financiamento público mantém-se predominante em praticamente todos os países e o financiamento dos seguros privados parece manter-se estável. Deve ser destacado que **esses fatores corroboram o argumento do Capítulo 2 de que, em geral, os resultados das**

reformas dos Estados de Bem-Estar nos sistemas de saúde dos países desenvolvidos não representaram o desmonte da proteção social ou a diminuição dos direitos sociais. Nesse sentido, a aludida ideia do domínio de interesses privados pode ser parte da pressão dos próprios defensores do neoliberalismo em prol do fortalecimento do setor privado e do enfraquecimento da crença no sistema de proteção social.

De qualquer forma, é fundamental enfatizar que a oferta do setor privado se dá atendendo às demandas individuais do paciente-cidadão, que são interesses individuais (e não coletivos) sob a ótica da prestação de serviço e da organização do sistema de saúde e que, sozinhos, não garantem melhores resultados para a sociedade como um todo, tampouco melhores resultados do ponto de vista da eficiência e da situação de saúde da sociedade. No caso do segmento de seguro privado, especificamente, sua influência não pode ser menosprezada, uma vez que possibilita o consumo de serviços de saúde segundo valores individuais e de mercado. Ademais, como a compra do serviço se dá de forma privada, ela vai estar diretamente associada ao poder de compra que o usuário tem sobre o serviço ou seguro privado de saúde, acarretando no que pode ser uma das piores consequências da existência do seguro privado: interferir na equidade do acesso e do uso de serviços de saúde no sistema de saúde como um todo.

As relações entre o público e o privado se tornam mais complexas no caso dos sistemas de saúde onde é permitida a compra e a venda, no setor privado, de serviços semelhantes aos ofertados pelo sistema estatutário. Nesses casos, coexistem duas cestas de serviços cobertos com diferente acesso. Quanto maior for a coexistência de serviços, menos explícitos são os limites entre o que é do interesse público e o que é do privado.

De outra forma, se o sistema estatutário explicita os serviços que não são ofertados, as pessoas podem procurar o seguro privado para complementar a cobertura, mas quando ele não explicita os serviços que são e os que não são cobertos (como ocorre nos sistemas nacionais de saúde que têm por regra ofertar uma ampla cesta de serviços), as pessoas tendem a procurar o seguro privado suplementar – para incrementar sua comodidade, a hotelaria dos serviços e prestadores, o tempo de espera pelos serviços, ou mesmo as possibilidades de escolha de prestadores, do medicamento ou dos serviços a serem consumidos. Neste caso dos países com sistema nacional de saúde, muito provavelmente o seguro privado estará duplicando a cobertura para a maior parte dos serviços já oferecidos no sistema público.

Segundo Mossialos e Thompson, em alguma medida já existe uma perigosa opinião no debate sobre os sistemas de saúde na União Europeia, em favor dos

interesses privados e em detrimento dos públicos. Para esses autores, o debate sobre a presença do seguro privado tem sido focado na “possibilidade de redução do cuidado à saúde estatutário pela exclusão de determinados serviços ou pela oferta de uma cesta básica de serviços e, em alguns países, tem sido acompanhado por reivindicações de maior subordinação da sociedade ao gasto privado por meio da expansão do seguro privado” (Mossialos e Thompson, 2004: 29. Tradução livre) ¹⁰. Mas, como mostrado nas Seções anteriores, até o momento não parece ter ocorrido nenhuma mudança significativa do perfil do financiamento setorial daqueles países do ponto de vista da participação do seguro privado.

Esse trabalho parte da premissa de que o modelo do sistema de saúde de uma sociedade, e em determinado momento, é diretamente associado à sua situação política-econômica-sócio-cultural. Usando Deppe, que argumenta que os sistemas de saúde são produtos de mudanças sociais estruturais e não construções sociais isoladas, pode-se afirmar que para ocorrer mudanças estruturais num sistema de saúde é preciso que haja transformações sociais e políticas amplas e profundas. Exemplo disso são as mudanças de modelo de sistema de saúde na Espanha e em Portugal, que ocorreram após uma transformação do regime político. Por este motivo, este autor coloca que “o sistema de saúde é o espelho da sociedade. Ele reflete sua história e seu caráter” (Deppe, 2006: 3. Tradução livre) ²⁶.

Se a premissa de que os sistemas de saúde procedem das mudanças estruturais ocorridas na sociedade faz sentido, também o faz considerar que **o mix público-privado no setor de saúde é resultado do modelo de Estado e de sua relação com o mercado**, das mudanças que ocorrem no mix do modelo de Estado de Bem-Estar ⁶⁸, entre outros elementos geradores de conflito que possam haver. Como essas relações são dinâmicas, **os arranjos público-privados no setor de saúde também são situações dinâmicas** – e, portanto, não estáticas – **na realidade dos sistemas de saúde dos países**.

Assim, é fundamental a compreensão de que a importância do setor privado atribuída no sistema de saúde de cada país reflete **o embate de forças político-econômicas e os valores da sociedade em relação à proteção à saúde**. Em todas as sociedades estão presentes questões, como o que é considerado mais adequado na aplicação dos recursos, que fontes de financiamento serão usadas para sustentar o sistema de saúde, quais serviços devem ser ofertados para a população, como sustentar o sistema de saúde diante do aumento dos custos derivado do envelhecimento

populacional e de novas tecnologias com saúde e do aumento da demanda por cuidado com saúde. Parece haver consenso sobre a previsibilidade de que os sistemas nacionais de saúde não vão conseguir prover todas as necessidades com saúde.

As respostas a essas perguntas, bem como os papéis do seguro privado e do gasto privado direto na relação com o sistema estatutário – seja ele o sistema nacional de saúde, seja o seguro social – resultam das forças intrínsecas aos diferentes interesses vigentes em cada sociedade, das escolhas feitas a partir desses interesses e de seu poder de interferência. Aqui cabe aplicar a tese de Polanyi¹³ que explica que o desenvolvimento das sociedades capitalistas resulta da lógica dialética de relação entre o liberalismo econômico e a proteção social feita para se proteger dos danos causados por sua forma de produção e acumulação.

O gasto privado do setor de saúde vem aumentando em termos reais e, para que esse crescimento não contribua com mais iniquidade nos sistemas de saúde, é preciso compreender em que casos será mais desejável que o gasto se dê: se por meio de seguro privado, pelo pagamento direto ou para contribuir de forma positiva com os serviços públicos, ou seja, é preciso conhecer as possibilidades de mix público-privado para que sejam estabelecidos critérios de organização, gasto e uso do sistema de saúde como um todo.

3.5. EVIDÊNCIAS SOBRE ESPECIFICIDADES DO TIPO DUPLICADO E SUPLEMENTAR

Os trabalhos de Colombo e Tapay⁶² e da OCDE⁵² apresentam dados sobre a estrutura dos sistemas de saúde, porém a principal contribuição destes é a elaboração de uma argumentação teórica sobre o mix público-privado. Possivelmente, a melhor explicação para a carência de dados sobre características específicas a cada tipo de mix, esteja associada ao pequeno tempo de existência dessa linha de pesquisa na Economia da Saúde. Esta não é uma impressão exclusiva do presente trabalho sobre a evolução deste campo e a mesma se dá entre outros autores, como assinalam os espanhóis López-Casasnovas e Sáez: “*Probablemente, los temas de aseguramiento sanitario privado son los peor comprendidos y analizados en la economía de la salud de nuestro país*” (López-Casasnovas e Sáez, 2005: 59) ⁶⁹.

Existem, contudo, trabalhos específicos sobre o tema e foram selecionados alguns estudos empíricos para complementar a análise sobre a tipologia da OCDE cuja maior contribuição se dá nas argumentações teóricas. Por este motivo, as contribuições da tipologia da OCDE para o debate sobre o mix público-privado serão analisadas nesta Seção e acrescidas de achados de estudos sobre efeitos específicos do seguro privado que ocorrem no tipo de mix suplementar e duplicado. Intenta-se apresentar algumas evidências sobre uso, acesso, financiamento e equidade nos casos em que o seguro privado que duplica a cobertura nos sistemas de saúde para, com isso, contribuir com elementos para a intervenção do Estado sobre o sistema de saúde.

Note-se que uma limitação dessas evidências é a carência de estudos com indicadores de resultado, ou seja, que mostrem como os seguros privados influenciam o estado de saúde das populações com e sem cobertura duplicada. Tais resultados são importante complemento para embasar a atuação do Estado, porém não se concorda que “*sólo sobre ello pueden formularse políticas sanitarias y objeciones sobre su repercusión respecto a la equidad*”, como defendem López-Casasnovas e Sáez (2005: 63) ⁶⁹. Embora os indicadores de resultado sejam importantes, não são condição *si ne qua non* para a elaboração de política pública, uma vez que informações sobre iniquidades de uso, acesso e financiamento constituem expressivos subsídios para a criação de regras que protejam o interesse público na atenção prestada pelos sistemas nacionais de saúde, bem como na do sistema de saúde como um todo.

Os autores do estudo da OCDE consideram que no tipo de mix duplicado o tempo de espera na fila para o consumo dos serviços por meio de seguros privados, sobretudo

de cirurgias eletivas, é menor que nos sistemas nacionais. Entretanto, apontam que não encontraram qualquer evidência de que o tempo de espera dos sistemas públicos possa ser diminuído devido à existência do seguro privado. O estudo também menciona que um dos problemas identificados nos sistemas duplicados é que as pessoas que possuem seguro privado tendem a continuar utilizando o sistema público para os serviços mais custosos.

Essas características de sistemas com cobertura Duplicada coincidem com os problemas próprios desse tipo de mix, mostrados por Tuohy et al ⁵⁷. Não só esse, mas também outros trabalhos, como os de Cervera et al⁷⁰, González López-Válcarcel e Pérez⁷¹ e Jones et al ⁷² apontam que, em países com cobertura Duplicada, o setor público tende a receber os casos mais complexos como consequência dos incentivos que os médicos têm sobre a sua prática clínica – note-se que a importância do médico no modelo de análise do mix público-privado de Saltman¹ lhe atribuiu uma categoria própria devido ao seu poder de influenciar o sistema público com a lógica privada – e dos desejos e necessidades do paciente. A consequência seria a fila de espera no setor público se tornar ainda mais lenta do que seria sem a atuação do seguro privado e com maior custo por paciente.

Em relação ao padrão de uso de serviços de saúde pelos pacientes no tipo de arranjo público-privado Duplicado, além dos resultados de Tuohy et al ⁵⁷ dos casos mais custosos e complexos, outros estudos contribuem para a compreensão dos efeitos específicos do seguro privado nos sistemas duplicados.

Nesse sentido, o estudo de Rodríguez e Stoyanova publicado em 2004 ⁷³, realizado a partir de dados da pesquisa espanhola *Encuesta Nacional de Salud* de 1997, mostrou que o tipo de consulta médica consumida nos arranjos duplicados varia quando comparada a população que tem seguro privado com a que não tem. Os resultados da pesquisa apontaram para a interferência do setor privado na utilização dos serviços naquele país, onde 10% da população tem cobertura duplicada. As autoras ⁷³ verificaram que a população que tem cobertura duplicada utiliza mais os serviços dos especialistas que dos generalistas, quando ocorre o oposto com a população sem cobertura duplicada. Resultados semelhantes para a utilização de serviço na Espanha foi encontrado por Fusté et al em 2005 ⁷⁴ e, mais recentemente, por Álvarez e Barranquero em 2008 ⁷⁵, a partir de dados do *European Community Household Panel* (ECHP) de 2000.

Esses resultados não se diferem dos encontrados por van Doorslaer et al em 2002⁷⁶, para 14 países da OCDE, e por Jones et al ⁷², para usuários de quatro países com cobertura pública e privada (Irlanda, Reino Unido, Itália e Portugal). Esses estudos corroboraram o padrão de utilização de especialistas e de generalistas diferenciado nos países com tipo de imbricamento Duplicado, padrão esse que se mostrou associado à posse de seguro privado e à maior renda. Para van Doorslaer et al, nesses sistemas de saúde a visita a generalistas é garantida a todos e utilizada por todos nos sistemas universais públicos, independentemente da renda, refletindo a equidade horizontal [iii] para esse tipo de serviço. Entretanto, as pessoas com maior renda são mais propensas a consultarem um especialista que as com menor renda, o que expressa a iniquidade no uso de especialistas em favor dos ricos, uma vez que são os que proporcionalmente mais têm cobertura duplicada (van Doorslaer et al, 2002: 241) ⁷⁶.

Os achados de Rodríguez e Stoyanova ⁷³ resultam da observação da fonte de financiamento da remuneração dos médicos, tipo de informação que não consta no estudo de van Doorslaer et al ⁷⁶. Como esperado, os pacientes que têm acesso apenas ao sistema público vão majoritariamente a médicos generalistas com vínculo público e os que têm acesso exclusivo ao sistema privado a médicos especialistas com vínculo privado, porém as pessoas que têm cobertura duplicada usam de forma distinta os dois setores, pois escolhem o setor público para visitar o generalista e o privado quando precisam de um especialista (Rodríguez e Stoyanova, 2004: 697)⁷³.

As autoras⁷³ assinalam que a opção pelo seguro privado para visitar um especialista pode ser em parte explicada por falhas na organização do acesso a especialista no sistema público do país e não na qualidade dos especialistas de hospitais públicos espanhóis que possuem boa reputação. Para as autoras, a questão pode estar nas condições para acessá-los, pois ao mesmo tempo em que não é permitido acessar diretamente um especialista no sistema público, também é impossibilitada a livre escolha do especialista quando o paciente é referenciado pelo generalista, uma vez que o generalista possui uma rede limitada de especialistas a quem pode referenciar.

É possível que haja pacientes que, por se encontrarem com problemas de saúde, procurem um acesso diferenciado. Esta é uma das explicações para a decisão de compra de um seguro privado de forma voluntário (“seguro voluntário privado” ou *Voluntary Health Insurance*, VHI), representando as pessoas que exercem uma das falhas de

ⁱⁱⁱ A definição de equidade horizontal utilizada por van Doorslaer é de pessoas de igual necessidade de cuidado serem tratadas igualmente, independentemente de características de renda, residência, raça, etc. (van Doorslaer et al, 2002: 226).

mercado, conhecida como seleção adversa e que pode provocar maior uso dos serviços. Entretanto, diversos estudos não encontraram relação entre posse de seguro privado e más condições de saúde (Cameron et al, 1998; Cameron et al, 1991; Ettner, 1997; Hurd et al, 1997; Vera-Hernández, 1999 apud Jones et al, 2005 ⁷²), tampouco há consenso sobre uma maior qualidade da atenção prestada se provida por um generalista ou por um especialista^{72, 73}.

Outra pesquisadora, González ⁷⁷, mostra que o uso de serviços diferenciado pela cobertura duplicada está relacionado também ao comportamento do profissional de saúde no atendimento. Em seu estudo, desenvolveu um modelo que considera os médicos espanhóis com vínculo de trabalho nos setores público e privado e que são remunerados pelos dois vínculos, cujos tempo de trabalho e remuneração são fixos no setor público e não no setor privado, onde a remuneração estaria diretamente relacionada aos lucros do hospital no privado. A pesquisa considerou os pacientes que estão na lista de espera para tratamentos eletivos e que estão segurados pelo sistema público e por seguro privado. Sob essas condições, seus resultados mostram que a administração do paciente na lista de espera tende a ser realizada em benefício próprio do médico, que faz uma seleção de risco (*cream-skimming*) dos casos menos complexos e menos custosos para o atendimento privado, deixando no atendimento público os pacientes com casos mais complexos e que representam maiores custos.

A autora⁷⁷ sugere que o comportamento médico é influenciado pela diferente forma de pagamento que tem no setor público e no privado. Assim, enquanto no setor público o médico tem seus custos cobertos e é pago independentemente da quantidade e da complexidade dos casos que trata, no setor privado é remunerado em função da quantidade de atendimentos e, ainda, recebe parte dos lucros do hospital, seja diretamente (se for sócio do hospital) ou indiretamente (pela melhor receita do hospital). Assim, mesmo que o médico não receba diretamente os lucros do hospital no setor privado, terá incentivos em contribuir no aumento da receita do hospital e na diminuição de seus gastos, o que pode fazer direcionando os pacientes da lista do setor público que representam casos menos complexos e custosos de tratamento.

No caso da Alemanha, Vargas e Elhewaihi ⁷⁸ compararam o padrão de uso dos que têm cobertura duplicada com os que estão cobertos exclusivamente pelo seguro social alemão, a partir das informações do *German Institute for Economic Research*. A hipótese dos autores é que o uso de consultas médicas é maior entre os com cobertura duplicada, uma vez que os médicos seriam motivados a atenderem primeiramente aos

pacientes segurados de forma privada por terem permissão para cobrarem até 3,5 mais vezes aos pacientes complexos do seguro privado que no seguro social. Embora não tenham feito distinção entre especialistas e generalistas, concluíram que o número de consultas médicas é maior entre os alemães que têm cobertura duplicada, o que mostra diferente padrão de uso de serviços de saúde.

De qualquer forma, a posse de seguro privado está associada à renda e ao diferente uso de especialistas e generalistas nos países com cobertura duplicada estudados, como mostram os resultados de Jones et al ⁷². Se, por um lado, quanto maior a renda, maior a posse de seguro privado e maior a quantidade de visitas a especialistas, por outro lado, quanto menor a renda, menor será a posse de seguro privado e maior será a quantidade de visitas a generalista. Por este motivo, este estudo de Jones et al converge para as conclusões de van Doorslaer et al ⁷⁶, de que a cobertura duplicada proporcionada pela posse do seguro privado influencia a iniquidade horizontal pró-ricos para o uso médicos de especialistas.

Nessa mesma linha existe um estudo mais antigo, o de Vera-Hernández, publicado em artigo de 1999 ⁶¹ e que foi um dos primeiros a propor o conceito de cobertura Duplicada, quando analisou a relação entre a demanda por cuidado de saúde na Catalunha e a cobertura de serviços que os usuários têm. Este autor apontou que a demanda, o acesso e a utilização de serviços de saúde são diferenciados entre as pessoas que possuem e as que não possuem cobertura duplicada. Os resultados de seu estudo mostraram que (i) a decisão de adquirir um seguro privado é mais determinada por variáveis sócio-econômicas, como renda e status no emprego, que por variáveis associadas à condição de saúde; (ii) as variáveis de condição de saúde têm maior influência sobre o uso de serviços, mas não sobre a escolha do seguro privado de saúde e; (iii) a cobertura duplicada acarreta em iniquidade pró-rico no acesso e no uso.

Uma limitação desses estudos é que não apresentam indicadores de resultado de saúde, mas mostram que a cobertura duplicada de saúde contribui para a iniquidade no acesso e, além disso, incentiva o desenvolvimento do setor privado nos serviços em que a população tem dificuldade de acesso no sistema público, que geralmente correspondem às consultas a especialistas e à média complexidade, como as cirurgias eletivas, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT), e medicamentos.

Nesse sentido, a cobertura duplicada não contribui na preservação dos objetivos gerais do sistema de saúde de universalidade e equidade, de contribuição positiva aos resultados de saúde, ao desenvolvimento do próprio sistema de saúde e a objetivos

sociais como a melhoria das condições de vida da população. Ainda, como mostraram Tuohy et al ⁵⁷, a interferência do seguro privado nos sistemas Duplicados traz consequências indesejáveis aos seus princípios, não diminui a pressão da demanda por serviços do sistema público e, tampouco, no financiamento desse sistema.

Essas conclusões afastam os pressupostos de Chernichovsky⁵⁵, que considera que o setor privado pode desonerar o sistema público, e do ideário neoliberal de que defende a privatização de programas sociais e a redução das ações sociais do Estado. Assim, é possível afirmar que o setor privado pode prestar serviços, mas não ser o responsável pela organização do sistema de saúde, pois isso é função pública, do Estado. Para isso, a regulação dos governos sobre os seguros privados é estratégica do ponto de vista da manutenção dos princípios de proteção social dos sistemas de saúde.

Alguns dos estudos mostraram que a importância do seguro privado no sistema de saúde vai ser inversamente proporcional à do sistema público e que a extensão da cobertura de serviços públicos determina a quantidade e o tipo de gasto privado, determinando em parte, a relação entre o sistema público e o seguro privado^{36,52,55,58,72,76}. Contudo, **as políticas públicas dos países com cobertura Duplicada devem ter em conta os problemas característicos desse tipo de mix público-privado quando da definição de quais serviços não serão ofertados pelo sistema público.**

Também foi apresentado que o escopo e a extensão da regulação governamental sobre o seguro privado devem ser relacionais à importância que o seguro tem no sistema de saúde. Nesse sentido, Wasem et al ⁵⁸ mostraram que a regulação deve ser forte e completa quando o seguro privado é a única proteção social para uma parcela da população, que é o tipo de mix público-privado denominado pela OCDE de Complementar.

A análise e as recomendações feitas por Thompson e Mossialos em 2006⁷⁹ e em 2008 ⁸⁰, sobre a regulação do seguro privado nos países da União Europeia, convergem às do trabalho de Wasem et al ⁵⁸. A regulação do seguro privado em cada país europeu é limitada à regras que vêm sendo elaboradas desde 1994 por um conselho diretor da Comissão Europeia, editadas em Diretiva específica da União Europeia sobre o tema, a *Third Non-Life Directive* (European Commission 1992) ⁸¹, que estabelece dois grandes eixos regulatórios para organizar o seguro privado. Um deles é em relação à operadora ter finalidade de lucro ou não e o outro eixo, que mais nos interessa neste trabalho, é a função que o seguro privado exerce no sistema de saúde em relação ao sistema

estatutário, seja o sistema nacional de saúde ou o seguro social. A classificação é a mesma da OCDE^{51, 52, 53} e de Mossialos e Thompson¹⁰.

Segundo Thompson e Mossialos^{79, 80}, a Diretiva estabelece que o objeto de regulação de cada país da União Europeia sobre o seguro privado deve se restringir às questões econômico-financeiras das seguradoras que protejam o consumidor, como as relativas à solvência das seguradoras e condições contratuais.

É proibido aos países criarem regras de regulação do que chamam de “material”, que diz respeito ao preço e ao escopo do produto, tendo sido permitida exclusivamente a alguns países cujos tipos de mix são Substitutivo e Complementar. Países como França, Irlanda, Bélgica e Eslovênia receberam autorização para exercerem esse nível mais extenso de regulação do seguro privado após julgamento pela Corte de Justiça Europeia da função do seguro privado nos seus sistemas de saúde e da parcela da população dependente desta forma de proteção⁸⁰. Aos países com Sistema Nacional de Saúde, em que o seguro privado é Suplementar e/ou Duplicado mantém-se proibida a extensão da regulação para além das questões econômicas.

Uma vez que, após processos na Corte de Justiça Europeia, esta vem apresentando decisões não previstas na Diretiva, de permissões para regulação diferenciada aos seguros privados de países cujo sistema principal é seguro social, os autores^{79, 80} consideram necessário abrir o debate sobre os limites das regras para os tipos substitutivos e complementares e **recomendam que, no caso do tipo duplicado e suplementar, o Estado não deve usar seus recursos financeiros e humanos para cuidar extensivamente do mercado de seguros privados, pois neste caso o sistema estatutário já é responsável pela proteção à saúde e, por ser um sistema público, este modelo atende ao interesse público.** Além disso, consideram que **somente assim – Estado centrado no sistema público e regulação pouco extensa sobre o seguro privado – estaria sendo garantido que os principais esforços do Estado ocorram no sentido de melhorar o sistema estatutário, que é o escolhido pela sociedade para compor a proteção social.** Esse argumento corrobora o de Tuohy et al⁵⁷ acerca de o investimento público ser fortemente direcionado para o sistema estatutário, mas, de qualquer forma, todas as recentes mudanças em relação às regras da Diretiva mostram que os arranjos público-privados nos sistemas de saúde permanecem em constante mudança.

Como visto no Capítulo anterior e neste, existe consenso sobre o dinamismo e a tendência dos sistemas de saúde de que os arranjos público-privados continuem

existindo e com imbricamentos cada vez mais complexos. Por isso, é importante aprofundar o conhecimento sobre as implicações que essas relações têm para o sistema de saúde, para que o Estado tenha condições (técnicas e políticas) para pesar as consequências positivas e as negativas do mix público-privado em relação aos objetivos gerais do sistema de saúde. Para tanto, devem ser considerados não apenas os dispositivos de financiamento e prestação dos serviços, mas também, a relação destas dimensões com a cobertura de serviços do sistema público e do seguro privado de forma a contemplar o contexto das sociedades contemporâneas de valorização do poder de escolha e das necessidades individuais.

A demanda por maior poder de escolha está cada vez mais presente nas sociedades desde os questionamentos aos Estados de Bem-Estar, como discutido no Capítulo 1. Como os sistemas nacionais de saúde nem sempre oferecem cobertura da totalidade dos serviços de saúde e da forma que se requer na sociedade, acabam por não responder às necessidades individuais de escolha, demandas que se tornam progressivamente mais proeminentes. São demandas influenciadas pelo ideário neoliberal e, na medida em que não são contempladas, contribuem para a menor aderência das pessoas ao *welfarianismo*. Tais demandas abrangem desde o desejo de escolha do paciente por estabelecimento, profissional, rapidez, disponibilidade de horário para realização do serviço e possibilidade de seu agendamento, até as possibilidades de escolha de tratamento e medicamento a serem consumidos, e de incrementar a hotelaria do serviço.

Ainda, as longas filas de espera observadas nos sistemas nacionais de saúde em diversos países, sobretudo para a média complexidade da atenção à saúde^{70, 71, 77, 78, 82, 83} parecem influenciar a demanda por seguro privado. Nesse sentido, uma vez que o sistema público não responde às demandas individuais acima mencionadas, é possível que o desejo pela cobertura do seguro privado se torne maior a cada momento.

Portanto, se o seguro privado complementar e com cobertura duplicada ao sistema público atende a uma demanda específica das pessoas é importante conhecer como isso ocorre na prática dos sistemas de saúde, em que medida afeta a população e a proteção social e aprofundar o debate sobre qual atuação os Estados devem ter sobre os arranjos público-privados dos sistemas de saúde.

**4. O MIX PÚBLICO-PRIVADO DO SISTEMA DE SAÚDE
BRASILEIRO: ORIGENS, CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS E
ATUAÇÃO DO ESTADO**

4.1. INTRODUÇÃO AO CAPÍTULO 4

O sistema de saúde brasileiro segue, a partir da Constituição de 1988, o modelo dos sistemas nacionais de saúde, tendo herdado do período anterior, entretanto, um forte segmento de prestadores e de empresas de planos privados de saúde, atualmente denominadas de seguradoras ou operadoras de planos privados. O Sistema Único de Saúde, SUS, instituído pela Constituição Federal de 1988 – que estabeleceu o direito à saúde para todos os brasileiros – e regulamentado pelas Leis da Saúde de 1990 (LOS nº. 8.080 e Lei nº. 8.142), tem por princípios os clássicos de um Sistema Nacional de Saúde (universalidade, integralidade, igualdade, acesso gratuito no momento do uso do serviço e financiado por meio de tributos), onde o direito à saúde é um direito de cidadania.

A criação do SUS foi fortemente influenciada pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que se desenvolveu inspirado tanto pelo ideal de proteção social solidária que embasou as reformas dos sistemas de saúde europeus na reconstrução daquelas sociedades no pós IIª Guerra Mundial, como pelo contexto interno do ascenso do movimento contra a ditadura e pelas liberdades democráticas [iv].

Uma das características do mix público-privado no sistema de saúde brasileiro é em relação à prestação de serviços. O SUS produz serviços em unidades de saúde, incluindo os hospitais públicos e os privados complementares (que podem ser conveniados e contratados). É nos casos em que os serviços de saúde não são produção própria de serviços estatais, que ocorre uma primeira forma de imbricamento público-privado no campo da prestação dos serviços. Nesta, a compra e a venda de serviços de saúde se dão entre o poder público e os prestadores privados.

Os seguros privados de saúde – conhecidos por setor suplementar e aqui chamado de segmento suplementar – fornecem serviços de saúde produzidos por hospitais, clínicas e laboratórios privados que são ou contratados, ou credenciados, ou ressarcidos por operadoras privadas de seguros que a eles orientam sua clientela. A maior parte dos prestadores privados dessas operadoras são os mesmos que vendem serviços ao poder público (SUS) e nesta superposição de demandas aos mesmos prestadores privados reside uma segunda forma de imbricamento público-privado no campo da prestação dos serviços.

^{iv} A nomenclatura SUS foi apresentada durante a 8ª CNS, como proposta de nome para o novo sistema de saúde nas discussões do Tema 2, o qual se chamava “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” (Relatório da 8ª CNS, 1987). A partir dessa proposta, diferentemente da grande parte dos países, no Brasil o Sistema de Saúde é chamado de Único e não de Nacional.

Empresas e indivíduos, mediante pagamento privado direto (*out-of-pocket*) a prestadores privados de serviços de saúde, constituem outro grande segmento de consumo no mercado, aqui residindo uma terceira forma de imbricamento público-privado no campo da prestação dos serviços.

Além disso, seja por meio dos seguros privados ou pelo pagamento privado direto, é possível comprar junto aos estabelecimentos públicos, serviços médico-hospitalares de média e alta complexidade, o que geralmente ocorre naqueles com quadro de profissionais referenciados, como os hospitais universitários e de ensino, que realizam serviços de saúde para o SUS. Esse arranjo se dá porque, embora o SUS não permita o financiamento privado de seus serviços, existe um vácuo na legislação que faz com que, na prática, a venda dos serviços para o setor privado possa se dar por intermédio de fundações criadas ou contratadas para gerenciar serviços desses hospitais, as quais não têm impedimento para vender serviços para o setor privado, e aqui reside uma quarta forma de imbricamento público-privado neste campo da prestação.

O uso dos serviços de saúde pode ser feito por meio do SUS (sem pagar no ato do consumo), por meio do seguro privado ou, ainda, desembolso direto, isto é, pagando-se diretamente no momento em que o serviço privado é usado.

A fonte de financiamento do SUS é pública e se dá por meio de tributos. A do setor privado pode se dar pelo desembolso direto e por meio de seguros privados, mas também conta com recursos públicos nos casos abaixo, conformando a quinta forma de imbricamento público-privado na realidade brasileira:

(i) pelas desonerações fiscais a prestadores privados e consumidores dos seus serviços;

(ii) pelo gasto de órgãos públicos com prestadores privados para a assistência à saúde de seus trabalhadores e familiares e; (iii) pelo uso de serviços do SUS por segurados com contrato para os serviços utilizados, quando não ocorre o ressarcimento pelas operadoras ao sistema público.

A marcante participação dos prestadores privados nas três primeiras formas imbricamento público-privado no campo da prestação, e das operadoras privadas nas quarta e quinta formas, ressaltam o imbricamento como forma mais ampla e complexa de indução dos interesses de mercado sobre o desenvolvimento do sistema público de saúde no Brasil.

Por esses arranjos entre o público e o privado na estrutura do sistema de saúde brasileiro, parto da premissa que ele é caracterizado como um sistema misto, onde o setor público e o privado coexistem no provimento, no financiamento e na demanda e na utilização dos serviços de saúde.

Este Capítulo 4 apresenta informações de estudos sobre o mix público-privado no Brasil (Seção 4.2) e analisa elementos do mix no sistema de saúde brasileiro, desde sua origem até os dias atuais (Seções 4.3 e 4.4) para, com base nestas Seções e nos elementos trazidos da bibliografia internacional apresentados nos Capítulos 2 e 3, tecer as Considerações Finais, quando são discutidos os efeitos que a regulação governamental do arranjo público-privado tem sobre nosso sistema de saúde, com foco especial no SUS (Capítulo 5).

Como mostrado no Capítulo 3, a bibliografia internacional sobre os efeitos do mix público-privado sobre o sistema de saúde é cada vez mais extensa, com contribuições tanto de estudos analíticos, como empíricos. No Brasil, a bibliografia existente sobre o nosso sistema de saúde é extensa e ampla, mas a específica sobre as relações entre o público e o privado se concentrou nas décadas de 1970 e 1980, como mostrou Bahia em 1999⁸⁴, sendo que desde a década de 1990 a produção acadêmica focou mais as questões próprias do segmento suplementar e de sua regulação, do que as que resultam do imbricamento entre o público e o privado, como mostrou a mesma autora em estudo mais recente, de 2008⁸⁵.

No presente trabalho não será feita revisão de toda a extensa bibliografia sobre o sistema de saúde, tampouco da específica sobre o segmento suplementar, mas sim da bibliografia que apresenta elementos importantes para compreender o mix público-privado brasileiro e que contribuem para alcançar os objetivos do presente trabalho. Estes elementos são fundamentais para embasar a análise e a discussão, realizadas no Capítulo 5.

4.2. CARACTERÍSTICAS E DIMENSÕES DO MIX PÚBLICO-PRIVADO DO SETOR DE SAÚDE BRASILEIRO

O objetivo desta Seção não é dar conta de todas as esferas em que se dão as relações entre o público e o privado, e sim focar nas características do arranjo público-privado, especialmente na organização do sistema, no financiamento, na prestação, na oferta e no uso dos serviços de saúde.

O SUS é responsável por uma produção de serviços de saúde de importância fundamental para o país: grandes quantidades de atendimentos por unidades básicas, a quase totalidade das vacinações feitas no país, consultas, procedimentos especializados e exames, internações, transplantes, programas bem sucedidos como o de controle e tratamento de pacientes com HIV/AIDS, Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família (PACS/PSF), ações de vigilância em saúde, desenvolvimento de conhecimentos e tecnologias em imunobiológicos, fármacos, informação, gestão, etc., como bem assinala Santos ⁸⁶.

A cobertura e o leque de serviços oferecidos pelo SUS vem aumentando desde sua criação, como mostrou o estudo de Porto et al ⁵, que entre 1998 e 2003 houve um importante avanço no uso de serviços de atenção básica, tratamentos hospitalares e exames de alta complexidade fornecidos pelo SUS, em todas as regiões do país.

Ao mesmo tempo, o SUS possui pontos de estrangulamento, como a baixa oferta de serviços de apoio ao diagnóstico e terapêuticos, SADT (mostrada pela análise dos dados da Pesquisa Assistência Médico-Sanitária/IBGE de 2005 apresentada ao final desta Seção); frequente impossibilidade de agendamento do serviço e de escolha do profissional e do prestador; hotelaria precária; dificuldade de acesso aos serviços e; grande tempo em lista de espera para cirurgias eletivas, SADT e consultas à especialistas.

Essas são características diferentes das do seguro privado e possivelmente contribuem para o alto uso de determinados serviços financiados por gasto privado direto e por intermédio de seguros privados em 1998 e 2003 – como internações para cirurgias e exames, cirurgias ambulatoriais, gesso e imobilizações, consulta a outros profissionais de saúde –, como mostraram os resultados da referida pesquisa feita por Porto et al ⁵. As mesmas diferenças são mostradas por Cordeiro et al:

“convivem de forma contraditória a abundância e a escassez de alguns serviços e de tecnologias, tanto no SUS como no segmento suplementar,

ainda que de natureza e graus diferentes. No primeiro, nota-se o aparecimento e o recurso a tecnologias leves enquanto que no segundo predominam as tecnologias duras (...) diferença importante entre o SUS e o segmento complementar (...) é a ocorrência de abundância de tecnologias leves e da escassez de procedimentos mais complexos no SUS, ocorrendo o contrário no segmento complementar. Essa situação tem implicações importantes para a qualidade da atenção, ainda que de natureza diferente” (Cordeiro et al, 2009)

87

O mercado privado de saúde brasileiro tem uma expressão extremamente importante para o sistema de saúde do país, que é caracterizado pela relação contratual e convenial na prestação de serviços ao SUS (esta, constitucionalmente denominada de “complementar”) e pela convivência e relação complementar e duplicada de serviços do segmento de seguros privados em relação ao SUS.

O mercado de seguros privados se sustenta majoritariamente pela contratação de cobertura para assistência médico-hospitalar feita por empresas empregadoras, junto às empresas que operam seguros, para seus empregados e familiares, o que corresponde aos planos de saúde coletivos, que atualmente detém mais de 70% da clientela de planos médicos segundo dados da ANS ⁸.

Em geral, esses contratos compreendem uma ampla cesta de serviços de saúde, com assistência médica, internações hospitalares, SADT, e, por vezes, serviços de outros profissionais de saúde, como fisioterapeutas, fonoaudiólogos e de saúde bucal. Deve ser destacado, ainda, que as operadoras podem credenciar desde uma grande quantidade de estabelecimentos (que pode facilitar o acesso aos serviços), até uma pequena (neste caso gerando uma oferta restrita de serviços, que pode dificultar o acesso a eles). Além disso, pode variar a qualidade dos serviços de cada profissional e estabelecimento credenciado, da mesma forma que o valor pago pelos serviços pode variar enormemente. A combinação dessas características leva a uma grande diversidade de seguros privados de saúde comercializados no país e à sua estratificação.

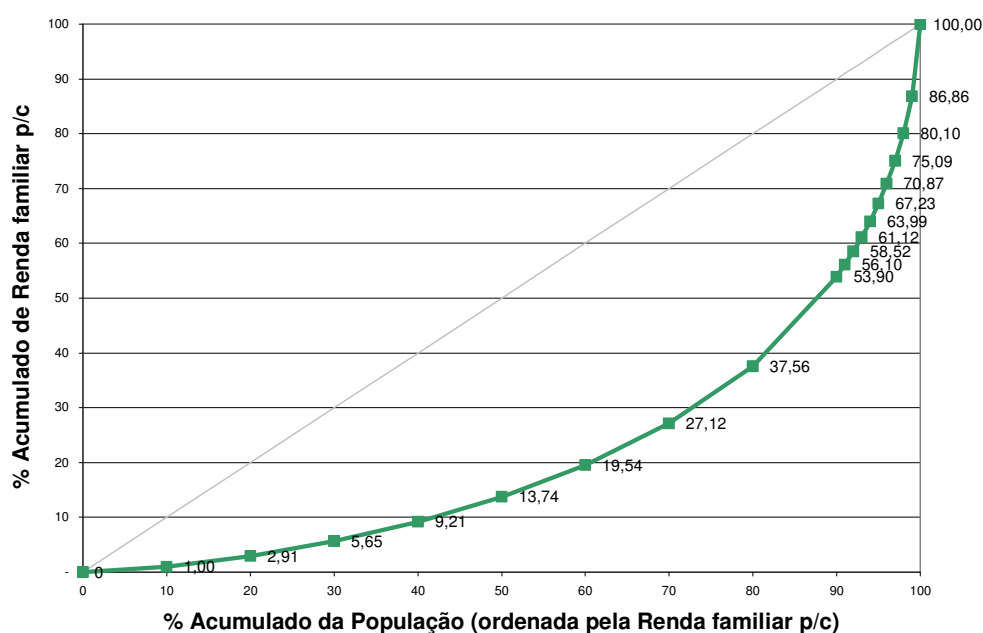
A seguir, são dimensionadas algumas interfaces do mercado de seguros privados no Brasil com o restante do sistema de saúde e com a distribuição de renda da população brasileira nos dias atuais, para o quê são usadas diferentes fontes de informações. Note-se que são apresentados poucos dados sobre o tempo de espera e o tamanho das listas de espera pra uso de serviços de saúde no SUS e no segmento complementar, devido à escassez desse tipo de estudo empírico no país.

4.2.1. Características da população com cobertura duplicada

Pesquisa feita por Ugá e Santos em 2006⁸⁸, a partir de informações da Pesquisa de Orçamentos Familiares/IBGE-2003, mostra que distribuição da renda na população brasileira é extremamente concentrada, como mostra a Curva de Lorenz (Gráfico 3). Os 10% mais ricos da população detêm 46,1% da renda familiar per capita da sociedade, enquanto os 20% mais pobres detêm apenas 2,9% da renda. Os cinco primeiros decis, isto é a metade mais pobre da população, absorvem apenas 13,7% da renda e a percentagem acumulada pelos 10% mais ricos corresponde a parcela maior que a acumulada pelos 80% mais pobres.

A alta concentração da renda corresponde ao Índice de Gini do país de 0,57, que é destacadamente mais elevado que o dos países desenvolvidos e, também, que o dos demais países em desenvolvimento.

Gráfico 3: Curva de Concentração da Renda Familiar per capita (Curva de Lorenz). Brasil, 2002.



Fonte: Ugá e Santos⁸⁸.

Nota: elaborado a partir dos microdados da POF/IBGE-2002.

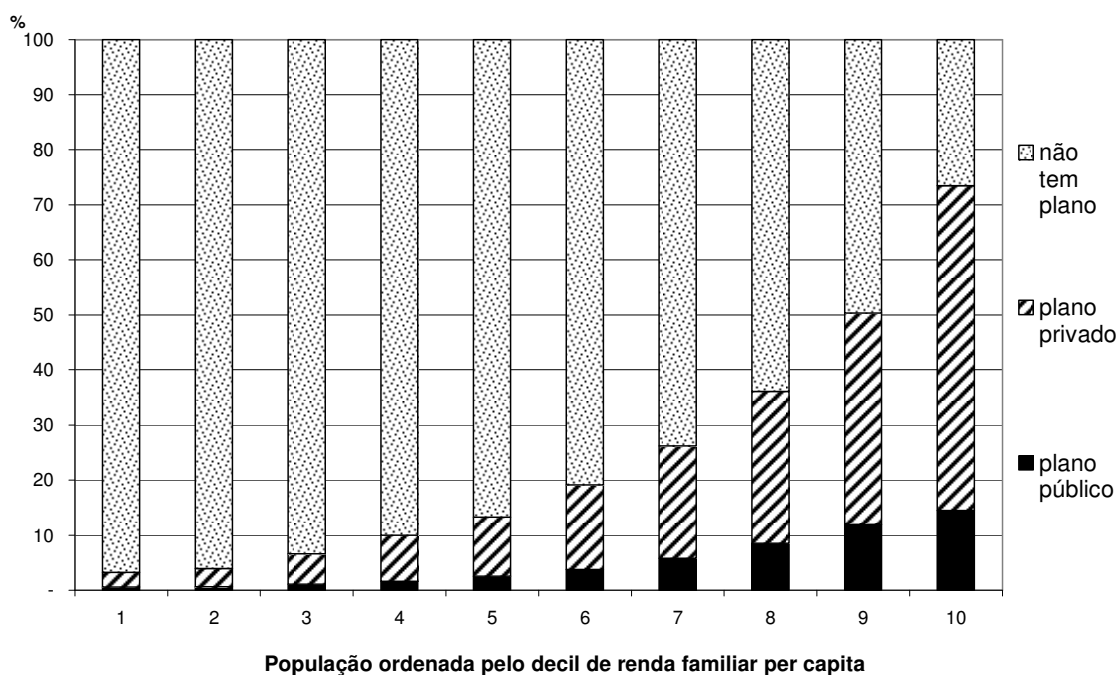
A Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios do IBGE de 2003⁴ mostra que, naquele ano, 19% da população brasileira declararam ter cobertura de seguro privado e 5% de seguro financiado por instituições públicas, mas não destinados a toda a

população e sim a grupo específico de pessoas, como funcionários públicos, exército, etc. Consideramos, assim, que corresponde a 24% a cobertura da população com algum tipo de seguro privado no país.

Os dados da PNAD/IBGE de 2003 mostram que, associada à desigualdade de renda da população, é a cobertura de seguro privado ^{89, 90}, como se pode observar no Gráfico 4, bem como a quantidade de anos de estudo ⁹¹, indicador comumente utilizado com aproximação (*proxy*) da renda.

A população coberta por seguro privado é maior no sudeste do país, entre os que moram nas grandes cidades e entre os que têm emprego formal, cujo vínculo ao seguro se dá por intermédio do emprego (planos coletivos), como mostra trabalho de Albuquerque et al ⁹⁰.

Gráfico 4: Distribuição da população brasileira segundo a posse de seguro privado de saúde e a renda familiar per capita. Brasil, 2003.



Fonte: Albuquerque et al ⁹⁰.

Nota: elaborado a partir dos microdados da PNAD/IBGE de 2003.

A cobertura de serviços de saúde contemplada nos contratos dos seguros privados é ampla para a grande parte dos usuários, pois pouco mais de 90% dos entrevistados da PNAD/IBGE respondeu que cobre consultas médicas, exames complementares e internações, segundo elaboração própria a partir dos microdados da PNAD/IBGE de 2003.

Somam-se a essas, as informações da ANS ⁹², que mostram que 92,2% dos beneficiários de planos médico-hospitalares tinham planos com cobertura ambulatorial e hospitalar em setembro de 2008. Resultado semelhante foi encontrado por Pessoto et al⁹³ para a região metropolitana de São Paulo informada pela Pesquisa de Condições de Vida, PCV/Seade de 1998: 97,3% dos segurados de plano individual e 98,8% dos de plano empresarial possuíam cobertura simultânea para consulta, exames e internação. Portanto, as informações sobre a extensão dos serviços cobertos mostram que a cobertura é duplicada para uma ampla gama de serviços de saúde para a quase totalidade dos segurados. Deve ser ressaltado que, mesmo para os que não tem ambas as coberturas, ambulatorial e hospitalar, no que têm, configuram duplicação de cobertura.

A distribuição etária da população que possui seguro privado de saúde é diferente que a da população brasileira. O estudo de Sasson et al ⁸⁹ mostra que a pirâmide etária da população brasileira tem uma base maior, enquanto a da população que tem seguro é menor. Além disso, se observa uma concentração maior de idosos (60 anos ou mais) entre os que têm seguro privado, o que faz com que o topo de sua pirâmide seja maior que o de toda a população brasileira. Isso mostra que a população com seguro, que é mais rica, tem maior longevidade que a de todo o Brasil.

Este estudo ainda torna evidente que o perfil da mortalidade da população coberta por seguro privado de saúde é diferente do de toda a população brasileira. Embora as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias ocupem posições importantes em toda a população, estas causas têm maior participação percentual na mortalidade dos segurados de operadoras privadas. Assim, a população coberta por seguro privado tem perfil semelhante ao de países desenvolvidos, com predomínio de doenças crônico-degenerativas incidindo em uma população mais idosa.

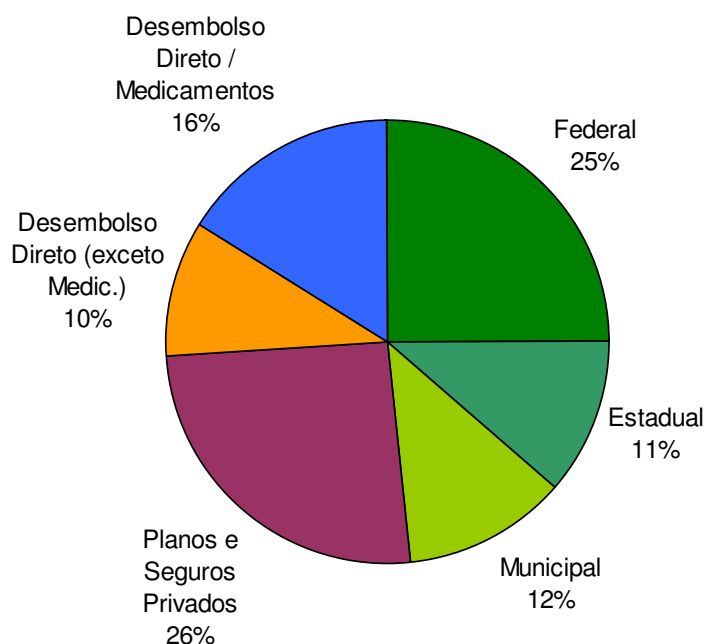
4.2.2. Financiamento

O mercado de seguros privados representa grande parte do investimento de recursos financeiros no setor de saúde. Estimativa feita por Carvalho ⁷ mostrou que o gasto público em 2006 foi de cerca de R\$ 78,9 bilhões, resultando em menos que a metade do gasto com saúde no país, conforme mostra o Gráfico 5.

Esse mesmo estudo inflacionou os valores informados na POF/IBGE-2002/3 para ter o gasto privado direto das famílias em 2006 que, incluídos os gastos com medicamentos e excetuados os com seguros privados, somou R\$ 42,7 bilhões.

Grande parte do gasto privado com saúde em 2006 se destinou ao pagamento de mensalidade de seguro privado, que somou R\$ 41,8 bilhões segundo a receita informada pelas operadoras à ANS ⁸, excetuada a receita das Autogestões patrocinadas, como exemplo Petrobrás e Cassi. Portanto, o gasto com seguros privados representa aproximadamente 25,6% do gasto com saúde no país e esta informação, comparada à de outros países que possuem sistema nacional de saúde (Capítulo 3), mostra que o Brasil tem baixa participação do gasto público e alta do gasto privado, sobretudo a dos seguros privados. Note-se que a receita informada pelas operadoras à ANS para o ano de 2007 em publicação mais recente ⁹² aumentou para R\$ 51,4 bilhões.

Gráfico 5: Composição das Fontes de financiamento do setor de saúde. Brasil, estimativa para 2006.



Fontes:

Planos e Seguros: Ministério da Saúde, ANS ⁸.

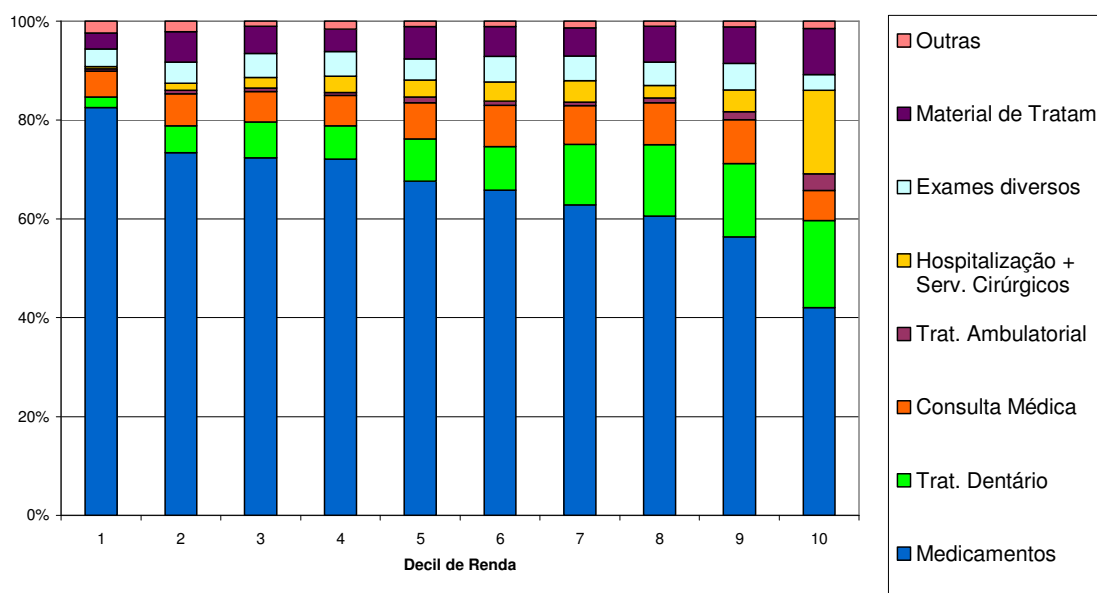
Demais informações: Carvalho ⁷.

O peso do gasto privado direto é importante para indicar a distribuição dos gastos por nível de renda, pois embora as pessoas que têm menos renda gastem menos, o peso desse gasto sobre suas rendas é muito maior que o ocorrido entre os com maior renda. A regressividade do gasto privado direto das famílias brasileiras foi mostrada por Ugá e

Santos ⁸⁸ por décimo de renda, a partir dos microdados da Pesquisa de Orçamentos Familiares do IBGE referentes a 2003. A esses resultados somam-se os de outros trabalhos realizados com gasto com saúde, como o de Menezes et al ⁹⁴, Diniz et al ⁹⁵.

Além disso, como mostra o Gráfico 6, as famílias mais ricas gastam proporcionalmente menos com medicamentos que as mais pobres, provavelmente pela maior disponibilidade que têm para gastar com os demais itens - como tratamento dentário e hospitalizações/serviços cirúrgicos, cuja proporção é maior entre os 10% mais ricos que entre os demais brasileiros.

Gráfico 6: Composição do Gasto Privado Direto com Saúde por décimo de renda familiar per capita. Brasil, 2002.



Fonte: Ugá e Santos ⁸⁸.

Nota: elaborado a partir dos microdados da POF/IBGE 2003.

O gasto privado direto aqui considerado se restringe aquele efetuado pelas famílias brasileiras, de modo que não está contabilizado o gasto privado direto realizado por Empresas. Também não estão contabilizadas as diversas outras rubricas que foram tratadas no Relatório das Contas Nacionais em Saúde do IBGE⁹, o qual conclui que 38% do gasto é público, e não os 48% encontrados no presente trabalho. A opção de tratamento dos dados se deu por ser o formato que confere maior facilidade à comparações internacionais com os dados da OCDE apresentados no Capítulo 3.

A partir das informações do gasto com saúde é possível calcular os valores per capita disponíveis ao SUS e ao segmento complementar. Enquanto o gasto público em 2006 foi de aproximadamente R\$ 422 por habitante, o do segmento complementar foi R\$ 1.040 por segurado, ou seja, 2,5 vezes maior. Esse dado é uma estimativa para a qual foi considerada a população estimada pelo IBGE para 2006 (186,8 milhões de habitantes) e os segurados em dezembro de 2006, informados à ANS em março de 2007 (44,7 milhões, tendo sido excetuados os 4,5 milhões de segurados das Autogestões patrocinadas).

O gasto com saúde mencionado não contabiliza outros gastos, como os previstos em Lei com as diretrizes para elaboração do orçamento anual da União com a assistência médica e odontológica a servidores públicos e empregados das três esferas de governo, inclusive das entidades da administração indireta⁹⁶ e das Forças Armadas⁹⁷, que somam aproximadamente R\$ 2 bilhões para serem gastos em 2007. Outra publicação, do CRM e Idec⁹⁸ mostrou que o valor previsto para ser gasto apenas com os planos de servidores federais em 2005 foi de cerca de R\$ 980 milhões.

Além disso, não foi contabilizado no Gasto total com saúde o gasto público indireto, que resulta das desonerações fiscais para determinadas despesas. Uma destas é com saúde: a Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda⁹⁹ estima que R\$ 8,9 bilhões são provenientes de desonerações fiscais para gastos relacionados à saúde, cálculo realizado a partir dos dados da receita tributária arrecadada em 2007. O Ministério da Fazenda entende que a não arrecadação destes recursos em 2007 e, portanto, a não incorporação destes a receita pública de 2008, faz com que devam ser contabilizados como gastos indiretos do Governo Federal, realizados em 2008 compondo, assim, a despesa tributária.

Como mostra a Tabela 5, compõem as desonerações tributárias para gastos com saúde: as deduções do montante devido do IRPF e do IRPJ referente às despesas privadas com saúde (respectivamente 35% e 22% das despesas desoneradas em 2006 para a Saúde), as isenções das Entidades sem fins lucrativos de pagamento à CSLL e Cofins (19%) e Crédito presumido da contribuição para PIS/PASEP e Cofins da indústria farmacêutica para a industrialização ou a importação de medicamentos constante em relação definida em Lei (24%). A Receita Federal não disponibiliza a informação desagregada para as desonerações de recursos destinados a seguro privado de saúde.

Existem outras formas de desoneração fiscal além das mostradas na Tabela 5. Uma delas é a feita para as operadoras de seguro privado. Isso ocorre com os hospitais filantrópicos que operam seguros e têm deduções devido ao certificado de filantropia, com as cooperativas médicas que não pagam alguns tributos e com deduções de tributos estaduais e municipais para casos específicos, decididos no nível estadual e municipal. Entretanto, não foram encontradas informações oficiais sobre o valor dessas desonerações.

Tabela 5: Desonerações Fiscais no setor de saúde. Brasil, 2008.

Benefício Tributário	R\$	%
IRPF - Despesas Médicas	3.086.253.584,00	34,7
IRPJ - Assist Médica, Odont. e Farmac. à empregados	1.965.056.159,00	22,1
Entidades sem fins lucrativos - Assistência Social (*)	1.669.635.165,00	18,8
Indústria Farmacêutica (Medicamentos)**	2.182.687.161,00	24,5
Total Saúde	8.903.632.069,00	100,0

Fonte: Ministério da Fazenda, Secretaria da Receita Federal ⁹⁹.

Notas:

(*) Entidades sem fins lucrativos: isenção da CSLL e da Cofins só passou a ser contabilizada a partir de 2005.

(**) Crédito presumido da contribuição (para PIS/PASEP e COFINS). Regime especial de crédito presumido da contribuição pelas empresas que procedam à industrialização ou à importação dos medicamentos constante da relação definida em Lei.

Outros montantes de recursos que não foram contabilizados no Gasto total com saúde são os destinados a programas fora da rotina de gastos do Ministério da Saúde, como os valores previstos no PAC Saúde (Programa de Aceleração de Crescimento), para investimento no segmento suplementar (portabilidade e fundo garantidor, por exemplo) e os referentes à Política de desenvolvimento produtivo do governo, que concede financiamento para fortalecer o complexo industrial da saúde por intermédio do BNDES (Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social).

4.2.3. Oferta de serviços de saúde

A oferta de serviços de saúde no Brasil é feita pelo SUS e pelo mercado privado. Para medi-la foram utilizadas informações da Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS/IBGE de 2005) ³, que coleta dados sobre a rede instalada de serviços, mas que, como assinalado na Seção de Metodologia (Capítulo 1), esta pesquisa mensura a

quantidade de recursos e não a sua produção de fato, de modo que a análise de seus resultados deve levar em conta esta limitação.

Segundo a Pesquisa AMS/IBGE de 2005, a grande parte dos estabelecimentos com internação, dos leitos e das unidades de serviço de apoio à diagnose e terapia do país são privados (respectivamente 62%, 66% e 92%), enquanto a maioria das unidades ambulatoriais é pública (75%), como mostra a Tabela 6.

Tabela 6: Distribuição da Rede de Serviços segundo natureza e disponibilidade. Brasil, 2005.

Tipo de serviços: Unidades e Leitos	Disponibilidade SUS (conveniados ou contratados SUS)		Disponibilidade não-SUS		Total
	Públicos	Privados (*)	Públicos	Privados	
Leitos	141.264	192.274	7.702	101.970	443.210
%	31,9%	43,4%	1,7%	23,0%	100,0%
Estabelecimentos com internação	2.727	3.066	-	1.362	7.155
%	38,1%	42,9%	0,0%	19,0%	100,0%
Unidades SADT	1.102	4.800	-	8.619	14.521
%	7,6%	33,1%	0,0%	59,4%	100,0%
Unidades Ambulatoriais	41.260	1.900	-	12.168	55.328
%	74,6%	3,4%	0,0%	22,0%	100,0%

Fonte: AMS/IBGE ³.

Nota:

(*) As unidades e os estabelecimentos privados também podem prestar e vender para o mercado privado os serviços que não tenham sido conveniados ou contratados ao SUS.

Em que pese a natureza privada do prestador da assistência hospitalar, a mesma pesquisa mostra que a provisão desses serviços se destina predominantemente ao setor público. Assim, o SUS utiliza os hospitais próprios e também contrata e convenia hospitais privados para a prestação dos seus serviços, sendo que são contratados ou conveniados ao SUS 69% dos hospitais privados e 65% dos leitos privados existentes no país à época da pesquisa.

O restante dos leitos privados (35% dos leitos privados) se refere aos não conveniados ao SUS e que, portanto, estariam disponíveis para serem utilizados para serviços financiados pelo desembolso direto (*out-of-pocket*) ou por meio dos seguros privados.

Além dos leitos privados, a oferta de serviços para consumo privado pode contar com alguns leitos públicos, pois uma pequena parte dos leitos públicos não está

classificada pela AMS/IBGE como de leitos próprios do SUS. Estes leitos podem estar sendo usados pelo mercado privado, podendo pertencer a hospitais universitários e a alguns hospitais públicos que têm contratos com seguros privados e, ainda, podem pertencer a hospitais militares e instituições de previdência estadual e municipal, sendo usados para planos chamados de públicos (como de militares e de servidores públicos).

A análise da oferta de leitos deve ser complementada com o indicador de quantidade de leitos para cada mil pessoas. Observando o sistema de saúde dos países da Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico, OCDE⁶⁴, verifica-se que a quantidade de leitos/mil habitantes em 2004 variou de 8,4 no Japão a 1,0 no México. Embora este indicador venha diminuindo devido à mudança do modelo de atenção à saúde, como mostraram Braga Neto et al¹⁰⁰, a média de leitos por mil habitantes nos países da OCDE foi de 4,1, valor próximo de Bélgica, Austrália, França, Suíça, Reino Unido, como mostra a Tabela 7.

No Brasil este indicador é menor, 2,4 leitos/mil habitantes se utilizadas as informações da AMS/IBGE de 2005 para leitos e a estimativa populacional do IBGE para 2005. Os leitos do SUS, se contabilizados os próprios, os conveniados e os contratados, totalizavam 1,8 para cada mil habitantes. Os leitos disponíveis para o segmento suplementar somavam 2,9 para cada mil segurados, se contabilizada a população beneficiária de seguro privado com assistência médica-hospitalar em 2005 nos dados do SIB/ANS/MS (Tabela 7 e Gráfico 7).

Portanto, a disponibilidade de leitos no Brasil mostra que, ao tempo em que a do SUS está entre as mais baixas, sendo equiparada à do México, a disponibilidade de leitos para o segmento suplementar está mais próxima da média da OCDE e de países como Canadá, Noruega, Finlândia, Dinamarca e Portugal.

Note-se que, como mencionado em Santos et al⁶, pode haver superestimação e subestimação da oferta nos indicadores de disponibilidade, pois duas outras limitações existem além da mencionada anteriormente. Se referem à possibilidade de (i) os estabelecimentos privados que oferecem leitos e equipamentos ao SUS também o fazerem para a clientela dos seguros privados, bem como para os que pagarem diretamente pelo serviço e; (ii) muitos leitos e equipamentos que oficialmente são reservados ao SUS podem, na prática, ser utilizados para pacientes privados.

A comparação da disponibilidade de equipamentos de média e alta complexidade ofertados pelo SUS (incluindo os privados contratados pelo SUS) com a dos disponíveis

para uso pela clientela de seguro privado mostra desigualdades na oferta entre a população com e sem cobertura duplicada.

Tabela 7: N°. de Leitos por 1.000 habitantes. Países OCDE (2004) e Brasil (2005).

País	Leitos / mil hab.
Japão	8,4
Áustria	6,5
República Tcheca	6,4
Alemanha	6,4
Hungria	5,9
Coreia	5,9
República Eslovaca	5,9
Luxemburgo	5,7
Bélgica	4,8
Polônia	4,8
Austrália	3,8
França	3,8
Grécia	3,8
Suíça	3,8
Itália	3,7
Reino Unido	3,6
Dinamarca	3,3
Noruega	3,1
Canadá	3,0
Finlândia	3,0
Portugal	3,0
BRASIL - Privados (disponíveis para financiamento privado)	2,9
Irlanda	2,9
Holanda	2,8
Espanha	2,8
Estados Unidos	2,8
BRASIL - Total	2,4
Turquia	2,4
Suécia	2,2
BRASIL - SUS (próprios + contratados)	1,8
México	1,0

Fontes:

Países OCDE: Braga Neto et al ¹⁰⁰

Brasil: AMS/IBGE³, SIB/ANS/MS março 2007, População-estimada pelo IBGE para 2005.

Notas:

(1)

Países OCDE: elaborado a partir dos dados de OECD Health Data ⁶⁴

Brasil: elaborado a partir de AMS/IBGE 2005 (Leitos), SIB/ANS/MS março 2007 (População do segmento suplementar), População brasileira estimada pelo IBGE para 2005.

(2) para o cálculo da variação de alguns países da OCDE foi usada informação do ano anterior mais próximo quando não encontrada a do ano referência (2003: Coreia, Dinamarca, Itália, Canadá, República Eslovaca e 2002: Grécia).

A partir das mesmas informações populacionais utilizadas para o cálculo de leitos por 1.000 habitantes (estimativa populacional do IBGE para população brasileira e população beneficiária de seguro privado com assistência médica-hospitalar informada pelo SIB/ANS /MS) e com as mesmas limitações acima mencionadas, foram elaborados indicadores de equipamentos de média e alta complexidade, como mostram a Tabela 8 e a Gráfico 7.

Tabela 8: Número de equipamentos de Média e Alta Complexidade / Alto Custo, por 100.000 habitantes e de Leitos por 1.000 habitantes, segundo contrato/convênio com SUS e disponibilidade não-SUS. Brasil, 2005.

Leitos e Aparelhos de MAC	SUS	Disponibilidade não-SUS
Mamógrafo	0,91	4,46
Litotripsor	0,16	0,65
Ultrassonografia	3,89	20,17
Tomógrafo Computadorizado	0,60	2,47
Ressonância Magnética	0,13	0,88
Radioterapia	0,17	0,27
Medicina nuclear	0,08	0,13
Raio X p/ Hemodiálise	0,19	0,53
Hemodiálise	7,40	2,48
Leitos	1,81	2,90

Fontes:

Equipamentos: Santos et al ⁶

Leitos: AMS/IBGE³, SIB/ANS/MS março 2007, População-estimada pelo IBGE para 2005.

Notas: elaborado a partir dos dados de:

AMS/IBGE 2005 (Equipamentos e Leitos)

SIB/ANS/MS março 2007 (População do segmento suplementar)

População brasileira estimada pelo IBGE para 2005.

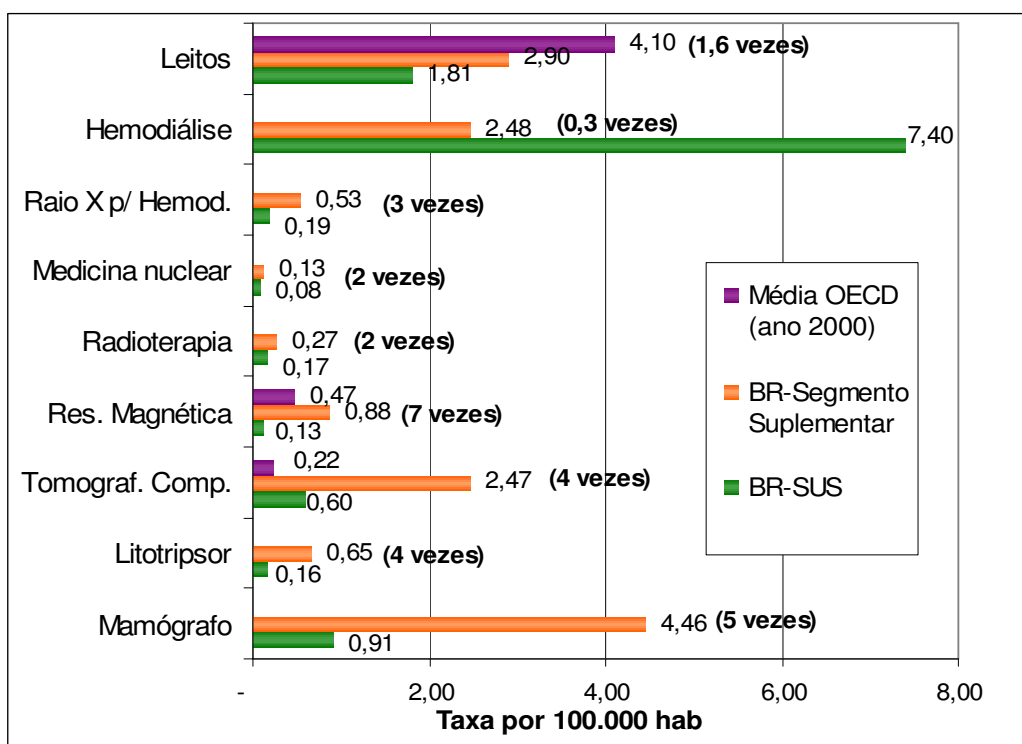
As informações de oferta mostram que a disponibilidade de equipamentos é muito maior para a clientela de seguro privado para os leitos e na quase totalidade dos equipamentos analisados. Pode haver até 7 vezes mais aparelhos de ressonância magnética para serem usados por segurados por meio do seguro que para serem usados pela população brasileira por meio do SUS, 5 vezes mais mamógrafos, 4 vezes mais litotripsores e tomógrafos computadorizados, 3 vezes mais aparelhos de raio-x para hemodinâmica, 2 vezes mais aparelhos para radioterapia e medicina nuclear e 1,6 vezes mais leitos.

Tais resultados mostram que a oferta de leitos e desses equipamentos é muito maior para segmento suplementar que para o SUS. Entretanto, ocorre o inverso com os

aparelhos para hemodiálise, cuja disponibilidade para serem usados por meio de seguro é 0,3 vezes a de serem usados por meio do SUS.

Note-se que essas desigualdades refletem a média brasileira e não mostra as desigualdades inter-regionais, que dependendo da região podem ser maiores ou menores, como mostrou o estudo de Vianna et al para o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) ¹⁰¹, sobre alguns equipamentos de alta complexidade a partir dos dados da AMS/IBGE de 1999 e de 2002.

Gráfico 7: N.º de Equipamentos de Média e Alta Complexidade / Custo, por 100.000 habitantes e de Leitos por 1.000 habitantes, segundo contrato/convênio com SUS e disponibilidade não-SUS. Brasil, 2005 e média OCDE, 2000.



Fontes:

Brasil: Santos et al⁶, AMS/IBGE ³, SIB/ANS/MS março 2007, População-estimada pelo IBGE para 2005. Países OECD: Braga Neto et al¹⁰⁰, Anderson et al¹⁰².

Notas: elaboração própria a partir dos dados de:

AMS/IBGE 2005 (Equipamentos e Leitos)

SIB/ANS/MS março 2007 (População do segmento suplementar)

População brasileira estimada pelo IBGE para 2005.

O imbricamento do SUS e do mercado privado na oferta pode se dar também entre os profissionais de saúde. No caso dos médicos, embora a pesquisa de Machado tenha sido realizada em 1995 ¹⁰³, ainda é importante por ser a que mostra que são poucos os profissionais que exercem a medicina de forma exclusivamente liberal no Brasil (8,5%),

sendo que praticamente dois terços (66,1%) dos médicos têm mais de uma forma de inserção no mercado de trabalho. Além disso, a maioria dos médicos trabalha de alguma forma no setor público, cerca de 80% e a maior parte destes também atua no privado. Tais informações permitem concluir que os médicos brasileiros procuram otimizar sua renda combinando diferentes formas de trabalho, seja para o setor público, seja para o privado, ou ainda exercendo a medicina liberal em consultório.

A distribuição desigual dos médicos no país ainda é um problema grave. Mesmo com alguma política de incentivos financeiros para estes profissionais trabalharem em lugares não centrais, 8,2% dos municípios brasileiros não possuem médicos, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, CNES/MS, apresentados pelo Ministro da Saúde José Gomes Temporão no Encontro da *Global Health Workforce Alliance* em novembro de 2008 e relatados pelo Jornal Folha de S. Paulo em 24/11/2008 ¹⁰⁴.

A oferta de profissionais de saúde é extremamente desigual quando analisada por UF. Segundo dados dos Indicadores e Dados Básicos (IDB) de 2006 ¹⁰⁵, coletados a partir dos registros administrativos dos conselhos de profissionais e bases demográficas do IBGE, o número de médicos por 1.000 habitantes no Brasil é de 1,71, ou seja, acima do 1,00 preconizado pela OMS, mas varia de 0,58 no Maranhão até 3,47 no Distrito Federal. Diferenças grandes também são verificadas na oferta de outros profissionais de saúde por 1.000 habitantes, como entre os enfermeiros (de 0,13 no Paraná a 1,16 no Distrito Federal), odontólogos (de 0,33 no Maranhão a 2,2 no Distrito Federal), nutricionistas (de 0,03 no Maranhão a 0,48 no Distrito Federal), entre outros.

4.2.4. Uso dos serviços de saúde

Mesmo com as limitações da pesquisa AMS/IBGE, é possível verificar algumas relações entre a oferta e o uso de serviços, pois a distribuição da oferta da assistência médico-hospitalar pelo SUS e pelo mercado privado se reflete na produção de serviços de saúde do país e na utilização segundo o agente financiador. Segundo análise de dados da PNAD/IBGE feita por Porto et al ⁵, entre as pessoas que foram internadas em 2003, 70% o foram pelo SUS, 25% por meio de seguro privado de saúde e 5% pagaram diretamente pela internação (gasto privado direto).

A taxa de uso de serviços de saúde se diferencia substancialmente se foi realizado pelo SUS, por meio de seguros privados ou pelo pagamento direto. A Tabela 9 mostra que as taxas de internações (no ano anterior) e de atendimentos (nas duas semanas anteriores) para a população brasileira e para a população que tem seguro privado em 2003. Note-se que a fonte de dados utilizada é a PNAD/IBGE, que registra até uma internação por pessoa, de forma que este indicador não contempla as reinternações.

Tabela 9: Taxas de uso de serviços de saúde. Brasil, 2003.

	Número	% da população brasileira (*)	% da população com seguro privado médico-hospitalar (**)
INTERNAÇÕES			
Total de pessoas internadas	12.332.546	7,0%	n/a
Pessoas internadas pelo SUS	8.272.846	4,7%	n/a
Pessoas com seguro de saúde internadas	3.584.231	n/a	8,3%
Pessoas com seguro de saúde internadas pelo SUS	553.389	n/a	1,3%
ATENDIMENTO			
Total de pessoas que foram atendidas	24.979.475	14,2%	n/a
Pessoas que foram atendidas pelo SUS	14.260.670	8,1%	n/a
Pessoas com seguro que foram atendidas	8.520.502	n/a	19,7%
Pessoas com seguro que foram atendidas pelo SUS	1.005.386	n/a	2,3%

Fonte: Santos et al.⁶

Notas: Elaborado a partir dos microdados PNAD/IBGE de 2003. Para o cálculo da taxa de uso de serviços de Seguro de Saúde foi considerada a população com planos públicos e privados, para SUS e gasto direto foi considerada a população do Brasil.

(*) População brasileira: estimada com base na expansão da amostra da PNAD/IBGE de 2003 (175.987.612 habitantes).

(**) População com seguro privado com cobertura médico-hospitalar: estimada com base na expansão da amostra da PNAD/IBGE de 2003 (43.215.760).

A taxa de internação é um indicador de uso e que resulta, em parte, da disponibilidade de leitos. Assim, a distribuição da oferta de serviços para as internações, no SUS e no segmento suplementar pode influenciar o uso de serviços nestes setores em prol da população coberta por seguro privado.

A taxa de internação da população com seguro privado foi expressivamente maior que a da população brasileira como um todo. É possível que esta desigualdade em favor dos cobertos por seguro tenha relação com a maior disponibilidade de leitos para uso

por meio do seguro privado (2,9 para cada mil segurados) que para a população brasileira usar pelo SUS (1,8 para cada mil habitantes), como mostrado anteriormente pelos dados da AMS/IBGE de 2005.

Quando observada a totalidade dos segurados que respondeu à PNAD/IBGE de 2003 terem sido internados no ano anterior à entrevista, verifica-se que 79,3% deles foram internados pelo seguro, mas 15,4% foram pelo SUS e o restante por meio de pagamento direto (3,5%), como mostram Santos et al⁶. Essa informação mostra que, além do percentual de segurados que internaram pelo SUS ter sido alto, apresentou um ligeiro aumento em relação a 1998, quando eram 14% segundo informação de Farias e Melamed¹⁰⁶, calculadas pela PNAD/IBGE de 1998. A internação do SUS por segurados também é apresentada a partir dos dados da PNAD/IBGE de 2003 por Oliveira¹⁰⁷ com resultados convergentes aos aqui apresentados.

Ainda são poucos os trabalhos que mostram a fonte de financiamento segundo o tipo de serviço utilizado, mas alguns trazem informações importantes para auxiliar a compreensão sobre quais serviços e em que condições a população com cobertura duplicada utiliza o SUS ou o seguro privado.

Um desses trabalhos é o de Pessoto et al publicado em 2007⁹³, que mostra que o tempo de espera por pacientes da Região Metropolitana de São Paulo, é diferente segundo o tipo de estabelecimento procurado e se possuem seguro privado ou não. As pessoas com seguro privado esperaram em média 32 minutos pelo atendimento (41 minutos no pronto-socorro/hospital e 26 minutos em clínica/consultório), enquanto os sem plano esperaram 81 minutos, tendo esperado mais no pronto-socorro/hospital (87 minutos) que no posto/centro de saúde (80 minutos). O tempo médio para os que possuem plano diminui à medida em que aumenta a renda, tendo passado de 46 minutos para os do primeiro quintil para 26 no quinto quintil. Entre os sem plano, passou de 78 minutos no primeiro quintil para 93 no segundo e depois começou a diminuir, até 70 minutos no quarto quintil, o último nível de renda para o qual havia informação desagregada consistente.

Como assinalam Cordeiro et al⁸⁷ a espera é um fator importante de na identificação de problemas do SUS e também já desponta no segmento suplementar devido à restrições de disponibilidade no agendamento de consultas, segundo mostram Conill et al¹⁰⁸.

Em relação ao uso de serviços hospitalares de saúde, o trabalho de Santos et al publicado em 2008⁶, que a seguir é analisado, tendo sido acrescida a seus resultados a

variável “população sem seguro” que permite a comparação do uso segundo a posse de seguro privado. Como mostra a Tabela 10, as principais internações realizadas pelo SUS são para tratamento clínico (em 58% da população brasileira internada) e para cirurgia (em 19%).

A análise da população internada no SUS mostra que 6,7% dos internados possuíam seguro privado. O uso do SUS por segurados é proporcionalmente maior para as internações para realizar cirurgia (9,0% dos internados possuem seguro), para realizar exames (7,7%) e para fazer parto cesáreo (7,4%).

Tabela 10: População internada pelo SUS nos 12 meses anteriores à entrevista, segundo tipo de serviço e posse de seguro privado. Brasil, 2003.

Tipo de Internação	População sem seguro			População com seguro			Total da população internada pelo SUS		
	Qtde	%	%	Qtde	%	%	Qtde	%	%
Int. p/ Tratamento Clínico	4.539.618	59%	94,0	291.574	53%	6,0	4.831.192	58%	100,0
Parto Normal	929.403	12%	94,0	59.107	11%	6,0	988.510	12%	100,0
Parto Cesáreo	445.424	6%	92,6	35.367	6%	7,4	480.791	6%	100,0
Int. para Cirurgia	1.465.759	19%	91,0	144.608	26%	9,0	1.610.367	19%	100,0
Int. p/ Tratamento Psiquiátrico	137.979	2%	95,8	6.050	1%	4,2	144.029	2%	100,0
Int. para Exames	201.274	3%	92,3	16.683	3%	7,7	217.957	3%	100,0
Total de pessoas internadas	7.719.457	100%	93,3	553.389	100%	6,7	8.272.846	100%	100,0

Fonte: adaptado de Santos et al ⁶.

Notas: Elaborado a partir dos microdados PNAD/IBGE de 2003. Para o cálculo da taxa de uso de serviços de Seguro de Saúde foi considerada a população com planos públicos e privados, para SUS foi considerada a população do Brasil.

(*) População brasileira: estimada com base na expansão da amostra da PNAD/IBGE de 2003 (175.987.612 habitantes).

(**) População com seguro privado com cobertura médico-hospitalar: estimada com base na expansão da amostra da PNAD/IBGE de 2003 (43.215.760).

Note-se que a população com cobertura duplicada usa proporcionalmente mais o SUS para parto cesáreo (7,4%) que para parto normal (6,0%) e a desagregação dos dados por nível de renda mostrou que esse uso aumenta simultaneamente com a renda, o

que indica que as mulheres com cobertura duplicada e maior renda utilizam o SUS proporcionalmente mais para cesareanas que as com cobertura duplicada e menor renda.

Tabela 11: População atendida pelo SUS nos 2 meses anteriores à entrevista, segundo tipo de serviço e posse de seguro privado. Brasil, 2003.

Tipo de Atendimento	População sem seguro			População com seguro			Total da população atendida pelo SUS		
	Qtde	%	%	Qtde	%	%	Qtde	%	%
Consulta médica	10.148.894	77%	93,5	709.294	71%	6,5	10.858.188	76%	100,0
Consulta odontológica	576.615	4%	92,6	46.413	5%	7,4	623.028	4%	100,0
Consulta Agente Comunit. ou parteira	18.791	0%	93,5	1.308	0%	6,5	20.099	0%	100,0
Consulta outros profissionais saúde	175.235	1%	91,2	16.825	2%	8,8	192.060	1%	100,0
Químio, radio, hemoterapia ou hemodiálise	63.078	0%	88,4	8.253	1%	11,6	71.331	1%	100,0
Vacinação, injeção, curativo, Pronto At.	745.358	6%	89,0	92.190	9%	11,0	837.548	6%	100,0
Cirurgia em ambulatório	105.970	1%	92,8	8.173	1%	7,2	114.143	1%	100,0
Gesso ou imobilização	126.181	1%	91,4	11.852	1%	8,6	138.033	1%	100,0
Internação hospitalar	311.366	2%	94,8	17.065	2%	5,2	328.431	2%	100,0
Exames complementares	764.740	6%	91,5	70.700	7%	8,5	835.440	6%	100,0
Outros	206.007	2%	90,5	21.665	2%	9,5	227.672	2%	100,0
Total de pessoas atendidas	13.255.284	100%	92,9	1.005.386	100%	7,1	14.260.670	100%	100,0

Fonte: adaptado de Santos et al.⁶

Notas: Elaborado a partir dos microdados PNAD/IBGE de 2003. Para o cálculo da taxa de uso de serviços de Seguro de Saúde foi considerada a população com planos públicos e privados, para SUS foi considerada a população do Brasil.

(*) População brasileira: estimada com base na expansão da amostra da PNAD/IBGE de 2003 (175.987.612 habitantes).

(**) População com seguro privado com cobertura médico-hospitalar: estimada com base na expansão da amostra da PNAD/IBGE de 2003 (43.215.760).

Entre os atendidos pelo SUS nas 2 semanas anteriores à entrevista, 7,1% possuem seguro privado, como mostra a Tabela 11. Por um lado, alguns serviços do SUS são proporcionalmente mais utilizados por pacientes com cobertura duplicada que outros, como alguns de alta complexidade (possuíam seguro 11,6% dos atendidos no SUS para quimioterapia, radioterapia, hemoterapia ou hemodiálise) e outros de baixa

complexidade (possuíam seguro 11,0% dos atendidos no SUS para vacinação, injeção, curativo ou pronto atendimento) – estes últimos geralmente não cobertos pelo seguro privado e, portanto, não configurando a duplicação de cobertura.

Por outro lado, entre os atendidos pelo SUS para consulta médica e para consulta de agente comunitário ou parteira, 6,5% eram com seguro, demonstrando uso proporcionalmente menor deste tipo de serviço.

Os principais serviços utilizados pelo SUS são consulta médica (76% da população brasileira atendida), exames complementares e vacinação, injeção, curativo e pronto-atendimento (6%).

4.3. ORIGENS E DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

A história dos seguros no Brasil tem origem no início do século XX, quando a Lei Eloi Chaves cria as sociedades civis e autônomas e organiza a provisão da assistência médica e previdenciária por meio das Caixas de Aposentadorias e Pensões, CAP, em 1923. Nesse momento, a assistência à saúde era organizada em cada empresa empregadora, para a oferta de serviços de saúde a seus funcionários e dependentes, por meio da contribuição financeira de cada uma das partes. Posteriormente, em 1933, foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões, IAP, que substituíram as CAPs e estabeleceram um novo desenho para o sistema, onde a assistência à saúde deixa de ser organizada em cada empresa e passa a sê-lo por categoria profissional.

Esse sistema de saúde se assemelhava ao chamado Seguro Social (descrito no Capítulo 3) e recebia a influência do modelo europeu que se configurava na época. Carvalho e Cecílio¹⁰⁹ consideram que este é o embrião do segmento suplementar e, de fato, a importância dos planos coletivos para o segmento parece ter raízes na forma de organização da assistência vinculada ao trabalho.

Posteriormente, a estrutura dos seguros passou por grandes mudanças, sobretudo quando da unificação dos IAP no Instituto Nacional de Previdência Social, INPS, em 1966¹¹⁰, que uniformizou os benefícios e contribuições das categorias profissionais. Ao mesmo tempo em que foi criado o INPS, pelo Decreto-Lei 72, foi criado o Sistema Nacional de Seguros Privados (SNSP) pelo Decreto-Lei 73, que modificava pontos relativos à prestação e custeio da Lei Orgânica da Previdência Social, como mostraram Ocké-Reis et al¹¹¹.

Nessa época, ao mesmo tempo em que a Previdência, por meio do INPS, se tornou o principal comprador de serviços médico-hospitalares privados para os trabalhadores por meio do denominado “convênio-empresa”, começaram a ser desenvolvidos esquemas privados entre empresas empregadoras e prestadores, que combinavam pacotes de serviços e seus respectivos preços para determinada quantidade de trabalhadores e seus familiares, já sob a lógica de asseguração privado (ver Capítulo 3), configurando um sistema de saúde evidentemente influenciado pelo modelo norte americano após a IIª Guerra Mundial.

Com o grande desenvolvimento econômico-industrial e a urbanização do país desde a década de 1950, empresas brasileiras de maior porte e empresas estrangeiras

começaram a contratar diretamente médicos, hospitais e laboratórios privados para proverem a assistência à saúde de seus funcionários e familiares nas regiões em que se instalavam, como mostrou Bahia ¹¹².

A partir da criação do Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social, INAMPS (criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, SINPAS em 1977), dois movimentos influenciaram fortemente o desenvolvimento do mercado privado de saúde no país. De um lado, foram ampliados os convênios feitos pelo INAMPS com prestadores privados de serviços de saúde para prover assistência aos trabalhadores formais e, por outro lado, a Previdência deixou de recolher das empresas empregadoras a parcela de contribuição referente aos benefícios e à assistência à saúde, naqueles casos em que as empresas já tivessem contratado esquemas próprios de assecuramento.

Os acontecimentos das décadas de 1960 e 1970 mencionados mostram que houve uma expansão da assistência à saúde organizada por meio do Estado, ao mesmo tempo em que foi incentivada a expansão da assistência organizada pelas empresas empregadoras, por meio do assecuramento privado destinado aos seus trabalhadores e seus familiares. Esses dois movimentos impulsionaram o crescimento do mercado privado de prestação de serviços, que se deu tanto pela compra dos serviços feita pelo Estado, como pela contratação dos serviços feita pelas empresas empregadoras, uma vez que estas tiveram incentivo ao não pagamento das contribuições previdenciárias em troca de tais contratos, como assinalou Cordeiro:

“se, no debate político, emergia entre 1974-1975 a questão da ‘estatização’, no plano dos efeitos concretos, a política médico-assistencial da Previdência Social assegurava o crescimento do setor médico-empresarial” (Cordeiro 1980:165) ¹¹³.

No decorrer da década de 1980, a organização da assistência à saúde provida pelo Estado continuou se reformulando, sob influência do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e da Declaração de Alma-Ata de 1978 ¹¹⁴, que resultaram na reorientação dos objetivos da política de saúde para o reposicionamento da atenção primária para a base do sistema de saúde, a partir da qual ele deveria ser organizado e deveriam ser integrados os três níveis de atenção. Verifica-se que nesta época o sistema de saúde brasileiro volta a sofrer influência do modelo europeu dos anos 1980 de sistema nacional de saúde.

A proposta de transformação do modelo da atenção à saúde foi favorecida uma vez que representou uma alternativa para o sistema de saúde brasileiro à crise econômica e à previdenciária pela qual o país passava. Assim, diversas mudanças ocorreram no setor de saúde, como a implantação das Ações Integradas de Saúde, AIS, em 1982, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS) em 1986, a qual subsidiou os Constituintes na elaboração da Constituição Cidadã e, ainda, a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, SUDS, em 1987.

A forte influência que os fatos mencionados e o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira tiveram sobre a Constituinte, resultaram nos preceitos do capítulo da Seguridade Social e da Seção da Saúde da Constituição Federal de 1988, que consagra um sistema público de saúde, com acesso gratuito e universal a uma ampla cesta de serviços de saúde, organizados pela integração entre os três níveis de atenção.

Ao mesmo tempo, foi permitida a possibilidade da livre iniciativa privada atuar na assistência à saúde – por meio de relação contratual e convencional na prestação de serviços ao SUS, constitucionalmente denominada de “complementar” [v] e posteriormente normatizada no Título III da LOS nº. 8.080/90, sobre os serviços privados de saúde – e foram definidos como de relevância pública as ações e os serviços de saúde, temas dispostos respectivamente nos Artigos nº. 199 e 197. Posteriormente, estas disposições sustentam a atuação do Estado na regulação do mercado de seguros privados, por meio de Lei própria, bem como a criação de órgão regulador.

O Relatório da 8ª CNS faz uma única menção ao segmento suplementar, e de forma muito vaga: “os incentivos à chamada medicina de grupo deverão ser revistos” (Brasil, 1987: 387) ¹¹⁵. Mesmo assim, tal sugestão não resultou em texto na Constituição Federal, que não trata os seguros privados especificamente. A omissão na Constituição se deu pelo não esclarecimento das regras entre o SUS e os seguros privados.

De qualquer forma, essa omissão pode ser considerada como uma política, uma vez que as políticas públicas constituem, como muito bem assinalou Menicucci, “um conjunto de decisões e ações governamentais e, também de não-decisões” (Menicucci, 2007: 292) ¹¹⁶. E é possível que a lacuna de texto constitucional sobre o mix público-privado reflita a escolha pela permanência da ambiguidade da sociedade brasileira em relação à existência dos seguros privados, concomitante à do SUS.

^v O Artigo 199 da Constituição Federal estabelece que a “assistência à saúde é livre à iniciativa privada” e, em seu Parágrafo Primeiro, que “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do SUS segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio ...”.

Em relação à disputa política sobre o sistema de saúde que estava sendo definido, deve ser destacado que a inexistência de uma abordagem própria ao arranjo entre o SUS e os seguros privados na Constituição, ou mesmo ao mercado de seguros privados, é também resultado dos limites da força política do movimento da reforma sanitária. Esta estava voltada à criação de um sistema público nos moldes dos sistemas nacionais de saúde e, sobretudo à transformação da relação do Estado com os prestadores privados, não tendo havido, portanto, espaço para incluir na pauta dos interesses políticos uma negociação de qual tratamento dar aos seguros privados, que ainda não tinham tanta visibilidade como nos dias atuais.

Assim, as regras da atuação da prestação privada foram reformuladas na Constituição Federal de 1988. Foi redefinido o relacionamento entre o novo sistema de saúde e os prestadores privados de serviços (que já se relacionavam com o INAMPS), conforme as proposições da 8ª CNS para que fosse reorientado o embasamento nas normas do Direito Civil, de “igualdade entre as partes”, para as do Direito Público, que tornariam o “serviço privado concessionário do serviço Público” (Brasil, 1987: 288 e 387) ¹¹⁵.

Com isso, a permissão da iniciativa privada, de forma complementar à assistência à saúde, admite a contratação das instituições prestadoras privadas pelo Estado, pelas empresas que comercializam os seguros privados e, ainda, diretamente pela população, sendo que grande parte dos prestadores privados e dos médicos podem atuar tanto no sistema público como no privado (e atuam, como mostrado na Seção 4.2).

Contudo, para que os serviços fossem prestados pelos profissionais e estabelecimentos privados e complementassem a oferta dos prestadores estatais conforme os princípios de um sistema público **era necessário possuir uma capacidade operacional e política de imposição dos interesses públicos sobre os privados que o Estado e a sociedade ainda não tinham.**

Esta capacidade vem sendo gradualmente desenvolvida, algumas normas foram editadas para a regulação assistencial, como as Normas Operacionais Básicas (NOB), a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) e o Pacto pela Saúde. Mais recentemente, a proposta do Ministério da Saúde de regulação pública do SUS, publicada na Portaria que institui a Política Nacional de Regulação do SUS ¹¹⁷, que vinha sendo gestada desde 2006 e foi aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite, CIT, organiza os fluxos da prestação de serviços de assistência à saúde tendo em vista todo o sistema de saúde (incluído o segmento suplementar). Desse ponto de vista, esta Política

visa uma regulação que abrange mais que o SUS e, mesmo que seu nome seja de regulação do SUS, na realidade é do sistema de saúde como um todo.

Também, são cada vez mais presentes na pauta da política de saúde outros mecanismos mais de regulação, quanto à contratualização, às centrais de regulação de leitos e de procedimentos especializados. Além disso, aumentam questionamentos e diferentes sugestões de revisões do modelo jurídico dos prestadores públicos e privados (por exemplo, as propostas de Fundação Estatal, as Organizações Sociais, as experiências em São Paulo de AMA, PAS, entre outras).

Muito embora a referida capacidade operacional e política de imposição dos interesses públicos sobre os privados que o Estado e a sociedade têm esteja mudando, as informações da Seção 4.2 mostram que a estrutura da sociedade não parece estar sofrendo alterações a ponto de esta capacidade impor fortemente o interesse público sobre os privados.

Os seguros privados de saúde permaneceram sendo ofertados após a Constituição de 1998, quando praticamente não havia regras específicas sobre sua atuação. E é nesse sentido que podemos dizer que **a influência do modelo estadunidense de sistema de saúde nunca deixou de se fazer sentir na realidade brasileira, desde fins da década de 1960 – quando se desenvolveram os convênios-empresa e começaram a ser desenvolvidos os esquemas privados entre empresas empregadoras e prestadores sob a lógica de asseguamento privado –, perpetuando-se nos anos 1990.**

Desde fins da década de 1960, os seguros privados eram requeridos pelos trabalhadores de grandes empresas industriais, que passam a tomá-los como objeto de negociação trabalhista pelos sindicatos junto a essas empresas. Como apresentado em Santos ¹¹⁸, a classe trabalhadora é um importante ator para compreender os formatos do sistema de saúde brasileiro. Esta desenvolveu – e até hoje convive com – a contradição de requerer benefícios exclusivos do mercado privado, ao mesmo tempo em que reivindicou um sistema nacional de saúde que se destinasse a toda a sociedade brasileira.

Soma-se a esta análise a de Menicucci ¹¹⁶, que mostra que eventos passados levam a consequências nos arranjos futuros, e que teria sido nesse sentido que os trabalhadores teriam constituído um determinante ator para a configuração da segmentação do nosso sistema de saúde:

“por estarem incluídos previamente em formas privadas de atenção à saúde vinculadas ao contrato de trabalho, esses segmentos (...) deram sustentação à

assistência privada e constituíram um veto implícito à universalização da assistência pública. A falta de identificação dos trabalhadores organizados com uma assistência pública e igualitária e a falta de incentivos para apoiar uma reforma que (...) curto prazo, tenderia a lhes trazer perdas objetivas (...) contribuíram para o fortalecimento da segmentação de clientela, reforçando a perspectiva de que ao SUS cabe a cobertura da população mais pobre e em condições desfavoráveis a de inserção no mercado de trabalho” (Menicucci, 2007: 295) ¹¹⁶.

No decorrer da década de 1990 o mercado privado foi fortemente influenciado pelos eventos políticos, econômicos e institucionais ocorridos no âmbito do Governo Federal e da sociedade civil. O SUS começou a ser implementado, foi criado o Código de Defesa do Consumidor (1990). Além disso, aumentou o poder aquisitivo da população durante o início do Plano Real e observa-se que ocorreu um efetivo incremento da cobertura da população por seguros privados contratados individualmente, fatos que podem estar correlacionados ¹¹⁹.

Nessa década de 1990, situações como a livre atuação das seguradoras de saúde e a maior expectativa da população sobre o atendimento, também contribuíram para as mudanças que ocorreram no setor. Em relação ao seguro privado de saúde, problemas como os de serviços não cobertos, não atendimento e aumento abusivo do preço das mensalidades, se tornaram os principais motivos de reclamações dos segurados nos órgãos de defesa do consumidor. Cada vez mais, foram concedidas liminares judiciais ^{120, 121} que obrigavam às seguradoras a realização de atendimentos reclamados por sua clientela. Na busca do estabelecimento de regras para atuação do mercado privado, diversos projetos de Lei sobre os planos e seguros privados de saúde foram apresentados e discutidos no Congresso Nacional desde 1994 até 1998 ¹²², quando foi votada a Lei nº. 9.656/98 ¹²³.

A regulação governamental do mercado de seguros privados no Brasil se iniciou após uma década de existência da Constituição Federal cidadã, sem que o financiamento da seguridade social correspondesse ao estabelecido na Carta, o que resultou no subfinanciamento do SUS como mostraram diversos autores ^{22, 23, 35, 124, 125, 126}. O final da década de 1990 era o momento do auge da Reforma do Estado brasileiro, promovida a partir dos anos 1990 e realizada à luz das reformas ocorridas nos Estados de Bem-Estar dos países desenvolvidos. A criação de um órgão com competência para regular este mercado originou-se em 1998, quando foi instituído o Departamento de Saúde Suplementar no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, Desas/SAS/MS.

No final de 1999 as competências do Desas foram reorganizadas nos moldes do projeto original de Agências Reguladoras, previstas no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado de 1995 para as áreas de provisão de serviços de utilidade pública que foram privatizados, como energia elétrica, abastecimento de água, telecomunicações. O novo órgão regulador é a Agência Nacional de Saúde Suplementar, vinculada ao Ministério da Saúde, ANS/MS. Neste momento, como assinalaram Santos e Merhy (2006: 34) ¹²⁷, o “Estado lançou mão de novos instrumentos a partir do final da década de 1990”, com o quê foram criadas a ANS, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e foi editada a NOAS, importante instrumento de regulação pública do SUS.

Embora as agências reguladoras criadas para a área da saúde tenham diferenças entre si, deve ser destacada uma diferença dessas em relação às demais: enquanto as agências que não são do setor de saúde se destinam a regular mercados de produção de serviços de utilidade pública, que eram providos pelo Estado e que foram privatizados, a ANS e a ANVISA são agências cujo objeto regulado sempre existiu no Estado e no setor privado. Mas note-se que, embora muitas das competências da ANVISA estivessem contidas entre as do Ministério da Saúde, as da ANS não o estavam, pelo menos de forma detalhada.

No caso específico da ANS, sua criação não estava prevista na Lei dos planos e seguros privados ¹²³ e diversos motivos e interesses políticos, administrativos e econômicos concorreram para sua criação, inclusive a opção por uma Agência Reguladora ao invés de Executiva. Não cabe aqui aprofundarmos esse debate, mas sim contextualizá-lo no projeto de reforma do Estado do Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado, do então ministro da Administração e Reforma do Estado, Luiz Carlos Bresser Pereira.

Segundo Pereira et al ¹²⁸, que entrevistaram o Ministro Bresser, o motivo alegado para a criação da ANS nesses moldes foi a oportunidade de criar um órgão com alto grau de independência do Poder Executivo por ter receita própria (oriunda das taxas de fiscalização). Entretanto, os autores sugerem outra explicação: “a de que uma agência reguladora proporciona maior visibilidade às preocupações do Ministério da Saúde com a temática do direito ao consumidor ante as ‘falhas de mercado’ dos planos e seguros de saúde, tema de crescente interesse da opinião pública” (Pereira et al, 2001: 163).

Esta análise parece bastante pertinente para a compreensão da missão da ANS, uma vez que o invólucro de sua criação sempre foi o de buscar o equilíbrio do mercado

de seguro privado por meio do combate às suas falhas típicas – denominadas “falhas de mercado” – e assim proteger o consumidor e a estabilidade deste mercado. Esta era uma preocupação do Governo e, por meio da ANS esperava-se que o Estado estivesse garantindo que ações e serviços de saúde, que são considerados de relevância pública, estariam sendo realizados conforme previsão em contrato.

Não existe, na prática, o denominado “mercado de concorrência perfeita”. As falhas de mercado clássicas podem se dar na ausência de concorrência, na assimetria de informações e nas externalidades, sendo que as mais comumente observadas no mercado de seguros privados estão relacionadas às externalidades, assimetria de informação, seleção adversa, seleção de risco, abuso moral, diferenciação de seguro por preço e por duração de contrato. Além disso, é comum este mercado apresentar características específicas, como problemas intergeracionais decorrentes da atuação dos adultos como agentes apropriados a seus filhos, subsídios à compra de seguros, que podem ser feitos, por exemplo, por dedução fiscal e o tipo de competitividade existente que é um importante determinante dos preços dos seguros.

Existe vasta bibliografia sobre as falhas de mercado^{129, 130, 131, 132, 133, 134} e não cabe sua revisão aqui, mas sim entender que, quando a política de regulação é justificada para resolver as falhas de mercado, busca garantir os direitos do consumidor e, com isso tem seu escopo e seu alcance restritos às questões próprias do mercado de seguro privado. Um dos principais problemas que pode decorrer da política de regulação ser voltada mais a esses fins que à relação entre o segmento suplementar e SUS, é que tal política não estará orientada pelos aspectos relativos ao direito à saúde como direito de cidadania e, assim, não estenderá seus objetivos para, entre outros, reorientar a organização do mix público-privado no sistema de saúde de forma a contribuir positivamente a uma proteção social solidária no sistema de saúde como um todo.

Como a principal preocupação deste trabalho é referente aos efeitos que a regulação sobre o mercado de seguros privados provoca no sistema de saúde brasileiro, o conceito de regulação aqui usado compreende objetivos e funções maiores que os previstos na Lei nº. 9.656/98¹²³, a serem exercidos com outros instrumentos e estratégias mais que os que utilizados pela ANS. Não obstante ser um conceito muito amplo é afim com as definições de regulação de Machado, que analisou a atuação do Ministério da Saúde nas políticas de saúde, e de Magalhães Jr, apresentada por Santos e Merhy para discutir a regulação pública do sistema de saúde brasileiro:

“o termo regulação tem sido utilizado no âmbito da saúde com um sentido mais amplo do que a mera regulamentação dos mercados, estando relacionado a uma função desempenhada pelos sistemas de saúde (...) não sendo apenas uma função mais clássica das relações de mercado na saúde, como uma das maneiras de correção das chamadas imperfeições de mercado. Pela diversidade dos sistemas de saúde e abrangência da função de Estado na saúde, o termo assume claramente uma característica polissêmica” (Magalhães Jr apud Santos e Merhy, 2006: 26) ¹²⁷.

“o termo regulação é usado para designar a função federal voltada para a modulação do sistema nacional de saúde, no sentido de controlar procedimentos e processos ou buscar uma maior homogeneidade de características ou de resultados no território, por ação federal direta ou por meio da indução de práticas de gestores de outras esferas, prestadores de serviços e agentes privados” (Machado, 2007: 2121-2) ¹³⁵.

A ideia de neste trabalho utilizar um conceito mais abrangente objetiva corresponder: (i) às ações realizadas de fato pelo Ministério da Saúde para regular o SUS (por meio de diversos mecanismos de regulação e por ações e políticas como as acima comentadas, que levaram à Política Nacional de regulação do SUS) e o segmento complementar (este por intermédio da ANS), bem como (ii) às ações não realizadas, utilizando do conceito de políticas públicas de Menicucci acima mencionado, de que estas são também as “não-decisões governamentais” (Menicucci, 2007: 292) ¹¹⁶. Essas ações serão apresentadas na próxima Seção (4.4), com ênfase na interferência que exercem sobre a contribuição do arranjo público-privado no sistema de saúde para uma proteção social mais ou menos solidária.

A Lei de criação da ANS é a nº. 9.961/00 ¹³⁶ e em seu Artigo 3º está definida sua finalidade: “A ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência complementar 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”. Assim, a defesa do interesse público e o melhor desenvolvimento das ações de saúde no Brasil são os balizadores explícitos da atividade da ANS.

No início do governo do Presidente Lula aventou-se rever a existência das agências reguladoras, mas elas terminaram por ser mantidas e hoje configuram um importante instrumento de política de Estado.

Com a regulação pública sobre o segmento complementar, o Estado brasileiro reconheceu a sua existência – que está vagamente referida no Artigo 199 da Constituição cidadã de 1988 –, ao mesmo tempo em que não abandonou o modelo de sistema público de saúde preconizado nesta Constituição. Mesmo com todas as

transformações e reformas pelas quais passaram os sistemas de saúde de outros países desde a década de 1980, o SUS conservou seus princípios básicos de um sistema nacional de saúde, que são o acesso gratuito e universal à cesta ampla de serviços, e o financiamento por meio de tributos. Entretanto, a proteção social sofreu abalos.

Nos anos 1980 e 1990 o Brasil recebeu influência das reformas feitas em diversos países do mundo como resposta aos questionamentos feitos ao modelo de Estado de Bem-Estar Social. Como discutido no Capítulo 2, essas reformas dos sistemas de proteção social em busca, sobretudo, de contenção do gasto social e do aumento da eficiência do Estado, foram mais de cunho gerencial e econômico que de perda de direitos sociais e o projeto de proteção social do *welfarianismo* não foi desfeito nos sistemas de saúde bismarkianos e nos beveridgeanos europeus. Assim, as propostas neoliberais levadas a efeito não revisaram a relação sociedade-Estado nos países desenvolvidos, nem desmontaram o modelo de Estado de Bem-Estar, como também afirmam diversos autores, entre eles, Rodrigues ²⁸, Giovanella ²⁹, Ugá ³⁵, Freeman e Moran ³⁰, Hokko et al ³⁸ e Esping-Andersen ^{15,43}.

Contudo, os Estados foram tensionados para se retirarem de determinadas tarefas, como a da execução de uma política social vigorosa e universal, e ampliarem seu papel em outras, como a do fortalecimento da capacidade de arrecadação e de manutenção do equilíbrio do sistema financeiro por meio de, entre outros, ajuste fiscal e contenção dos gastos públicos. Enfim, um Estado menos provedor e executor dos serviços e mais regulador dos mercados constituídos nessas reformas, os quais passam a prover a maior parte dos serviços sociais.

Essas transformações resultam no imbricamento cada vez maior do Estado com os agentes privados na prestação e no financiamento do sistema de saúde, sendo a regulação do Estado uma tarefa inerente a esse contexto. É nesse contexto que ganha força o tema de pesquisa sobre o mix público-privado nos sistemas de saúde, com grande quantidade de publicação e de estudos internacionais, que abordam as questões relacionadas ao financiamento, à prestação e ao uso dos serviços de saúde, e à cadeia produtiva de bens e insumos.

Embora a grande maioria dos países desenvolvidos não tenha abandonado a condição de cidadania que fundamenta seus sistemas de proteção social, deve-se mencionar que os valores neoliberais, que atribuem maior importância às questões individuais e à maior eficiência ao mercado, têm estado cada vez mais presentes em

todas as sociedades do mundo, gerando transformações sobre como as pessoas concebem um sistema de saúde ideal.

A resposta à crise fiscal, pela qual muitos países passaram, e à difusão da ideia de ineficiência do Estado quanto à sua capacidade de gerenciamento, reforçou os valores individualistas e a crença no mercado como a instância que melhor faria a provisão e distribuição de bens e serviços sociais. Este movimento afeta a confiança na adequabilidade da proteção social ser universal e fortalece a ideia de que seja um bem de responsabilidade individual [vi].

No caso brasileiro, os valores individuais também influenciam o comportamento da sociedade e as políticas públicas, tanto em relação à menor importância atribuída aos valores coletivos, como na diminuição da crença da capacidade do Estado de gerir o que é público e na pressão para que o Estado regule os mercados públicos e privados, sendo que o mercado privado procura exercer influência para que o Estado aceite sua autorregulação.

Além disso, deve ser destacado que, embora as propostas neoliberais não tenham destruído a proteção social conquistada ao longo da década de 1980 e expressa na Constituição Federal de 1988, nosso modelo de Estado de Bem-Estar sofreu fortes constrangimentos devido ao ajuste macroeconômico ao longo da década de 1990. Se por um lado se verificou contínuo crescimento da proteção social durante a década de 1980, por outro lado, após o Plano Real em 1994 e até 2002 (período analisado pelo autor), os gastos públicos foram estabilizados e a política pública voltou-se para o que Costa analisou como “uma agenda de fragilização ativa do legado desenvolvimentista-universalista” que resultou em “(i) estabilização dos recursos em determinadas áreas sociais em patamar extremamente baixo; (ii) redução em termos absolutos dos gastos sociais em áreas críticas como assistência social e educação; (iii) oscilação na disponibilidade financeira líquida em áreas estratégicas para o bem-estar social, como no caso da saúde, mostrado por Piola&Biasoto” (Costa, 2002: 19-20)¹³⁷.

No Brasil, ao mesmo tempo em que, por um lado, a proteção social no setor de saúde continuou explicitamente baseada na concepção de um sistema nacional de saúde, por outro lado, a manutenção e a efetivação de seus princípios resultam implicitamente

^{vi} Este tema mereceria um debate específico entre a questão da individualidade e do individualismo que pudesse desenvolver o quanto o fortalecimento do indivíduo não é uma contradição ao direito de cidadania. Este é um desafio que as sociedades contemporâneas têm para que seus sistemas públicos de saúde contemplem as demandas individuais, de forma a não mais tratá-las unicamente de forma impessoal, como se fossem necessariamente demandas individualistas.

de: (i) uma contínua disputa entre o interesse público e os privados que permeiam a sociedade e (ii) das configurações herdadas no desenvolvimento histórico do sistema de saúde, do Estado e da sociedade brasileiros. Estes são provavelmente os fatores determinantes para a forte preocupação pela boa “saúde” do segmento de seguros privados que, ao contrário do fundamento de saúde como direito de cidadania para o SUS, é baseado no poder de compra do consumidor.

Com base nessas considerações sobre a origem e o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro, considero oportuno ampliar sob outros ângulos mais, a contextualização da afirmação exposta no início desta Seção 4.3: “para que os serviços fossem prestados pelos profissionais e estabelecimentos privados e complementassem a oferta dos prestadores estatais conforme os princípios de um sistema público era necessário possuir uma capacidade operacional e política de imposição dos interesses públicos sobre os privados que o Estado e a sociedade ainda não tinham. Esta capacidade vem sendo gradualmente desenvolvida ...”.

Os marcantes avanços na oferta e utilização de serviços de saúde pela população que tem menores renda e acesso a serviços de saúde, aparentemente pouco reduziram os padrões de iniquidade dessa mesma oferta e utilização (como foi mostrado também com dados na Seção 4.2), o que sugere a carência de análises e estudos mais diversificados, aprofundados e comparados, sobre o desenvolvimento da capacidade operacional e política do Estado e sociedade, que reflitam sobre:

- os diferenciais entre os perfis de qualidade e resultados da oferta e utilização dos serviços, segundo as desigualdades verificadas nos décimos de renda e anos de estudo (pelos sem cobertura duplicada);
- a capacidade do financiamento público prover suportes de investimento e custeio, que são imprescindíveis e estratégicos para (i) sair da situação de desigualdades verificadas em cada região do território nacional e (ii) diminuir iniquidade na oferta e na utilização dos serviços de saúde (de forma que venham a ser integrais e minimamente qualificados);
- a existência e efetividade das políticas ou estratégias, formuladas e pactuadas, para a compreensão e intervenção nas várias formas de imbricamento público-privado referidas neste Capítulo 4;
- a permanência da predominância da modalidade de remuneração dos serviços por produção de procedimentos, assim como da excessiva

normatividade federal sobre as gestões estadual, regional e municipal, bem como da fragmentação dos repasses federais aos gestores descentralizados;

- a permanência de excessiva burocracia, lentidão, patrimonialismo e cartorialismo da administração pública (direta e autárquica);
- as prováveis interdependências entre os pontos acima mencionados e;
- o desenvolvimento da capacidade do Estado e da sociedade ser menor no espaço político do que no operacional, de tal sorte que a implementação dos avanços operacionais, desde as NOBs até as atuais centrais de regulação do SUS e a contratualização, não afetem a estrutura do sistema de saúde e a sua lógica, que vem provendo sustentabilidade à fragmentação da oferta e utilização dos serviços conforme a fragmentação da própria sociedade brasileira e mantendo a imposição dos interesses privados sobre o público.

4.4. A REGULAÇÃO DO SEGMENTO SUPLEMENTAR NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

A Lei nº. 9.656 de 1998 ¹²³, que é o marco legal do segmento suplementar, contém regras de fiscalização, de regulação econômico-financeira sobre a operadora e o produto, normas que ampliam a cobertura, que criam o ressarcimento ao SUS, que criam instâncias de controle social sobre a regulação, entre outras.

A mudança advinda com este arcabouço normativo que mais importa a este trabalho é a amplitude da cobertura de serviços – e é sobre este aspecto será analisada a regulação pública sobre o mercado de seguros privados de saúde.

Esta cobertura se dá por um conjunto de normas estabelecidas nas Leis nº. 9.656/98 ¹²³ e nº. 9.961/00 ¹³⁶ e em Resoluções do Conselho de Saúde Suplementar e da ANS, como: (i) o fim do limite de tempo para internação e de número de procedimentos; (ii) a definição de prazo de carência para os casos em que o cliente for portador de doenças ou lesões pré-existentes no momento do contrato do seguro privado; (iii) as condições para os demitidos e os aposentados continuarem segurados quando findado o contrato de trabalho pelo qual tinham o seguro de saúde e; (iv) a inclusão dos transplantes de córnea e rim, da saúde mental e da urgência e emergência na obrigatoriedade de cobertura. Ainda há dois pontos que serão pormenorizados a seguir: a organização dos seguros em produtos de pacotes de serviços e a cobertura para atendimento a todas as patologias da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde, CID-10.

A Lei nº. 9.656/98 ¹²³ estabelece que a cobertura de serviços de saúde deva ser comercializada em pacotes (ou cestas) de serviços (ou procedimentos), que devem ser ambulatoriais, hospitalares sem obstetrícia, hospitalares com obstetrícia e/ou odontológicos, como mostra o Quadro 5.

A junção desses pacotes, excetuados o de serviços odontológicos, conforma o denominado “plano-referência”, que corresponde à cobertura ampla de serviços médico-hospitalares e, como versa a Lei, deve ser oferecido por todas as operadoras que comercializem planos médico-hospitalares. Assim, todas as operadoras que prestam assistência médico-hospitalar devem comercializar, ao menos, um plano-referência, porém lhes é permitido comercializar planos segmentados para cada tipo de pacote, de forma ilimitada. Um exemplo é um plano que cobre somente serviços ambulatoriais, mas que deverá atender a todas as patologias da CID-10 que possam ser realizadas em

ambiente ambulatorial. Portanto, a definição desta Lei, de que todas as patologias da CID-10 devem ser cobertas, terá sua aplicação condicionada ao limite do contrato do plano, ou seja, os procedimentos cobertos serão os do nível de atenção contratado, mas para qualquer patologia.

Quadro 5: Cobertura de serviços de saúde no segmento de seguro privado de saúde do brasileiro segundo a regulamentação (desde 1998).

PACOTE DE SERVIÇOS	TIPO DE SERVIÇOS COBERTOS			
	Consultas, Exames, Tratamentos e outros procedimentos ambulatoriais	Internações	Partos	Odontológicos
Ambulatorial	•			
Hospitalar sem obstetrícia		•		
Hospitalar com obstetrícia		•	•	
Odontológico				•
Referência	•	•	•	

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde, ANS 2005. Série Planos de Saúde Conheça Seus Direitos. “Cobertura Assistencial”. Rio de Janeiro 2005.

Uma vez que todas as patologias devem ser atendidas, a cobertura integral pode se dar quando o segurado possuir cobertura para todos os níveis de atenção, obtida pelo plano-referência ou pela junção dos serviços ambulatorial e hospitalar, no caso da assistência médico-hospitalar [vii]. A principal razão aventada para explicar a obrigatoriedade da oferta de um plano-referência é a criação da possibilidade do consumidor comparar os preços dos planos similares, seja por diferentes operadoras ou mesmo em uma única operadora.

Ao mesmo tempo em que a Lei nº. 9.656/98¹²³ estabelece a obrigatoriedade (i) da cobertura de todas as patologias e (ii) de as operadoras comercializarem ao menos um plano-referência, ela permite a venda de planos com cobertura segmentada pelos pacotes de serviço do Quadro 5, mas sem determinar quais serviços devem ser contemplados na cobertura assistencial. Ou seja, a Lei não especifica os procedimentos que devem ser oferecidos, tampouco que a cobertura assistencial dos planos deva se destinar a todos os procedimentos e serviços de saúde existentes ou necessários.

Além disso, não está previsto que a cobertura dos seguros deve ser ampliada na Lei nº. 9.656/98¹²³ ou na Lei nº. 9.961/00¹³⁶, mas sim regulada: no Inciso XLI do

vii Como mostrado na Seção 4.2, a quase totalidade dos beneficiários de planos médico-hospitalares (92,2%) tinham cobertura ambulatorial e hospitalar em setembro de 2008, segundo informações da ANS.

Artigo 4º da Lei nº. 9. 961/00 está previsto que compete à ANS “XLI – fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos (...)” em relação à, entre outros: “a) conteúdos e modelos assistenciais”, “b) adequação e utilização de tecnologias em saúde”, “g) garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados”.

As regras advindas com a regulação, de (i) obrigações de comercialização do plano-referência e (ii) do atendimento a todas as patologias, estão associadas à noção de integralidade, isto é, à ideia de que a assistência à saúde deve dar conta de todos os níveis da atenção e com uma extensa cesta de serviços a ser coberta. Essas regras aplicadas ao mercado de seguros privados mostram que a Lei nº. 9.656/98 ¹²³ recebeu influência dos ideários de sistema público de saúde, especificamente no tocante aos princípios de uma ampla cesta de serviços oferecidos e de integralidade e, possivelmente, de seguro privado primário, sobretudo o modelo do sistema de saúde dos Estados Unidos.

Existe um complexo debate sobre os possíveis conceitos de integralidade ^{87,138,139,140} que não é necessário apresentar aqui, mas que motiva a escolha de um deles. Adoto a definição legal por supor ser a que orienta as ações dos gestores do sistema de saúde brasileiro com maior frequência. Portanto, o princípio da integralidade aqui considerado é o da LOS nº. 8.080/90, que contempla a ação integral entre os três níveis de atenção à saúde, que, para existirem, é condição necessária ser oferecida uma ampla cesta de serviços, como mostram Santos e Andrade:

“Quais serviços universais e igualitários? Integralidade da assistência (art. 7º, II, da Lei nº.8.080/90): A integralidade, definida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, impõe aos entes federados permanente articulação, interação, interdependência, uma vez que a integralidade da assistência não se esgota nos serviços apenas de um ente da federação, mas perpassa a rede nacional de serviços, nos âmbitos local, regional e estadual” (Santos e Andrade, 2007: 162) ¹⁴¹.

A definição da extensão da cobertura de serviços dos seguros privados é realizada pela ANS. A Lei nº. 9.656/98 ¹²³ estabelece em seu Artigo 10º, parágrafo 4º, que “a amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS” (versão vigente da referida Lei, MP nº. 2.177-44, de 24 de agosto de 2001).

Para regular o mercado de seguros privados com os parâmetros mínimos de cobertura assistencial estabelecida em Lei, a ANS tem procurado elaborar regras específicas. O principal mecanismo é a listagem dos procedimentos obrigatórios a serem cobertos por cada pacote de serviços, denominada “Rol de Procedimentos e eventos em saúde”. Existe previsão para que o rol de procedimentos seja revisto periodicamente, conforme o Inciso III do Artigo 4º da Lei nº. 9.961/00 ¹³⁶, que estabelece entre as competências da ANS: “elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº. 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades”. Nesse sentido, recentemente a ANS incorporou novos procedimentos à lista vigente, prevista a vigorar a partir de 2009. Constata-se, portanto, que a relação dos procedimentos cobertos “estará sempre condicionada à regulamentação constante da ANS, de modo que a revisão da norma impõe uma periodicidade à incorporação tecnológica”, como apontou Werneck (2007: 13) ¹⁴².

O debate sobre tal incorporação reflete um dos pontos mais polêmicos da regulação do segmento suplementar, pois é quando se define a extensão da cobertura de serviços.

De maneira resumida, mas sem perder sua complexidade, a disputa pode ser explicada pelo confronto de interesses dos atores envolvidos no segmento suplementar. Por um lado, os usuários de serviços são desejosos por terem todos os procedimentos incorporados à listagem obrigatória, bem como os órgãos de defesa do consumidor que os defendem. No mesmo sentido, as entidades médicas e de outros profissionais de saúde não querem sofrer interferência no ato clínico, tampouco controle das operadoras sobre a prescrição, e os demais prestadores e hospitais desejam vender serviços, ampliar a produção e, portanto, a demanda por eles. Mas, por outro lado, as empresas que operam seguros têm interesse por menores despesas e maior lucro, de modo que a possibilidade de aumento dos custos de operação no mercado de seguros privados, decorrente da incorporação de novos procedimentos, faz com que as operadoras temam a ampliação da cobertura mínima obrigatória.

A disputa de interesses em torno de cada nova norma para alterar o Rol de Procedimentos configura uma das mais polêmicas na regulação do segmento suplementar e é feita periodicamente pela ANS, pelo debate com representantes dos prestadores e operadoras para os novos procedimentos a serem incluídos no Rol e os em uso que devem ser excluídos. De qualquer forma, deve-se ter em conta que a listagem

básica que inaugurou a obrigatoriedade de ampla cobertura de procedimentos e, com isso, formalizou a cobertura duplicada dos seguros privados em relação ao SUS, foi definida há 10 anos, na primeira norma infralegal sobre o tema - Resolução CONSU nº. 10 de 1998 ¹⁴³ -, e que as mudanças do Rol são majoritariamente inclusões de procedimentos, e não exclusões.

O debate atual sobre as novas incorporações tecnológicas, que acarretam a ampliação da cobertura obrigatória, da mesma forma que na época em que foi elaborada a listagem básica, não considera se o procedimento também será incorporado pelo SUS e, tampouco, aprofunda a discussão sobre a cobertura duplicada já existente e seus possíveis efeitos sobre o sistema de saúde brasileiro. É possível que a influência que o ideário da reforma sanitária brasileira tem sobre a regulação do segmento complementar, concomitante a do *Managed* norteamericano, ambas corroborem a atuação da ANS em prol da ampla cesta de serviços, possivelmente sem prever todos os possíveis efeitos da cobertura duplicada.

Ao incluir serviços na cesta de cobertura obrigatória, a política regulatória objetiva possibilitar “acesso a um tratamento multiprofissional de acordo com a filosofia da integralidade da atenção à saúde preconizada pela ANS” ¹⁴⁴. Essa ampliação da cobertura obrigatória de serviços de saúde se dá, como todas as políticas públicas, com negociação de interesses com os atores envolvidos, mas está inserida no escopo da regulação da ANS de assegurar uma cobertura ampla e integral dos serviços de saúde no segmento complementar.

Torna-se oportuno registrar que o conjunto de desonerações à custa do erário público (discutidas na Seção 4.2), hoje extremamente volumosas, vem beneficiando as empresas que operam os seguros privados, os prestadores privados de serviços de saúde (incluídos os profissionais de saúde) e os consumidores, no decorrer dos mesmos anos de criação e aplicação da normatividade regulatória exposta na presente Seção, o que pressupõe a necessidade de uma política pública governamental mais ampla para que os benefícios passem a se tornarem prioridade do interesse público.

Esta direcionalidade da regulação tem origem em diferentes atores e interesses. Um deles decorre da ideia de assistência integral à saúde, contida no que resultou da junção dos inúmeros projetos de Lei em uma única, a nº. 9.656/98 ¹²³. A esse respeito, os referidos projetos buscavam atender a expectativas importantes e diferenciadas, como as dos usuários, as dos profissionais e estabelecimentos de saúde e as dos órgãos

de defesa do consumidor, que são favoráveis a ampla cobertura de serviços até os dias atuais^{122, 98}.

Além desses importantes atores, a Lei também contém elementos de princípios defendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, cuja influência permeia a política pública de saúde. Por este movimento é defendida a cobertura ampla e integral dos serviços de saúde no sistema público e também o foi para o segmento suplementar, sob o argumento que o bem serviço de saúde é distinto dos demais bens de consumo. A defesa da ampla cobertura pelos sanitaristas gerou debate em defesa do direito à saúde em contraposição ao direito de consumidor. É possível que desde este momento esteja havendo uma confusão entre o reconhecimento da peculiaridade de bem saúde (que justifica a regulação do mercado privado de saúde) e a questão do direito à saúde como direito de cidadania (que é considerado no modelo de sistema nacional de saúde e está no âmbito dos direitos sociais e, portanto, não deve se aplicar aos seguros privados).

Carvalho e Cecílio mostram bem o espírito da época da montagem da base regulatória:

“na arena de disputas do setor privado, assim como ocorreu na arena pública durante a regulamentação do Direito à Saúde, o fator fundamental foi a identidade de posições entre os atores que representavam os trabalhadores e profissionais de saúde e os usuários/consumidores, na defesa do direito à vida e à saúde, em sintonia com os pensadores progressistas do ramo sanitário [grifos meus].” (Carvalho e Cecílio, 2007: 2172)¹⁰⁹.

Enfim, esses processos inspiraram os primeiros passos da regulação do segmento suplementar no país no tocante à assistência e, sem dúvida, refletiram no estabelecimento das linhas de ação da primeira gestão da ANS, de 2000 a 2003^{145, 146, 147}. Desde então, as gestões subsequentes da ANS têm dado prosseguimento à ampliação da cobertura mínima obrigatória, acrescida de um novo arcabouço normativo de ações regulatórias direcionadas ao ideal da integralidade da assistência de forma mais contundente. Isto tem sido feito não só por meio de ações específicas, como também por agregar às políticas da ANS o objetivo que as seguradoras sejam “gestoras do cuidado em saúde”, orientação que consta em documentos que discutem a regulação^{148, 149} e em apresentações públicas de seu corpo diretivo^{150, 151, 152}.

Essa proposta vem sendo gestada há alguns anos^{127, 153, 154, 155} e consiste na mudança do modelo assistencial do mercado de seguros privados, que é consensualmente criticado por ser baseado na biomedicina e centrado na realização de procedimentos médico-hospitalares. Além disso, este criticado modelo de atenção não

contempla, nas palavras dos formuladores, as “determinações do processo saúde/doença referentes às condições sociais, ambientais e relacionadas às subjetividades, valorizando-se apenas as questões biológicas” (Malta et al, 2005: 146) ¹⁵⁶, ou seja, a crítica a este modelo de atenção tem suas raízes naquela feita na Declaração de Alma-Ata ¹¹⁴ à dos sistemas de saúde baseados na atenção curativa e hospitalar, que resultaram na incorporação da importância da atenção primária nos sistemas de saúde e no fortalecimento da integralidade como princípio reorientador dos três níveis de atenção. Essa abordagem tomou corpo principalmente mediante o módulo do “Programa de Qualificação da Saúde Suplementar” [^{viii}] que avalia a assistência à saúde prestada aos segurados.

A transformação do modelo assistencial proposta para o segmento suplementar tem como objetivos “romper com a fragmentação e o descompromisso hoje existentes” e “pactuar um modelo nos pressupostos de garantia de acesso, acolhimento aos clientes, responsabilização, estabelecimento de vínculo e integralidade da assistência” (Malta et al, 2005: 153) ¹⁵⁶. Para alcançar tais objetivos, os autores defendem que o modelo de atenção deve ser centrado no usuário dos serviços e a seguradora precisa exercer a função de “articuladora da linha de cuidado”. A ideia é a de que, se houver um gestor das linhas de cuidado no segmento suplementar, o qual gerencie a integração entre os múltiplos cuidados e os níveis de atenção, o modelo de atenção à saúde deixaria de ser fragmentado para se tornar integral, inclusive com promoção à saúde e prevenção de doenças.

Esse raciocínio parte do pressuposto que a empresa que opera o seguro privado de saúde seja responsável pela organização de um modelo de atenção que dê conta das necessidades de saúde do usuário em todos os três níveis de atenção, para o quê o pacote de serviços oferecidos pela operadora deve ser o mais amplo possível e os níveis de atenção devem ser integrados. Para tanto, a política regulatória propõe que a operadora seja “gestora do cuidado à saúde” recebido por seus clientes, o qual, preferencialmente deve dar conta dos problemas de saúde da população usuária. Assim, almeja-se que cada população usuária, de cada operadora, tenha acesso a um sistema de saúde o qual deve dar conta de seus problemas, e quem tem que organizar e gerir este sistema é a operadora, a partir de estudos epidemiológicos, programas de promoção à saúde e prevenção de doenças, atenção curativa e oferta de uma rede de prestadores de serviços que atenda às necessidades de seus segurados.

^{viii} Este Programa foi implantado em 2004 (http://www.ans.gov.br/portal/site/_qualificacao/materia.htm).

Mesmo que seja exequível a transposição das diretrizes da cobertura integral ao campo do segmento de saúde suplementar, sob gestão da iniciativa privada, é de se destacar que:

- a integralidade e a equidade no sistema público são princípios ordenadores, a serem perseguidos e que, portanto, a sociedade sempre buscará a integralidade e uma menor inequidade;
- mesmo sendo um processo, a situação atual do sistema público brasileiro em relação aos princípios da equidade e da integralidade ainda é de lenta implementação, semi-paralizada, devido a diversos fatores, entre eles o baixo financiamento do sistema público.

Tendo os pontos acima em consideração, o volume de recursos destinados pelo erário público às desonerações para o segmento suplementar, configura importante soma para a implementação dos princípios da integralidade e da equidade no SUS. Ademais, é de se indagar se o imaginário da implantação da cobertura integral teria, ou não, sua exequibilidade alterada com a hipotética supressão das desonerações, ainda que de forma gradativa, como outros países fizeram (mostrado no Capítulo 3).

4.4.1. Regulação do segmento suplementar e Regulação do mix público-privado do sistema de saúde brasileiro: mais elementos para seu escopo

Do ponto de vista do que se espera de um cuidado adequado à saúde, pode-se afirmar que a crítica ao modelo de atenção à saúde do segmento suplementar feita pelos autores mencionados ^{127, 153, 155, 156} é absolutamente relevante e adequada. Como mencionado, é uma crítica ao modelo hospitalocêntrico e curativo, cuja inspiração provém da Declaração de Alma-Ata ¹¹⁴, que apontou para a necessidade do reposicionamento da atenção primária para a base do sistema de saúde com integração entre os três níveis de atenção. É uma crítica à não realização do princípio da integralidade. Portanto, é uma crítica pertinente às preocupações sobre qual cuidado de saúde as pessoas estão recebendo.

Ademais, é uma crítica à lógica do mercado privado, que considera cada serviço de saúde uma mercadoria, sem que se faça necessária a existência de vínculo entre os múltiplos cuidados recebidos pelo paciente e os resultados obtidos, como se as intervenções em saúde em uma mesma pessoa não tivessem relação entre si.

Por esse motivo, merecem ser devidamente reconhecidas, tanto a elaboração dessa crítica, como a coragem para realizá-la e o empenho para propagá-la junto aos atores envolvidos no mercado, com capacidade de influência sobre a sociedade brasileira. Ainda mais se considerarmos como um de seus efeitos a conscientização e educação da parcela mais rica da população brasileira, geralmente com emprego, moradora dos grandes centros urbanos, que é a população formadora de opinião e com potencial para estimular em toda a sociedade uma maior percepção da necessidade de um modelo de atenção à saúde que seja integral.

Entretanto, a proposta de a operadora ser gestora do cuidado com saúde deve ser analisada com ressalva. Ao mesmo tempo em que é feita a partir da crítica ao modelo assistencial, esta proposta utiliza as premissas de um sistema público de saúde como parâmetro para pensar a operadora. Em outras palavras, propõe (i) maior responsabilização sanitária das operadoras de seguros privados de saúde e (ii) sugere-se que cada operadora componha o seu próprio sistema de saúde, o qual deverá contemplar uma rede de prestação de serviços à sua clientela para resolver todos os problemas de saúde desta população.

Se, por um lado, a responsabilização sanitária de empresas é adequada, por outro lado, a ideia de que cada operadora dê conta de toda a linha de cuidado, para cada problema de saúde de seus segurados, corrobora a ampla cesta de serviços cobertos por cada seguro privado como condição necessária e almeja que cada esquema de asseguração privado constitua num sistema de saúde em si. Esta proposta é inexequível financeiramente e não corresponde a um modelo solidário para toda a sociedade, como é o caso do sistema nacional de saúde e, possivelmente, do seguro social. Essa proposta só é possível num sistema como o dos Estados Unidos, porque lá o seguro privado é a principal forma de proteção aos riscos à saúde dos segurados americanos.

Ao meu ver o rumo da proposta da regulação pública sobre o mix público-privado deve contemplar uma mudança do modelo assistencial, ampliando seu ponto de partida do segmento suplementar para o sistema de saúde brasileiro em seu conjunto.

Como a proposta acima é específica para o segmento suplementar e não contempla todos os seus possíveis efeitos negativos sobre o sistema de saúde brasileiro, entendo que ela se desvia do caminho no tocante:

- à extensão da cobertura de serviços e;

- à ideia de que o seguro privado possa ser suficiente para garantir a proteção à saúde da população brasileira.

Como vimos, entretanto, (i) um dos efeitos de uma ampla cesta de serviços cobertos pelo seguro privado é a maior quantidade de procedimentos duplicados com o sistema público e (ii) a duplicação da cobertura de serviços para quem tem seguro privado contribui para as iniquidades do sistema de saúde brasileiro.

Outra questão mais emerge quando a proposta de um modelo de atenção à saúde – com ampla cesta de serviços cobertos e baseado na integralidade entre os níveis de atenção – é feita para cada operadora de seguro privado: essa integralidade deve considerar cada contrato de seguro privado de saúde e está restrita ao modelo de cada operadora. Mas, com isso, está sendo incentivado que o micro-sistema da operadora deva ser tratado com um sistema de saúde completo, com capacidade para resolver todos os problemas de saúde de cada cliente. Não considero isso é adequado, por alguns motivos expostos a seguir.

O mercado de seguros privados é composto por atores e interesses privados, muitas vezes concorrenciais e sem uma direção única, o que não ocorre no seguro social. Assim, a lógica do mercado de seguro privado num país com sistema nacional de saúde (com acesso universal e gratuito a todos os serviços no momento do uso) é diferente da de um sistema de saúde do tipo seguro social.

No seguro social a principal forma de acesso à assistência à saúde se dá por meio do seguro, e é por este motivo que o Estado deve garantir que as Caixas organizem seguros que resolvam as necessidades de saúde dos segurados, o que faz com seja uma lógica mais assemelhada à de um sistema nacional de saúde, até mesmo porque é possível criar instrumentos de solidariedade entre as Caixas, como o feito na Alemanha (ver Capítulo 2). Mas essas características não são as do sistema de saúde brasileiro. Portanto, cabe imaginar o cenário que resultaria de uma hipotética transformação do modelo de atenção do segmento suplementar brasileiro, caso cada operadora atingisse os objetivos da proposta que vem sendo feita pela regulação pública deste mercado. Provavelmente, ter-se-ia um tipo de mix público-privado onde os segurados são incentivados a utilizarem apenas os seguros, embora ainda tenham direito ao sistema público. Seria possível que os segurados deixassem de utilizar o sistema público? E, se fosse, seria esse o resultado mais adequado ao nosso sistema de saúde e à expectativa que o Estado garanta proteção social a todos os cidadãos de forma equânime? Ademais, é possível que a integralidade proposta para o segmento suplementar corresponda à

mesma definição do princípio de integralidade do SUS, acima referenciada por Santos e Andrade ¹⁴¹ ? Além disso, a integralidade não deveria contemplar a realidade do mix público-privado brasileiro?

Embora sem resposta, esse exercício leva a refletir o fato de que essa proposta (de ampliação da cobertura e de a operadora ser gestora do cuidado de saúde de forma a resolver os problemas de saúde de seus segurados), além de contribuir para a duplicação da cobertura, transfere e utiliza parte da lógica de um sistema nacional de saúde para uma que venha a reger o segmento suplementar. E, a partir dessa constatação, considero que essa proposta corresponde a um movimento cujo objetivo é inalcançável pela sua própria natureza, pois o fim almejado é uma espécie de “publicização” da lógica do mercado de seguros privados, o que não é possível, uma vez que a lógica pública é diferente da privada devido a suas próprias naturezas.

De qualquer forma, persistem perguntas a serem trabalhadas para que os arranjos público-privados de nosso sistema de saúde resultem num sistema mais justo: qual seria o limite à crítica do mercado privado que vai estabelecer o limite do alcance das recomendações da política pública de regulação? Como a política pública de saúde deveria propor a reorientação dos arranjos público-privados vigentes? Essas são perguntas para as quais a sociedade brasileira ainda não tem as respostas, mas é necessário identificar o limite mais adequado para orientar a mudança da atuação do mercado privado e, portanto, como o sistema público pode garantir que o interesse público predomine em seus resultados. Para isso, os estudos internacionais discutidos no Capítulo 3 nos proporcionam pistas, não para serem seguidas cegamente, mas para pensarmos as possíveis funções e efeitos da regulação do Estado sobre o mix público-privado segundo modelos sistematizados que podem auxiliar a compreensão do caso brasileiro.

Ao meu ver, a solução que vem sendo proposta pela regulação pública do Estado brasileiro sobre o segmento suplementar, para corrigir o seu modelo de atenção, parte da aceitação implícita de duas ideias politicamente polêmicas e discutíveis, que chamarei de **resignações, inexoráveis e complementares entre si**. A primeira é a de que o SUS, que ainda não logrou garantir o acesso de toda a população a uma cesta ampla de serviços, com qualidade e acolhimento digno, persistirá não garantindo.

Transformando-se a primeira resignação em pressuposto, isto é, considerando o cumprimento dos objetivos de universalidade e integralidade do SUS em suspenso, e agregando mais dois pressupostos – (i) que a sociedade brasileira é segmentada em toda

a sua estrutura e (ii) também o é na assistência à saúde –, tem-se a segunda resignação: que o segmento da população coberta por seguro privado de saúde terá uma assistência à saúde diferente do segmento da população não coberta.

Portanto, essa resignação de que no Brasil a proteção social aos riscos à saúde é segmentada, corresponde à resignação de que a proteção social está associada ao poder de compra e nível de renda, escolaridade e emprego, uma vez que é justamente o segmento da população duplicadamente coberta que possui seguro privado e tem maior poder de compra para realizar o gasto privado direto. Assim, ao se considerar o sistema de saúde brasileiro conformado pelo SUS e pelo mercado de seguros privados, não se pode deixar de observar que, enquanto uma grande parcela da população tem acesso a um sistema, constituído exclusivamente pelo SUS, a outra parte da população tem acesso a um sistema que resulta da superposição do SUS com os seguros privados. Além disso, ambas estas populações ainda podem realizar o pagamento privado direto para complementar a compra de serviços de saúde.

Definitivamente, a proteção social que de fato temos ainda não é aquela baseada em direitos de cidadania como foi idealizado no período de redemocratização do país, que resultou na Constituição de 1988. Pode-se afirmar que o mix público-privado no sistema de saúde do país compreende relações do segmento suplementar com o SUS que se dão de modo promíscuo, parasitário, iníquo e descompromissado com o interesse público e os princípios de uma proteção social solidária e, então, com os objetivos do SUS. Estas resignações não são aceitáveis do ponto de vista do ideal de proteção social para uma sociedade, motivo pelo qual as políticas públicas não devem permitir que o mix público-privado permaneça com as atuais características.

Entretanto, as políticas públicas são feitas por pessoas que, ao mesmo tempo em que atuam no Estado, são parte da sociedade e compõem com os interesses existentes. Retomando a questão da ambiguidade da sociedade expressa na Constituição Federal de 1988 discutida em Seção anterior, quando esta permite a existência do mercado de seguros privados concomitante à de um sistema público, reflete a força de penetração no sistema de saúde da lógica que Campos¹⁵⁷ alcunha de “liberal-privatista”. A influência dos prestadores de serviços e dos profissionais de saúde na política de saúde se deu tanto na formulação do SUS pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, como na garantia da manutenção dos interesses privados, pela expansão dos negócios para os profissionais e prestadores privados que possibilitou a expansão do acesso da população aos serviços públicos de saúde.

Como constata Campos (2007: 1867)¹⁵⁷, o nosso sistema de saúde resulta da hibridiz de dois projetos “polares”: o da lógica “socializante” de um sistema nacional de saúde e o da lógica “liberal-privatista”, num arranjo onde o Estado brasileiro e as operadoras de seguro de saúde, ambos, atuam como compradores de serviço de saúde e intermedeiam a relação entre o prestador e o usuário.

Assim, as relações entre o público e o privado nas sociedades capitalistas e o grau de penetração no Estado das lógicas “liberal-privatista” e “socializante”, resultarão no mix público-privado do sistema de saúde. O arranjo entre esses valores é o duplo movimento referido por Polanyi¹³, que interfere nas políticas públicas, como discutido anteriormente: quando a sociedade responde aos danos causados pela forma de produção e acumulação do desenvolvimento das sociedades capitalistas, para se proteger deles. É uma resposta em busca de proteção social cujos resultados estarão diretamente correlacionados ao grau de organização da sociedade civil e à mobilização da sociedade para fazer valer uma proteção social com maior ou menor peso dos princípios solidários e do interesse público.

Nas palavras de Campos, “o SUS é quase um híbrido entre essas duas tradições. Resta-nos descobrir se tal híbrido favorece a saúde da maioria ou o interesse empresarial e corporativo” (Campos 2007: 1870)¹⁵⁷.

Nesse sentido, o que denomino de resignação da segmentação da assistência à saúde no Brasil, pode ser entendido como a predominância dos interesses particulares (como os de operadoras, prestadores, indústria de equipamentos e medicamentos) e do próprio público que não crê no SUS, na correlação de forças. Esta predominância é decorrente da insuficiência da mobilização da sociedade e do grau de organização da sociedade civil para fazer valer uma proteção social com maior peso dos princípios solidários e do interesse público. Retomando Polanyi¹³, a predominância dos interesses não deve ser entendida no sentido de destruição dos interesses públicos, mas mostra a força de penetração dos interesses privados na sociedade.

Por este motivo, sugiro que nos debruçemos e aprofundemos o debate sobre como a sociedade brasileira deve proteger o interesse público dos efeitos indesejáveis da cobertura duplicada. As políticas públicas devem atuar nesse sentido e é aí que entra o papel do Estado brasileiro na regulação do nosso mix público-privado que duplica a cobertura e corrobora a segmentação de nossa sociedade. É preciso que os sanitaristas, os movimentos sociais e demais atores envolvidos com a regulação pública sobre o SUS e a sobre o segmento suplementar, analisem possíveis efeitos da cobertura duplicada,

alguns neste trabalho discutidos, para revisarem seu posicionamento em relação aos rumos da regulação, de forma a reorientá-la para todo o sistema de saúde.

Como assinalado no início desta Seção 4.4.1, a regulação que tem sido feita é focada no segmento suplementar e não sobre todo o arranjo público-privado. Essa abordagem converge à de Menicucci (2007: 275) ¹¹⁶: “a regulação restringiu-se unicamente à assistência supletiva, não se discutindo o sistema de saúde como um todo. A possibilidade de um reordenamento da produção privada de serviços de saúde segundo a lógica da gestão de bens públicos não foi incluída na regulação, não se disciplinando a relação público/privado”. Com isso, pode-se afirmar que a regulação não protege os objetivos do SUS e, mais que isso, sugerir que ela poderia ser realizada mantendo-se híbrido o sistema de saúde brasileiro, desde que se tornasse mais voltado para responder às necessidades de uma proteção social solidária e mais equânime.

A regulação do mercado de seguros privados deve ser inserida na política pública de saúde, de modo que, além de visar o equilíbrio das relações entre os atores do mercado privado deve regular também a relação do mercado privado com o SUS. A regulação deve ser orientada para interferir em prol de uma proteção social que defenda os interesses públicos, baseada em princípios solidários. Nesse sentido, existem algumas pistas e elementos para identificar os limites da crítica à lógica do mercado privado e, portanto, avançar nas recomendações da política pública de regulação. Isso é necessário para embasar a formulação de estratégias de regulação que possam reorientar o mix público-privado do sistema de saúde brasileiro para uma proteção social mais solidária.

Um primeiro ponto é que, embora a relação híbrida do SUS com o mercado privado ainda careça de estudos e análises, considero que o desenvolvimento de uma proteção social solidária pressupõe superar os vieses do SUS e os efeitos negativos que derivam deles. Caso essas dificuldades fossem superadas, a compra de seguro privado teria por finalidade apenas o que é exclusivamente suplementar, no conceito da tipificação da OCDE (ver Capítulo 3). Entre essas alternativas, podem ser considerados os serviços de hotelaria e a possibilidade de escolha de determinados medicamentos e procedimentos, bem como o encurtamento de agendamento para atendimento, tendo garantido que o tempo de espera para ser atendido não agrave a situação patológica do paciente.

Em segundo lugar, independentemente da regulação, a população pode consumir serviços de saúde por meio do pagamento privado direto. Mesmo que este gasto seja predominante com medicamento, ele é expressivamente alto no Brasil e tem grande

peso sobre a renda da população mais pobre ⁸⁸, deve ser incluída na agenda de questões relativas ao mix público-privado a serem analisadas, a sobre qual deve ser a orientação da política pública em relação a esse tipo de gasto, a sua relação com o SUS e a com o seguro privado.

O terceiro ponto diz respeito ao caráter excepcional do Estado brasileiro pela fragilidade na sua formação histórico-econômica e político-social da nossa sociedade, desde o colonialismo até República. Essa questão se justifica porque, para além das peculiaridades do desenvolvimento de cada país, há especificidades da cultura brasileira que devem ser agregadas a uma análise comparada pelo fato que, neste caso do mix público-privado, interferem na importância atribuída pela sociedade brasileira às diferentes formas de proteção social – ao seguro privado e ao SUS – bem como às oportunidades de se apropriar delas.

A grande promiscuidade entre os interesses públicos e os privados é mostrada sob diversos ângulos, analisados por estudiosos clássicos da sociologia e da ciência política, sempre havendo consenso sobre os efeitos daninhos, no interesse público e na sociedade brasileira, os quais advêm de personalismo, patriarcalismo, cartorialismo, patrimonialismo e coronelismo ^{158, 159, 160, 161}.

Uma das consequências dessas características de nossa sociedade é a necessidade de distinção, de se sentir privilegiado que o brasileiro tem em relação ao restante da população. Essa questão foi introduzida por Gerschman et al ¹⁶², que mostrou os motivos identificados para demandar o seguro – e constitui mais um elemento a ser considerado na formulação de estratégias de regulação do mercado privado de saúde.

Essa pesquisa ¹⁶², feita para captar os motivos de satisfação dos usuários de seguros oferecidos por hospitais filantrópicos, mostrou resultados interessantes para a presente discussão. Os autores identificaram alguns fatores que influenciam a aquisição de seguro privado de saúde naqueles hospitais, tais como a dificuldade de acesso ao SUS e a possibilidade dos segurados serem encaminhados ao SUS, o que pode se dar, entre outros motivos, pelo não oferecimento pelo seguro do serviço demandado (caso em que não se configura cobertura duplicada), como mencionam entrevistados: “em virtude de uma restrição que consta na cláusula do plano”. Mas deve ser destacado, sobretudo, um outro motivo que influencia a satisfação com o plano, identificado pelos autores:

“o uso que os beneficiários fazem do contrato é diverso e varia de acordo com a relação que as pessoas estabelecem com a administração do plano e do hospital (...) as principais explicações [para a satisfação] são as certezas de acesso ao tratamento e a hotelaria e privacidade, que os beneficiários costumam chamar de ‘privilégio em relação ao SUS’ ” (Gerschman et al, 2007: 498-9) ¹⁶².

Não é novidade a demanda por melhor e mais rápido acesso aos serviços ou por mais exigências quanto a hotelaria junto aos serviços, inclusive esta é a demanda que caracteriza o tipo de mix suplementar, comum em diversos países. Entretanto, a percepção de diferenciação que as pessoas com seguro privado têm em relação àquelas usuárias exclusivas do SUS e, sobretudo, que tal *status* se constitui em “privilégio”, constitui uma contribuição inovadora sobre a demanda por seguro privado de saúde. Portanto, a análise dos autores traz um elemento a mais ao que explica a cobertura suplementar nas tipologias internacionais, que concerne à peculiaridade da cultura brasileira, da identidade nacional, das formas de sociabilidade e do grau de solidariedade – grau que, como discutido no Capítulo 2, influencia o tipo de proteção social de cada sociedade.

Para discutir as características de (i) distinção social e (ii) “jeitinho” de nossa identidade, vale a pena retomar a obra clássica de Sérgio Buarque de Holanda¹⁶¹, onde o leitor é convidado a rememorar algumas características ibéricas, as quais o pensador defende que exercem influência sobre a cultura e organização política da sociedade brasileira. Para ele, estariam nas “raízes do Brasil” a constituição da figura do fidalgo – que é o filho d’algo, isto é, filho de alguém que possibilita acesso a alguma coisa –, cuja ética leva ao estabelecimento de relações de intimidade entre os diferentes pólos das classes sociais, caracterizando a burguesia brasileira e as classes mais pobres pelas relações de simpatia e de cordialidade.

Tais relações, junto à super oferta de terra no período da colonização, teriam proporcionado facilidade na ascensão social, e influenciado negativamente a organização do que é da ordem do coletivo no período da colonização, pois o personalismo, segundo Holanda ¹⁶¹, atravança a organização política da sociedade. Para o autor, esses aspectos da cultura e da formação social brasileira teriam influenciado as relações, mesmo após o advento da cidade e do modo de produção industrial. Assim, quando as relações tenderiam a se tornar mais impessoais, continuaram com características personalistas e clientelistas – características da sociedade rural, influenciada pela colonização portuguesa, e que ainda permeiam a sociedade urbana.

Com isso, nossas características conformavam uma burguesia diferenciada da dos países europeus, de modo que não teria tido uma revolução burguesa no país, pois era a própria aristocracia que trazia os novos elementos não “reformadores” e jamais revolucionários:

“a democracia no Brasil foi sempre um lamentável mal-entendido. Uma aristocracia rural e semifeudal importou-a e tratou de acomodá-la, onde fosse possível, aos seus direitos ou privilégios, os mesmos privilégios que tinham sido, no Velho Mundo, o alvo da luta da burguesia contra os aristocratas” (Holanda, 1995: 160)¹⁶¹.

A influência da formação social brasileira nas desigualdades também é discutida em Cordeiro et al⁸⁷, que resgatam os apontamentos de Vaitsman¹⁶³, os quais relacionam a sociedade escravocrata e a estrutura legal e institucional que se tinha, com a legitimação de privilégios para as elites, diferenciados do restante da população. Esse modelo levou a um posterior “processo de modernização que ocorreu com um padrão de cidadania já segmentado” de modo que no Brasil valores particularistas prevaleçam em detrimento a valores universalistas, dificultando “o desenvolvimento de laços de solidariedade sendo as relações sociais um dos modos mais conhecidos de se obter direitos” (Cordeiro et al, 2009⁸⁴).

Os elementos assinalados por Cordeiro et al⁸⁴ e por Holanda¹⁶⁰ podem explicar, em parte, a relação que alguns dos segurados de hospitais filantrópicos têm com a administração dos hospitais para conseguirem resolver problemas na base do “jeitinho”, como mostram Gerschman et al:

“a relação próxima entre beneficiários e administradores pode ser fundada em noções de hierarquia como proteção e bondade, relação compadre/tradicional ou em laços de amizade e camaradagem entre um círculo de pessoas privilegiadas, relação de igualdade de status. Para um beneficiário próximo, há sempre uma maneira de dar um ‘jeitinho’ ” (Gerschman et al, 2007: 498)¹⁶².

É claro que a sociedade brasileira sofreu inúmeras transformações após a década de 1930, quando foi escrita a obra de Holanda, mas as influências dessas características que estão nas “raízes do Brasil”, podem ser reconhecidas até os dias atuais na organização da nossa sociedade. Tais características ajudam a compreender parte do que almejam os segurados dos hospitais filantrópicos que é a sensação de distinção para ter acesso aos serviços. Assim, a partir desta ótica, faz sentido supor que, além da posse do seguro, é a ideia de estar **duplicadamente coberto** que estaria ocupando um lugar no

imaginário da população brasileira, pois ela preenche parte da demanda por privilégio e por distinção que a cultura brasileira tem.

Por esse raciocínio, além do seguro privado de saúde estar respondendo a necessidades concretas de acesso e a demandas por maior qualidade percebida de hotelaria, etc., poderia estar garantindo também elementos que confortam outra necessidade da população brasileira, relacionada ao valor que se atribui às mordomias – por exemplo, ao motorista para dirigir o carro mesmo quando a pessoa sabe dirigir, ao ascensorista cuja função é apertar o botão do elevador –, enfim, à distinção em relação aos demais da sociedade. A demanda por privilégios é fortemente presente na classe média brasileira, mas não é mais sua exclusividade como relatou Holanda ¹⁶¹ para a burguesia na época da colonização: hoje, esse valor permeia toda a sociedade. Esses elementos são contraditórios com a organização da sociedade a partir de políticas de caráter coletivo e não cabem, portanto, no modelo de sistema de saúde baseado no direito de cidadania.

Nesse sentido, retomando a questão da solidariedade, é possível que um dos problemas do SUS, tal qual os princípios de um sistema nacional de saúde, esteja relacionado a valores da sociedade brasileira, possivelmente não solidários o suficiente para sustentar um senso comum de que um mesmo sistema para todos pode valer mais que um sistema que seja distinto para alguns e baseado no poder de compra. Assim, a frase de Deppe ²⁶ citada no início deste trabalho, que relaciona as características do sistema de saúde às da sociedade: “O sistema de saúde é o espelho da sociedade. Ele reflete sua estória e seu caráter”.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Regulação de Sistemas de Saúde com Cobertura Duplicada: Debate internacional e atuação do Estado Brasileiro

Nos anos mais recentes, inúmeros esforços vêm sendo empreendidos em outros países para analisar os imbricamentos das relações público-privado no sistema de saúde e, sobretudo, como estes podem interferir nos resultados do sistema. Parte dessa produção acadêmica foi apresentada no Capítulo 3 e evidenciou que a caracterização e compreensão do mix público-privado devem ser levados em conta quando da elaboração de políticas em prol do interesse público, do planejamento e da organização da oferta dos serviços de saúde dos sistemas públicos. Como mostrado, a produção bibliográfica sobre os tipos de arranjos pode ser organizada, grosso modo, em dois níveis.

No primeiro nível, mais geral, estão as análises que alguns autores fazem sobre o mix público-privado do ponto de vista sistêmico, em que buscam compreender como ele se dá, quais elementos o conformam e, em alguns casos, elaboram uma tipologia de mix público-privado ^{1, 10, 51, 52, 53, 55, 57, 58, 60, 61, 79}.

No presente trabalho foi adotado o modelo de análise desenvolvido pela Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico, OCDE ⁵¹, que, aplicado ao caso brasileiro, de coexistência do SUS com o mercado de seguro privado, configura-o no tipo de mix público-privado chamado de duplicado e complementar. Esse é um tipo de arranjo presente nos países com sistema nacional de saúde e caracteriza-se por cobertura de serviços semelhantes no sistema público e no seguro privado (“cobertura duplicada”), porém com um ou mais requintes de sofisticação na hotelaria, em equipamentos, nos medicamentos, além da possibilidade de agendamento do atendimento e de escolha do profissional de saúde ou prestador de serviço (o que caracteriza o “suplementar”).

Em relação ao tipo de arranjo do sistema de saúde brasileiro, toda a população tem o direito de usar o sistema público, que cobre serviços em todos os níveis de atenção. Ao mesmo tempo, está aberta a possibilidade de aquisição de seguro privado que, quando ocorre, duplica a cobertura de serviços de saúde, sobretudo se for considerado que a maior parte da clientela de seguros privados tem contratos com cobertura para serviços médicos e hospitalares, o que ocorre com mais de 90% dos que têm seguro privado segundo os microdados da PNAD/IBGE de 2003, mais de 92% segundo os dados da ANS de 2008 e com mais de 97% dos segurados da região metropolitana de São Paulo segundo a Pesquisa de Condições de Vida (PCV/Seade) de

1998 (como mostrado no Capítulo 4). Portanto, as informações sobre a extensão dos serviços cobertos mostram que a cobertura é duplicada para uma ampla gama de serviços de saúde para a quase totalidade dos segurados e, mesmo para os que não tem ambas as coberturas, ambulatorial e hospitalar, nos serviços que estiverem cobertos estarão configurando a duplicação de cobertura, com todos seus possíveis efeitos negativos.

Além da cobertura duplicada, os seguros privados no Brasil oferecem acesso à hotelaria e outros serviços pouco acessíveis no SUS, como saúde bucal e reabilitação, além do acesso mais rápido aos serviços de consultas e exames, e da possibilidade de agendamento do atendimento e de escolha do prestador – estas duas últimas possibilidades são encontradas com pouca frequência no SUS.

Portanto, a cobertura duplicada no Brasil resulta da coexistência do sistema público, orientado para proporcionar acesso gratuito e universal a uma cesta integral de serviços de saúde, com o mercado de seguros privados consolidado, que oferece serviços semelhantes aos do público, muitas vezes com sofisticações, fato esse que lhes dá a característica de complementar.

No segundo nível da organização da produção bibliográfica internacional analisada no Capítulo 3, foram mostrados resultados de pesquisas sobre características do mix público-privado de alguns países e seus efeitos específicos no desempenho de seus sistemas de saúde. Foram priorizadas pesquisas de autores que atentam para problemas derivados do mix do tipo duplicado e complementar^{10, 51, 52, 53, 57, 58, 61, 70, 71, 72, 73, 76, 77, 79} ou que pudessem contribuir com elementos para a reflexão sobre este tipo de arranjo^{39, 40, 41, 42}.

Entre as principais características dos sistemas com cobertura duplicada destacadas pelos estudos internacionais, algumas são instigantes para pensarmos o caso brasileiro pelas evidências que mostram sobre equidade, financiamento, produção, uso e acesso aos serviços de saúde, e por contribuírem com elementos para refletir sobre formas da intervenção do Estado sobre o sistema de saúde para proteger o interesse público de consequências indesejáveis decorrentes do mix público-privado:

1. nos sistemas duplicados, o tempo de espera na fila para o consumo dos serviços por meio de seguros privados, sobretudo de cirurgias eletivas, é menor que nos sistemas nacionais, mas não há evidência de que o tempo de espera dos sistemas públicos possa ser diminuído devido à existência do seguro privado^{51, 52, 53};

2. nos sistemas duplicados as pessoas que possuem seguro privado tendem a continuar utilizando o sistema público para os serviços mais complexos e custosos, tornando a fila de espera no setor público ainda mais lenta do que seria sem a existência do seguro privado e com maior custo por paciente ^{51, 52, 53, 57, 70, 71, 72, 77};
3. o padrão de uso de serviços é associado à cobertura duplicada: a população que tem cobertura duplicada utiliza mais os serviços dos especialistas que dos generalistas, e o oposto ocorre com a população sem cobertura duplicada, segundo estudos feitos na Espanha ^{73, 74, 75}, em 14 países da OCDE ⁷⁶ e em quatro países com cobertura duplicada (Irlanda, Reino Unido, Itália e Portugal) ⁷²;
4. o padrão de uso de serviços é associado à cobertura duplicada e à renda: quanto maior a renda, maior a proporção de pessoas com posse de seguro privado e da quantidade de visitas a especialistas, e quanto menor a renda, menor será a proporção de pessoas com seguro privado e maior a proporção de pessoas que visitam generalistas ^{61, 72, 76};
5. o padrão de uso de serviços está relacionado também ao tipo de financiamento dos médicos: os pacientes que têm acesso apenas ao sistema público vão majoritariamente a médicos generalistas com vínculo público e as pessoas que têm cobertura duplicada usam de forma distinta os dois setores, pois escolhem o setor público para visitar o generalista e o privado quando precisam de um especialista ⁷³;
6. o uso de serviços diferenciado pela cobertura duplicada está relacionado ao comportamento do profissional de saúde no atendimento ⁷⁷: a administração do paciente na lista de espera tende a ser realizada em benefício do próprio médico, que seleciona os casos menos complexos e menos custosos para o atendimento privado (*cream-skimming*), deixando no atendimento público os pacientes com casos mais complexos e que representam maiores custos;
7. são diversos os estudos que não encontraram relação entre posse de seguro privado e más condições de saúde ⁷². Tampouco há consenso

sobre uma possível maior qualidade na atenção prestada se for provida por um generalista ou por um especialista ⁷³;

8. a decisão de adquirir um seguro privado é mais determinada por variáveis sócio-econômicas, como renda e status no emprego, que por variáveis associadas à condição de saúde; e as variáveis de condição de saúde têm maior influência sobre o uso de serviços, mas não sobre a escolha do seguro privado de saúde ⁶¹.

Esses estudos mostram que a cobertura duplicada de saúde: (i) contribui para a iniquidade na oferta, no acesso e no uso dos serviços; (ii) incentiva o desenvolvimento do setor privado nos serviços em que a população tem dificuldade de acesso no sistema público; (iii) não diminui a pressão da demanda por serviços do sistema público e, tampouco, no financiamento desse sistema e; (iv) não contribui para a preservação dos objetivos gerais do sistema de saúde – de universalidade e equidade, de contribuição positiva aos resultados de saúde, ao desenvolvimento do próprio sistema de saúde – e dos objetivos sociais, como a melhoria das condições de vida da população.

Em relação ao sistema brasileiro, destaco algumas questões discutidas ao longo da tese, que derivam da análise desses estudos e dos estudos brasileiros sobre nossas características. Primeiramente, deve ser mencionado que os estudos nacionais discutidos no Capítulo 4 ^{7, 88, 89, 90, 91, 93, 99, 107, 162} também mostram formas de desigualdades entre os segurados e os não segurados no uso e no financiamento, semelhantes as das verificadas nos países com cobertura duplicada.

Em segundo lugar, levando-se em conta os resultados dos estudos brasileiros e os dos internacionais sobre os efeitos desse tipo de arranjo público-privado no sistema de saúde de outros países, deve-se considerar a possibilidade de o segmento suplementar não desonerar o SUS, mas sim sobrecarregá-lo.

Por este motivo, em que pese a excelente análise feita por Menicucci sobre como os atores e interesses constituem o mix público-privado brasileiro desde os anos 1960, não é possível anuir com a colocação da autora de que o determinante do que ela denomina “dualidade” no arranjo brasileiro é o “suplementar” do conceito da tipologia da OCDE, termo que ela concorda com Mesquita (apud Menicucci) que deve ser entendido como “acréscimo” à assistência do SUS: “diferença em relação à assistência pública (...) consagrando-se o caráter dual da assistência” (Menicucci, 2007: 274) ¹¹⁶.

Ora, se (i) existe espaço para a oferta de forma privada dos serviços que são demandados, mas não oferecidos pelo sistema público e; (ii) nenhum sistema de saúde é capaz de oferecer todo e qualquer procedimento, ou seja, se é impossível proporcionar todos os serviços de saúde necessários, quiçá todos os existentes; o mix público-privado é inexorável, configurando tipos de seguro privado como o complementar e o complementar.

A discordância com Menicucci se dá porque entendo que o maior problema da dualidade no sistema brasileiro não é o complementar, mas o fato de que o arranjo público-privado resulta na duplicidade de serviços que são cobertos pelo SUS e pelos seguros privados, que é o tipo de mix que implica em piores efeitos para o sistema de saúde como um todo (como mostrado nos Capítulos 3 e 4). Portanto, o problema do que Menicucci¹¹⁶ chama de “dualidade” não está no que é acrescido ao SUS, isto é, não está no complementar, mas na **cobertura duplicada**.

Em outras palavras, **considero que existe um equívoco quando se coloca como aspecto negativo da “dualidade” o que provém da cobertura além-SUS (suplementar) e não daquela que concorre com o SUS (duplicada)**. Os tipos de mix público-privado duplicado e complementar ocorrem concomitantemente nos sistemas nacionais de saúde (Capítulo 3) então, mesmo que a perversidade da segmentação no sistema de saúde brasileiro esteja relacionada ao arranjo complementar, na realidade os seus efeitos são sentidos em decorrência da cobertura duplicada. Assim, mesmo que todos os diferenciais de serviço requisitados pelos segmentos populacionais que possuem seguro privado estejam vinculados ao mix complementar, é a cobertura duplicada que concorre com o SUS de maneira predatória aos interesses públicos e não a cobertura acrescida à oferecida pelo SUS.

Retomando as duas primeiras questões acima e guardando-se as devidas proporções de diferenças entre os países estudados e o Brasil [^{ix}], considero que não é possível afirmar que o segmento complementar desonere o SUS (seja pela diminuição da demanda por serviços ou do gasto público) quando considerados todos os efeitos do mix público-privado sobre o sistema de saúde brasileiro – sistema aqui compreendido em sua totalidade.

Com isso, tem-se a resposta possível à pergunta feita na Introdução (Capítulo 1), isto é, se o segmento complementar desonera o SUS (seja pela diminuição da demanda

^{ix} Diferenças qualitativas, de qualidade do sistema nacional de saúde dos países estudados, e quantitativas, da proporção de segurados no Brasil.

aos seus serviços, seja pela do gasto público), feita com base tanto na bibliografia internacional sobre os arranjos público-privados nos sistemas de saúde, como na bibliografia brasileira, ambas compostas de estudos teóricos e empíricos.

Note-se que toda a análise feita no campo específico sobre o mix público-privado reflete a limitação de que esta linha de pesquisa (i) é recente nos países internacionais e; (ii) parte do pressuposto que a coexistência do público e com o privado nos sistemas de saúde, que é inevitável em praticamente todos os países do mundo, é dinâmica, de acordo com cada configuração de cada país em cada momento.

Comentários acerca da contribuição de estudos internacionais para a Regulação sobre o mix público-privado no sistema de saúde do Brasil

Em relação à regulação do Estado sobre o mix público-privado, os apontamentos das questões teóricas sobre o arranjo suplementar e com cobertura duplicada apontam diferenças em relação aos rumos observados na política de regulação que vem sendo destinada ao mercado de seguros privados no Brasil. Por este motivo, a discussão a seguir será feita tendo em consideração os resultados de como o arranjo público-privado se dá em outros sistemas e na realidade do sistema de saúde brasileiro, com as implicações da cobertura duplicada comentadas acima, para analisar em qual medida a atual política de regulação poderia estar reforçando ou diminuindo as desigualdades apontadas.

Note-se que o presente trabalho analisou algumas das interfaces da regulação do segmento suplementar, sem se propor a dar conta da totalidade desta. Como exemplo, pouco se abordou sobre os aspectos econômico-financeiros das operadoras (como o controle para evitar a falência das empresas seguradoras e a obrigatoriedade de comprovação de solvência e de reservas técnicas), de fiscalização do segmento, ou mesmo da recente incorporação dos trabalhadores como atores importantes na discussão sobre o sistema de saúde brasileiro (pela criação do Fórum Nacional dos Trabalhadores sobre Saúde Suplementar, pela união de todas as centrais sindicais do país nesta instância).

Da mesma forma, deve ser destacado que a análise crítica à regulação não questiona, em hipótese alguma, a existência desta, pois só pode ser feita justamente pelo amadurecimento adquirido ao longo dos últimos 10 anos de sua existência - desde quando iniciada no Ministério da Saúde em 1998, primeiro no extinto Departamento de Saúde Suplementar (Desas/SAS/MS) e depois na ANS/MS.

Esta regulação gerou informações de diversos aspectos do mercado de seguros privados, cada vez mais consistentes e; possibilitou a contratação de servidores concursados e especializado que configuram um núcleo-duro do Estado para as atividades de regulação, além da articulação da ANS com os atores que compõem o mercado que permitiu um conhecimento da realidade prática sem o qual as propostas do presente trabalho, de reorientação dos rumos da regulação, seriam impossíveis de serem elaboradas.

Portanto, o desenvolvimento do tema resultou de toda a atuação regulatória do MS, que foi acompanhada da crescente produção acadêmica e discussão em eventos científicos, além de outros específicos dos atores do mercado, bem como entre os profissionais ligados ao sistema público e ao setor privado, que proporcionaram o amadurecimento da sociedade sobre o segmento suplementar e sua relação com o SUS sem precedentes. E é possível que tal amadurecimento não ocorresse caso esta atuação do Estado não tivesse sido iniciada.

Para discutir a atuação do Estado sobre as desigualdades decorrentes da cobertura duplicada é útil recorrer mais uma vez aos estudos internacionais analisados no Capítulo 3, no tocante à discussão sobre qual orientação a política pública deve ter em relação aos efeitos perversos da cobertura duplicada.

Alguns desses estudos mostraram que a importância do seguro privado no sistema de saúde vai ter relação inversamente proporcional à do sistema público e que a extensão da cobertura de serviços públicos determina a quantidade e o tipo de gasto privado, determinando em parte, a relação entre o sistema público e o seguro privado^{36,52,55,58,72,76}. Por este motivo as políticas públicas devem ter em conta os problemas característicos de tipo de mix público-privado de seu sistema de saúde quando da definição de quais serviços não serão ofertados pelo sistema público e as recomendações são diferentes para cada tipo do arranjo.

É defendido por alguns dos autores analisados^{1, 58, 79, 80} que uma atuação mais extensa do Estado sobre os mercados de seguro privado somente deve ser feita no caso em que o seguro privado é do tipo “Primário”: seja a principal forma de acesso ao sistema de saúde, como nos Estados Unidos, tipificado como “Principal” pela OCDE, seja quando o seguro privado é a única forma de assistência de parte da população, que opta por não usar o sistema estatutário, como ocorre na Holanda e no Chile, denominado tipo “Substitutivo” pela OCDE. Argumenta-se pela regulação extensiva nesses casos pelo fato de que em ambos a população coberta pelo seguro privado

depende exclusivamente desta cobertura para obter assistência, ou seja, o seguro privado constitui a principal forma de atenção à saúde desta população, pois esta é a proteção aos riscos à saúde dessas pessoas.

Para o caso dos países com Sistema Nacional de Saúde, em que o seguro privado duplica e suplementa os seus serviços, recomenda-se que a ação do Estado sobre o mix público-privado deve se restringir às questões comerciais e econômicas de sustentabilidade financeira das operadoras do seguro privado. O argumento apresentado é que o Estado não deve usar recursos financeiros e humanos para cuidar do mercado de seguros privados quando este não é o sistema de saúde estatutário do país, pois somente assim estaria sendo garantido que os principais esforços ocorram no sentido de melhorar o próprio sistema estatutário, que é o escolhido pela sociedade para a proteção social do país.

Deve ser destacado que esta não é apenas a visão de autores que possam conformar uma única linha acadêmica, mas também o resultado de acordo formal entre os países da Comunidade Europeia, por meio de um conselho diretor próprio, cujas regras estão documentadas na Diretiva que delimita o escopo da regulação de cada país segundo a função do seguro privado no sistema de saúde, o *Third Non-Life Directive*⁸¹. Este acordo vem sendo realizado entre esses países desde 1994 e constantemente aprimorado – como mostrado no Capítulo 3, o simples questionamento de um país sobre o acordo não é suficiente para permitir uma atuação fora das regras estabelecidas, sendo necessário o caso ser levado a julgamento na Corte de Justiça Europeia, a qual analisará a demanda de acordo com o contexto do mix público-privado de cada país.

Após alguns processos ocorridos na Corte de Justiça Europeia, esta vem apresentando decisões não previstas na Diretiva, como os casos de permissão para regulação diferenciada aos seguros privados, de forma a ser mais extensa, mas isso está ocorrendo para países cujo sistema principal é seguro social, ou seja, cujo tipo de mix pode ser Substitutivo ou Complementar.

Por conta dessas mudanças recentes, há autores^{79, 80} que defendem abrir o debate sobre os limites das regras para os tipos Substitutivo e Complementar, mas recomendam que no caso do tipo Duplicado e Suplementar o Estado não deve usar seus recursos financeiros e humanos para cuidar extensivamente do mercado de seguros privados, uma vez que neste tipo o sistema estatutário já é responsável pela proteção à saúde além do fato de que o modelo de sistema nacional de saúde atende ao interesse público por ser mais solidário e apresentar menores iniquidades que os demais tipos de

sistema de saúde. Além disso, consideram que somente assim (Estado centrado no sistema público e regulação pouco extensa sobre o seguro privado) estaria sendo garantido que os principais esforços do Estado ocorram no sentido de melhorar o sistema estatutário, que é o escolhido pela sociedade para compor a proteção social. Esse argumento corrobora o de Tuohy et al.⁵⁷ acerca de o investimento público ser fortemente direcionado para o sistema estatutário, mas, de qualquer forma, todas as recentes mudanças em relação às regras da Diretiva mostram que os arranjos público-privado nos sistemas de saúde permanecem em constante mudança.

Mesmo considerando que cada sociedade tem o seu próprio processo histórico desenvolvido e que, como comentado anteriormente, muito embora as taxas de cobertura de seguro privado suplementar nos países estudados ao longo deste trabalho não cheguem ao patamar dos 20% da brasileira, em muitos casos elas também são altas e conformam problemas no arranjo público-privado daqueles países que interferem no sistema estatutário. Portanto, mesmo com as diferenças, há lições para o caso brasileiro que devem ser consideradas para a regulação pública do arranjo público-privado. Uma delas é questionar quais os efeitos que esta regulação está tendo sobre o grau de solidariedade da proteção social e o interesse público.

Assim, a partir dos resultados dos estudos internacionais e dos brasileiros, sinaliza-se uma agenda de questões que devem ser incorporadas ao debate sobre o mix público-privado do sistema de saúde brasileiro [x]. Esta agenda é proposta a partir de uma postura realista dos limites de mudança no sistema de saúde brasileiro: considerando-se (i) que muito provavelmente o tipo de arranjo público-privado que temos continuará sendo o suplementar e duplicado por tempo indeterminado e; (ii) que devido à concentração da renda da sociedade brasileira, a grande parte dos indivíduos com poder aquisitivo ou emprego para ter seguro privado já o têm, configurando uma saturação da demanda como a atingida nos países da Europa (Capítulo 3).

Em primeiro lugar, a regulação que tem sido feita no Brasil sobre as relações entre os seguros privados e o SUS, **muitas vezes é focada no segmento suplementar e não sobre todo o mix público-privado**, como deveria. Logicamente, esta nova direcionalidade da regulação requer um amadurecimento da capacidade operacional do Estado regular o sistema de saúde com foco no SUS que, embora ainda não a tenhamos

^x Essa agenda pode ser somada à proposta elaborada por Cordeiro HA, Conill EM, Santos IS, Bressan AI. Por uma redução nas desigualdades em saúde no Brasil: qualidade e regulação num sistema com utilização combinada e desigual. Rio de Janeiro, Editora Cebes: 2010 (no prelo).

(como discutido no Capítulo 4), podemos concluir que sobre esta capacidade o Brasil tem avançado. **A presente regulação ainda não protege os objetivos do SUS, e isso poderia ser feito mantendo-se o nosso sistema de saúde híbrido, desde que se tornasse mais voltado para responder às necessidades de uma proteção social solidária e mais equânime.**

Mesmo nos pontos em que a Lei nº. 9.656/98¹²³ estabelece interface do segmento suplementar com o SUS – por exemplo o ressarcimento –, o objeto a ser regulado é o seguro privado, objetivando-se diminuir a área de abrangência deste com o SUS e não regulando o SUS quanto à organização do sistema, com base nas sobreposições de uso e financiamento. Isto poderia ser feito, e aí temos um segundo ponto para a agenda, a partir da **reorientação do esforço que vem sendo feito pela ANS para a cobrança do ressarcimento, em direção ao uso das informações epidemiológicas e sobre o uso de serviços do SUS por pacientes com cobertura duplicada, de modo que subsidiem a regulação do SUS.**

Em terceiro lugar, esta regulação sobre todo o arranjo poderia ser feita também pelo **aprimoramento da proposta do Ministério da Saúde de regulação pública**, recentemente expressa na Portaria que institui a Política Nacional de Regulação do SUS¹¹⁶, especificamente no tocante aos arranjos público-privados.

Nesse sentido, outros exemplos de pontos necessários a serem aprimorados são o processo de contratualização da prestação de serviços e demais mecanismos de regulação do SUS, de forma a incluir a lógica que busca alcançar os objetivos do SUS. Além disso, são exemplos a normatização da dupla porta de entrada nos estabelecimentos privados e do uso de serviços públicos de forma privada, sobretudo nos hospitais universitários. Sobre este último ponto, urge eliminar o vácuo legal sobre o assunto e criar impedimento para as Fundações que gerenciam hospitais públicos venderem serviços para o setor privado. Como afirmou o promotor de Justiça do Ministério Público de SP, Vidal Serrano Júnior, nesse tipo de atividade “não é o privado que está financiando o público, como eles alegam, mas o público que financia o privado (...) tirar dos bons hospitais públicos uma fatia para atendimento privado é totalmente inconstitucional” (reportagem Revista Carta Maior, de Fernando Sucupira, “Como o dinheiro público financia os planos de saúde privados”, de 25/07/2005).

Como quarto ponto para esta agenda, considero necessário construir um cenário político e de participação da sociedade, rearticulando os interesses **em defesa do fim da possibilidade de desonerações fiscais tais como são atualmente permitidas para os**

gastos com seguro privado de saúde. As informações apresentadas no Capítulo 4 mostraram que é um montante expressivo de recursos que poderiam passar a ser aplicados no gasto público com saúde. O estudo de Carvalho e Cecílio ¹⁰⁹ analisou as posições defendidas por atores protagonistas no processo de instauração da regulação do Estado sobre o segmento suplementar, que culminou com a Lei n. 9.656/98 ¹²³. Os autores identificaram que, a favor de manutenção da possibilidade de dedução no Imposto de Renda, se posicionaram o Executivo e as operadoras de todas as modalidades que comercializam atenção médico-hospitalar (na época as exclusivamente odontológicas ainda não eram protagonistas do processo). O órgão de defesa de consumidor IDEC e a entidade médica FENAM questionaram a possibilidade de dedução, tendo deixado de se posicionar o Procon, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o Ministério Público (Carvalho e Cecílio, 2007: 2171) ¹⁰⁹. Note-se que o CNS é um ator publicamente contrário à possibilidade de desoneração fiscal para gastos com seguro privado de saúde e há Atas de reuniões e Resoluções do CNS com posicionamento contrário, de modo que faz sentido supor que, embora o CNS não tenha se manifestado nos documentos investigados pelos autores – o que não deixa de ser lamentável, pois os avanços políticos se dão a partir de ativa atuação dos atores em todas as frentes possíveis – este é um dos atores a se aliar contra as deduções fiscais citadas.

Uma quinta questão refere-se à necessidade de revisão do escopo da regulação do seguro privado. Desde a implantação da regulação em fins da década de 1990, além de atuar nas questões econômico-financeiras sobre o segmento suplementar no Brasil, ela também é fortemente extensiva às questões relativas a integralidade e a cobertura de serviços, e há uma clara tendência em aumentar este objetivo da regulação, na direção de ampliar a cobertura de serviços para os segurados, como mostrado acima. Esta atuação do Estado brasileiro sobre o segmento de seguro privado tem se dado na contramão da que é proposto pelos trabalhos realizados com países europeus e da OCDE apresentados.

Como assinalado, o consenso entre os países da Comunidade Europeia e as recomendações para os países da OCDE não constituintes desta Comunidade para os casos em que há sistema nacional de saúde e cobertura duplicada pelo seguro privado, é de que as ações do Estado sejam fortemente direcionadas ao sistema público, protegendo-o dos efeitos perversos da cobertura duplicada, mantendo-se para o mercado de seguros privado apenas as regras econômicas necessárias para evitar falência das

seguradoras e garantindo que cumpram o proposto em contrato com a clientela segurada. Portanto, é uma política que considera a proteção social aos riscos à saúde a relacionada ao direito social e não ao direito do consumidor.

Tendo em vista os referidos estudos, é notório que **os objetivos e escopo da regulação brasileira não parecem ser os mais adequados para nosso tipo de arranjo público-privado (duplicado) quando consideramos a nossa proteção social aos riscos à saúde**: uma vez que o escopo da regulação brasileira é extenso, ele seria mais adequado no caso de um mix público-privado do tipo substitutivo (que ocorre quando a população que possui seguro depende exclusivamente daquela assistência, casos de Holanda, Chile) ou do tipo principal (quando o seguro privado é a principal forma de garantia da assistência à saúde, como ocorre nos EUA). Além disso, abusando dos conceitos da tipologia da OCDE e da análise dos estudos internacionais, pode-se afirmar que, na prática do sistema de saúde brasileiro, a população brasileira duplicadamente coberta está protegida por uma regulação como se o nosso sistema principal fosse o seguro privado e o SUS que fosse o complementar ao seguro privado (com os serviços não cobertos por cada apólice).

Entretanto, **sob hipótese alguma podemos abandonar o ideal de um sistema de saúde solidário, como o que embasou a proposta de um sistema nacional de saúde para o Brasil, concretizada neste SUS que necessita de tantos aprimoramentos para de fato refletir tal ideal. Como comentado acima, este tipo de sistema é o que melhor atende ao interesse público por ser mais solidário e apresentar menores iniquidades que qualquer outro tipo de sistema de saúde. Dessa forma, embora o mix com cobertura duplicada pareça ser o mais complexo de ser regulado por decorrer em maiores iniquidades, ainda configura um arranjo melhor que os dos demais tipos de mix que ocorrem onde os sistemas de saúde estatutário é seguro social ou seguro privado.**

Uma vez que (i) não podemos afirmar que o segmento suplementar desonere o SUS quando considerados todos os possíveis efeitos do arranjo público-privado sobre o sistema de saúde do país como um todo e; (ii) a história social, política e econômica do desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro nos levou ao mix público-privado que temos; deve ser repensado o papel do Estado brasileiro na regulação dos arranjos público-privado de nosso sistema. Assim, ao se identificar que o que é de relevância pública no sistema de saúde é a proteção social que é possível a todos – e de forma

equânime e solidária – esta somente pode se dar pelo alcance dos princípios do SUS, jamais pelos do seguro privado que duplica a cobertura.

Nesse sentido, por mais que a política de saúde que incentiva e expande a cobertura duplicada em um sistema baseado no poder de compra (que é o seguro privado de saúde) venha a ocorrer por desconhecimento da gravidade de seus efeitos negativos sobre o sistema de saúde como um todo, é inegável que a partir dessa política a sociedade perpetua a sua segmentação e a estende ao sistema de saúde de forma institucionalizada. E assim a política de saúde termina por configurar uma das formas de sustentação não apenas do mercado de seguros privados, mas também da elite brasileira. Portanto, como mostraram Ocké-Reis et al ¹¹¹, o Estado sustenta este mercado desde a década de 1960 mas, diferentemente da colocação dos autores de que afora a renúncia fiscal e o baixo valor recolhido pelo ressarcimento colocaram que o Estado não estaria mais corroborando com este modelo, uma das conclusões do presente trabalho é mostrar que o Estado ainda sustenta este mercado, mas por outros motivos que os aventados pelos autores.

Considerando isso, podemos pensar o que aconteceria se o escopo da regulação brasileira deixasse de ser cada vez mais extensivo às questões do mercado de seguros privados e passasse a ser reorientado para proteger os princípios do sistema público. Para tanto, **o objeto da regulação teria que ser transferido do mercado de seguros privados para o mix (a chamada “regulação integrada” em Cordeiro et al ⁸⁷), a partir de regras que protegessem o interesse público – no caso, o SUS – dos efeitos indesejáveis do mix público-privado relacionados à cobertura duplicada**, no tocante à uso, prestação, financiamento e acesso aos serviços do SUS. **Seria não mais a regulação do Estado sobre o segmento suplementar, mas sim sobre o arranjo público-privado no sistema de saúde.**

A definição de sistema de saúde elaborada por Cecílio e Merhy sobre sistema de saúde contempla os aspectos reais da integralidade e é extremamente útil para pensarmos sua relação com as questões do mix público-privado de nosso sistema de saúde. Para os autores, o sistema de saúde:

“é um campo atravessado por várias lógicas de funcionamento, por múltiplos circuitos e fluxos de pacientes, mais ou menos formalizados, nem sempre racionais, muitas vezes interrompidos e truncados, construídos a partir de protagonistas, interesses e sentidos que não podem ser subsumidos a uma única racionalidade institucional ordenadora” (Cecílio e Merhy, 2007: 201)¹³⁸.

Especificamente sobre a integralidade, complementam:

“a integralidade do cuidado de que cada pessoa real necessita frequentemente transversaliza todo o sistema. Não há integralidade do cuidado sem a possibilidade de transversalidade. A integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede (..) a linha de cuidado pensada de forma plena atravessa inúmeros serviços de saúde” (Cecílio e Merhy, 2007: 201-2)¹³⁸.

Se a integralidade se dá em rede, vale buscarmos o conceito de rede. Um deles é o de Börzel, apresentados por Fleury e Ouverney em 2007¹⁶⁴, que mostra que a rede necessariamente possui características de interdependência e troca de recursos entre os atores para alcançar os interesses comuns que compartilham. Nesse sentido, uma vez que os interesses das operadoras de seguro privado são distintos, ou seja, não são comuns devido à natureza competitiva da atividade de seguro privado, tanto a rede como a integralidade somente são possíveis de serem desenvolvidas por um sistema público – que pode, inclusive, considerar a rede ofertada e a assistência oferecida pelas seguradoras, mas que é o único gestor possível para contemplar os interesses comuns da sociedade e o interesse público.

Portanto, **a integralidade no sistema de saúde brasileiro tem que ser organizada e garantida pelos gestores do SUS, contemplando tanto a assistência dentro do SUS, como aquela que resulta de idas e vindas dos usuários entre o segmento suplementar e o SUS, assegurando, entre outros quesitos, padrões mínimos de qualidade na prestação dos serviços e nos fluxos entre eles. Nessa situação, o papel da operadora seria de contribuir para que os prestadores de serviços por elas contratados ou credenciados, atendessem aos critérios de qualidade do SUS, critérios que devem ser garantidos em toda e qualquer assistência à saúde prestada aos brasileiros, independentemente se com ou sem cobertura duplicada – e que, para isso, devem ser pactuados entre os três níveis de gestão e com os atores envolvidos no sistema de saúde. Essa é a sexta questão para a agenda sobre o mix, que **a regulação estatal deve considerar a integralidade organizada e garantida pelo SUS, de forma a redesenhar o mix de forma que responda às necessidades de saúde da sociedade brasileira e proteja o SUS dos efeitos negativos do mix.****

O cuidado à saúde deve ter sua qualidade garantida pelo Estado, independentemente da fonte do financiamento e respeitando-se o princípio de equidade. Para isso, a integralidade não precisa se dar em cada clientela de cada operadora, nem mesmo internamente no segmento suplementar. Tampouco é necessário que a cesta de serviços cobertos pelos seguros privados seja ampla, ao contrário, o ideal é não mais

reforçar a cobertura duplicada dos serviços que implica em efeitos negativos para a proteção social brasileira. Portanto, a política pública de regulação sobre o mix público-privado, no tocante à assistência, deveria contribuir para essa articulação entre o cuidado prestado no SUS e no segmento suplementar. Para isso a ANS tem grande e inabdicável potencial de contribuição.

Um sétimo ponto é que a ANS – com toda a sua estrutura e *expertise* sobre o segmento suplementar e sua relação com o SUS, acumuladas ao longo dos últimos 10 anos – é a instituição que mais tem observado os elementos das relações público-privadas e que, portanto, mais e melhor pode subsidiar o Ministério da Saúde na reorientação do rumo da política pública de saúde.

Isso deve ser feito pela inclusão do tema na agenda da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) - aqui temos a nona questão - que ainda não o tem como central em suas discussões, junto ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), ao Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Com isso, a reorientação da política de saúde deve ser não para a ampliação prioritária do acesso e da cobertura de serviços simplesmente, mas de revisão das interferências indesejáveis do segmento suplementar no SUS, de modo a aprimorar o sistema de saúde brasileiro, especialmente o SUS que é o sistema escolhido em Constituição como o principal meio de proteção à saúde da população. Assim a ANS estará atingindo mais profundamente a sua finalidade institucional sob os preceitos constitucionais de contribuir para o desenvolvimento dos direitos e das ações de saúde no País.

Por fim, cabe lembrar que a mudança da atual agenda de desigualdades para uma que reflita sobre as questões acima apontadas não cabe exclusivamente à ANS ou aos demais órgãos do Ministério da Saúde, pois somente aconteceria de fato se para a sociedade brasileira a desigualdade na saúde se tornar uma questão prioritária de ser enfrentada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Saltman RB. Melting public-private boundaries in European health systems. *European Journal of Public Health* 2003, 13: 24-29.
- 2 Stiglitz JE. Replanteamiento del papel econômico del estado: bienes privados suministrados publicamente. In: Colección els llibres dels Fulls Econòmics 10. López i Casanovas, Guillem. Col·lecció 1 Economia de la Salut. Generalitat de Catalunya, Barcelona, Department de la Sanitat i Seguretat Social, 1994: 19-47.
- 3 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Assistência Médico-Sanitária. Rio de Janeiro: IBGE: 2005.
- 4 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: acesso e utilização de serviços de saúde. Rio de Janeiro: IBGE 2003. <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/default.shtm> (acessado em 30/05/2007).
- 5 Porto SM, Santos IS, Ugá MAD. A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. *Ciência e Saúde Coletiva* 2006; 11(4): 895-910.
- 6 Santos IS, Ugá MAD, Porto SM. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização dos serviços de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2008, 13(5): 1431-1440.
- 7 Carvalho G 2007. Gasto com Saúde no Brasil em 2006. http://www.idisa.org.br/site/paginas/visualiza_subcategoria.php?sub=324 (Acessado em 10 de maio de 2007).
- 8 Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar 2007. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro, dezembro de 2007.
- 9 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Economia da Saúde: uma perspectiva macroeconômica 2000-2005. Estudos e Pesquisas-Informação Econômica n. 9. Rio de Janeiro: IBGE: 2008. http://ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia_saude/economia_saude.pdf (Acessado em 05 de maio de 2009).

-
- 10 Mossialos E, Thompson SMS. Voluntary Health Insurance in Europe Union. Copenhagen, World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies: 2004.
- 11 Williams A. The pervasive role of ideology in the optimisation of the public-private mix in public healthcare systems. In: Maynard A (Ed.). The public-private mix for Health. Chapter 2. Oxon, United Kingdom: The Nuffield Trust, Radcliffe publishing Ltd, 2005, 7-19.
- 12 Maynard A. Enduring problems in healthcare delivery. In: Maynard A (Ed.). The public-private mix for Health. Chapter 14. Oxon, United Kingdom: The Nuffield Trust, Radcliffe publishing Ltd, 2005b, 293-309.
- 13 Polanyi K. A grande transformação: as origens de nossa época. Rio de Janeiro: Campos, 2000.
- 14 Esping-Andersen G. Three worlds of welfare capitalism. Cambridge, Policy Press: 1990.
- 15 Esping-Andersen G. O futuro do Welfare State na nova ordem mundial. Rev Lua Nova 1995, 35: 73-111.
- 16 Draibe SM, Henrique W. "Welfare State, Crise e gestão da crise: um balanço da literatura internacional. Anpocs, Revista Brasileira de Ciências Sociais fev 1988, nº 6, Vol.3: 53-78.
- 17 Fleury S. Estado sem Cidadãos: Seguridade Social na América Latina. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ 1994.
- 18 Fleury S. "Paradigmas da Reforma da Seguridade Social: Liberal Produtivista versus Universal Publicista". In: Eibenschutz, C. (Org.) Política de Saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ 1995: 69-92.
- 19 Castel R. As metamorfoses da Questão Social: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1999.
- 20 Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso. Cadernos de Saúde Pública 2003, 19(3): 705-715.
- 21 OECD. (2007). OECD Health Data 2007. Statistics and Indicators for 30 Countries.

-
- 22 Ugá MAD. Ajuste estrutural, governabilidade e democracia. In: Gerschman, S; Vianna; MLW. (Org.) A miragem da Pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: FIOCRUZ 1997b: 81-99.
- 23 Ugá MAD, Marques RM. O Financiamento do SUS: Trajetória, contexto e constrangimentos. In: Lima, NT; Gershman, S; Edler, FC (Org.). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ 2005: 93-233.
- 24 Preker AS, Harding A. The Economics of Public and Private roles in Health Care: insights from institutional economics and organizational theory. The World Bank 2000, Working Paper n. 21875. <http://www.wds-worldbank.org> (Acessado em 4 de outubro de 2006).
- 25 Banco Mundial. Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1993: Investindo em Saúde. Washington, The World Bank 1993.
- 26 Deppe, Hans-Ulrich. The present situation and perspective of universal systems of health. Texto apresentado ao 11o Congresso Associação Brasileira de Saúde Coletiva, ABRASCO. Mimeo. Rio de Janeiro: 2006.
- 27 Abrantes A. Contracting Public Health Care Services in Latin America. In: Preker, AS and Harding, A (ed.) Innovations in Health Service Delivery: the corporatization of public hospitals. Washington, The World Bank 2003: 239-261.
- 28 Rodrigues PH. Apocalipse não: o Estado de Bem-Estar Social sobrevive à onda neoliberal. Tese de doutoramento. Rio de Janeiro, IMS/UERJ 2003.
- 29 Giovanella L. Solidariedade ou Competição? Políticas e sistema de atenção à saúde na Alemanha. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz 2001.
- 30 Freeman R, Moran M. A saúde na Europa. In: Negri B e Viana ALd'Ávila (Org.). O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo, Sobravime; Cealag 2002: 45-64.
- 31 Esping-Andersen G. Why we need a new welfare state? New York: Oxford University Press 2002.
- 32 Costa NR, Silva PLB, Ribeiro JM. Inovaciones organizacionales y de financiamiento: experiencias a partir del escenario institucional. In: Negri B, Giovanni GD (Org.). Brasil: Radiografía de la Salud. Campinas, SP: UNICAMP. IE, 2003 (299-314).

-
- 33 Mossialos E, Dixon A. Funding health care: an introduction. In: Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J. Funding health care: options for Europe. Open University Press. World Health Organization, European Observatory on Health Care Systems Series: 2002. http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020524_21 (Acessado em 12 de abril de 2007).
- 34 Almeida C. Crise econômica, crise do Welfare State e Reforma Sanitária. In: Gerschman S, Vianna MLW. (Org.) A miragem da Pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: FIOCRUZ 1997: 177-200.
- 35 Ugá MAD. Propostas de Reforma do Setor Saúde nos marcos do Ajuste Macroeconômico. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, IMS/UERJ agosto de 1997a
- 36 Rodríguez M. Los copagos en atención médica y su impacto sobre la utilización, el gasto y la equidad. In: Puig-Junoy J (org). La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria. Informes FRC 1. Barcelona, Fundació Rafael Campalans: 2008.
- 37 Almeida C. Novos modelos de Atenção à Saúde – bases conceituais e experiências de mudança. In: Costa NR, Ribeiro JM. (Org.) Política de saúde e Inovação Institucional: uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro: Secretaria de Desenvolvimento Educacional / ENSP 1996: 69-98.
- 38 Hokko S, Hava P, Ortun V, Leppo K. The role of State in Health Care Reform. In: Saltman RB; Figueras J, Sakellarides C (ed.) Critical Challenges for Health Care Reform in Europe. Open University Press 1998: 289:307.
- 39 Cutler DM, Gruber J. Does Public Insurance Crowd Out Private Insurance? Working Paper n. 5082. NBER: April 1995. <http://www.nber.org/papers/w5082> (Acessado em 7 de novembro de 2006).
- 40 Cutler DM. Health Care and the Public Sector. Working Paper n. 8802. NBER: February 2002. <http://www.nber.org/papers/w8802> (Acessado em 7 de novembro de 2006)
- 41 Marquis MS, Long SH. Public Insurance Expansions and Crowd-Out of Private Coverage. Medical Care 2003, 41(3): 344-356.
- 42 Fronstin P. Worker's Health Insurance: Trends, Issues, and Options to Expand Coverage. Employee Benefit Research Institute. March, 2006.

http://www.cmwf.org/usr_doc/Fronstin_workershtins_908.pdf (Acessado em 23 de outubro de 2006).

43 Esping-Andersen G. Social Foundations of Postindustrial Economies. New York, Oxford: 1999.

44 Rodrigues PH, Santos IS. Saúde e Cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS. São Paulo, Editora Atheneu: 2008.

45 Conill EM. Sistemas comparados de saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Andrade LOM, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM (Org.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz 2006: 563-614.

46 OMS. Organização Mundial da Saúde. Observatório de Saúde. Glossário. <http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage>. Acessado em 28/03/2007.

47 Roemer M. National Health System as market interventions. Journal of Health Policy 1989: 62-77.

48 Mendes EV. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

49 Drechsler D, Jutting JP. Private Health Insurance in Low and Middle-Income Countries: scope, limitations, and policy responses. Draft Version. OECD: March 2005.

50 Saltman RB. "Social Health Insurance in perspective: the challenge of sustaining stability". In: Social health insurance systems in western Europe. Saltman RB, Busse R, Figuera J (Ed.). England Open University Press, 2004: 4-20. http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20041122_1 (Acessado em 6 de janeiro de 2007).

51 OECD (2004). Proposal for a Taxonomy of Health Insurance. OECD Study on Private Health Insurance. OECD Health Project: June 2004. <http://www.oecd.org/dataoecd/24/52/31916207.pdf> (Acessado em 14 de dezembro de 2005).

52 OECD (2004b). Private Health Insurance in OECD Countries. The OECD Health Project. http://www.oecd.org/document/10/0,2340,en_2649_37407_33913226_1_1_1_37407,00.html (Acessado em 13 de dezembro de 2005).

-
- 53 OECD. (2004a). Private Health Insurance in OECD Countries. Policy Brief. OECD Observer: September 2004. <http://www.oecd.org/dataoecd/42/6/33820355.pdf> (Acessado em 13 de dezembro de 2005).
- 54 Maynard, Alan. Common challenges in healthcare markets. In: Maynard, Alan (Ed.). The public-private mix for Health. Chapter 13. Oxon, United Kingdom: The Nuffield Trust, Radcliffe publishing Ltd, 2005a, 279-292.
- 55 Chernichovsky D. The public-private mix in the modern health care system – concepts, issues, and policy options revisited. Working Paper n. 7881. NBER: September 2000. <http://www.nber.org/papers/w7881> (Acessado em 4 de outubro de 2006).
- 56 Eisenberg JM. Physician utilization: the state of research about physicians' practice patterns. Medical Care, 1985; 23: 461-483.
- 57 Tuohy CH, Flood CM, Stabile M. How does private finance affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD Nations. Journal of Health Politics, Policy and Law 2004, 29(3): 359-396.
- 58 Wasem J, GreB S, Okma KGH. "The role of PHI in social health insurance countries". In: Social health insurance systems in western Europe. Saltman RB, Busse R, Figuera J (Ed.). England Open University Press, 2004: 227-247.
- 59 Colombo F, Tapay N. OECD Private Health Insurance Project. Presentation at iHEA, 15-18 June 2003. OECD: 2003. <http://www.oecd.org/dataoecd/13/49/7109951.pdf> (Acessado em 05/05/2007).
- 60 Couffinhal A. Concurrence en assurance santé: entre efficacité et sélection [Competition in health insurance: between efficiency and selection]. Ph.D. dissertation. Paris, Université Paris IX-Dauphine: 1999.
- 61 Vera-Hernández A. Duplicate coverage and demand for health care. The case of Catalonia. Health Economics 1999, 8: 579-598.
- 62 Colombo F, Tapay N. Private Health Insurance in OECD countries: the benefits and costs for individuals and health systems. OECD Health Working Papers n. 15. OECD: 2004. <http://www.oecd.org/dataoecd/34/56/33698043.pdf> (Acessado em 05/05/2007)
- 63 Dicionário Antonio Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro, Editora Objetiva: 2009 (1ª Ed.).

64 OECD. (2006). OECD in Figures 2006-2007. OECD Observer. 2006/Supplement 1. www.oecd.org/infigures (Acessado em 18 de abril de 2007).

65 Evans R. Financing Health Care: Taxation and Alternatives. In: Mossialos et al. Funding health care: options for Europe. Open University Press. World Health Organization, European Observatory on Health Care Systems Series: 2002. http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020524_21 (Acessado em 12 de abril de 2007).

66 Wagstaff A, Van Doorslaer E, van der Burg H, et al. Equity in the finance of health care: some further international comparisons. Journal of Health Economics 1999, 18(3): 263-290.

67 Pereira J. Mimeo. Apresentação no Congresso Internacional de Economia da Saúde. Buenos Aires, novembro de 2006.

68 Powell M, Barrientos A. Welfare regimes and the welfare mix. Eur J Polit Res 2004, 43: 83-105.

69 López-Casasnovas G, Sáez M. A vueltas con el aseguramiento sanitario privado. Gac Sanit 2005, 19 (1): 59-62.

70 Cervera VC, López i Casasnovas G, González ÀP. Las prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas. Informes de la Fundació Víctor Grífols i Lucas n. 4. Barcelona: Fundacion Grifole, 2006.

71 González López-Válcarcel BG, Pérez PB. Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España. Documento de Trabajo n.º 90. Espanha, Laboratorio de Alternativas, 2006.

72 Jones AM, Koolman X, van Doorslaer E. The impact of supplementary private insurance on the use of specialists in selected European countries. 2005. Disponível no endereço eletrônico <http://www2.eur.nl/bmg/ecuity/ecuityiiiwp.htm> em 4 de outubro de 2006.

73 Rodríguez M, Stoyanova A. The effect of private insurance access on the choice of GP/Specialist and public/private provider in Spain. Health Economics 2004, 13: 689-703.

74 Fusté J, Séculi E, Brugulat P, Medina A, Juncà S. Población con cobertura pública o doble cobertura de aseguramiento sanitario: cuál es la diferencia? *Gac Sanit* 2005, 19 (1): 15-21.

75 Álvarez MLG, Barranquero AC. Differences in health care utilization due to supplementary private health insurance: a switching regression analysis. *Health and Ageing* n. 19. October 2008: 6-10.

76 van Doorslaer E, Koolman X, Puffer F. Equity in the use of physician visits in OECD countries: has equal treatment for equal need been achieved? In: *Measuring up: improving health systems performance in OECD countries*. OCDE, Paris, 2002: 225-248.

77 González P. On a policy of transferring public patients to private practice. *Health Economics* 2005, 14: 513-527.

78 Vargas MH, Elhewaihi. What is the impact of Duplicate Coverage on the demand for health care in Germany? A Summary. *Health and Ageing* n. 19. October 2008: 10-12.

79 Thompson SMS, Mossialos E. Regulating private health insurance in the European Union: the implications of single market legislation and competition policy. Working Paper n. 4. LSE Health, London: November 2006. British Library Cataloguing in Publication Data.

80 Thompson SMS, Mossialos E. Internal market rules and regulation of private health insurance: threat or opportunity? *Euro Observer*. European Observatory on Health System, volume 10, n. 3: Autumn 2008.

81 European Commission. Council Directive 92/49/EEC de 18 de junho de 1992 , on coordination of laws, regulations and administrative provisions relating to direct insurance other than life assurance (Third non-life Directive). *OJ L* 228 11/8/1992): 1-23.

82 Iversen T. The effect of a private sector on the waiting time of a national service. *J Health Econ* 1997, 16: 381-396.

83 Olivella P. Shifting public-health-sector waiting lists to the private sector. *Eur J Polit Econ* 2003, 19: 103-132.

84 Bahia L. Padrões e mudanças nas relações entre o público e o privado no Brasil: planos e seguros de saúde. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: ENSP, Fiocruz 1999.

-
- 85 Bahia L. A demarché do privado e público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1988-2008. In: Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. GC Matta e JCF Lima (org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008.
- 86 Santos NR. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *Ciência e Saúde Coletiva* 2007; 12(2): 429-436.
- 87 Cordeiro HA, Conill EM, Santos IS, Bressan AI. Por uma redução nas desigualdades em saúde no Brasil: qualidade e regulação num sistema com utilização combinada e desigual. Rio de Janeiro, Editora Cebes: 2009 (no prelo).
- 88 Ugá MAD, Santos IS. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública* 2006, 22(8): 1597-1610.
- 89 Sasson D, Silveira DP, Santos IS, Machado JP, Souza SMM, Mendes S. “Diferenças no perfil de mortalidade da população brasileira e da população beneficiária de planos de saúde”. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006 Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2006.pdf (Acessado em 05 de maio de 2009).
- 90 Albuquerque C, Piovesan MF, Santos IS, Martins ACM, Fonseca AL, Sasson D, Simões KA. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. *Ciência e Saúde Coletiva* 2008, 13(5): 1421-1430.
- 91 Bahia L, Luiz RR, Salm C, Costa AJL, Kale PL, Cavalcanti MLT. O Mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: uma abordagem exploratória sobre a estratificação das demandas segundo a PNAD 2003. *Ciência e Saúde Coletiva* 2006, 11(4): 951-965.
- 92 Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro, dezembro de 2008.
- 93 Pessoto UC, Jeimann LS, Boaretto RC, Castro IEN, Kayano J, Ibanhes LC, Junqueira V, Rocha JL, Boarboza R, Cortizo CT, Martins LC, Luiz OC. Desigualdades

no acesso e utilização dos serviços de saúde na região metropolitana de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva* 2007, 12(2): 351-362.

94 Menezes T, Campolina B, Silveira FG, Servo LM, Piola SF. O gasto e a demanda das famílias em saúde: uma análise a partir da POF 2002-2003. In: *Gasto e Consumo das famílias brasileiras contemporâneas*. FG Silveira, Servo LM, Menezes T, Piola SF (org.) vol 1. Brasília: Ipea, 2006.

95 Diniz BPC, Servo LMS, Piola SF, Eirado M. Gasto das famílias com saúde no Brasil: evolução e debate sobre gasto catastrófico. In: *Gasto e Consumo das famílias brasileiras contemporâneas*. FG Silveira, Servo LM, Menezes T, Piola SF (org.) vol 2. Brasília: Ipea, 2006.

96 Brasil. Lei nº 11.439 de 29 de dezembro de 2006. Dispõe sobre as diretrizes orçamentárias de 2007 e dá outras providências.

97 Brasil. Lei nº 11.451 de 07 de fevereiro de 2007. Estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro de 2007.

98 Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Instituto de Defesa do Consumidor. *Planos de Saúde: nove anos após a Lei 9.656/98*. São Paulo: Cremesp e Idec, 2007. 207 p.

99 Ministério da Fazenda. Secretaria da Receita Federal. Coordenação-Geral de Política Tributária. *Demonstrativo dos Gastos Governamentais Indiretos de Natureza Tributária (Gastos Tributários): 2008*. Brasília, agosto de 2007.

100 Braga Neto FC, Barbosa PR, Santos IS. Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz e Editora Cebes, 2008.

101 Vianna SM (coord), Nunes A, Góes G, Silva JR, Santos RJM. Atenção de alta complexidade no SUS: desigualdades no acesso e financiamento. Volume I. *Projeto Economia da Saúde*. Brasília: IPEA/MS, 2005.

102 Anderson GF, Reinhardt UE, Hussey PS, Petrosyan V. It's the price, stupid: why the United States is so different from other OECD countries. *Health Affairs* (2003) vol 22 n 3.

-
- 103 Machado MH. Os médicos no Brasil, um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.
- 104 Jornal Folha de São Paulo, dia 24/11/2008, caderno Cotidiano, p. C4.
- 105 RIPSА. Indicadores e Dados Básicos, IDB 2006. Disponível no endereço eletrônico www.datasus.gov.br, coletados dia 24/11/2008.
- 106 Farias LO, Melamed C. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva* 2003, 8(2): 585-598.
- 107 Oliveira CMF. Utilização dos Serviços do Sistema Único de Saúde por beneficiários de planos de saúde. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz: 2009.
- 108 Conill EM, Pires D, Fertoni HP et al. Relação público-privado e arranjos técnicos assistenciais na utilização de serviços de saúde: um estudo de itinerários terapêuticos na região sul. Relatório de pesquisa, Rede de Centros Colaboradores em Saúde Suplementar/Núcleo Sul, CECCIN R.(coord.), Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina/ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.
- 109 Carvalho EB, Cecílio LCO. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. *Cadernos de Saúde Pública* 2007, 23(9): 2167-2177.
- 110 Brasil. Decreto-Lei nº. 72 (1966).
- 111 Ocké-Reis CO, Andreazzi MFS, Silveira FG. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado? Ipea. Texto para Discussão n. 1094, junho de 2005.
- 112 Bahia L. Planos Privados de Saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciência e Saúde Coletiva* 2001, 6(2): 329-339. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- 113 Cordeiro H. A indústria da saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Edições Graal: 1980.
- 114 Declaração de Alma - Ata. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde; 6 -12 de setembro de 1978; Alma-Ata, URSS; Organização Mundial de Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância.

115 Brasil. 8a Conferência Nacional de Saúde. Anais. Brasília: Cento de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 430 p.

116 Menicucci TMG. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

117 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria/GM/MS nº. 1.559 de 2008. Ministério da Saúde. Portaria/GM/MS nº. 1.559 de 10/08/2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS.

118 Santos IS. Planos Privados de Assistência à Saúde no mundo do Trabalho. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz: 2000.

119 Ocké-Reis CO, Silveira FF, Andreazzi MFS. Avaliação dos gastos das famílias com a assistência médica no Brasil: o caso dos planos de saúde. In: Silveira FF, Servo LM, Menezes T, Piola SF (orgs.) Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas, Volume 1. Brasília: IPEA, 2006: 161-198.

120 Gama AM, Reis CO, Santos IS, Bahia L. O Espaço de Regulamentação dos Planos e Seguros de Saúde no Brasil: notas sobre a ação de instituições governamentais e da sociedade civil. Revista Saúde em Debate, v. 26, n. 60. Rio de Janeiro: CEBES, Jan/Abr 2002.

121 Borges DCL. Uma análise das ações judiciais para o fornecimento de medicamentos no âmbito do SUS: o caso do estado do Rio de Janeiro no ano de 2005. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz: 2007.

122 Bahia L, Santos IS, Gama AM. Brasil. A agenda de regulamentação dos planos e seguros de saúde: Notas sobre o debate no Legislativo e Executivo. Anais do VII Congresso Latinoamericano de Medicina Social e do XI Congresso de La Asociación Internacional de Políticas de Salud, 2000.

123 Brasil 1998. Lei nº. 9.656 de 3/06/1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

124 Dain S. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. Ciência e Saúde Coletiva 2007, vol.12: 1851-64.

-
- 125 Mendes A. Financiamento, Gasto e Gestão do SUS: a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema no Estado de São Paulo (1995-2001). Tese de Doutorado. Campinas, UNICAMP, 2005.
- 126 Santos NR. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. *Ciência e Saúde Coletiva* 2008, vol.13 (supl. 2): 2009.
- 127 Santos FP, Merhy EE. A regulação pública na saúde do Estado brasileiro – uma revisão. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, v.10, n.19, p.25-41, jan/jun 2006.
- 128 Pereira C, Costa NR, Giovanella L. O jogo da regulação da saúde suplementar no Brasil: interesses e processo decisório na arena legislativa. *Novos Estudos CEBRAP* 2001, n. 60: 151-163.
- 129 Bundorf MK, Herring B, Pauly M. Health Risk, Income and the Purchase of Private Health Insurance. NBER Working Paper N° 11.677. JEL N° II. September 2005.: <http://www.nber.org/papers/w11677> (acessado em 22/12/2005).
- 130 McPake B, Kumaranayake L, Normand C. Health economics: an International Perspective. London and New York, Taylor and Francis Group, Routledge: 2003.
- 131 Musgrove P. “Un fundamento conceptual para el rol publico y privado en la salud”. In: *Revista de Análisis Económico*, Vol. 11, n° 2: Noviembre 1996.
- 132 Katz JM, Miranda E. “Mercados de salud: morfología, comportamiento y regulación”. In: *Revista de la CEPAL*: Diciembre 1994.
- 133 Donaldson C. Economics of Health Care Financing: The Visible Hand. The Macmillan Press Ltd.: 1993.
- 134 Chollet DJ, Lewis M. “Private Insurance: Principles and Practice”, conference sponsored by WORLD BANK: march 1997 (mimeo).
- 135 Machado CV. O modelo de intervenção federal do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90. *Cadernos de Saúde Pública* 2007, 23(9): 2113-2126.
- 136 Brasil. Lei n°. 9.961 de 28/01/2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências.
- 137 Costa NR. Política social e ajuste macroeconômico. *Cadernos de Saúde Pública* 2002, 18(supl.): 13-21.

-
- 138 Cecílio LC, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Pinheiro R e Mattos RA (org). Rio de Janeiro: UERJ , IMS: ABRASCO, 2007. 232p.
- 139 Mattos RA. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Pinheiro R e Mattos RA (org). Rio de Janeiro: UERJ , IMS: ABRASCO, 2007. 232p
- 140 Camargo Jr. KR. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Pinheiro R e Mattos RA (org). Rio de Janeiro: UERJ , IMS: ABRASCO, 2007. 232p
- 141 Santos L, Andrade LOM. SUS: o espaço da gestão inovada dos consensos interfederativos (aspectos jurídicos, administrativos e financeiros). Campinas/SP, Instituto de Direito Sanitário Aplicado 2007.
- 142 Werneck HF. O Brasil e a Classificação da OCDE sobre o papel dos seguros privados de saúde. Documento técnico de circulação interna. Gerência-Geral de Integração ao SUS, Diretoria de Desenvolvimento Setorial, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, dezembro de 2007.
- 143 Brasil. Ministério da Saúde. Resolução do Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU) 10, de 4 de novembro de 1998. Dispõe sobre a elaboração do rol de procedimentos e eventos em saúde.
- 144 Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. “ANS amplia cobertura obrigatória de planos de saúde a partir de abril”, notícia divulgada no site da ANS em 10/01/2008. Disponível em http://www.ans.gov.br/portaltv4/site/noticias/noticia_25163.asp?secao=Home
- 145 Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Série ANS n.º 2. “Integração do setor de saúde suplementar ao sistema de saúde brasileiro”. Rio de Janeiro: ANS, 2001.
- 146 Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Série ANS n.º 3. “Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas”. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2002.
- 147 Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Relatório de Gestão 2000 - 2003: 4 anos da ANS. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004.

148 Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. “Programa de Qualificação da Saúde Suplementar”. Rio de Janeiro: ANS, 2005. Versão Agosto/2006a.

149 Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. “Qualificação da Saúde Suplementar: Resultados da 2ª fase – Ano base 2005”. Rio de Janeiro: ANS, Setembro/2006b.

150 Jorge A. Apresentação da então Diretora Executiva da ANS, Alzira Jorge. “Mudanças nos modelos assistenciais na suplementar – uma nova perspectiva regulatória”. 3º Seminário de Promoção e Prevenção à Saúde e Prevenção de Doenças. Rio de Janeiro, 13/12/ 2006.

151 Caleman G. Apresentação do então Diretor de Gestão da ANS, Gilson Caleman, à Casa Civil da Presidência da República e à OECD. “The Brazilian National Health System and the National Supplementary Health Agency”. Brasília, 03/2007.

152 Santos FP. Apresentação do Diretor Presidente da ANS, Fausto Pereira dos Santos. “Regulação em saúde no Brasil: a perspectiva do setor suplementar”. Seminário internacional regulação em saúde: qualificação da saúde suplementar. Rio de Janeiro, 11/2006.

153 Malta DC. Modelos Assistenciais na Saúde Complementar: o desafio na construção de práticas cuidadoras. In: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Montone J, Castro AJW (Org.). Documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003. Capítulo 1: pp 7-52. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004.

154 Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Duas Faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005.

155 Dias RML, Pastrana RMS. O Sistema Único de Saúde e o mercado suplementar de assistência à saúde no Brasil. Divulgação em Saúde para Debate, n.37. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Janeiro/2007.

156 Malta DC, Jorge AO, Franco TB, Costa, MA. Modelos Assistenciais na saúde suplementar a partir da produção do cuidado. In: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Duas Faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005.

-
- 157 Campos GWS. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2007; 12(supl.): 1865-74.
- 158 Leal VN. *Coronelismo, enxada e voto*. São Paulo, Alfa-Ômega, 2ª edição: 1975.
- 159 Faoro R. *Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro*. Porto Alegre, Globo (5ª edição): 1979.
- 160 Freyre G. *Casa-grande & Senzala*. Rio de Janeiro, Record, 40ª edição: 2000.
- 161 Holanda SB. *Raízes do Brasil*. São Paulo, Companhia das Letras, 26ª edição: 1995.
- 162 Gerschman S, Veiga L, Guimarães C, Ugá MAD, Portela MC, Vasconcellos MM, Barbosa PR, Lima SML. Estudo de satisfação dos beneficiários de planos de saúde de hospitais filantrópicos. *Ciência e Saúde Coletiva* 2007, 12(2): 487-500.
- 163 Vaitsman J. Desigualdades Sociais e Duas Formas de Particularismo na Sociedade Brasileira. *Cadernos de Saúde Pública, Suplemento Especial. Cadernos de Saúde Pública* 2002, 18(supl): 37-46.
- 164 Fleury S, Ouverney AM. *Gestão de Redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.