

REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: DO ANTIGO AO NOVO PATRIMONIALISMO

ADJUSTMENT OF SUPPLEMENTARY HEALTH IN BRAZIL: FROM THE ANCIENT TO THE NEW PATRIMONIALISM

Lúcia de Fátima Barbosa Magalhães Moraes¹
Sylvana Maria Brandão de Aguiar²

RESUMO

Este estudo investigou, através de revisão bibliográfica e dados da ANS, a política regulatória implantada pelo Estado brasileiro na saúde suplementar, com o objetivo de analisar se o modelo adotado participa do esforço de universalização da cobertura do atendimento a saúde previsto na Constituição Federal de 1988. A leitura dos movimentos de reformas ocorridas na administração pública brasileira, com enfoque no gerencialismo dos anos 1990, apontou para o nascimento de novas práticas patrimonialistas e para a conseqüente captura do público pelo privado, submetendo o segmento investigado aos interesses do empresariado. Investigando a prática médica descobre que esta sempre esteve sob determinantes econômicos e que se firmou no Brasil reproduzindo o modelo de produção capitalista, subordinando a racionalidade clínica à econômica. Na análise do mercado de saúde privada, intermediado pelas operadoras de planos de saúde, reflete sobre sua tendência a concentração e sobre a atuação da ANS na regulação deste, concluindo que a ideologia subjacente às reformas da Administração Pública brasileira impede o cumprimento dos preceitos constitucionais relativos à saúde.

Palavras-chave: Reformas; Regulação; Saúde.

ABSTRACT

This study investigated, through literature review and data from ANS, regulatory policy implemented by the Brazilian state in the health insurance, in order to examine if the adopted model takes part in the effort to universalize coverage of health care provided in the Federal Constitution of 1988. The analysis of the reform movements occurring in the Brazilian public administration, with emphasis on managerialism from the 1990s, pointed to the birth of new patrimonial practices and the consequent capture of the public sector by the private sector, subjecting the investigated segment to business interests. Investigating medical practice, it discovered that

¹Licenciada em ciências pela Fundação Educacional do Agreste Alagoano, Bacharel em Administração Pública pela Universidade Estadual de Alagoas, Especialista em Novas Tecnologias na Educação pela Universidade Federal de Alagoas, Mestranda em Gestão Pública para o Desenvolvimento do Nordeste pela Universidade Federal de Pernambuco. Atualmente é analista do Poder Legislativo do Estado de Alagoas (Maceió, AL/Brasil)

²Sylvana Maria Brandão de Aguiar é Doutora em História pela UFPE; Professora do Departamento de História e do Programa de Pós-graduação em História da UFPE; Coordenadora e Professora do Mestrado em Gestão Pública para o Desenvolvimento do Nordeste. Vários Livros e Artigos Publicados, nacionais e internacionais; Membro de Associações de Pesquisa Nacionais e Internacionais. (Recife, PE/Brasil) E-mail: symbay@globo.com.br

this has always been under economic determinants and that was consolidated in Brazil reproducing a model of capitalist production, subordinating the clinic rationality to the economic rationality. In the analysis of private healthcare market, intermediated by the operators of private healthcare insurance, reflects on it's tendency to concentration and on the role of ANS on it's regulation, concluding that the ideology behind the reforms form Brazilian government hinders the compliance of the constitutional provisions concerning the right to health.

Keywords: Reforms; Regulation; Health.

1 INTRODUÇÃO

Na década de 1980 iniciou-se, primeiro nos países desenvolvidos avançando depois para os países em desenvolvimento, um processo de reformas voltado para o mercado.

Esse movimento reformador e propagador das ideias liberais colocou na ordem do dia a integração de diferentes países na economia globalizada, e a necessidade de redefinir o papel do Estado Nacional, agora visto como inoperante. No entanto, as mudanças nas regras internas não se deram da mesma forma para todos os países, ficou para os Estados periféricos a obrigação de favorecer ao capital externo, abrindo seus mercados, desregulamentando suas economias e favorecendo a remessa de lucros para os países centrais.

No Brasil, a reforma se deu na década de 1990 e atendeu a ordem global, ou seja, ela não veio pela imposição de se formular uma política de desenvolvimento nacional, decorreu das significativas mudanças das relações comerciais no mundo e da organização das forças dos países centrais. Adotou-se o modelo inglês privatizante e de ajuste fiscal, publicizou-se os serviços que não exigem o exercício do poder do estado e assumiu-se que o mercado é mais eficiente para atender as necessidades dos indivíduos e melhorar as suas condições sociais.

A reforma do estado criou as condições necessárias para o rápido e significativo desenvolvimento do mercado de saúde suplementar. Em 1989 eram 14 milhões de indivíduos vinculados ao sistema, hoje o setor contabiliza 46.634.765 milhões de pessoas vinculadas aos planos privados de assistência médica com ou sem odontologia e 15.268.093 milhões em planos exclusivamente odontológicos¹.

Esse quadro evidenciou a necessidade da construção de um arcabouço jurídico regulatório para a segmentação privada já efetivamente estabelecida e em expansão, e dado seu caráter excludente a ampliação do sistema de saúde pública. Dessa forma consolidou-se um sistema dual formado pelas partes pública e privada. A primeira empobrecida pelos cortes

impostos pelo ajuste fiscal. A segunda de presumida qualidade superior, atraente para os usuários do sistema público, mas voltada somente para os estratos de maior renda. Aqui trataremos apenas da regulação do sistema de saúde suplementar, com o objetivo de analisar se o modelo regulatório adotado participa do esforço de universalização da cobertura do atendimento a saúde previsto na Constituição Federal de 1988.

A primeira parte desse estudo realizado através de pesquisa bibliográfica trata das mudanças ocorridas na administração pública com vistas a radiografar o modelo de estado regulador adotado pelo Brasil e as consequências para as políticas de saúde. Na segunda são analisados os dados oficiais do mercado de saúde suplementar brasileiro num confronto permanente com a legislação vigente no país. A análise se realizou ancorada na teoria da complexidade de Morin. Afastou-se da causalidade linear, adotando a perspectiva de que a causa age sobre o efeito e o efeito sobre a causa. Privilegiou a interação entre certezas e incertezas, clarezas e ambiguidades, a multidimensionalidade dos fenômenos e contrapôs ao progresso do segmento de mercado investigado, carente de autocrítica, à responsabilidade do Estado brasileiro de atender com serviços de saúde a todos os cidadãos.

2 DISCURSOS E PRÁTICAS NAS REFORMAS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA

O Estado brasileiro experimentou ao longo de sua existência três modelos administrativos: o patrimonialista implantado no período colonial; o burocrático a partir da reforma de 1936; e o gerencial na década de 1990.

O patrimonialismo² adotado no período do Brasil Colônia, transplantado de Portugal, centralizador e cerceador da liberdade política e econômica, gerou um vazio de autoridade agravado pela dimensão territorial do Brasil, instabilidade política, desagradou às províncias e contribuiu para o surgimento do movimento republicano que possibilitou a Proclamação da República em 1889.

No entanto, a mudança do regime político não trouxe mudanças significativas na condução do Estado, fato que nos leva a centralizar os estudos a partir da década de 1930, no governo Getúlio Vargas, quando se tentou implantar o modelo burocrático para se contrapor ao patrimonialismo instalado no período imperial e mantido durante os anos da República Velha (1889 a 1930).

É sabido que a economia brasileira esteve desde o início fundada na exportação de produtos primários. Com a crise de 1929, devido a queda na demanda internacional do seu principal produto, o café, o país se viu obrigado a mudar sua base econômica de agrária para industrial. O governo continuou protegendo os interesses dos cafeicultores paulistas, comprando o excedente e queimando, mas atirou-se num processo de desenvolvimento industrial, criando a infraestrutura necessária à instalação do parque industrial nacional e intervindo fortemente no domínio econômico.

Notou-se desde já que a estrutura administrativa existente não atenderia satisfatoriamente às necessidades do Estado que emergia da crise e tratou-se então de promover mudanças na forma e no funcionamento do aparelho estatal, inspirado no modelo weberiano³.

A reforma pretendeu implantar um sistema de mérito na administração de pessoal, dar tratamento de plano de ação ao orçamento, simplificar e padronizar a administração de material, estabelecer métodos de controle em todas as áreas e a racionalização dos métodos. Para Bresser Pereira “sua concepção teórica estava inspirada nas melhores fontes disponíveis à época” (BRESSER PEREIRA 1998:164)

A criação do Conselho Federal do Serviço Público posteriormente transformado no Departamento Administrativo do Serviço Público – DASP - iniciou a reforma burocrática. Segundo Torres (2004) nesse momento também se inaugurou o padrão duplo característico da atuação do Estado brasileiro, tendo o alto escalão organizado em consonância com o que estava prescrito pela burocracia⁴ e os setores responsáveis pela política da saúde, educação e segurança pública dominados pelo clientelismo. O que nos leva a constatação de que o Brasil não concluiu a implantação do modelo burocrático. Em parte pela forte cultura patrimonialista enraizada na sociedade nacional, em parte pela ausência de continuidade dos processos iniciados em governos anteriores, pelos sucessores.

Esse processo que levou a modernização da administração pública ao *status* de prioridade governamental na era Vargas somente se repetiu após o golpe de 1964. Para Wahrlich “de 1964 até 1978 assistiu-se ao ressurgimento da reforma administrativa como programa de governo formal” (BEATRIZ WAHRLICH apud COSTA 2008). E no governo Fernando Henrique Cardoso, na década de 1990, com a adoção do gerencialismo, tendo sido

criado neste período o Ministério da Administração e Reforma do Estado – MARE, órgão responsável pela elaboração e condução da proposta. No entanto, há que se por em destaque os grupos que se formaram com o objetivo de realizarem estudos sobre reformas administrativas nos governos de Juscelino Kubitschek - JK: a Comissão de Estudos e Projetos Administrativos – CEPA e a Comissão para a Simplificação Burocrática - COSB; e de João Goulart: a Comissão Amaral Peixoto, que apesar de não verem seus projetos implantados trouxeram conceitos e visões diferentes que serviram de base às reformas futuras.

A reforma desenvolvimentista de 1967 realizada por meio do Decreto Lei Nº 200 definiu claramente administração direta e indireta, instituiu os princípios do planejamento, descentralização, delegação de competência, coordenação e controle. A partir de 1979 os esforços passaram a se concentrar nos programas de desestatização e desburocratização. Para Bresser Pereira “foi uma tentativa de superação da rigidez burocrática, podendo ser considerada como um primeiro momento da administração gerencial” (BRESER PEREIRA 2003:244). Entretanto o gerencialismo dos militares fez crescer de forma desenfreada a administração indireta e nela concentrou os maiores investimentos, gerando enormes desigualdades entre esta e a administração direta que continuava responsável pelas políticas sociais, prejudicando cruelmente aos mais carentes⁵.

Para esse estudo interessa a reforma administrativa iniciada no Brasil na década de 1990 que transformou o Estado produtor em Estado regulador⁶ quando transferiu à iniciativa privada a produção de bens e serviços. Esse movimento⁷ começou nos anos 80 quando o mundo entrou num processo de reforma do setor público tendo como principal objetivo a redução⁸ do tamanho do Estado para atender aos ditames da atual fase do capitalismo.

O Brasil para promover sua reforma tomou como referência o gerencialismo britânico, adotou o paradigma neodesenvolvimentista e foi influenciada pelos princípios da *new public management*. Propôs a flexibilização da estabilidade e o fim do Regime Jurídico Único dos servidores do Estado, embora o discurso falasse em valorização dos mesmos. Definiu os quatro setores que passaram a atuar e suas formas de atuação: o núcleo estratégico onde as leis e as políticas são definidas; as atividades exclusivas do Estado que garantem o cumprimento e o financiamento das leis e das políticas; os serviços não exclusivos que podem ser oferecidos pelo setor privado, como saúde e educação, e finalmente o setor de produção de bens e serviços.

Na proposta somente o núcleo estratégico manteria algumas características burocráticas e a estabilidade dos servidores. Como as atividades exclusivas, que envolvem o poder de Estado, permaneceu de propriedade estatal. Os serviços não-exclusivos de propriedade pública não-estatal e a produção de bens e serviços prioritariamente privada.

A execução das atividades exclusivas e não exclusivas ficou sob a responsabilidade das agencias independentes e das organizações sociais, respectivamente. Estas do setor público não-estatal, aquelas integradas ao Estado. O contrato de gestão firmado com o núcleo estratégico foi o instrumento adotado para o controle, e através deles também se garantiu a transferência do Estado para essas instituições dos recursos pessoais, materiais e financeiros necessários ao desempenho das atividades.

A administração pública gerencial segundo os responsáveis pela reforma traria a melhoria do desempenho, eficiência, eficácia, transparência, flexibilidade e a satisfação dos cidadãos. Para alcançar esses objetivos os reformadores propuseram a transferência da oferta de bens e serviços para a iniciativa privada, com a aposta de que, a competição, mecanismo de controle exercido no mercado, traria melhores resultados com os menores custos, cabendo ao Estado a função regulatória. Kissler e Heidemann avaliando a Alemanha após 10 anos de reforma chegaram a conclusão “que as administrações públicas se tornaram mais empresariais, menos onerosas e, em geral, mais eficientes; raramente, porém, mais simpáticas aos cidadãos” (KISSLER, HEIDEMANN 2006). Da mesma forma, avaliando países que implementaram as mudanças mais profundas fundadas nesse modelo como Austrália, Nova Zelândia e Reino Unido, Matias Pereira (2008) constata que depois de mais de 20 anos avançou-se muito pouco na satisfação. Quanto ao Brasil o autor é enfático a visão neoliberal subjacente ao movimento de reforma estimula o dismantelamento do Estado brasileiro e o torna incapaz de reduzir as desigualdades e promover a inclusão social.

O Panorama Social da América Latina 2009, lançado em novembro de 2009 pela Comissão Econômica para América Latina - CEPAL, em Santiago no Chile, ratifica o que diz Matias Pereira mostrando que apesar do crescimento econômico vivido pela América Latina nos últimos anos o nível de pobreza continua elevado e afetam em maior proporção as mulheres e as crianças. Afirma também que a desigualdade na Região ainda é uma das mais altas do mundo e que o Brasil não apresentou mudanças na diminuição das desigualdades entre os anos de 2007 e 2008. Conclui-se, portanto, que essas reformas não têm conseguido o objetivo declarado pelos reformadores de ampliação dos direitos do cidadão⁹.

Esse estado regulador inaugurado pelo governo Fernando Henrique Cardoso nos meados da década de 1990 fez surgir, baseado no modelo norte-americano, uma nova instituição: as agências reguladoras. Cruz (2009) adverte que não houve por parte dos vários atores econômicos de várias partes do mundo os cuidados necessários na adoção de tal modelo. Na verdade estes passaram a acreditar que a modernização do seu sistema regulatório dependia da implantação dessas novas estruturas. A mesma autora¹⁰ destaca o discurso eufórico e desprovido de crítica à relação de antecedência e consequência das mudanças do Ministro Bresser Pereira¹¹, considerado um dos mentores da nova feição do modelo regulador.

As agências reguladoras são instituições dotadas de autonomia administrativa e financeira. Cumprem funções típicas dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, sem que seus dirigentes estejam submetidos ao controle social via eleições, e possuem dentro do segmento regulado enormes poderes. Para Cruz “o princípio básico da teoria democrática é que as políticas públicas devem ser objetos de controle exclusivo daqueles que estão sujeitos ao *accountability* eleitoral. O desenho das agências reguladoras viola esse princípio” (CRUZ 2009).

A adoção acrítica desse modelo regulatório levou ao distanciamento o oferecido, do implantado. Na análise de Peci (2007), utilizando-se do modelo conceitual de Nascimento para qualificação dos principais componentes das reformas do Estado brasileiro até 1967, a reforma gerencial focou-se nos aspectos formais das agências independentes. Além disso, se deu de forma impositiva, face visível na concepção e implementação das agências, que se encontram insuladas dada a sua autonomia.

Como as demais reformas administrativas, sustenta Peci, apresentou caráter global e imediatista, o que se evidencia pela implantação de agências num curto período de tempo e em setores onde sua presença não encontra justificativa teórica. Quanto à efetiva presença dos pré-requisitos gerencialistas da proposta, perfil técnico das agências e a existência do controle social, o autor diz que na prática a atuação da sociedade é ínfima e que há conflitos entre técnica e política, concluindo que são “pré-requisitos comportamentais atípicos da burocracia brasileira” (PECI 2007).

O papel passivo da sociedade ante a atuação autônoma das agências reguladoras favorece a ação de grupos econômicos e de grupos políticos na defesa de seus interesses, em

prejuízo do interesse coletivo. Pirotta, ao estudar o fenômeno da captura nas agências reguladoras, destacou particularidades destas que facilitam o seu aprisionamento por entes regulados e políticos. Para a autora dada a concentração de competências, a autonomia de decisões e a necessidade de mão de obra qualificada proveniente da iniciativa privada, “é inevitável constatar que os administradores das agências não estão imunes a orientações oriundas de mais elevada hierarquia governamental, de fortes organizações políticas ou derivadas dos interesses de poderosos grupos econômicos” (PIROTTA 2006). Dessa forma, não se sustenta o argumento da neutralidade presente nos discursos legitimadores da criação dessas novas estruturas. “Nem toda regulação, portanto, é a favor do público. Nem toda regulação é a favor do regulado. O mercado regulatório é um selvagem campo de lutas de interesses”. (NUNES 2001 *apud* Peci 2007) Surge assim a possibilidade de privatização do público, e a oportunidade de se instalar um novo patrimonialismo.

O nascimento das novas práticas patrimonialistas no modelo gerencial, propositor da diminuição do Estado brasileiro, se encontra ancorado nos papéis desempenhados pelo fundo público durante a desestatização. Com a desvalorização dos bens privatizados e os incentivos fiscais oferecidos para acelerar a desestatização “o estado abdicou de ingressos futuros em prejuízo da higidez do fundo público” (BERCOVICI, ANDRADE, MASSONETTO 2006). Já para atrair investimentos o fundo público foi oferecido como garantia dos riscos característicos do mercado. Sem contar que em busca da universalização dos serviços o Estado investiu na expansão dos serviços privatizados, consolidando a apropriação do fundo público pela iniciativa privada.

Todo esse esforço desenvolvido pelo Estado brasileiro, embora se diga que respondia a crise fiscal e a atribuída ineficiência do setor público, na verdade representou perda de parte da sua soberania, e a conseqüente submissão as propostas dos organismos financeiros internacionais. Para Motta os dirigentes de países subdesenvolvidas não valorizam suas posições ideológicas, optam por uma atuação política em conformidade com o universo fático onde se encontram inseridos. “O destino dos povos, num mundo globalizado, que não querem (ou não possuem força suficiente para) romper com este sistema de dominação, desloca-se de seus parlamentos e de seus tribunais, sendo decididos por outros organismos, sempre internacionais” (MOTTA 2003:30).

A criação das agências foi parte nesse esforço. Sua função é tornar o ambiente regulado seguro e atraente aos investidores. Devido à ênfase nos aspectos formais das novas

estruturas, deixou-se de discutir o papel de regulador assumido pelo Estado e as formas que deveriam assumir os controles democráticos, frente às agências. Para Cruz¹² “quando analisamos o desenho institucional das agencias reguladoras, notamos que em sua própria estrutura estão presentes elementos contrários ao controle amplo e irrestrito, como é o caso da delegação usada com fins de insulamento burocrático”. Deve-se, portanto, num movimento ainda que tardio, encontrar alternativas que tornem esses controles viáveis sob pena de cristalizarem-se as novas bases patrimonialistas, sobretudo nos serviços públicos essenciais como a saúde, embora seja consenso entre os autores da área estudados que a prática médica tenha variado ao longo dos séculos obedecendo à determinação das estruturas econômicas vigentes.

O caráter privado da assistência à saúde tem raízes históricas. Na sociedade escravocrata¹³ como nos informa Garcia (1989) os praticantes tratavam os escravos e os homens livres eram diagnosticados e tinham seus problemas de saúde resolvidos por médicos contratados. Na sociedade feudal os protomédicos atendiam a reis, príncipes e nobres com honorários elevados. Médicos e cirurgiões assistiam a burguesia em troca de uma boa remuneração, dando origem a medicina liberal, e os curandeiros tratavam os pobres. Mais tarde no modo de produção capitalista, a medicina articulou-se com o processo de produção econômica e passou a atuar na adaptação e preservação da força de trabalho.

Também Foucault embora afirmando ser a medicina moderna uma medicina social¹⁴ e discordando de que esta tenha se tornado privada por ter penetrado no mercado, admite o seu caráter bio-político e mostra que no século XIX surge “sobretudo na Inglaterra, uma medicina que é essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosa às classes mais ricas” (FOUCAULT 1979:97).

No Brasil “o elo entre assistência à saúde e setor privado tem raízes seculares, como também guarda íntima relação com a expansão da medicina previdenciária” (GOUVEIA 2004). As Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPS dos ferroviários, regulamentada pela Lei Eloi Chaves de 1923¹⁵, iniciou o processo de estruturação do sistema de proteção social. A partir daí foram criadas várias instituições semelhantes para atender a diversas categorias. Em 1937 já havia 137 CAPs instaladas, organizadas como sociedade civil pelos empregados e empregadores.

Na década de 1930 as CAPs foram sendo substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Previdência IAPs organizados como autarquias e incorporados ao Estado. A vinculação dos segurados passou a ser por categoria profissional, diferentemente da filiação por empresa como acontecia nas CAPs. Sua administração era partilhada entre empregados e empregadores e seu financiamento obedecia ao modelo tripartite – Estado, empregador e empregado.

As contribuições eram calculadas de acordo com os salários dos empregados surgindo um sistema composto por institutos com capacidade financeira bastante heterogênea, como consequência passou-se a defender a unificação do sistema. Em 1967 uniformizaram-se as contribuições e os planos de previdência das diversas categorias com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social – INPS.

A uniformização encontrou resistência no âmbito de algumas empresas que constituíram caixas de assistência com o objetivo de complementar a assistência oferecida pela Previdência Social. Além das caixas assistenciais se institucionalizou o convênio-empresa pelo Decreto-Lei nº 73 de 1966 que também estabeleceu as normas de funcionamento dos seguros-saúde e foi uma das primeiras fontes de financiamento do setor privado.

As empresas receberam incentivos estatais para assumirem a responsabilidade pela saúde dos trabalhadores e ao assinarem os convênios-empresas ficavam isentas do recolhimento das contribuições previdenciárias. Nesse mesmo período as despesas com assistência médica passaram a ser deduzidas das rendas tributáveis de pessoas físicas e jurídicas, impulsionando a saúde privada. Logo depois foi criado o sistema da previdência complementar pela Lei nº 6.435 de 1977 permitindo o uso dos fundos de pensão na oferta da assistência médica.

Esse mercado, para Farias e Melamed (2003), apresentou sinais de esgotamento no início da década de 1980, período de recessão econômica. Com a escassez de recursos o setor público, principal comprador, perdeu a capacidade de absorver a produção. Para se manterem ativas as empresas desenvolveram estratégias de vendas para consumidores individuais e para empresas dos setores dinâmicos da economia nacional, absorveram a maioria dos profissionais e as instituições da área de saúde e ganharam autonomia. A medicina no Brasil, portanto, se firmou reproduzindo o modelo de produção capitalista, subordinando a

racionalidade clínica à econômica e atendendo, principalmente, a interesses empresariais articulados com os interesses dos profissionais da saúde.

Em 1988 a Constituição Federal – CF promulgada rompe com esse modelo, e embora conceda à iniciativa privada a execução dos serviços de assistência à saúde, eleva-a a condição de direito fundamental¹⁶ do homem, estrutura e a organiza em busca da universalização do atendimento e institui o controle social atendendo às pressões de diversos setores da sociedade pela democratização e pelo resgate da imensa dívida social.

De fato “a construção de um projeto de reforma sanitária foi parte das lutas de resistência à ditadura e ao seu modelo de privatização dos serviços de saúde, da Previdência Social e pela construção de um Estado democrático social” (FLEURY 2003). No entanto, a redução do Estado proposta pelo projeto neoliberal e adotada pelo presidente Fernando Collor, seguido pelos demais presidentes eleitos, implantou um Sistema Único de Saúde – SUS que não se universalizou e não se fez equânime. “Há, de fato, uma clara dominância do projeto neoliberal no dia-a-dia da ação governamental, apesar de a determinação legal, no caso da saúde, apontar em outro sentido” (CAMPOS 1997:19).

Para entender o neoliberalismo e as consequências de sua implantação para as políticas sociais, necessário se faz conhecer o diagnóstico realizado pelos seus pensadores com relação ao modelo de produção em massa e sobre o Estado de bem estar social. Para estes o fordismo esgotou-se devido ao custo exagerado da mão de obra acrescido dos direitos conquistados pelos trabalhadores, que geravam a queda dos lucros e da acumulação do capital. Quanto ao Estado teria crescido demasiadamente e intervia de forma ineficiente na produção de bens e serviços, causando a crise econômica iniciada na década de 1970 e agravada nas décadas de 1980 e 1990, conhecida como a “crise do Estado”. O antídoto para esses males estaria na construção de um Estado mínimo, na flexibilização das garantias sociais e na transnacionalização¹⁷ dos mercados.

Na saúde a face neoliberal é facilmente identificada nas políticas públicas de baixa qualidade direcionada aos pobres, e nos incentivos à iniciativa privada. Para escondê-la o governo brasileiro tem dado ênfase aos programas sociais de transferência de renda, em consequência não se combate a desigualdade, não se universaliza e não se obedece ao que está prescrito No artigo 196¹⁸ da Carta Magna. As “restrições de financiamento, universalização incompleta e baixa eficácia das políticas de seguridade são provavelmente as áreas que mais

comprometem os objetivos previstos na Constituição” (LOBATO 2009). Tal comportamento, contudo não deve causar estranhamento. Estamos a delinear um embate entre o bem comum e o mercado, tendo como mediador um Estado neoliberal¹⁹.

3 AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR: LÓCUS DA REGULAÇÃO

O termo regulação originou-se nos estudos da disciplina Economia realizados por profissionais de língua inglesa, mas a atividade regulatória nasce de escolhas políticas. São as decisões que ocorrem nesse campo, com o objetivo de estabelecer comportamentos numa arena de conflitos, que a faz emergir.

A decisão do Estado brasileiro de se afastar da prestação direta dos serviços de saúde e de fomentar a atividade privada nessa área desencadeou além do crescimento vertiginoso do sistema privado suplementar, uma série de embates, que impôs a implantação de agentes de regulação. “A expansão do setor supletivo que se deu na década de 1980 foi acompanhada pelo crescimento no número de queixas de interrupção de atendimento, aumento de preços e negativas de cobertura para determinados procedimentos”. (SATO 2007)

A Lei 9.656/98, aprovada em junho de 1998, com efetiva vigência apenas a partir de janeiro de 1999, conforme Lima (2005) estabeleceu os principais marcos do setor e definiu relações entre operadoras, produtos e seus beneficiários. A partir dessa Lei “todas as segmentações existentes, passaram a ser reguladas pelo Conselho Nacional de Saúde Suplementar (Consu) e fiscalizadas pelo Ministério da Saúde excetuando-se os assuntos referentes a reajustes que continuaram a ser dispostos pela Susep²⁰” (ARAÚJO 2004).

A regulação ocorre fora do campo de atuação da atividade regulada e com ela não guarda similaridade, afirma Ismael Mata *apud* Motta²¹. Sua atuação limita a liberdade de agir do regulado e impõe a este a conduta por ela desejada. Sendo uma política pública deve se dirigir para a defesa do interesse público e através de um processo dinâmico assegurar que os serviços prestados não sofram solução de continuidade. Motta defende que a regulação somente encontra sua razão de existir quando promove a competitividade e que mesmo em países com larga experiência “é um processo dinâmico, cambiante, que apresenta matizes diferenciados em cada lugar e momento histórico, prolongando-se pelos tempos futuros” (MOTTA 2003:53).

Os defensores do modelo regulador na saúde, seguidores da teoria do interesse público, encontram nas falhas de mercado a justificativa para a intervenção do Estado, a quem cabe estabelecer normas que garantam padrão de qualidade no atendimento, coíbam as praticas de preços abusivos, respeitem o sigilo das informações médicas de seus clientes e desanimem irregularidades administrativas por parte das operadoras.

De fato, as relações comerciais que se estabelecem nesse segmento do mercado apresentam propriedades econômicas específicas²² que ora inviabilizam a concorrência perfeita na saúde suplementar, como a assimetria de informações e a concentração dos beneficiários do sistema nas grandes operadoras, ora contribuem para os crescentes custos, como a inelasticidade²³ da demanda ao preço, a introdução de tecnologia e a baixa mobilidade dos fatores de produção.

A assimetria de informações ocorre em face do cliente do setor não deter conhecimento suficiente para orientar suas decisões sobre o tipo de serviço que deve comprar. Não conhecer os custos dos serviços que está contratando, não poder escolher o momento certo para se vincular a ele, e o mais grave não ter disponível no mercado outro produto/serviço que possa substituí-lo.

Por outro lado as operadoras de planos e seguros de saúde desconhecem o estado de saúde dos consumidores, têm pouca influência na relação prestadores de serviços/consumidores e devido a isso passam a cobrar um prêmio de valor superior ao que indivíduos saudáveis estariam dispostos a pagar.

Da assimetria de informações derivam a seleção adversa que se refere a auto-exclusão de consumidores quando consideram alto o valor do plano ou seguro saúde em relação ao que gastariam numa eventual necessidade. E o risco moral, que é a sobre utilização dos serviços cobertos pelo contrato, em parte induzido pelos profissionais da saúde²⁴.

A inelasticidade da demanda ao preço está ligada a necessidade das famílias de independente do valor cobrado, manter os serviços de saúde disponíveis. Sem competição e sem regulação, o setor fica livre para praticar preços de monopólio, característico dos mercados imperfeitos. “Em certa medida, essa característica da demanda permite que, em geral, a variação do nível de preços dos serviços médicos, hospitalares e de medicamentos seja maior do que a taxa média de inflação da economia” (OCKÉ-REIS. ANDREAZZI, SILVEIRA 2006)

Evidencia-se, portanto, que a necessidade do instituto da regulação nos moldes atuais se deu devido a ideologia subjacente as reformas administrativas do Estado brasileiro, sobretudo a gerencial. Para Campos²⁵, escrevendo sobre a forma neoliberal de produção de serviços de saúde no Brasil, há uma clara dependência desse modelo para se tornar viável, das ações complementares do Estado. E isso justifica a criação da ANS pela Lei 9.961/2000, no entanto, “o projeto neoliberal consegue, ideologicamente, e só ideologicamente, demonstrar-se válido e eficaz para debelar crises. Contudo, as soluções pregadas revelam-se amargas e insuficientes” (MOTTA 2003:41).

O sistema de saúde suplementar tem sido alvo de várias pesquisas e os estudos têm demonstrado que a procura pelos planos de saúde no Brasil, atingindo hoje, aproximadamente, 24,4% da população²⁶ com uma receita em 2010 de mais de setenta e dois bilhões de reais, está diretamente ligada a propagada superioridade da assistência prestada pelo setor privado comparado ao público, traduzida pela qualidade do atendimento, fácil acesso aos serviços e segurança de que estes não faltarão quando necessários.

Tabela 1 - Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano (Brasil - 2000-2011)

Data	Assistência médica com ou sem odontologia	Exclusivamente odontológico
Dez/00	30.705.334	2.761.608
Dez/01	31.132.361	3.234.364
Dez/02	31.105.254	3.788.701
Dez/03	31.771.197	4.447.374
Dez/04	33.673.600	5.456.603
Dez/05	35.010.992	6.133.143
Dez/06	36.861.542	7.277.370
Dez/07	38.600.488	8.838.100
Dez/08	40.525.409	10.380.069
Dez/09	41.960.708	12.725.009
Dez/10	45.717.629	14.669.586
Mar/11	46.634.765	15.268.093

Fonte: SIB/ANS/MS - 03/2011 61902858

O crescimento de vínculos a planos de saúde apresentou do final do ano 2000 até o primeiro trimestre de 2011 uma taxa de crescimento superior a 51% no segmento da assistência médica hospitalar com ou sem odontologia. Já o segmento exclusivamente odontológico apresentou um aumento em torno de 452% no número de beneficiários conforme tabela 1.

No entanto, a análise dos dados presentes no relatório de atividades 2010 da ouvidoria da ANS fornece a informação de que é baixo o nível de satisfação dos beneficiários do sistema. As reclamações equivalem, com exceção para o ano de 2005, mais de 60% da demanda recebida, sustentando aquilo que Kissler e Heidemann²⁷ constataram ao avaliarem as reformas na administração pública alemã e Matias Pereira²⁸ quando avaliou as reformas na Austrália, Nova Zelândia e Reino Unido, o cidadão não se encontra satisfeito com as mudanças ocorridas no setor público.

Tabela 2 - Demandas recebidas pela ouvidoria da ANS entre 2005 e 2009

ANO	RECLAMAÇÕES	CONSULTAS	SUGESTÕES	ELOGIOS	TOTAL
2005	648	520	153	9	1330
2006	925	411	126	6	1468
2007	694	412	21	4	1131
2008	1338	711	17	43	2109
2009	2923	1253	39	206	4421
2010	4562	2228	94	345	7229

Fonte: Relatório anual de atividades 2010 da ouvidoria da ANS

A regulação realizada pelo governo brasileiro através da ANS não atende às expectativas da expressiva maioria dos usuários que se manifestaram utilizando a ouvidoria da Agencia. No relatório da ouvidoria de 2009 entre as maiores queixas estava a negativa de cobertura assistencial. O documento de 2010 não traz informações a este respeito. Em 2009 a ouvidoria da agencia recomendou melhoria na comunicação entre a ANS e os atores do sistema. Mas os dados da tabela 2 refletem a pequena participação destes, atingindo apenas 0,011% em 2010, confirmando a análise de Peci²⁹, para quem a participação da população alvo dos serviços regulados no Brasil é ínfima.

Oito modalidades de empresas compõem o setor: Administradoras, cooperativas médicas, cooperativas odontológicas, instituições filantrópicas, autogestões (patrocinadas e não patrocinadas), seguradoras especializadas em saúde, medicina de grupo e odontologia de grupo.

As empresas na modalidade autogestão³⁰ oferecem cobertura de atenção à saúde restrita a públicos vinculados a conselhos profissionais e entidades de classe, a sindicatos, federações e confederações sindicais, a associações profissionais, a cooperativas, a caixas de assistência e fundações de direito privado, entre outras entidades, algumas delas com a

obrigatoriedade de ter se estabelecido a pelo menos um ano, e atende no Brasil, conforme números da Agência Nacional de Saúde - ANS, órgão regulador do mercado de saúde suplementar, uma população de 5.450.249 indivíduos com tendência a queda. As seguradoras possuem 5.643.375 contratos ativos e as filantropias 1.507.582.

As medicinas de grupo são predominantes no mercado e atualmente detêm a maior fatia de beneficiários do sistema com 17.286.006 vínculos, acompanhada pelas cooperativas médicas que possuem 16.747.553 clientes. Os números expressam a concentração dos beneficiários nas empresas verticalizadas do setor. “A combinação garante uma taxa de lucro mais estável, fortalece a posição da empresa combinada em relação à simples, permite o aperfeiçoamento técnico e leva à eliminação do comércio” (LÊNIN 2005:19)³¹.

Criadas por profissionais da área médica, em sua maioria, estas empresas reúnem diferentes ramos da indústria da saúde com o objetivo de maximizar os lucros e dominar o mercado. Contudo, “é simples ingenuidade imaginar que seria possível reverter ao tipo de organização capitalista flexível, que é baseado na concorrência de preços, e corresponde a uma fase do progresso tecnológico que está longe no passado”. E continua, “as vultosas imobilizações de capital que elas exigem são incompatíveis com a flexibilidade de custos requerida pela concorrência de preços” (FURTADO 2003:177-178).

Os números divulgados pela ANS apontam para a concentração do número de beneficiários nas grandes empresas e nas regiões mais ricas do Brasil. Esse comportamento do mercado exige das operadoras para continuarem ativas o emprego de enormes capitais e inviabiliza a entrada de novas empresas, particularmente nas Regiões Norte e Nordeste, que só seria possível com o aumento significativo de demanda.

Tabela 3 - Distribuição dos beneficiários de planos privados de saúde entre as operadoras, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil - março/2011)

Assistência médica com ou sem odontologia

Nº de Beneficiário	Nº de Operadoras	Percentual de Beneficiários
4.794.490	2	10,30%
10.329.911	6	22,20%
14.598.962	11	31,30%
18.947.870	19	40,60%
23.411.051	35	50,20%
28.046.837	65	60,10%
32.692.596	112	70,10%

37.311.301	192	80,00%
41.950.711	342	90,00%
41.950.711	1040	100,00%

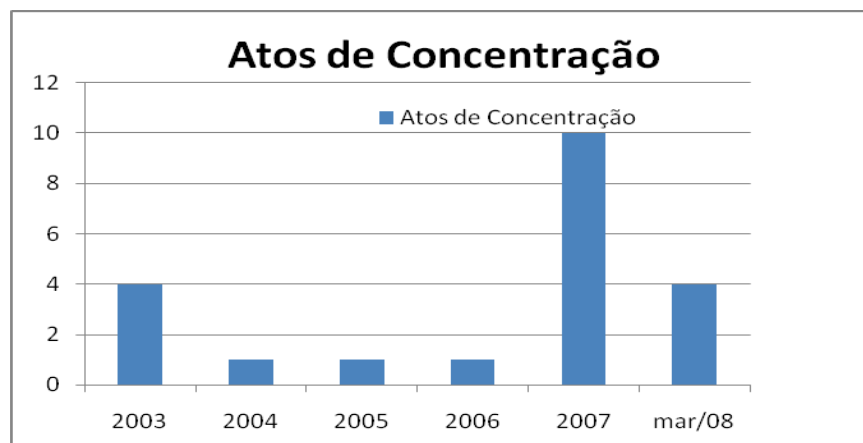
Fontes: SIB/ANS/MS - 03/2011 e CADOP/ANS/MS - 03/2011

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2011

A tendência a concentração se afirma no crescimento do público atendido pelo setor ao mesmo tempo em que se registra queda do número de empresas ativas. De dezembro de 2000 a março de 2010, foram cancelados 1842 registros de operadoras. Atualmente das 1.040 operadoras de assistência médica com ou sem odontologia 65 concentram mais de 60% dos beneficiários do sistema.

A Constituição Federal no capítulo dedicado aos Princípios Gerais da Atividade Econômica trata a livre concorrência como fundamento basilar, assim a dominação de mercados deve ser reprimida e os atos praticados contra a ordem econômica punidos. Na saúde suplementar a partir de 2007 os atos de concentração no setor submetidos ao Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência cresceram significativamente³².

Gráfico 2: Atos de Concentração na Saúde Suplementar submetidos ao SBDC



Fonte: <http://anstabnet.ans.gov.br>

Os atos de concentração ocorrem quando há fusão, incorporação, agrupamento de empresas com o objetivo de dominar mercados e eliminar a concorrência. Segundo o Guia Prático do CADE existe a concentração horizontal, que acontece pela ação de agentes econômicos distintos na oferta de bens e serviços similares. E a concentração vertical presente na oferta de bens e serviços da mesma cadeia produtiva. No Brasil se forem observadas as operadoras em seu local de competição “há concentração em 23 das 27 unidades da federação entre as operadoras que comercializam planos odontológicos, com a maior empresa detendo

mais de 20% dos beneficiários. Entre as operadoras médico-hospitalares, a concentração está presente em 18 estados” (PIETROBON, PRADO, CAETANO 2008).

A atuação da ANS introduzindo regras no setor, como a oferta do rol de procedimentos, pacote mínimo obrigatório, e as condições de entrada, manutenção e saída desse mercado, afugentou, embora ainda sejam em maior número, as operadoras de pequeno porte, aumentando ainda mais o seu caráter concentrador.

Com base nisso é possível afirmar que a Agencia considera que o mercado de saúde suplementar, dada a presença do risco de insolvência e da assimetria de informações tende a melhorar sua eficiência com a redução de números de empresas ativas, e dessa forma a concentração de mercado não seria em si um mal.

Sua escolha se fundamenta no que defende a “Escola de Chicago”³³, para a qual a decisão de considerar a concentração como variável principal na análise antitruste é incorreta, o que deve ser visto é se essa concentração favorece a produção com menor custo. Morin chama atenção para a cegueira que se instala no uso do conhecimento unidimensional e para a prática mutilante que ocorre pela utilização do conhecimento mutilado, e adjetiva de má teoria àquela que se pretende dona da verdade, “a teoria que tudo sabe detesta a realidade que a contradiz e o conhecimento que a contesta” (MORIN 2009:99).

Dado o caráter essencial dos serviços intermediados surge o temor de que a Agencia atuando num mercado oligopolista perca sua autoridade de ente regulador. “Tais agentes econômicos são movidos por uma lógica economicista (...), e dados os instrumentos de coerção legitimada e persuasão à disposição da agência reguladora, ninguém sabe ao certo em que medida a ANS detém precondições para subordinar os oligopólios às diretrizes das políticas de saúde” (OCKÉ-REIS 2007)

O modelo no qual tem se firmado o mercado de saúde suplementar no Brasil traz sérias dificuldades a ANS para garantir a qualidade da cobertura dos serviços e a estabilização dos preços. Os autorizados a atuar no mercado, para garantir o sucesso de seu empreendimento, têm buscado o lucro se utilizando entre outros dos atos de concentração, que limita a competitividade no setor. Diante de tal realidade “seria uma ingenuidade assustadora

acreditar que os investimentos realizados (...) têm um caráter social no sentido da universalização do consumo dos serviços pelos cidadãos”. (MOTTA 2003:36)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reformas administrativas do aparelho estatal brasileiro nunca buscaram a construção de um Estado social, todos os esforços se dirigiram para a formatação de um regime favorável ao sistema capitalista.

O padrão duplo do modelo varguista deixando os setores responsáveis pelas políticas de saúde, educação e segurança dominados pelo clientelismo enquanto nos outros se instalava uma moderna burocracia, respondeu aos interesses da classe dominante.

A opção dos militares de investir significativamente na administração indireta esquecendo a administração dos órgãos responsáveis pela execução das políticas sociais manteve o mesmo propósito.

No mesmo sentido se fez a transferência para a iniciativa privada da produção de bens e serviços no governo FHC, promovendo o desmantelamento do Estado, dilapidando o fundo público em pró de instituições privadas, fazendo erigir novas estruturas para tornar o ambiente seguro para os investimentos privados e aprofundando o modelo liberal anteriormente adotado pelos dirigentes nacionais, agora batizado de neoliberal.

A hegemonia do pensamento neoliberal sustentou-se nas estratégias de luta ideológica e cultural, levando a opinião pública a aderir ao projeto implantado que flexibilizou o mercado de trabalho, reduziu os direitos sociais e criou as condições necessárias para o rápido e expressivo desenvolvimento do mercado de saúde suplementar.

Os atores mais interessados nessa dominação ideológica na saúde foram os empresários da medicina de grupo, as seguradoras vinculadas a bancos privados, os dirigentes e ou proprietários de hospitais beneficentes, filantrópicos ou privados, médicos e odontólogos. A eficiência das ações desenvolvidas em favor desse projeto é comprovada pelo número de contratos ativos no setor e sua crescente receita.

Discursos sobre a necessidade de regular o setor de saúde suplementar ecoaram. Todos fundados na teoria do interesse público, para a qual a regulação existe devido a existência de falhas no mercado. Discussões com base na teoria da captura, que defende a regulação como interações de interesses privados, não alcançaram os consumidores.

Faltou sinceridade aos reformadores do Estado quando propagaram a neutralidade do ato de regular, geralmente ele beneficia os atores mais organizados do sistema, nesse caso as operadoras de planos de saúde. Perdeu-se a oportunidade de através do debate construir um ambiente regulatório que respondesse de forma efetiva, dentro do modelo adotado, às ameaças do mercado responsável pela comercialização de um bem gravado na CF/88 como direito fundamental do homem, mas tratado como mercadoria.

A aposta na competição como mecanismo de controle se mostrou falha. O Estado brasileiro não conseguiu criar um ambiente competitivo, em vez disso tem promovido a concentração do mercado de saúde suplementar, ferindo frontalmente a Lei nº 8.884/1994 criada para prevenir e reprimir às infrações contra a ordem econômica orientada pelos preceitos constitucionais de liberdade de iniciativa, livre concorrência, função social da propriedade, defesa dos consumidores e repressão ao abuso do poder econômico, e assim põe em xeque a existência da própria ANS.

O possível fracasso desta Agência, ao tempo que confirmará os temores das vozes dissonantes, frustrará os brasileiros que acreditando ou não nas propostas neoliberais apresentadas, foram empurrados para a saúde privada intermediada pelas operadoras, dado o desmantelamento do setor público.

As conquistas da sociedade brasileira durante a Assembleia Constituinte foram dizimadas pelo Estado regulador. A regulação da saúde suplementar no Brasil ancorada na ideologia neoliberal destrói a possibilidade de construção de um sistema de saúde universal e equânime previsto na Constituição Federal de 1988.

Não há compatibilidade do regime democrático brasileiro com o neoliberalismo subjacente ao movimento de reforma da década de 1990 nem no seu significado jurídico-institucional. Visto que ao igualitarismo na saúde imposto pela CF/88, o neoliberalismo

responde com a igualdade de condições para todos os cidadãos. E ao defender o desenvolvimento individual privilegia o mais forte, massacra o mais fraco, ignora a função social da propriedade privada e agrava as desigualdades presentes na sociedade brasileira. Tais valores neoliberais presentes na criação e atuação da ANS agridem a constituição cidadã brasileira, favorecem a ação de captura do público pelo privado, instalam as novas bases patrimonialistas e mantém a maior parte dos cidadãos brasileiros sem adequada assistência médica.

¹ Dados disponível em <http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-gerais>

² Tratava-se de um cipoal de ordenamentos gerais, encargos, atribuições, circunscrições, disposições particulares e missões extraordinárias que não obedeciam a princípios uniformes de divisão de trabalho, simetria e hierarquia. O caos legislativo fazia surgir num lugar funções que não existiam em outros; competências a serem dadas a um servidor quando já pertenciam a terceiros; subordinações diretas que subvertiam a hierarquia e minavam a autoridade. (Costa, 2008)

³ Termo empregado para indicar funções da administração pública guiada por normas, atribuições específicas, esferas de competência bem delimitadas, regras hierárquicas e critérios de competência técnica para seleção de funcionários.

⁴ Teoria nascida dentro da administração em torno de 1940.

⁵ Torres, *op cit*

⁶ Modelo de Estado que se situa entre intervencionista e liberal.

⁷ É interessante o relato de Bresser Pereira (1998) com relação as alianças que se formaram entre as elites internacionais, que “se identifica com a classe dirigente em qualquer formação social” e a direita neoliberal, e mais tarde daquela com o que o autor chamou de nova esquerda moderna e reciclada para orientar as reformas financiadas pelo Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento.

⁸ Os reformadores têm-se esforçado para fazer o maior número possível de cortes; o Estado tem sido definido a partir do que sobra, depois de todos os cortes. No Reino Unido e na Nova Zelândia, isso levou a um processo de privatização de empresas estatais que durou anos. Nos Estados Unidos, cujo setor público era muito menor, o processo foi muito menos ordenado: jogou-se ao mar, para fora do barco do Estado, tudo quanto, à primeira vista, não tivesse utilidade imediata. Kettl (2003:77)

⁹ Para saber mais sobre isso ler Economia Política: uma introdução crítica de José Paulo Netto e Marcelo Braz 2007.

¹⁰ Nesse estudo a autora também destaca o papel do FMI, OCDE e Banco Mundial na imposição do modelo aos diversos países.

¹¹ Ministro da Administração e Reforma do Estado do governo FHC.

¹² Cruz *op cit*

¹³ Garcia pp 53, 54,56

¹⁴ Foucault explica o nascimento da medicina social trazendo o exemplo da medicina estatal na Alemanha, da medicina urbana na França e da medicina dos pobres na Inglaterra. O autor afirma que o sucesso do modelo inglês se deu devido a coexistência de uma medicina assistencial, uma administrativa e uma medicina privada.

¹⁵ Giambiagi; Além 2008 pp 278,279

¹⁶ SILVA. 2008 p 308

¹⁷ Nesse contexto, a industrialização acelerada em alguns países dependentes, como o Brasil, explica-se pelo deslocamento de centros de produção das empresas multinacionais para países com salários e preços de matérias-primas mais baixos, diminuindo os custos da produção. (...) As repercussões sociais advindas da 'acumulação flexível' são enormes, aprofundando as desigualdades sociais tanto em países centrais como (e principalmente) em países periféricos. Níveis crescentes de desemprego estrutural, rápida destruição e reconstrução das habilidades, defasagem nos salários reais e retrocesso do poder sindical são alguns exemplos citados. (Pires e Demo:2006)

¹⁸ Art. 196 da CF :a saúde é direito de todos e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

¹⁹ No âmbito da saúde, a superposição de modelos de proteção social afetou os valores e a velocidade de estruturação do Sistema Único de Saúde. O direito universal à saúde, princípio basilar de um Sistema Único de Saúde abrangente e inclusivo, seria assegurado pela ampliação e diversificação das fontes de financiamento da Seguridade Social. Tal aporte adicional de recursos viabilizaria a extensão de coberturas antes, exclusivas aos empregados vinculados ao mercado formal de trabalho e seus dependentes, a todos os brasileiros. (...) O desfinanciamento do SUS, conseqüente ao compromisso dos sucessivos governos de obter elevados superávits primários e da “desconstitucionalização” do orçamento da Seguridade Social, comprometeu a premissa de universalidade do acesso à saúde. (Bahia 2005)

²⁰ Superintendência de Seguros Privados

²¹ Motta *op cit*

²² Para saber mais sobre isso ler CECHIN, José. A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulação. São Paulo: Saraiva: Letras & Lucros, 2008

²³ Ver Ocke-Reis *op cit*

²⁴ Releva mencionar a assimetria de informação na relação médico-paciente, por ser esta outra falha bastante característica do mercado de assistência à saúde. Subsiste uma relação técnica entre assistência à saúde e resolutividade do problema de saúde, que é o conhecimento que só o médico (provedor) detém. Assim, ao desconhecer as condições da incidência da doença e a eficácia no tratamento, o consumidor revela enorme dependência do provedor do serviço. É ele quem, a rigor, indicará quais tipos de serviços, medicamentos e exames deverão ser consumidos para um dado quadro de sintomas. Essa posição pode influenciar ao mesmo tempo oferta e demanda. Os médicos têm o poder de induzir a demanda, com a solicitação de procedimentos desnecessários pelo lado da oferta de serviços, problema relativamente contumaz entre os provedores e os consumidores, em função da desigualdade de informações. (Gouveia, 2004)

²⁵ Campos, *op cit*.

²⁶ As tabelas, gráficos e demais dados presentes nesta parte do estudo têm como fonte a ANS www.ans.gov.br

²⁷ Kissler; Heidemann *op cit*

²⁸ Matias Pereira *op cit*

²⁹ Peci *op cit*

³⁰ Resolução Normativa – RN N° 137, de 14 de novembro de 2006

³¹ Lênin citando Hilferding, 2005 p19

³² Dados disponíveis em: <http://anstabnet.ans.gov.br/data/>

³³ A Escola de Chicago representa na economia uma corrente que defende o livre mercado.

REFERÊNCIAS

BAHIA, L. **Padrões e Mudanças no Financiamento e Regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o Público e Privado**. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sausoc/v14n2/03.pdf> Acesso em: 02 ago. 2010

BERCOVICI. G.; ANDRADE. J. M. A. de; & MASSONETTO. L. F. Reforma do Estado, prestação de serviços públicos, contribuições especiais e federalismo. **RIPE – Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos**, Bauru, v. 40, n. 45, p. 171-193, jan./jun.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **A Reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle / Luiz Carlos Bresser Pereira**. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997. 58 p.(Cadernos MARE da reforma do estado; v. 1). Disponível em: www.bresserpereira.org.br/documents/mare/cadernosmare/caderno01.pdf Acesso em: 25.04.2010

_____. Ministério da Fazenda. Secretaria de Acompanhamento Econômico. Análise de Fusões e Aquisições no Setor de Saúde Suplementar. Disponível em: <<http://anstabnet.ans.gov.br/data/files/8A958865266CAFE201268EBE11196B87/Priscila%20Santana.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2010.

_____. Ministério da Justiça. Guia Prático do CADE : a defesa da concorrência no Brasil/ Conselho Administrativo de Defesa Econômica. 3. ed. revista, ampliada e bilíngue. São Paulo: CIEE, 2007. 112 p. ; il. (Coleção CIEE Especial = CIEE Special Colection) 1. Economia-Brasil I. Título II. Série CDU. Disponível em: <www.cade.gov.br/publicacoes/guia_cade_3d_100108.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2010.

CAMPOS. G. W. S. **Reforma da Reforma: repensando a saúde**. 2ª Edição, São Paulo: HUCITEC. 1997

CECHIN. J. **A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulação**. São Paulo: Saraiva: Letras & Lucros, 2008.

COSTA. F. L. da. **Brasil: 200 anos de Estado, 200 anos de administração pública, 200 anos de reformas**. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rap/v42n5/a03v42n5.pdf> Acesso em: 09 fev. 2010.

CRUZ. V. **Estado e regulação: fundamentos teóricos**. In Regulação e Agencias Reguladoras: governança e análise de impacto regulatório/ Pedro Ivo Sebba Ramalho (Org.) – Brasília: Anvisa. 2009. Disponível em: <www.anvisa.gov.br/divulga/public/Regulacao.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2010.

FARIAS, L. O. & MELAMED, C. **Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2003, vol.8, n.2, pp. 585-598. Disponível em: <www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/>. Acesso em: 12 ago. 2009.

FLEURY, S. **Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído.** Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000300010&script=sci_arttext> Acesso em: 03 mar. 2010.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**/Michel Foucault; organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

GOUVEIA, M. T. C. de S. **O modelo de Agência Reguladora e a ANS: construção do regime regulatório na saúde suplementar.** Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz: 2004. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>> Acesso em: 03 mai.2010.

GARCIA, J. C. **As ciências Sociais na Medicina.** In: Pensamento social em saúde na América Latina. NUNES, Everardo Duarte (org.). São Paulo: Cortez, 1989

GIAMBIAGI, F. & ALÉM, A. C. **Finanças públicas: teoria e prática no Brasil.** 3ª edição revista e atualizada. Rio de Janeiro: Campus, 2008.

KETTL, D. F. **A revolução global: reforma da administração do setor público.** In Reforma do Estado e administração pública gerencial/ Orgs. Luiz Carlos Bresser Pereira e Peter Kevin Spink: tradução Carolina Andrade. 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora FGV. 2003.

KISSLER, L. & HEIDEMANN, F. G. **Governança pública: novo modelo regulatório para as relações entre Estado, mercado e sociedade?** Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rap/v40n3/31252.pdf> Acesso em: 20 fev. 2010.

LIMA, C. R. M. de. **Informação e Regulação da Assistência Suplementar à Saúde /** Clóvis Ricardo Montenegro de Lima. Rio de Janeiro: E-Papers Serviços Editoriais, 2005. 1ª edição. 110 pág. Disponível em: www.ans.gov.br Acesso em: 03.05.2010.

LOBATO, L. de V. C. **Dilemas da institucionalização de políticas sociais em vinte anos da Constituição de 1988.** Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300008> Acesso em: 13 mar. 2010.

MORIN. E. **Ciência com consciência**/Edgar Morin; trad. de Maria D. Alexandre e Maria Alice Sampaio Dória. Ed. Revista e modificada pelo autor. 4ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

MOTTA. P. R. F. **Agências Reguladoras**. Barueri, SP: Manoele, 2003.

OCKÉ-REIS. C. O. **Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000400025&script=sci_arttext&tlng=e>. Acesso em: 03 ago. 2010.

_____. ANDREAZZI, M. de F. S. & SILVEIRA, F. G. **O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do estado?** Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-98482006000100007&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 jul. 2010.

ONU. Panorama Social da América Latina 2009/Comissão Econômica para América Latina. Disponível em: <www.cepal.org/publicaciones/xml/9/37839/PSE2009-Cap-I-pobreza.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2010.

PECI. Alketa. **Reforma Regulatória Brasileira dos Anos 90 À Luz do Modelo de Kleber Nascimento**. RAC - Revista de Administração Contemporânea. Jan-mar, ano/vol 11. Número 001. pp.11-30. ANPAD – Associação Nacional de Pós Graduação e Pesquisa em Administração. Curitiba. 2007. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/840/84011102.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2010.

PIETROBON. L.; PRADO, M. L. do & CAETANO, J. C. **Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400009>. Acesso em: 02 ago. 2010.

PIRES. M. R. G. M. & DEMO. P. **Políticas de saúde e crise do Estado de Bem-Estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 15 mar. 2010.

PIROTTA. F. de A. **O fenômeno da captura nas agências reguladoras**. Disponível em: <<http://www.buscalegis.ccj.ufsc.br/revistas/index.php/buscalegis/article/viewFile/19678/19242>>. Acesso em: 19 jul. 2010.

SATO. F. R. L. **A teoria da agência no setor da saúde: o caso do relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as operadoras de planos de assistência**

supletiva no Brasil. RAP Rio de Janeiro 41(1):49-62, Jan./Fev. 2007. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rap/v41n1/04.pdf. Acesso em: 20/07/2010

SILVA. J. A. da. **CURSO DE DIREITO CONSTITUCIONAL POSITIVO.** 30ª edição, São Paulo: Malheiros Editores 2008.

TORRES. M. D. de F. **Estado, democracia e administração pública no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.