

GUILLERMO JAVIER PEDREIRA ETKIN

EQUIDADE E SAÚDE SUPLEMENTAR NA BAHIA: UMA ANÁLISE A
PARTIR DOS DADOS DA PNAD 1998 E 2003

SALVADOR

2006

GUILLERMO JAVIER PEDREIRA ETKIN

EQUIDADE E SAÚDE SUPLEMENTAR NA BAHIA: UMA ANÁLISE A
PARTIR DOS DADOS DA PNAD 1998 E 2003

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Ciências Econômicas, Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal da Bahia como requisito parcial à graduação.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Gilca Garcia de Oliveira

SALVADOR

2006

Guillermo Javier Pedreira Etkin

**EQUIDADE E SAÚDE SUPLEMENTAR NA BAHIA: UMA ANÁLISE A
PARTIR DOS DADOS DA PNAD 1998 E 2003**

Data de defesa:

Banca Examinadora:

Prof^ª.

Prof^º.

Prof^ª.

“... Temos guardado um silêncio bastante parecido com a estupidez...”
(Proclamação insurrecional da Junta Tuitiva na cidade de La Paz em 16 de julho de 1809).

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai e à minha mãe, que me fizeram ver o mundo com um horizonte maior, me apoiaram, me estimularam e me ensinaram.

A minha tia Lícia, pelas aulas de palavras e demais lições de vida desde muito tempo atrás.

À professora Gilca pela paciência, dedicação e por acreditar no estudo que se enriqueceu sem medidas com o seu apoio.

Aos professores da FCE-UFBA, em especial, Plínio de Moura, Luis Filgueiras, Oswaldo Guerra, Ihering Alcoforado, Elaine Norberto, Lielson Coelho e Osmar Sepúlveda.

Aos amigos do Programa de Economia da Saúde, em especial a Cláudia Darede, Martha Teixeira, Geovane Santana, Harrison Floriano, Alex Rodriguez, Luciano Damasceno, William Peti, Carol Ramos, Érika Aragão e Alice Firmino.

Aos colegas que me ajudaram, me divertiram, me ajudaram e, sem sombra de dúvida têm um valor incomensurável na minha formação, como: Lucas Araújo, Bruno Pinheiro, João Lepikson, João Cordeiro, Iuri Sampaio, Paulo Sérgio, Leonardo Belitardo, André Greve, Davi Courtinaz, Silvanio Magno, Saulo da Rocha, Alan Chaves, Ian Nunes, Tiago Franklin e Antônio Matheus.

À Ludmila pela parceria de vida que me deu ânimo pra continuar nos momentos de maior procrastinação e dividiu comigo os percalços e frutos desse *sendero acadêmico*.

RESUMO

A maioria dos estudos sobre equidade em saúde versa sobre a saúde pública. No entanto, é importante estudar a questão da equidade em saúde com respeito ao mercado de Saúde Suplementar, já que este está constitucionalmente determinado a cumprir com este princípio constitucional. Assim, este estudo apresenta a relação de cobertura da população por planos de saúde entre as regiões e entre os estados da região nordeste, destacando a disparidade inter e intra-regional da cobertura. Além disso, busca identificar como as chances de determinados perfis sócio-econômico de consumidores de Planos de Saúde na Bahia variaram, considerando-se um período anterior à criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e outro posterior. Por meio de uma regressão logit, a partir dos dados da PNAD 1998 e 2003, observou-se que todas as chances de ter um Plano, para todos os perfis aumentaram. Apesar disso, através dos dados analisados foi possível inferir que a regulação não conseguiu conduzir o mercado de Planos e Seguros de Saúde de acordo com o princípio constitucional de saúde referente à equidade.

Palavras-chave: Saúde suplementar – Bahia. equidade em saúde. regulação. modelo logit e perfil sócio-econômico.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1 COMPOSIÇÃO DO GASTO COM SAÚDE, PAÍSES SELECIONADOS, 2003 CUBA.....	16
GRÁFICO 2- COMPOSIÇÃO DO GASTO COM SAÚDE PAÍSES SELECIONADOS, 1998 E 2003.....	17
GRÁFICO 3: DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DA RECEITA DAS OPERADORAS	18
QUADRO 1: DEMANDA E OFERTA DE SAÚDE NO BRASIL, 2002.....	19
GRÁFICO 4: MÉDIA DO PERCENTUAL DO GASTO COM SAÚDE EM RELAÇÃO AO PIB DO G-7	21
TABELA 1: INFLAÇÃO ACUMULADA DO SETOR SAÚDE, REAJUSTES DA ANS E REAJUSTE REAL – BRASIL, 2000 A 2006	27
GRÁFICO 5:TAXA DE COBERTURA POR PLANOS DE SAÚDE SEGUNDO AS GRANDES REGIÕES E UNIDADES DA FEDERAÇÃO,BRASIL MARÇO/2006.....	31
TABELA 2: NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE E TAXA DE COBERTURA, REGIÃO NORDESTE, BRASIL - MARÇO/2006.....	32
TABELA 3: GASTOS DAS FAMÍLIAS COM SAÚDE EM PERCENTUAL NA BAHIA, 2002-2003 E RMS, 1987, 1996	34
TABELA 4: PERCENTUAL DAS DESPESAS COM SAÚDE POR CATEGORIA DE RENDA NO ESTADO DA BAHIA, 2002-2003	35
TABELA 5: BENEFICIÁRIOS POR TIPO DE CONTRATAÇÃO – BAHIA – 2000, 2005	36
GRÁFICO 6: DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO DA BAHIA POR FAIXAS DE RENDA (0 A 2 S.M. , 2 A 5 S.M., 5 A 10 S.M. E MAIS DE 10) – PNAD 1998 E 2003.	38
GRÁFICO 7: DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO DA BAHIA POR AUTO- DECLARAÇÃO DE COR – PNAD, 1998 E 2003.....	39
GRÁFICO 8: DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO DA BAHIA POR POSSE DE PLANO DE SAÚDE – PNAD 1998 E 2003.	40
QUADRO 2: DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS CONFORME PNAD.....	41
TABELA 6: ESTIMATIVA DA REGRESSÃO LOGIT – PNAD 1998.....	42
TABELA 7: ESTIMATIVA DA REGRESSÃO LOGIT – PNAD 2003.....	42
TABELA 8: ESTIMATIVA DA REGRESSÃO LOGIT – ANTILOG 1998 E 2003.....	43
TABELA 9: ESTIMATIVA DA REGRESSÃO LOGIT – PERFIS 1998 E 2003	44

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	A SAÚDE SUPLEMENTAR E O SISTEMA UNIVERSAL DE SAÚDE	11
2.1	SAÚDE SUPLEMENTAR, POLÍTICA ECONÔMICA E SOCIEDADE	11
2.1.1	O SUS e o projeto neoliberal	11
2.1.2	A criação da saúde suplementar	13
2.2	CUSTOS EM SAÚDE	20
2.3	AS FALHAS DE MERCADO	22
2.3.1	A assimetria de informações	23
2.3.2	Risco moral	23
2.3.3	Seleção adversa	25
2.3.4	Comportamentos oportunistas	23
2.4	A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR	25
3	A SAÚDE SUPLEMENTAR NA BAHIA	30
3.1	TAXA DE COBERTURA	31
3.2	GASTOS DAS FAMÍLIAS	33
3.3	TIPO DE CONTRATAÇÃO	36
4	ANÁLISE ECONÔMETRICA: AMOSTRA, MODELAGEM E RESULTADOS	38
4.1	ANÁLISE DA PNAD 1998 E 2003	38
4.2	MODELAGEM E RESULTADOS	41
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
	REFERÊNCIAS	47

1 INTRODUÇÃO

O termo Saúde Suplementar ganha notoriedade em 1988 a partir da Constituição Cidadã quando, em seu artigo 199, parágrafo primeiro, estabelece que:

As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. (BRASIL, 1988)

A partir de então, Saúde Suplementar passou a designar o mercado que engloba as instituições privadas que ofertam serviços de saúde, produzem materiais, medicamentos e equipamentos da área e também as financeiras que intermedeiam a relação demanda-oferta: os Planos e Seguros de Saúde¹.

Dado que “a saúde é o indicador que sintetiza os resultados do desenvolvimento econômico e social” (VENEZUELA, 2001, p.95) é importante estudar como a Saúde Suplementar e, mais especificamente, os Planos e Seguros de Saúde contribuem para atingir o princípio constitucional de saúde referente à equidade.

Nas últimas décadas a saúde tem obtido destaque nos estudos econômicos devido ao aumento do capital investido no ramo, ao grande desenvolvimento tecnológico do Complexo Médico e Farmacêutico internacional, aos avanços da saúde em geral e, mais especificamente no Brasil, devido às lacunas da assistência pública de saúde somada à ineficiência do setor privado. Percebendo que a “Saúde Suplementar tem tantas falhas de mercado e ao constatar que a saúde é um bem público” (PEREIRA, 2005, p.4) compreender os motivos que estão por trás do descompasso entre a oferta de serviços privados de saúde e as necessidades dos cidadãos, mesmo havendo uma agência reguladora delegada pelo Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), torna-se um desafio.

A maioria dos estudos sobre equidade em saúde versa sobre a Saúde pública. No entanto, é preciso compreender também a questão da equidade em saúde com respeito ao mercado de

¹ Este estudo não entrará no detalhamento do tipo de administração do Plano ou Seguro Saúde: se auto-gestão, cooperativa médica ou outro, considerar-se-á todos os tipos de administração.

Saúde Suplementar, sobretudo ao se observar que o mercado privado representa 56% dos gastos com saúde no País, cobrindo apenas 23% da população (ANS, 2006). Este dado representa uma redução em relação a 2002, quando o setor cobria 25% da população (BAHIA, 2005). A princípio poderia parecer menos importante esse novo foco, se analisarmos o mercado sob a ótica da economia dita tradicional, a ótica das teorias dominantes, onde o mercado aparentemente se movimenta de acordo com a “mão invisível” smithiana e teria uma dinâmica própria que resultaria no bem-estar social. Porém, dentro do debate entre os economistas ortodoxos e heterodoxos, não há um consenso de que a auto-regulação do mercado maximizaria os benefícios coletivos. Neste estudo entende-se que o mercado sozinho não atende aos interesses sociais (alguns mercados podem se distanciar mais, outros menos, dos interesses da coletividade), comportando-se, por vezes, de acordo com interesses de uma minoria e, portanto, precisa de intervenção estatal bem definida e ancorada em obras, pesquisas e fatos históricos que expressem o desejo comum da sociedade.

Outro ponto importante a ser ressaltado, que justifica uma intervenção estatal maior neste mercado (o de Planos e Seguros de Saúde), é a constatação de que ele opera com diversas falhas estruturais graves, tais como: seleção adversa, risco moral, informações assimétricas, dentre outras (FERNANDEZ, 2005) que fazem deste segmento econômico bastante peculiar e necessite de ações estatais, seja no intuito de estabelecer o arranjo institucional mais eficiente, seja com políticas mais agressivas para que os impactos sócio-econômicos deste mercado não estejam em desacordo com os princípios constitucionais, em desacordo com a normatização do Sistema Nacional de Saúde.

Para estudar a Saúde Suplementar na Bahia foram realizadas análises tabulares e gráficas, traçando um cenário que permitiu identificar a configuração deste mercado no Estado, avaliando a cobertura por regiões da federação, tipo de contratação e gastos com saúde entre períodos. Fez-se uma caracterização da população baiana quanto à cor ou raça, renda, sexo e posse de Plano de Saúde para os anos de 1998 e 2003, utilizando os dados da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (PNAD). Por último, foi realizada uma regressão utilizando o modelo de regressão logística para identificar as probabilidades de indivíduos, de acordo com perfis sócio-econômicos definidos terem acesso aos Planos de Saúde. As variáveis explicativas utilizadas foram cor ou raça, sexo e renda buscando verificar a probabilidade de se ter ou não Plano de Saúde para o período definido.

O estudo está dividido em cinco partes, sendo esta a sua primeira seção. A segunda seção trata da Saúde Suplementar e sua relação com o Estado brasileiro, os momentos históricos importantes para o seu desenvolvimento, as falhas de mercado inerentes a este mercado e a criação da ANS. Na terceira seção são feitas análises tabulares e gráficas sobre a distribuição geográfica dos Planos e beneficiários, cobertura populacional, tipos de contrato e gastos das famílias. A quarta seção trata faz uma análise da amostra colhida a partir dos micro-dados da PNAD de 1998 e 2003 e, em seguida, apresenta os principais resultados da regressão logística. A quinta e última seção apresenta as conclusões do estudo.

2 A SAÚDE SUPLEMENTAR E O ESTADO

2.2 SAÚDE SUPLEMENTAR, POLÍTICA ECONÔMICA E SOCIEDADE

2.2.1 O SUS e o projeto neoliberal

A Constituição Cidadã (1988) inova o setor de saúde no Brasil com a criação do Sistema Único de Saúde, o SUS. O novo sistema contemplava em seu arcabouço normativo os anseios do Movimento Sanitarista² que, através da chamada Reforma Sanitária reivindicava, em linhas gerais, a universalização da saúde: saúde igual para todos, independente da renda, etnia, região ou nacionalidade, a equidade na prestação dos serviços, ou seja, assistência às necessidades de acordo com as demandas específicas de cada segmento populacional e a integralidade, que consistia em realização de ações de saúde sobre o indivíduo, a coletividade e o meio através da prevenção e reabilitação. Entretanto, como avaliou Pereira (2005, p.3):

Os princípios universalistas e inclusivos, presentes no movimento que originou o SUS se desenvolveram num contexto de crise fiscal profunda, no qual as políticas sociais operavam num locus já extremamente congestionado, onde qualquer tentativa de implantação de uma nova política chocava-se com compromissos previamente assumidos. Na realidade, a universalização trouxe novas responsabilidades financeiras a um Estado já com sérias dificuldades de reversão do quadro social gerado no período autoritário e ainda exponenciado pela crise econômica.

Ao longo do funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) ganhos sociais importantes ocorreram, percebe-se que este foi responsável por uma transformação nos serviços de saúde do País com ações importantes Brasil adentro, tais como: ampliação do programa de vacinação, criação de postos de saúde, novos hospitais, implantação do Programa de Agentes Comunitários (PACS), Programa Saúde da Família (PSF), entre outros. Além disso, o novo sistema ampliou o acesso das camadas populacionais antes excluídas dos serviços de saúde por diversos fatores, entre eles barreiras geográficas e de escassez de oferta, uma vez que a saúde era ofertada pelas Santas Casas ou por Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), restritos aos cidadãos celetistas. Apesar do grande passo a frente, algo deu errado: ele não foi

² Movimento social que ganhou força na década de 80 e tinha como ideal atribuir ao Estado o dever de prover saúde universal, equânime e integral.

capaz de alcançar o resultado esperado e apesar dos inegáveis avanços sociais, deixa muito a desejar. O SUS funciona com enormes filas, funcionários mal pagos, desvios de conduta, demora no atendimento e falta de materiais e equipamentos, culminando na baixa qualidade do serviço. Para Cunha (2001, p.96):

Os descompassos entre o recomendado e o efetivado (...) resultam de dificuldades que podem ser agrupadas em três categorias: técnico-operacionais, gerenciais e financeiras, que tendem a ocorrer de forma interdependente. A mesma dificuldade pode estar relacionada com problemas de diversas ordens.

As deficiências do Sistema Único, oriundas da crise financeira da década de 80 e da opção de política econômica adotada pelo País, foram agravadas com o aprofundamento do neoliberalismo, na medida em que o Consenso de Washington recomendava a redução da participação do Estado nas políticas sociais, delegando ao mercado a responsabilidade de prestar serviços essenciais como educação, saúde, comunicação, dentre outros. Tal ideologia, a neoliberal, se tornou um “manual de política econômica” no Brasil, o último País da América Latina a adotar o neoliberalismo (Filgueiras, 2003), com o suporte de um valor que se difunde até os dias atuais: o valor de que o Estado é ineficiente, rótulo que ganhou adesão maior, em parte, por conta da crise sócio-econômica da década de 80 e das graves conseqüências sociais dela decorrentes.

Assim, as elites econômicas dispararam um ataque ferrenho contra o Estado desenvolvimentista, responsabilizando-o pela estagnação econômica e pelas altas taxas de inflação em fins da década de 80. Iniciou-se, então, a partir do governo Sarney e, principalmente, a partir do governo Collor e do governo Fernando Henrique Cardoso, uma tentativa de reforma do Estado, a partir do diagnóstico neoliberal. (OCKÉ-REIS, 1995, p.10)

Após o Consenso de Washington e a subsequente implantação do modelo neoliberal no Brasil, as propostas sugeridas pelas cartilhas da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e Fundo Monetário Internacional (FMI) são, notoriamente: reduzir o investimento em Saúde pública e favorecer com financiamento e outras facilidades o crescimento da musculatura do setor privado e em especial dos seguros de saúde (OCKÉ-REIS, 1995). Como bem colocado pelo autor: “Os subsídios patrocinados ao consumo de planos de saúde, via renúncia de

arrecadação fiscal, poderiam ser destinados ao SUS para o provimento de assistência médica aos segmentos sociais mais vulneráveis da população” (OCKÉ-REIS, 2005, p.3).

As instituições internacionais recomendavam a diminuição da participação estatal no setor Saúde ao tempo em que este deveria promover melhor distribuição de renda e condições favoráveis para que os cidadãos de mais baixa renda cuidassem da sua saúde (OPS/CEPAL, 1994, p.67). Assim, o Estado ficaria responsável pela Atenção Básica, sobretudo com serviços relacionados com a gravidez, planejamento familiar e controle de pandemias. A comunidade internacional, influenciada pelo *mainstream* do pensamento econômico que, hodiernamente ainda é a Teoria Neoclássica, reconhecia que:

Tendo em vista a globalização da economia e o acirramento dos padrões de concorrência entre as nações e as empresas, a produtividade do trabalho constitui-se numa variável fundamental na nova divisão internacional do trabalho. Assim, a saúde da força de trabalho, do capital variável, seria um elemento capaz de potencializar tal produtividade, melhorando as possibilidades de competição no mercado. (OCKÉ-REIS, 1995 p.14)

Cientes da importância da saúde da força de trabalho como indutora de um aumento da produtividade, aumento esse crucial no estágio atual de mundialização do capital, a doutrina neoliberal indica que o Estado se retire significativamente da assistência à saúde e “assim, em fins da década de 80, a inconteste hegemonia neoliberal (...) proporcionou que seus interesses fossem incorporados rigorosamente na orientação das políticas de saúde” (OCKÉ-REIS, 1995, p.107), justificando essa retirada com o supra-citado estereótipo da ineficiência do Estado.

2.2.2 A criação da Saúde Suplementar

A política econômica de Getúlio Vargas era lastreada no capital nacional privado e estatal para financiar o crescimento econômico. Diferentemente da era getulista, Juscelino Kubitschek abriu a economia, permitindo a entrada de capital privado estrangeiro através de instrução 113 da SUMOC que possibilitava investimentos no País sem ter que deixar o valor

equivalente com a autoridade monetária: um forte estímulo ao capital privado internacional fomentando o mercado de Saúde Suplementar:

O advento de industrialização do País, a partir dos anos 50, no governo de Juscelino Kubitschek, com a institucionalização do parque produtivo por meio de corporações estrangeiras que contrataram assistência privada para seus empregados, à semelhança de suas matrizes, com vistas à garantia da produtividade de suas operações, incentivando a sua propagação a outros setores organizados de trabalho, como de algumas classes de servidores públicos, estimulando, desse modo, a formação das primeiras organizações voltadas à prestação de serviços privados de saúde. (VIEIRA; VILARINHO, 2005, p.5)

Outro momento histórico importante a ser destacado ocorreu durante a ditadura militar na década de 60, para Vieira e Vilarinho (2005, p.5):

(...) o Decreto-Lei nº 200, instituído pelo governo militar de 1964, que viabilizou, em termos constitucionais, a contratação de empresas médicas para a implementação de programas e projetos de responsabilidade do Estado, estimulando o empresariamento da medicina em face à preferência do Governo pela contratação de convênios com empresas médicas, fomentando, com recursos públicos, o crescimento do parque privado de prestação de serviços de assistência à saúde.

A partir da década de 1980, com a redução da liquidez internacional fruto de duas crises do petróleo e o aumento da dívida externa brasileira provocado pelo aumento dos juros dos títulos (que foram acordados a juros flutuantes), houve uma política fiscal contracionista, com impactos importantes nas áreas sociais, a exemplo do setor Saúde, que já funcionava com recursos aquém da sua necessidade e outros problemas (incapacidade de absorver o contingente populacional, a baixa qualidade do serviço prestado, que, em muitos casos era inferior ao recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e outros fatores operacionais). Com a redução de recursos e conseqüente deteriora do serviço prestado pelo SUS, abriu-se espaço para o fortalecimento e ampliação do mercado de Saúde Suplementar, rechaçado no plano teórico pelos movimentos sociais que originaram o SUS. "Portanto, a Reforma Sanitária 'deu à luz' um filho por demais indesejado" (PEREIRA, 2005, p.4).

Entre as causas do crescimento do setor privado de saúde no Brasil estão as lacunas da Saúde pública que deram origem à demanda por serviços de pagamento direto e intermediado. Por outro lado, conforme abordado anteriormente, os governos neoliberais da década de noventa em diante estimularam, através de renúncia fiscal e financiamento, o fortalecimento do setor privado ainda que o setor público carecesse de mais recursos. Neste quadro as iniquidades não naturais vêm se acirrando e os grupos que mais necessitam dos serviços de saúde não têm

acesso, aumentando as enfermidades antigas, a exemplo da tuberculose. Por conseguinte, as conseqüências nefastas das doenças em questão, combinadas numa relação bi-direcional com outras desigualdades sociais do País, como deficiência em alimentação e educação, deterioram a higidez da grande massa populacional brasileira, gerando impactos na produtividade e qualidade de vida.

A associação entre a pobreza e a doença reflete uma relação de causalidade bidirecional. A enfermidade ou a fecundidade excessivamente alta pode ter um considerável efeito nos rendimentos familiares e marcar, inclusive, a diferença de se estar acima ou a seguir da linha de pobreza. Ademais, a doença se associa freqüentemente a consideráveis custos de atenção sanitária. Mas a pobreza e os baixos rendimentos também são causa de moléstia. Os Países pobres e as pessoas pobres sofrem múltiplas privações que se expressam em altos níveis de enfermidades. Deste modo, as pessoas pobres se vêem enredadas em um círculo vicioso: a pobreza engendra doença e esta mantém a pobreza (WAGSTAFF, 2002)

Dentre as razões para o setor privado não ter contribuído para atenuar as mazelas sociais está a dependência econômica nacional para com os remédios e equipamentos médicos que faz com que a economia esteja à mercê da variação de preços internacionais e da taxa de câmbio. Com isso o preço da assistência não consegue ser compatível com o padrão de renda da maioria da população. Ademais, as práticas gerenciais adotadas pelo mercado são, na maioria das vezes, ultrapassadas e não permitem o reconhecimento dos custos verticalmente. Isso significa que o gestor de saúde não tem um estudo de estrutura de custos que indique a ele a rentabilidade dos procedimentos nem sua capacidade de negociação. O cálculo é feito horizontalmente de forma que os materiais gastos e o pessoal pago em procedimentos diferentes entram numa única conta que vai ser deduzida das receitas. Isso gera um ciclo onde os gestores sempre negociam com as fontes pagadoras superestimando os custos, o que acarreta o aumento dos preços do setor.

Como resultado deste processo histórico e escolhas econômicas e políticas adotadas pelo Estado brasileiro, apesar do Sistema de Saúde nacional ser constitucionalmente definido como universal e integral, exhibe uma estrutura do gasto que em nada se assemelha a outros sistemas universais (ver Gráfico 1).

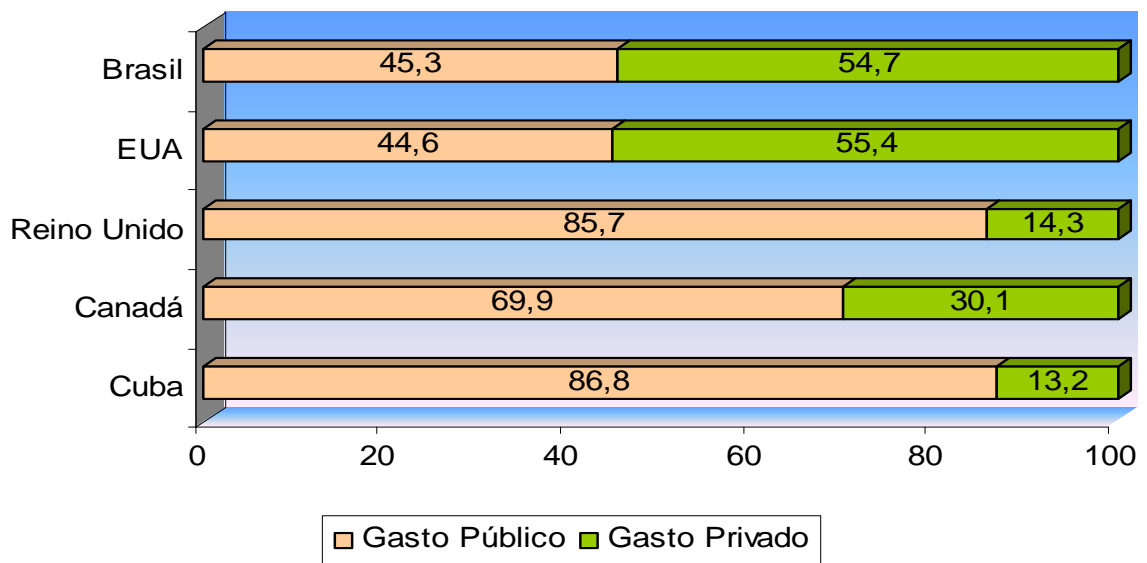


Gráfico 1 Composição do gasto com saúde, Países selecionados, 2003

Fonte: OMS, 2006. Elaboração pelo autor.

A composição do gasto com saúde no Brasil (45,3% de gasto público e 54,7% privado), se assemelha com a dos Estados Unidos (44,6% de gasto público e 55,4% privado), tido como padrão de sistema liberal, onde o sistema de saúde é predominantemente privado, havendo dois seguros públicos, o Medicaid e o Medicare, um para pessoas de baixa renda e o outro para idosos. Contudo, apesar desses dois Planos de Saúde pública, estima-se que há cerca de 15% da população sem acesso aos serviços de saúde nos Estados Unidos por falta de renda (OCKÉ-REIS, 1995, p. 38).

Já em relação aos países subdesenvolvidos da América Latina, a composição do gasto (com um recorte entre público e privado) se assemelha, embora, mais uma vez, a comparação está sendo feita entre o Brasil – com sistema universal, e os demais, sem universalidade. O Gráfico 2 mostra que, entre 1998 e 2003 houve um aumento dos gastos privados em relação ao PIB em todos os Países, com exceção do Brasil, onde o gasto público com saúde passou de 44 % em 1998 para 45,3% em 2003.

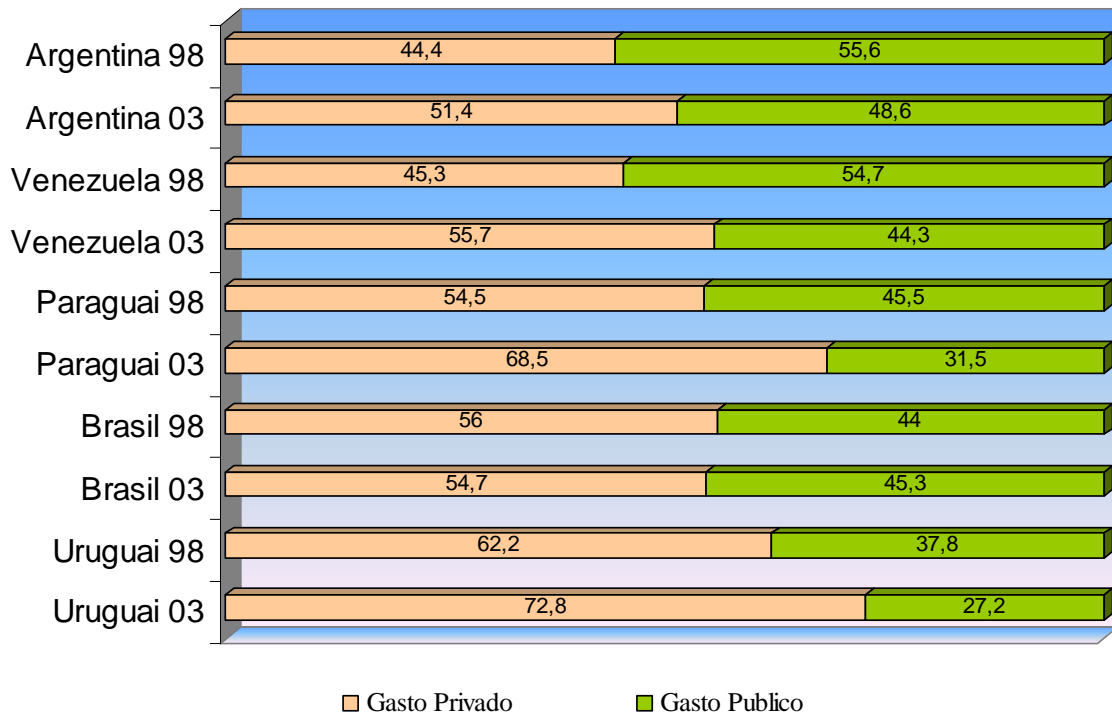


Gráfico 2- Composição do gasto com saúde Países selecionados, 1998 e 2003

Fonte: OMS, 2006/Elaboração pelo autor.

Tal configuração nos dois anos comparados não significa que houve um aumento ou redução do gasto com saúde do setor privado e/ou público em determinado País, mais que, relativamente ao PIB, este gasto variou para mais ou para menos. Significa dizer que no Brasil houve aumento do gasto público em relação ao PIB, e redução do gasto privado com saúde em relação ao PIB, ainda que estes gastos em questão possam ter aumentado (tanto o público quanto o privado), porém não na mesma proporção.

Quanto à composição da receita das operadoras³ dos Planos e Seguros de Saúde no Brasil, observa-se uma concentração territorial resultado da concentração da oferta e renda no Sul e Sudeste, conforme mostra o Gráfico 3 a seguir. São Paulo representa 48% da receita do setor, enquanto a Bahia representa apenas 3%.

³ Refere-se à empresa que administra uma carteira de Planos ou Seguros de Saúde.

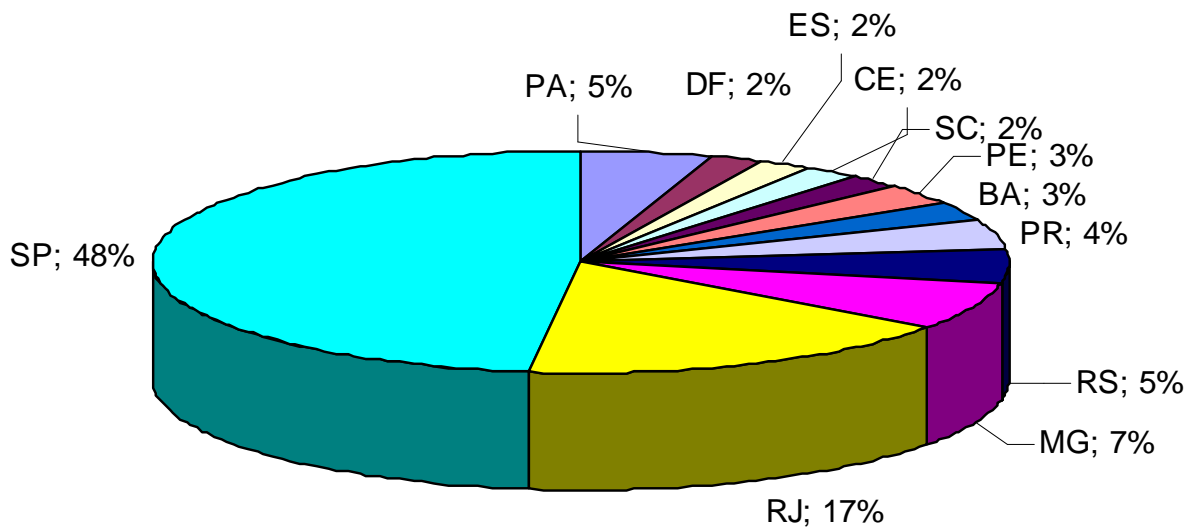


Gráfico 3: Distribuição geográfica da receita das operadoras

Fonte: ANS, 2006. Elaboração do autor.

A distribuição da receita das operadoras por regiões mostra o grau de concentração territorial, consequência da distribuição de renda no País que é concentrada no Sul e Sudeste. Cabe questionar se a população dessas regiões teria mais necessidades em saúde que a população das regiões mais pobres. Segundo Porto (2002) o Nordeste e o Norte são as regiões que mais necessitam de assistência à saúde, porém, têm menos serviços e menos acesso aos serviços do mercado, de maneira que dois efeitos negativos se associam: a população dessa região tem baixa renda e, portanto tem piores condições de saúde, demandam mais, e, por não terem baixa renda não têm acesso ao mercado, piorando sua higidez, aumentando assim a demanda por cuidados de saúde.

Se estabelece, então, um processo de degradação da assistência pública à saúde em favor do mercado de saúde, inclusive o de Planos e Seguros de Saúde que, apesar dos altos gastos com o serviço, exclui parcelas da população que não têm recursos para adquirir este bem. Esse processo chegou aos dias atuais em um contexto onde a Saúde Suplementar realiza um gasto percapita 3,1 vezes maior que aquele despendido pelo governo (considerando-se o total das três esferas) com assistência à saúde, no entanto, atende a apenas vinte e cinco por cento da população conforme mostra o Quadro 1 (BAHIA, 2005).

Tipo de Cobertura	Demanda	Gastos com Saúde ou Faturamento das Empresas	Estimativa de Gastos per Capitã
SUS	Pelo menos 75% da população	R\$ 46.574 bilhões	R\$ 264*
Planos e Seguros Privados de Saúde	25% do total da população	R\$ 27.015 bilhões	R\$ 819**

Notas: * considerando a totalidade da população ** considerando apenas os clientes de planos de saúde

Quadro 1: Demanda e oferta de saúde no Brasil, 2002

Fonte: BAHIA, 2005. Adaptado pelo autor.

Diversos fatores contribuíram para o descompasso ente o gasto público e o privado e a respectiva massa populacional coberta por cada um deles. Um dos pontos é o tipo de assistência que o SUS presta e que a saúde privada oferece. No atendimento do Sistema Único prevalece a Atenção Básica (AB) que, segundo Sergipe (19??):

(...) é um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação; é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, das quais assumem responsabilidade; utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações; é o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde; orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social (...).

A Atenção Básica é um tipo de serviço que engloba a maior parte das demandas de uma população, além de conseguir penetrar em regiões de difícil acesso através de programas como o (PACS), o que explica, em parte, a magnitude da abrangência do serviço público. Já os serviços ofertados pela Saúde Suplementar são majoritariamente de Média e Alta Complexidade (MAC), um tipo de atendimento demandado com uma frequência menor que a AB e de maior custo. Considerando-se que o setor de saúde sofre um aumento dos custos quando há a incorporação de inovações tecnológicas, um agente com um forte poder de barganha frente aos fornecedores e que opera numa escala gigantesca: o Estado, tem condições de gastar menos na compra de materiais, medicamentos e equipamentos. Além disso, não tendo o lucro como fim último e sim a qualidade, abrangência e efetividade dos serviços prestados, termina conseguindo açambarcar uma fatia maior da população a um custo proporcionalmente menor que o do setor privado de saúde (intermediado ou não) em

decorrência de sua escala e poder de barganha como comprador.

2.3 CUSTOS EM SAÚDE

O aumento dos custos no setor Saúde, se dá basicamente por dois fatores: uma característica inerente ao setor saúde (aumento dos custos com incorporação de novas tecnologias e procedimentos) e a elevação dos custos pela dependência de materiais e equipamentos importados.

A lógica econômica neoliberal acirrou uma fragilidade da Saúde Suplementar na última decana, que persiste nos últimos anos. Esta debilidade se deu devido ao aumento dos custos de máquinas, equipamentos e remédios como consequência da dependência da importação desses insumos uma vez que não houve no Brasil uma política de investimentos no setor capaz de modificar esse quadro.

Com a desnacionalização⁴, abertura da economia, privatizações e demais políticas que acirraram a dependência econômica adotadas pelo governo Collor, FHC e Lula⁵ a Saúde Suplementar manteve a vulnerabilidade quanto ao fornecimento desses materiais que são de fundamental importância na sua atividade produtiva, na medida em que o País passou mais de uma década sem investir em Pesquisa e Desenvolvimento (P&D), patenteamento de novas drogas e equipamentos de maneira a reduzir essa fragilidade do Sistema de Saúde. Por conseguinte, remédios de custo elevado como o da Hepatite C, Tuberculose e muitas outras drogas que o paciente contaminado precisa utilizar com regularidade mantiveram sua necessidade de importação. Uma mudança no mercado de produção de equipamentos vem ocorrendo, com a elevação do número de fábricas no Brasil, no entanto, estes produtos ainda são de baixo valor agregado e, embora venham expandindo o volume de produção e, inclusive de exportação, a receita gerada ainda é pequena se comparada à geração de receitas do mesmo ramo em países que produzem equipamentos com maior tecnologia incorporada. Além disso,

⁴ ver Birchal, 2004

⁵ ver Filgueiras, 2003

os equipamentos, em sua maioria têm um percentual de insumos importados elevados, deixando a geração de valora a desejar.

Além da redução de autonomia do governo brasileiro em função dos laços políticos e econômicos que estabeleceu na década de noventa, impactou no setor saúde a desvalorização cambial que ocorreu com a crise do sistema cambial brasileiro em 1999, que provocou uma elevação dos preços dos equipamentos médico-farmacêuticos com conseqüências à Saúde pública e privada.

Historicamente a saúde apresenta um aumento dos custos em função da evolução tecnológica e científica que, ao tempo que descobre novas formas de cura e novos tratamentos também incrementa dispêndio de se realizar o cuidado à saúde devido à incorporação de novos materiais e mão-de-obra (treinamento e agregação). Além da adição de materiais, medicamentos e força produtiva, os avanços em saúde geram, sobretudo no sistema assistencialista, uma demanda por tratamentos novos pois se acredita que eles têm mais resolutividade, o que nem sempre se verifica. Dessa forma, ocorre uma sobreutilização de serviços como tomografia computadorizada, ultra-sonografia e outros procedimentos (OCKÉ-REIS; ANDREAZZI; SILVEIRA, 2005). Com isso, desde a década de 1960 até os dias atuais a saúde vem pesando cada vez mais no orçamento das famílias e dos governos, conforme mostra o Gráfico 4.

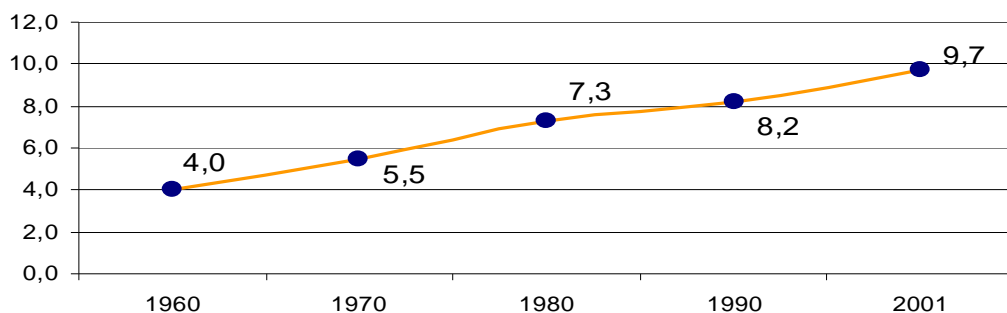


Gráfico 4: Média do percentual do gasto com saúde em relação ao PIB do G-7

Fonte: OMS, 2006

É importante ressaltar também que a concorrência inerente ao mercado privado de serviços de saúde leva a uma corrida por gastos indiretos como: estrutura do imóvel, qualidade do

ambiente e novos investimentos que terminam por elevar os custos do atendimento, não repercutindo numa maior efetividade do serviço prestado, encarecendo o procedimento, onerando todo o sistema, com reflexos nos preços repassados ao paciente.

2.4 AS FALHAS DE MERCADO

As falhas de mercado representam um aspecto importante na análise da Saúde Suplementar pois fazem parte dos elementos que justificam a criação de uma agência reguladora, além de indicarem deficiências de difícil resolução. A teoria econômica que fundamenta estes conceitos é a Neo-institucionalista (BRUE, 2005).

Dentre as propostas dos organismos internacionais para a reforma no setor Saúde dos Países subdesenvolvidos difundidas a partir do movimento neoliberal está a de regular o mercado de Saúde Suplementar, pois reconhecem que existem falhas no mercado que não são superáveis sem intervenção estatal.

(u)ma das razões pelas quais os mercados podem operar deficientemente é o fato de que as variações quanto ao risco de saúde criam incentivos para que as companhias de seguros se recusem a segurar exatamente as pessoas que mais necessitam do seguro saúde – os que já estão doentes ou têm probabilidade de adoecer (BANCO MUNDIAL, 1993, p.5, *apud* OCKÉ-REIS, 1995, p.21).

Ao conceber que este mercado não deve ser gerido pela “mão livre”, a teoria em questão defende a criação da agência, porém, como veremos mais adiante, esta adquire um caráter mais de acompanhamento passivo que intervenções ativas, relega-se à intervenções pontuais com benefício claro às grandes operadoras.

As falhas de mercado ocorrem e, geral, associadas, e, em sua maioria, associadas à assimetria de informações.

2.4.1 A assimetria de informações

Segundo a Teoria Neoclássica no mercado de concorrência perfeita (considerado o mercado ideal, ainda que utópico) todos os agentes possuem informação perfeita. Para a teoria neo-institucionalista o mercado real é imperfeito, pois, dentre outras razões, os agentes possuem informação imperfeita.

A assimetria de informações ocorre numa relação simbiótica entre prestadores e operadoras, pacientes e médicos e entre operadoras e consumidores⁶. Conceitualmente, assimetria de informações se define como: informações que o seguro e/ou o médico possuem a priori e que podem interferir no futuro do contrato - podem acarretar despesas e prejuízos para algumas das partes. Segundo Williams (1989, p.19):

Pacientes não ‘demandam’ assistência médica como ‘demandam’ maçãs e pêras. Seria como ir à feira sabendo que sente fome, mas sem saber porque se sente assim, se é passageiro, se é possível fazer algo para que passe e como fazê-lo de forma mais eficiente. Para completar, para obter informações sobre esses assuntos recorreremos, ironicamente, às mesmas pessoas que ganham a vida provendo os serviços em questão (os médicos).

Assim, o mercado de Saúde Suplementar é bastante susceptível a este tipo de falha, possibilitando que o médico, como detentor de um conhecimento específico, conduza o paciente a consumir exames e/ou produtos não necessários, ou não exatamente os mais necessários, sendo de difícil fiscalização e punição. Desta falha decorre uma outra denominada comportamento oportunista.

2.4.4 Comportamentos oportunistas

A partir da assimetria de informações, pode ocorrer um comportamento oportunista por uma das partes envolvida numa transação. A teoria que analisa esse fenômeno é a chamada teoria do agente-principal. No mercado de saúde (em se tratando da relação médico-paciente), o médico é o agente, detentor do conhecimento e o paciente é o principal, aquele que aceita as determinações do médico. Assim, o médico tem o poder de determinar o melhor tratamento, o

⁶ Para maiores informações sobre assimetria de informação em Saúde Suplementar, favor consultar Dolores, 2005.

melhor remédio, bem como a instituição para onde o paciente deve ir. Este arranjo possibilita que o médico possa adotar a postura profissional que lhe for mais interessante economicamente e esta pode, nem sempre, ser a mais efetiva para o tratamento do paciente, nem a mais racional na utilização dos recursos. Os resultados de tal comportamento, onde o agente visa maximizar seus benefícios, ainda que em detrimento dos benefícios do principal, são complexos e têm múltiplos efeitos para a saúde coletiva e para a economia. Do ponto de vista da saúde, os tratamentos podem ser retardados, elevando os custos, aumentando gastos de energia, mão-de-obra, materiais e tempo, podendo não resultar numa elevação do estoque de saúde do indivíduo, ou da cura, ou até mesmo levar à morte, com conseqüências sociais e familiares. Para inferir a dimensão da conseqüência econômica desta falha basta recordar que um paciente enfermo compromete a produtividade de toda a sua família e, a depender da enfermidade, pode contagiar outros indivíduos, gerando um efeito em cadeia.

2.4.2 Risco moral

Consiste na probabilidade de que o segurado faça um uso irregular do seguro (como o proprietário de um veículo, que ao assegurá-lo passa a descuidar-se do mesmo) e se verifica entre os três agentes envolvidos (prestadores, consumidores/pacientes e operadoras). Entre o paciente e a operadora ocorre quando o indivíduo, ao pagar o prêmio passa a fazer um uso exagerado de consultas e exames por questões psicológicas, recuperar o gasto que tem com o Plano ou compelido por pressões de moda e midiáticas. Entre os prestadores e as operadoras ocorre quando o sistema de pagamento adotado pela operadora ao prestador, deixa uma brecha para que esta falha ocorra. Pode ocorrer, por exemplo, quando o pagamento é feito ao prestador após um determinado período quando este informa o quanto de material, horas trabalhadas e outros recursos utilizou. Neste caso, há uma associação entre risco moral e assimetria de informação que permite ao prestador sobreutilizar os recursos para auferir maiores ganhos monetários.

No setor Saúde o risco moral acontece tanto no serviço público quanto privado. No público, por teoricamente não haver barreiras ao acesso, o paciente tende a utilizar desnecessariamente o sistema para fazer jus ao preço que está pagando através dos tributos. A forma de regulação seriam as filas, consultas marcadas com um prazo muito longo, etc. No sistema privado, a

regulação se dá por co-pagamento: parcela que se paga por cada procedimento, além do prêmio que já é pago periodicamente. A regulação é feita fundamentalmente por desestímulos de ordem financeira. Contudo, o indivíduo segurado totalmente tende a se cuidar menos, pois sabe que terá acesso ao serviço. A seguradora ou o governo que assegura a assistência, por sua vez, não dispõe de ferramentas eficientes para monitorar o comportamento dos indivíduos (FERNANDEZ, 2005)

2.4.3 Seleção adversa

Ela "decorre da impossibilidade do principal identificar apuradamente os tipos ou características dos agentes" (ALVES, 2005, p.2). Em se tratando de Operadoras de Planos de Saúde, a preocupação é que estas não consigam distinguir entre as pessoas que representam alto e baixo risco de incorrer em sinistro. Desta forma as operadoras podem expulsar os "baixos riscos", cobrando mensalidades mais altas e atrair os "altos riscos", o que pode gerar custos catastróficos que levem a operadora à falência

2.5 A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Em 2000, através da Lei nº 9.961/00 foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar vinculada ao Ministério da Saúde. Ela possui "autonomia administrativa, financeira e política expressa por uma arrecadação própria, decisões em Diretoria Colegiada, cujos membros têm mandato definido em lei e não coincidentes" (PEREIRA, 2005, p.6), o que vale dizer que esta pode não necessariamente representar os interesses do Estado, podendo assim prevalecer o interesse de um grupo ou classe social⁷.

Considerando-se todo o histórico do Sistema de Saúde nacional e o arcabouço normativo do SUS, cabe perguntar se ANS (2006) atingiu (ou caminha para) seu objetivo principal de:

⁷ Capture Theory: Segundo o dicionário de Paulo Sandroni é a "teoria do campo da regulação desenvolvida por George Stigler (1911). Esta teoria desenvolve a concepção de que um ramo industrial regulamentado pode beneficiar-se dessa regulamentação 'capturando' ou subordinando a agência governamental encarregada de gerenciar tal regulamentação".(SANDRONI, 1999)

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

Conforme abordado anteriormente, a Constituição Cidadã expressa o interesse público, o interesse social, portanto, entende-se que o texto de criação da agência, ao não especificar qual seria esse interesse e, por ser uma instituição estatal, refere-se às diretrizes do Sistema Único. Assim, os princípios constitucionais de saúde, em especial o da equidade, devem estar presentes na formulação das políticas regulatórias da agência. Além de não permitir abusos por parte dos ofertantes e monitorar a qualidade do serviço prestado, a agência deve interferir no mercado com o intuito de que ele cumpra sua função constitucional, ou seja, opere como suplementar ao sistema público, permitindo o acesso das camadas populacionais que mais necessitam, seguindo um valor de justiça social dentro da condução equânime da Saúde Suplementar.

É importante destacar que embora a Agência e o mercado de Saúde Suplementar não tenham responsabilidade exclusiva no processo de transformação social ao qual estão constitucionalmente vinculados (diretriz do SUS referente à equidade) pois o serviço estatal também representa uma força importante nesse sentido, são atores de destaque na condução desta mudança, na medida em que a redução ou ampliação da cobertura e acesso aos serviços de saúde privada por parte de classes sociais historicamente menos favorecidas desemboca na redução ou aumento da demanda por serviços públicos, assim como o contrário (a redução ou ampliação do acesso e cobertura aos serviços públicos cria ou reduz a demanda por serviços privados). Por tanto, considerando que a prestação de serviços públicos de saúde não conseguem absorver toda a demanda, deixando de lado, sobretudo as camadas mais necessitadas, a política de autorização de aumento de preços dos prêmios que a ANS faz, deveria levar em conta a elasticidade-preço da demanda para conhecer os grupos sociais que serão mais ou menos penalizados com estes aumentos, bem como o perfil socioeconômico de cada região, como a distribuição de renda e as necessidades de saúde. No entanto, segundo a própria ANS os reajustes permitidos levam em consideração o aumento de custo e o tipo de contrato (se individual ou coletivo), desconsiderando o efeito socioeconômico das políticas regulatórias, sobretudo no que tange à equidade.

Quando se fala em aumento de mensalidade de um Plano de Saúde, geralmente se faz referência ao aumento por variação de custo. De acordo com a legislação vigente, há regras diferenciadas para este tipo de reajuste de mensalidade nos Planos contratados por pessoas físicas e nos Planos contratados por pessoas jurídicas. Para os Planos contratados por pessoas físicas este aumento tem que obedecer ao índice determinado pela ANS, pode ser aplicado - no máximo - uma vez por ano, na data de aniversário do contrato e o número do ofício da ANS tem que ser informado no boleto de cobrança (cada operadora precisa obter aprovação da ANS para reajustar o contrato). O índice máximo admitido pela ANS para reajuste no período de 1º de maio de 2004 a 30 de abril de 2005 foi definido em 11,75%, mas as operadoras só podem aplicar o reajuste após avaliação e autorização expressa da Agência. (ANS, 2000)

Os aumentos têm sido, em média, acima da inflação geral (ver Tabela 1) e, também a do setor saúde (calculada pela FIPE) aumentando a quantidade de pessoas sem convênio, que passam a demandar serviços públicos, sobrecarregando ainda mais o SUS e prejudicando a qualidade de vida de toda a sociedade, pois um cidadão doente diminui a geração de riquezas na economia e pode contaminar outros indivíduos, além de todos os efeitos que decorrem dessa piora na qualidade de vida.

Tabela 1: Inflação acumulada do setor saúde, reajustes da ANS e reajuste real – Brasil, 2000 a 2006

	Inflação Acumulada⁽¹⁾ (Saúde)	Reajustes ANS	Reajuste Real
2000	4,67%	5,42%	0,75%
2001	4,34%	8,71%	<u>4,37%</u>
2002	9,31%	9,39%	0,08%
2003	8,05%	9,27%	1,22%
2004	9,90%	11,75%	1,85%
2005	9,26%	11,69%	2,43%
2006	5,53%	8,89%	<u>3,36%</u>

(1) A inflação acumulada corresponde à soma da inflação de Janeiro à Dezembro de cada ano. Para 2006 considerou-se o período de Janeiro à Novembro do mesmo ano por falta de dados.

Fonte: IDEC, FIPE, 2006

Na Tabela 1 acima se observa que todos os aumentos dos Planos autorizados pela ANS foram acima da inflação do setor, tendo um ápice em 2001 e em 2006, quando alcançou 4,37 e 3,36 pontos percentuais acima do índice inflacionário. Os dados de reajustes autorizados referem-se ao tipo de reajuste mais comum: o chamado reajuste por variação de custo. É preciso considerar ainda, que as operadoras podem lançar mão de alguns outros tipos de aumentos que podem exceder este percentual, é o caso do reajuste residual (quando a operadora considera que necessita repor perdas passadas), reajuste por mudança de faixa etária, por

sinistralidade (quando a operadora considera que houve uma mudança no perfil de utilização do Plano) e a revisão técnica, que acontece quando a ANS considera que há “desequilíbrios na carteira” (IDEC, 2006) que possam comprometer sua liquidez e solvência das operadoras. Ainda segundo o Instituto de Defesa do Consumidor (IDEC), o cálculo feito pela ANS para determinar o percentual de reajuste permitido aos Planos de pessoas físicas se baseia na negociação entre operadoras de Planos coletivos e empresas contratantes, ou seja, a Agência considera que dessa negociação, entre duas forças antagônicas, com interesses opostos, resulta o valor que gera mais benefícios para ambas as partes e desloca esse resultado para planos de pessoas físicas.

A regulação exercida desde o ano 2000 não impediu que as seguradoras repassassem os custos das falhas de mercado, tanto aos prestadores quanto aos segurados, causando um aumento do valor do prêmio e redução do valor pago aos prestadores, gerando um aumento de receita do grande capital oligopolizado nacional e internacional como bancos e outras instituições financeiras que detém os maiores Planos, com as maiores carteiras. O mercado se tornou mais concentrado e centralizado, aumentando seu poder de barganha sobre os consumidores e o Estado, gerando um ciclo vicioso, pois, conforme enfatiza Pereira:

‘A teoria dos grupos de interesse’ ou da ‘demanda por regulação’ (como também ficou conhecida a contribuição de Stigler) é baseada na observação empírica de que a regulação tende a favorecer os atores economicamente mais fortes ao capturar os reguladores (PEREIRA, 2005, p.10)

Outra face importante do processo de "privatização da saúde" no Brasil está ligada à evolução do sistema financeiro e sua hegemonia no traçado das políticas econômicas, garantindo assim aos investidores institucionais (fundos de pensão, fundos mútuos de investimento e seguradoras – inclusive as de saúde) o poder de definir as políticas econômicas de forma a gerar maior acumulação de capital (CHESNEIS, 1996). Esta evidência torna-se extremamente relevante na análise da Saúde Suplementar ao verificar que as especificidades do mercado de seguros de saúde tornam estes dependentes das operações financeiras extra-operacionais, visto que a maioria dos Planos e Seguros opera com custos mais altos que as receitas. Estudos apontam a incapacidade das Seguradoras de Saúde de auferir lucros exclusivamente operacionais, pois "não fossem as receitas financeiras o resultado líquido das seguradoras seria negativo" (VIANNA, 2005, p.8). Sendo assim, as taxas de juros dos títulos públicos e a

livre mobilidade interna e interna/externa do capital são os pilares que garantem o funcionamento das Seguradoras de Saúde, ao tempo em que concentram o capital destas, conferindo-lhes maior poder e influência sobre os mecanismos estatais de regulação.

3 A SAÚDE SUPLEMENTAR NA BAHIA

Nesta seção serão apresentados alguns dados do mercado de Saúde Suplementar na Bahia, comparando-o com outros Estados e regiões do País em termos de taxa de cobertura, gasto das pessoas e contratação dos Planos.

A economia baiana é marcada por forte ligação com os mercados de outras regiões do Brasil e do mundo. A produção de grãos no Oeste está vinculada com as exportações para EUA e Europa. A produção de celulose no extremo Sul também segue parte para exportações e parte para outras unidades da federação. O complexo químico e petroquímico abastece as indústrias do Sudeste e em menor volume o complexo da Bahia. Esta articulação inter-regional fez com que a massa de trabalhadores que vinha do interior para morar em Salvador, fazendo com que o inchaço da cidade tenha se reduzido. Por outro lado, o mercado interno baiano, que já é débil, sofre um abalo provocado por esse escoamento da renda para outras regiões. Segundo Almeida:

Aparentemente, a imigração vai deixando de ser um processo maior para a economia de Salvador. É razoável supor que, do ponto de vista da demografia econômica, o poder de atração da capital já tenha atingido um máximo. Ele começa a ser dividido com outros centros urbanos e, especialmente com aqueles localizados nas áreas da fronteira econômica e geográfica da Bahia. (ALMEIDA; DAMASCENO, 2004, p.5)

Ou seja, o mercado interno baiano vem se contraindo e atendendo cada vez menos as necessidades de emprego, saúde, educação, alimentação e outros itens de consumo básico. Como consequência disso cresce a massa populacional que não consegue ser inserida no sistema, apesar dos investimentos de grande porte realizados no Estado como a Ford, o Pólo Petroquímico e o Calçadista.

Ora, isso coloca novos desafios para Salvador. Ainda que a posição de pólo da capital seja fortalecida pela inexistência de uma rede de cidades de tamanho intermediário no Estado, seus laços com o interior podem se enfraquecer caso os pólos de fronteira se articulem com centros e regiões localizados em outras unidades da federação: Juazeiro e Petrolina, Barreiras e Brasília, Porto Seguro e Belo Horizonte ou Rio de Janeiro, por exemplo. Com a relativa perda de importância dos vínculos sociais estabelecidos entre interior e capital pelo êxodo rural, cresce a necessidade da soldagem pela atração de outra natureza. (ALMEIDA; DAMASCENO, 2004, p.5)

Diante deste quadro, o mercado de Saúde Suplementar representa um importante fator de atratividade e manutenção dos habitantes do Estado na região.

3.1 TAXA DE COBERTURA

Verifica-se que a Taxa de Cobertura (T.C.) do Sudeste em relação ao Nordeste é maior em todas as categorias locacionais, que sejam, Unidades da Federação (Ufs), Capital, Região Metropolitana e Interior (ver Gráfico 5). Quanto às Unidades da Federação este valor foi 1,9 vezes maior. Com respeito às capitais, observa-se um valor 1,6 vezes maior. Nas regiões Metropolitanas este valor foi 1,3 vezes maior e, na comparação com as T.C.s do interior do Nordeste e Sudeste foi onde ocorreu a maior disparidade, sendo que este valor no Sudeste foi aproximadamente 7,3 vezes maior que na região Nordeste.

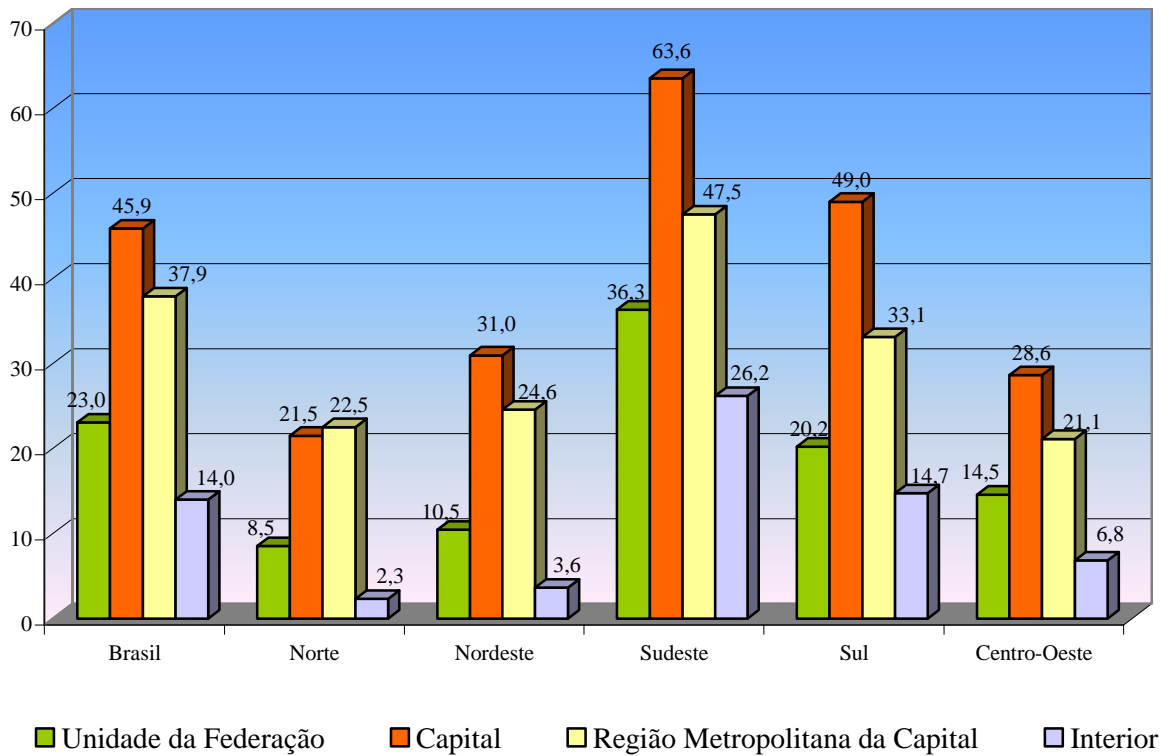


Gráfico 5: Taxa de cobertura por Planos de saúde segundo as Grandes Regiões e Unidades da Federação, Brasil Março/2006

Fonte: ANS, 2006. Elaboração do autor.

Os dados apresentados pelo Gráfico 5 mostram um cenário já esperado, uma vez que a taxa de cobertura é influenciada pela renda, logo, nesta análise, a taxa refletiu a desigualdade de renda entre o Nordeste e o restante do País.

Verifica-se uma grande diferença entre as taxas de cobertura da Região Metropolitana de Salvador e do interior da Bahia, 33,3 e 5%, respectivamente. Um dos objetivos do SUS tem sido a descentralização da assistência, numa tentativa de regionalizar a prestação de acordo com as necessidades de cada localidade. Neste contexto, destaca-se a importância da ANS no que tange ao direcionamento dos movimentos da Saúde Suplementar para que esta possa prestar um serviço que não comprometa a equidade, ou contribua para atingi-la, reduzindo assim disparidades regionais de cobertura, entre outros.

Quando analisamos a posição do Estado da Bahia no ranking da taxa de cobertura dos Estados da região Nordeste, a Bahia fica em 4º lugar, atrás de Pernambuco, Rio Grande do Nordeste e Ceará.

Tabela 2: Número de beneficiários de Planos de Saúde e taxa de cobertura, Região Nordeste, Brasil - Março/2006

Região Nordeste	População	Número de Beneficiários	Taxa de cobertura	Região Metropolitana	Interior
Nordeste	51.019.091	5.333.458	10,5	24,6	3,6
Pernambuco	8.413.593	1.113.054	13,2	24,6	4,8
R. Grande do Norte	3.003.087	378.364	12,6	25,0	3,9
Ceará	8.097.276	977.240	12,1	25,5	2,6
Bahia	13.815.334	1.636.226	11,8	33,3	5,0
Sergipe	1.967.791	222.662	11,3	-	3,7
Paraíba	3.595.886	359.248	10,0	-	4,9
Alagoas	3.015.912	250.200	8,3	18,9	2,1
Piauí	3.006.885	132.778	4,4	11,3	1,2
Maranhão	6.103.327	263.686	4,3	14,3	1,4
Brasil	184.184.264	42.454.374	23,0	37,9	14,0

Fonte: ANS, 2006. Elaboração do autor.

A média da taxa de cobertura⁸ (T.C.) das UFs da região Nordeste foi menor que a média dos demais Estados brasileiros, denotando a desigualdade entre esta região e o restante do País, sendo 10,5 e 23%, respectivamente (Gráfico 5).

⁸ A Taxa de Cobertura refere-se à relação entre o número de clientes dos Planos e a população da região.

3.2 GASTOS DAS FAMÍLIAS

Analisando o dispêndio das famílias baianas com saúde através da comparação as Pesquisas de Orçamentos Familiares (POFs) de 1987, 1996 e 2003, observa-se o grande salto do mercado de saúde suplementar baiano, que passou de 9,47% do gasto com saúde em 87, para 28,55% em 2003, tendo seu auge em 1996, quando atingiu 35,83% (Tabela 3). Esse auge pode ser justificado pelo momento econômico que o País vivia. Era a chamada primeira fase do Plano Real, o câmbio estava valorizado e existia uma “euforia econômica” dado o crescimento gerado pela abertura dos mercados e entrada de investimentos internacionais (FILGUEIRAS, 2003).

A expansão do setor ocorreu principalmente no período entre 1987 e 1994, quando a população coberta cresceu mais de 70% (ANDRADE et al, 2005). O mais interessante é que boa parte deste crescimento ocorreu entre os estratos intermediários e inferiores de renda, o que pode ter ocorrido em função da existência de uma considerável demanda reprimida, aliada à estabilização econômica que o País experimentou com o Plano Real (OCKÉ-REIS et al, 2002 *apud* ALMEIDA, 2005)

No início da década de 1990 houve um aumento da concorrência entre os prestadores e fornecedores que levou à redução dos preços dos prêmios. Outro fator que levou a essa baixa no valor das mensalidades foi o câmbio valorizado, que diminuiu os custos dos materiais e medicamentos que no Brasil, conforme abordado no capítulo anterior, são em sua maioria importados.

Tabela 3: Gastos das famílias com Saúde em percentual na BAHIA, 2002-2003 e RMS, 1987, 1996⁹

Item de Despesa	Total			Até 2 Salários Mínimos - 1º DECIL			Mais de 30 Salários Mínimos - 10º DECIL		
	RMS		BAHIA	RMS		BAHIA	RMS		BAHIA
	1987	1996	2003	1987	1996	2003	1987	1996	2003
Assistência à saúde ⁽¹⁾	4,12	6,53	5,5	4,63	5,29	3,23	4,58	6,02	6,33
Remédios	38,35	32,47	47,45	59,4	63,52	83,9	26,42	15,61	40,44
Plano/Seguro saúde	9,47	35,83	28,55	1,51	8,88	1,24	8,95	51	42,18
Tratamento dentário	13,35	9,34	6,18	2,38	4,73	0,31	17,03	15,61	8,69
Consulta médica	7,04	1,68	4,91	4,1	0,76	5,26	8,3	1,83	1,11
Hospitalização	6,31	1,07	1,09	14,69	4,54	-	11,35	0,33	0
Óculos e lentes	9,71	3,06	4,55	6,05	3,02	4,95	6,99	4,15	0,47
Outras (Assistência à saúde)	16,02	16,54	0,36	11,88	14,56	0,93	20,74	11,46	0

(1) O item Assistência a Saúde representa o percentual que a saúde tem em relação aos demais gastos. Os outros itens estão apresentados em relação ao total gasto em saúde.

Fonte: POF 87/96/03. Elaboração do autor.

Quando é feito um olhar comparativo entre o último decil de renda, que compreende os indivíduos que ganham mais de 30 salários mínimos (respectivos aos valores de cada ano), ou seja, o que equivale em 2003 a 1,7% da população baiana e 2,2% da população brasileira (IBGE, 2005), e o primeiro decil de renda, que compreende quem ganha até R\$ 400, o que equivale a 45,4% da população brasileira e 53,5% da baiana, se percebe que a última faixa de renda sempre gastou mais com Planos e Seguros de Saúde ao passo que o primeiro sempre gastou menos proporcionalmente à sua renda. Em compensação, o primeiro decil gasta mais com remédios e hospitalização, dois itens de gasto com saúde de maior inelasticidade, ou seja, quando o indivíduo precisa ser internado e não tem um plano, a sensibilidade dele aos preços é bastante baixa; efeito semelhante ocorre com os remédios.

No item remédios o fator automedicação contribui bastante para a regressividade deste item de dispêndio que, no primeiro decil, passou de 59,4% em 1987 para 83,9% em 2003. A automedicação ocorre por questões econômicas e culturais. Por um lado o baixo rendimento exclui estas camadas do acesso aos Seguros e Planos e conseqüentemente aos serviços de saúde, de outro lado, o sistema de saúde público, sobrecarregado, apresenta fortes barreiras ao acesso.

⁹ Não há dados disponíveis para RMS e Bahia no mesmo ano.

Analisando a estrutura de gasto das famílias com Planos de Saúde ao longo da distribuição de renda avaliamos quais são os grupos penalizados. Na Tabela 4 a seguir observa-se que enquanto o gasto com remédios é extremamente regressivo, penalizando os decis de renda mais baixa, os gastos com Planos de Saúde são aparentemente progressivos, porém numa menor intensidade.

Tabela 4: Percentual das despesas com saúde por categoria de renda no Estado da Bahia, 2002-2003

TIPOS DE DESPESA	Total	1º DECIL	2º DECIL	3º DECIL	4º DECIL	5º DECIL	6º DECIL	7º DECIL	8º DECIL	9º DECIL	10º DECIL
Despesa total ⁽¹⁾	5,50	3,23	4,97	5,03	4,90	5,70	5,14	5,92	6,67	6,25	6,33
Remédios	47,45	83,90	72,84	62,43	58,37	47,19	41,44	39,53	30,43	26,56	40,44
Plano/Seguro saúde	28,55	1,24	2,82	<u>5,57</u>	<u>21,84</u>	21,75	28,21	33,45	42,28	53,92	42,18
Consulta médica	4,91	5,26	8,25	7,36	5,71	8,42	4,09	6,08	4,50	3,84	1,11
Outras	0,36	0,93	1,01	0,60	0,20	0,18	1,56	-	0,30	0,16	0,00

(1) Refere-se à despesa total com Saúde, em relação aos demais grandes gastos (alimentação, vestuário, habitação, transportes dentre outros).

Fonte: POF, 2003. Elaboração do autor.

A evolução dos gastos com Planos e Seguros de saúde ao longo dos decis apresenta um salto de 5,57% para 21,84% entre o 3º e o 4º decil, um acréscimo de 392,1%. Este é um sinal de que as classes de renda mais baixas possuem uma demanda reprimida por estes serviços, os quais não podem adquirir pela limitação do poder de compra, já comprometido com outros itens do orçamento mais inelásticos, a exemplo de: alimentação, transporte e habitação. Além disso, os serviços contratados pelos decis de renda mais alto tendem a ter mais qualidade e conseqüentemente maior resolutividade, privilegiando assim os últimos decis com uma melhora do estoque de saúde e, conseqüente, aumento da produtividade.

Essa característica mostra a regressividade dos referidos gastos, o que implica que, mesmo gastando menos com saúde (em termos absolutos), as famílias mais pobres sofrem maior impacto destas despesas sobre seus orçamentos. Isto certamente reflete a elevada concentração da renda nacional, a qual faz com que o comprometimento da renda das famílias mais ricas com despesas de saúde, ainda que empenhando maiores valores, seja bastante inferior ao peso destes gastos no orçamento das famílias mais pobres (ALMEIDA, 2005)

Há de se considerar também que esta indicação remete ao caráter regressivo dos Planos de Saúde, ainda que em primeira análise não se evidencie, pois o gasto aumenta proporcionalmente com o aumento da renda. O peso desse gasto para os decis de mais baixa renda é maior em função da inelasticidade de outros bens de consumo essenciais à vida, que

compõem o consumo autônomo dos indivíduos, como alimentação, habitação e vestuário. Significa dizer que 1,24% do gasto com saúde incidindo sobre a renda de até 2 salários mínimos causa um impacto muito maior que 42,18% do gasto com saúde incidindo sobre a renda de quem ganha mais de 30 salários mínimos.

3.3 TIPO DE CONTRATAÇÃO

Quando o olhar se volta para o número de beneficiários no Estado entre 2000 e 2005 observa-se que a Bahia teve 412.000 beneficiários a menos e o tipo de contrato sofreu uma mudança significativa. Enquanto em 2000 os contratos individuais representavam 10,6% dos contratos com Planos no Estado, os contratos coletivos somavam aproximadamente 23%. O restante não foi informado. Já em 2005 os contratos individuais e familiares somavam 21,95% e os coletivos 57,88%. É importante notar que de 2000 a 2005 o número de Planos que deixaram de informar reduziu-se 46,24% (Tabela 5), o que pode comprometer a interpretação dos dados visto que o crescimento dos Planos individuais pode ser ilusório, pois poderia, em 2000, estar compondo o item Não Informado.

Tabela 5: Beneficiários por tipo de contratação – Bahia – 2000, 2005

ANO	UF	Individual ou Familiar	Coletivo	Não Informado	Total
2000	Bahia	162.358	351.992	1.016.647	1.530.997
		10,60	22,99	66,40	100,00
	Brasil	4.096.910	8.818.702	19.576.461	32.492.073
2005	Bahia	245.468	647.190	225.435	1.118.093
		21,95	57,88	20,16	100,00
	Brasil	7.868.670	21.755.707	4.885.582	34.509.959

Fonte: ANS, 2006. Elaboração do autor.

A partir da análise do tipo de contratação dos Planos em 2000 e 2005, duas importantes conclusões podem ser feitas: a primeira é o elevado grau de desconhecimento que se tinha do tipo de contratação dos Planos da Bahia até 2000. A segunda é a resistência das operadoras a fornecer as informações à Agência Reguladora. Esta resistência se dá por dificuldades operacionais de trabalhar com os próprios dados e principalmente pelo risco que elas sentem de que os concorrentes tenham acesso e utilizem as informações estrategicamente, mesmo

com todos os mecanismos de segurança disponíveis e a não identificação da operadora que forneceu dados específicos, denotando a não confiança na Agência

4 ANÁLISE ECONOMÉTRICA: AMOSTRA, MODELAGEM E RESULTADOS

Para verificar se o mercado de Saúde Suplementar contribuiu para reduzir as iniquidades, conforme estabelecido na Constituição Cidadã, foi realizada uma regressão logit.

Para realizar a regressão logaritmizada foram utilizadas as amostras da PNAD de 1998 e 2003, utilizando variáveis de gênero, autodeclaração de cor, renda e possui ou não Plano de Saúde. A seguir será apresentada uma análise das amostras dos dois períodos.

4.1 ANÁLISE DA AMOSTRA DA PNAD 1998 E 2003

No Gráfico 4, a seguir, são apresentadas as faixas de renda, a partir dos dados da PNAD 1998 e 2003. Foram analisadas as faixas de renda per capita da família que correspondem a: 0 até 0,5 salários mínimos (R0), mais que 0,5 e até 1 (R1), mais que 1 e até 3 (R2) e mais que 3 (R3). Observa-se que a primeira faixa aumentou o número de participantes de 47,24% em 1998 para 53,41% em 2003. Essa foi a única faixa que aumentou o número de participantes. Todas as demais tiveram uma redução, indicando uma maior concentração de renda nesse período.

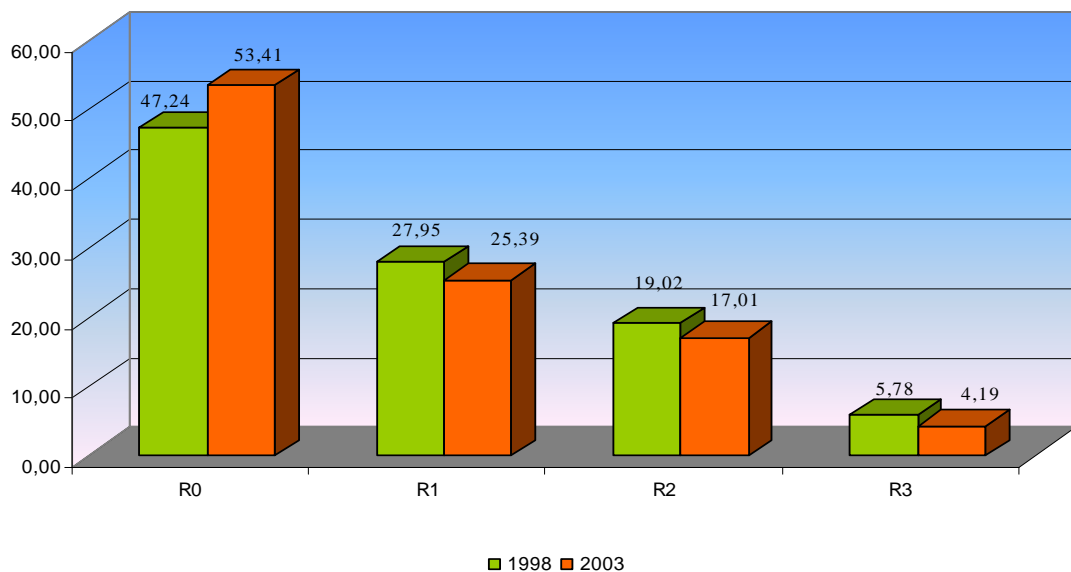


Gráfico 6: Distribuição da população da Bahia por faixas de renda per capita familiar – PNAD 1998 e 2003.

Fonte: PNAD 1998/2003. Elaboração do autor.

Apesar de ter havido um aumento do tamanho da amostra de um ano para outro, passando de 30.965 em 1998 para 36.735 em 2003, ainda é possível concluir que houve uma concentração de renda pois os dados apresentam uma reorganização entre as faixas, indicando a mobilidade social para pior, e principalmente porque estão sendo analisados em percentual, ou seja, relativizados.

O Gráfico 7, a seguir, representa a composição étnica da população do Estado, a partir da auto-avaliação dos indivíduos. Observa-se que o número de Índios e Amarelos é bastante reduzido, ao passo que os Pardos são a maioria em ambos os anos analisados.

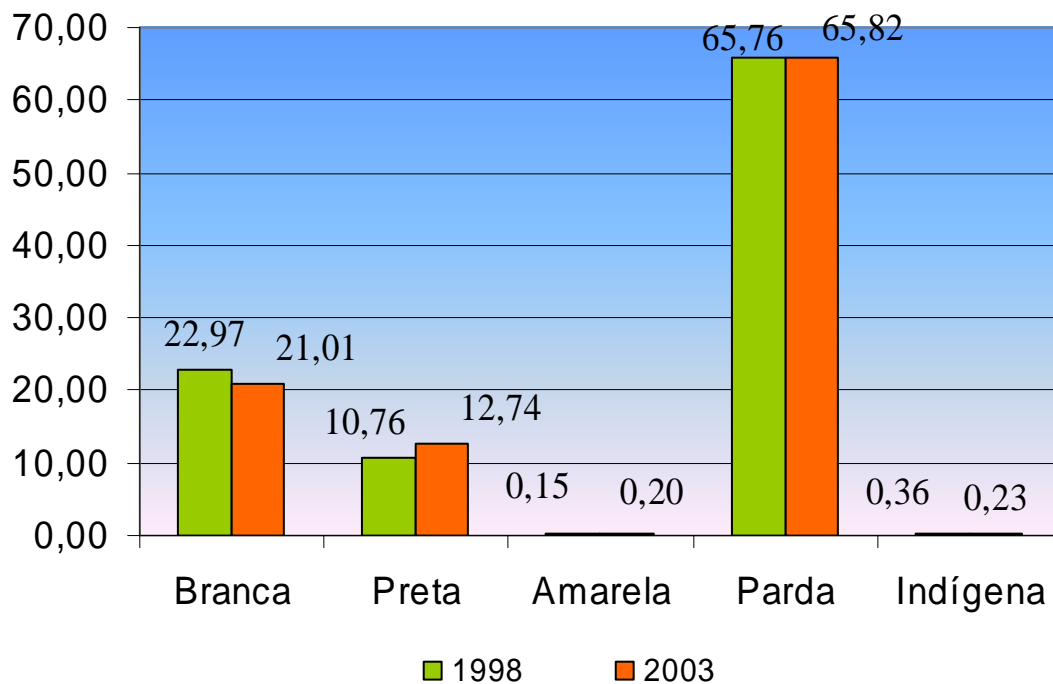


Gráfico 7: Distribuição da população da Bahia por auto-declaração de cor – PNAD, 1998 e 2003.

Fonte: PNAD 1998/2003. Elaboração do autor.

A quantidade de indivíduos que se auto-avaliam Brancos foi reduzida, passando de 22,97% em 1998 para 21,01% em 2003, ao passo que o número de autodeclarantes Pretos aumentou de 10,76% em 1998 para 12,74% em 2003. O número de Pardos se manteve aproximadamente o mesmo nos dois anos, passando de 65,76% em 1998 para 65,82% em 2003. Os dados apontam que a população negra cresceu, enquanto a de brancos e pardos diminuiu. Este resultado reflete o fortalecimento do Movimento negro do período em questão.

Através de um trabalho de resgate da cultura dos afro-descendentes o Movimento vem se expandindo e, com isso, a identidade dos indivíduos vem se transformando. Portanto, os dados não indicam um aumento da população negra, mas, uma mudança cultural.

Outro dado importante que as PNADs trouxeram foi o percentual da população que tem Plano de Saúde. Na amostra de 1998 esse percentual foi de 12,4% e aumentou em 2003 aproximadamente 1%, passando para 13,34% (ver Figura 8 a seguir).

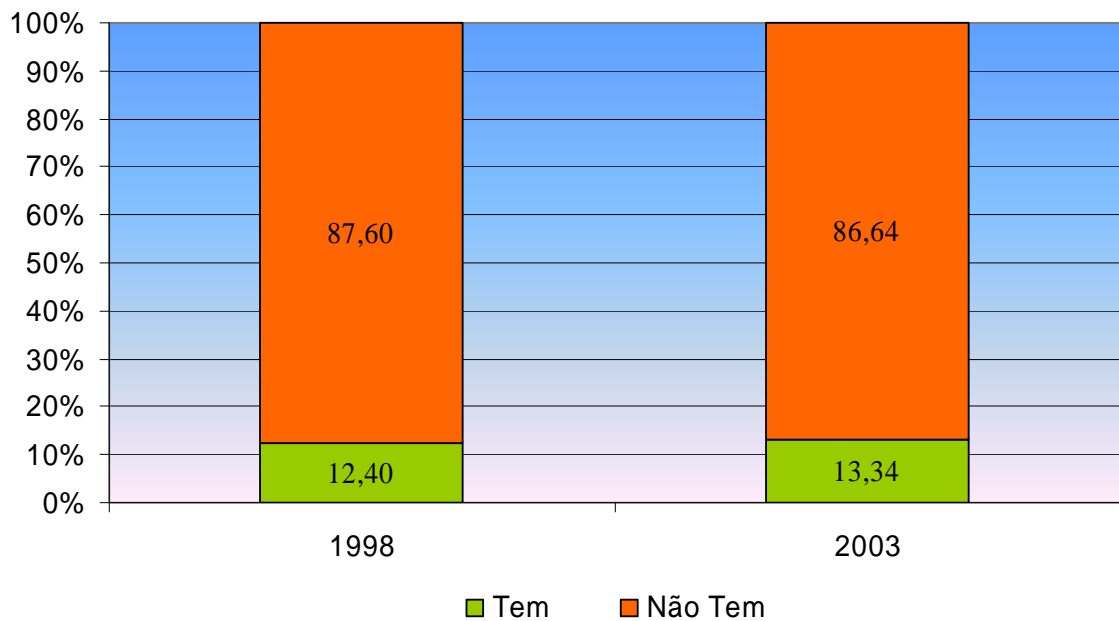


Gráfico 8: Distribuição da População da Bahia por Posse de Plano de Saúde – PNAD 1998 e 2003.

Fonte: PNAD 1998/2003. Elaboração do autor.

Esse aumento se deve por alguns fatores, a saber, a política de reajuste da ANS que não diferencia os pacotes de Planos por renda dos beneficiários, possibilitando que as famílias com uma curva orçamentária mais próxima da origem deixem de participar do mercado e, por outro lado, uma maior concentração de renda de um período para o outro. Outro fator que contribuiu para chegar a esse resultado foi o movimento interno do mercado no sentido de reduzir suas carteiras de Planos individuais, restringindo o acesso aos Planos aos funcionários de empresas com contratos coletivos de Seguros de Saúde.

4.2 MODELAGEM E RESULTADOS

Será utilizado um modelo de regressão logística, onde é possível verificar as chances de um indivíduo adquirir um Plano de Saúde. Este modelo relaciona variáveis explicativas (Xs) (binárias ou não) com uma variável dependente (Y) dicotômica, conforme a equação (1).

$$\text{PLANO}^{10} = C + R1 + R2 + R3 + \text{SEXO} + C1 + C2 + C3 + C4 \quad (1)$$

Para fins de estimação, utiliza-se a seguinte relação, de acordo com a Equação 2:

$$L_i = \ln\left(\frac{\hat{P}_i}{1 - \hat{P}_i}\right) = \beta_1 + \beta_2 X_i + \mu_i \quad (2)$$

Onde L_i é o logito, P_i é a probabilidade de ocorrência do evento i , os β s são os parâmetros e μ_i é o erro.

Assim, a partir dos micro-dados da PNAD de 1998 e 2003, foram selecionadas as variáveis capazes de expressar, as chances de que ter um Plano de Saúde, de acordo com o Quadro 2 a seguir.

Descrição	Variáveis independentes	Notação	Especificação
Atributos adquiridos	Renda ¹¹		0: >0 até 0,5 S.M., 1: demais (referência)
		R1	1: > 0,5 a 1 S.M.
		R2	1: > 1 a 3 S.M.
		R3	1: > 3 S.M.
Atributos natos	Sexo		1: Homem, 0 Mulher
	Raça ou Cor		0: Branco, 1 demais (referência)
		C1	1: Preta, 0 demais
		C2	1: Amarela, 0 demais
		C3	1: Parda, 0 demais
		C4	1: Indígena, 0 demais

Quadro 2: Descrição das variáveis conforme a PNAD

Fonte: Elaboração do autor.

¹⁰ Os dados consideram todo tipo de contratação, seja ela individual ou coletiva.

¹¹ A variável de renda utilizada em ambos os anos foi: “Valor do rendimento mensal de todas as Fontes para pessoas de 10 anos ou mais de idade”. As observações com rendimento zero, sem declaração ou não-aplicável foram desconsideradas.

Todas as variáveis foram transformadas em variáveis binárias para obter os melhores resultados da estimação que foi feita utilizando o programa estatístico *SPSS* 13.0. A primeira estimação deu origem à Tabela 6. Observa-se que a maioria dos parâmetros apresentou boa significância, apenas as variáveis Am (Amarelo) e In (Indígena) respectivamente não apresentaram resultados relevantes em virtude do baixo número de observações com essa característica.

Tabela 6: Estimativa da Regressão Logit – PNAD 1998

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
C4	-0,45	0,00	42157,22		1,00	0,64
C3	-0,28	0,00	6383,60		1,00	0,76
C2	-1,57	0,03	3250,85		1,00	0,21
C1	0,21	0,02	115,64		1,00	1,23
R3	3,86	0,00	1497806,63		1,00	47,64
R2	1,99	0,00	795531,64		1,00	7,31
R1	0,30	0,00	14162,42		1,00	1,35
SEXO	-0,22	0,00	12996,05		1,00	0,80
Constant	-2,69	0,00	1129710,85		1,00	0,07

Fonte: PNAD, 1998. Elaboração do autor.

Os resultados da regressão a partir da PNAD 2003 são apresentados na Tabela 7 e indicam um resultado em termos de qualidade da estimação, semelhante à regressão a partir dos dados da PNAD 1998, ou seja, os parâmetros relativos às cores Indígena e Amarelo não obtiveram boa significância, os demais sim.

Tabela 7: Estimativa da Regressão Logit – PNAD 2003

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
C4	-0,47	0,00	48728,66		1,00	0,62
C3	-0,13	0,00	1821,56		1,00	0,88
C2	0,31	0,02	367,42		1,00	1,37
C1	0,13	0,02	58,72		1,00	1,14
R3	4,06	0,00	1299908,18		1,00	57,78
R2	2,09	0,00	1102886,58		1,00	8,11
R1	0,51	0,00	54728,42		1,00	1,67
SEXO	-0,18	0,00	9323,99		1,00	0,84
Constant	-2,54	0,00	1184986,96		1,00	0,08

Fonte: PNAD, 2003. Elaboração do autor.

O antilog dos parâmetros mostra o número de vezes que cada variável tem a mais de ocorrer que o valor referência. A Tabela 8 apresenta os antilogs da estimativa a partir da PNAD 1998 e 2003 e a relação entre as duas.

Tabela 8: Estimativa da Regressão Logit – Antilog dos parâmetros de 1998 e 2003

Variáveis	ANO				Relação 2003/1998
	98	2003	98	2003	
	Parâmetro	Antilog	Parâmetro	Antilog	Antilog
R1	0,3013037	1,35	0,511131	1,67	1,23
R2	1,9897806	7,31	2,092979	8,11	1,11
R3	3,8637754	47,64	4,056696	57,78	1,21
SEXO	-0,2238732	0,80	-0,17836	0,84	1,05
S1	-0,2803259	0,76	-0,12883	0,88	1,16
S2	-1,5744191	0,21	0,312486	1,37	6,60
S3	-0,4498205	0,64	-0,47011	0,62	0,98
S4	0,2103936	1,23	0,134653	1,14	0,93

Fonte: PNAD, 1998/2003. Elaboração do autor.

A partir da Tabela 8 percebe-se que as chances de ter um Plano de Saúde para indivíduos das 4 faixas aumentaram, sendo que este aumento não segue uma tendência. O resultado era esperado, uma vez que as análises comparativas das amostras apontaram uma maior quantidade de pessoas que passaram à 1ª faixa de renda. No entanto, considerando-se que os grupos: 1ª faixa, indivíduos que se auto-avaliam de cor preta e mulheres são os menos favorecidos, ou seja, devem ser objeto de uma política de inclusão, de aumento do acesso aos serviços de saúde, os resultados apontam para um acirramento das iniquidades, ao contrário do que preconiza a Constituição Cidadã.

A Tabela 9 a seguir faz uma comparação entre 1998 e 2003, de acordo com os perfis, concatenando renda, cor e sexo. Como na análise anterior, a grande maioria dos perfis sofreu um aumento nas chances de ter um Plano de Saúde.

Tabela 9: Estimativa da regressão logit – Perfis 1998 e 2003

Renda	PERFIS			PROBABILIDADES		RELAÇÃO	
	Cor	Sexo	Li 98	Li 03	1998	2003	2003/1998
Até 0,5	Parda	Feminino	-3,139	-3,015	0,04	0,05	1,13
0,5 a 1	Parda	Feminino	-2,838	-2,504	0,06	0,08	1,37
1 a 3	Parda	Feminino	-1,150	-0,922	0,24	0,28	1,18
> 3	Parda	Feminino	0,724	1,042	0,67	0,74	1,10
Até 0,5	Parda	Masculino	-6,053	-5,783	0,00	0,00	1,31
0,5 a 1	Parda	Masculino	-5,752	-5,272	0,00	0,01	1,61
1 a 3	Parda	Masculino	-4,063	-3,690	0,02	0,02	1,44
> 3	Parda	Masculino	-2,189	-1,727	0,10	0,15	1,50
Até 0,5	Branca	Feminino	-2,690	-2,545	0,06	0,07	1,14
0,5 a 1	Branca	Feminino	-2,388	-2,034	0,08	0,12	1,38
1 a 3	Branca	Feminino	-0,700	-0,452	0,33	0,39	1,17
> 3	Branca	Feminino	1,174	1,512	0,76	0,82	1,07
Até 0,5	Branca	Masculino	-2,868	-2,769	0,05	0,06	1,10
0,5 a 1	Branca	Masculino	-2,612	-2,257	0,07	0,09	1,39
1 a 3	Branca	Masculino	-0,924	-0,676	0,28	0,34	1,19
> 3	Branca	Masculino	0,950	1,288	0,72	0,78	1,09
Até 0,5	Preta	Feminino	-2,970	-2,673	0,05	0,06	1,32
0,5 a 1	Preta	Feminino	-2,669	-2,162	0,06	0,10	1,59
1 a 3	Preta	Feminino	-0,980	-0,581	0,27	0,36	1,32
> 3	Preta	Feminino	0,894	1,383	0,71	0,80	1,13
Até 0,5	Preta	Masculino	-3,194	-2,852	0,04	0,05	1,39
0,5 a 1	Preta	Masculino	-2,893	-2,341	0,05	0,09	1,67
1 a 3	Preta	Masculino	-1,204	-0,759	0,23	0,32	1,38
> 3	Preta	Masculino	0,670	1,205	0,66	0,77	1,16

Fonte: PNAD, 1998/2003. Elaboração do autor.

Através da análise da Tabela 9 percebe-se que as chances não seguiram uma tendência de evolução, que priorizasse os grupos menos favorecidos, o que denota que a regulação não interferiu em quais são os grupos que devem ter suas chances aumentadas ou não, podendo-se concluir inclusive que os aumentos se deram, em grande parte à fatores exógenos à regulação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos gastos das famílias mostrou que há uma forte regressividade dos gastos com remédios, em parte decorrente da automedicação. A população de baixa renda, por ter historicamente carecido de serviços de saúde de qualidade e acessíveis (componente cultural) e por, muitas vezes, não ter acesso ao serviço necessário tende a se automedicar ao invés de procurar um médico. Isso leva, não só ao aumento do gasto com medicamentos, mas a uma possível sobreutilização do sistema de saúde em decorrência dos efeitos colaterais do uso inadequado das medicações. Nos decis de renda mais altos o acesso a serviços de saúde é facilitado pelo fator renda, que possibilita o pagamento direto, associação a um Plano de Saúde e também pelos contatos sociais que os indivíduos desse grupo mantém. Assim, por conta do maior acesso aos serviços de saúde do mercado e do Estado (por meio do tecido social do qual faz parte) a automedicação torna-se um problema menor para esta camada da população. Além deste fator, estima-se que por terem um nível de conhecimento maior, os indivíduos deste estrato social tendem a se automedicar menos.

Houve um aumento significativo do tipo de contratação dos Planos. No entanto, este dado não é preciso visto que no ano 2000 muitas operadoras não identificaram o tipo de contratação – 66,4%. Essa nova composição da oferta de Planos e Seguros pode trazer deficiências importantes no mercado, não atendendo ao consumidor da maneira ideal. A predominância de contratos coletivos implica que aqueles que estão desempregados ou no subemprego deverão ser assistidos pelo SUS, sobrecarregando o sistema público que já está ofertando aquém da demanda. Além disso, ao ser desligado da empresa ou se o empregador romper o vínculo com a operadora, o empregado que não está mais assegurado, mas possui uma doença dificilmente conseguirá aderir a um novo plano, pois estes não aceitam clientes com doenças pré-existentes.

Para apurar o comportamento da Saúde Suplementar baiana com relação à regulação, foram escolhidos dois períodos que representassem as chances dos indivíduos terem um Plano antes e depois da criação da Agência, ou seja, após os efeitos da regulação. A análise regressiva logaritmizada feita a partir dos dados das PNADs de 1998 e 2003 mostrou que a Saúde Suplementar da Bahia não foi capaz de contribuir com o preceito constitucional da equidade na medida em que os indivíduos de perfis sócio-econômicos menos favorecidos não tiveram

aumentadas as suas probabilidades de ter um Plano de Saúde de acordo com um planejamento, com uma linha de aumento de chances, os aumentos foram aleatórios, ficando ao sabor das variações de mercado. No quesito renda, observa-se que a redução de probabilidade para a 1ª faixa da maioria dos perfis foi menor que os a redução das demais faixas em decorrência do aumento do número de pessoas que migraram para essa faixa, porém, este dado também não segue uma linearidade, apontando para uma variação em decorrência, mais uma vez, de fatores que externos às medidas regulatórias adotadas pela Agência.

A redução das probabilidades de ter um Plano para as classes de renda mais baixa, sobretudo para as mulheres, representa uma iniquidade, indicando que a regulação feita pela ANS não tem conseguido enquadrar a Saúde Suplementar baiana dentro de uma política de atenção equânime.

Tal aleatoriedade na variação das chances dos indivíduos terem um Plano de Saúde nos períodos em questão se deve, sobretudo, a dois macro-fatores:

- 1) Fator sócio econômico (exógeno ao setor): a desempenho da economia nos anos em questão foi ruim. Em 1999 houve a crise cambial, o dólar subiu muito, afetando as importações, onerando os matérias e medicamentos e contribuindo para o baixo crescimento no período. Em decorrência também dessa crise cambial e, dos baixos investimentos sociais, ausência de políticas econômicas redistributivas, houve um aumento da concentração de renda no Estado (ver Gráfico 4).
- 2) Política de reajustes da ANS: a política é regressiva, penaliza as classes de renda mais baixa ao autorizar reajustes desconsiderando os pacotes dos Planos. Além disso, os reajustes tem sido, em média, acima da inflação (IGPM, IGPDI e IPCA) (IDEC, 2005).

Dentre as razões para a Saúde Suplementar não contribuir para atenuar as mazelas sociais está a falta de práticas gerenciais adequadas que são, muitas vezes, ultrapassadas e não permitem o reconhecimento dos custos verticalmente. Significa que o gestor de saúde não tem um estudo de estrutura de custos que indique qual procedimento está dando lucro ou prejuízo. O cálculo é feito horizontalmente e os materiais gastos e a mão-de-obra paga em procedimentos diferentes entram numa única conta que vai ser deduzida das receitas. Isso gera um ciclo onde os gestores sempre negociam com as Fontes pagadoras superestimando os custos para não terem prejuízo (dado o desconhecimento de sua margem de manobra), o que acarreta o

aumento dos preços do da assistência. Outro ponto importante a destacar é que a dependência econômica nacional para com os remédios e equipamentos médicos faz com que o setor privado de saúde, mercê da variação de preços internacionais e da taxa de câmbio, não consegue estabelecer um preço compatível com o padrão de renda da maioria da população.

Considerando-se o caráter redistributivo de renda que a saúde tem, em especial a Saúde Suplementar, a composição da demanda por este serviço no Estado e as experiências nacionais com Planos que atendem às pessoas de baixa renda, é interessante ressaltar a importância do ponto de vista social e empresarial de voltar o atendimento a essas classes menos favorecidas. Esta reversão de ótica dá mostras de ser um bom negócio, ao constatar que 53,5% da população do Estado tem renda de até R\$ 400 (IBGE, 2006), um mercado grande, que possibilita uma escala de produção considerável. No entanto, para que se torne possível esta popularização do acesso aos serviços de saúde, é necessário que a ANS e as entidades de classe (ABM, FENASEG, ASHEB entre outras) juntas definam critérios de autorização de reajustes dos prêmios com base no cálculo das inelasticidades dos consumidores por tipo de pacote (*rankeado* por prêmio), bem como regulamentar o advento das clínicas populares de maneira que estas prestem um serviço de qualidade, somente contratem mão-de-obra formal e assim possam contribuir com o princípio da equidade, provendo acesso às camadas mais necessitadas da população.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Isaura F. Gotschall de. *Caracterização dos gastos das famílias brasileiras com saúde*. 2005. Monografia (Especialização em Economia na Gestão dos Sistemas de Saúde) - ISC / UFBA, Salvador, BA, 2005.
- ALMEIDA, Paulo H; DAMASCENO, Luciano. Serviços estratégicos na região metropolitana de Salvador. *Série de Estudos e Pesquisas*, Salvador, v. 31, n. 70, p. 51, 2004.
- ALMEIDA, Paulo Henrique. A economia de Salvador e a formação de sua região metropolitana. In: CARVALHO, Inaiá M. M. de; PEREIRA, Gilberto Corso. *Como anda Salvador*. Salvador: Edufba, 2006 p.11-53.
- ALVES, S. L. *Estimando seleção adversa em planos de saúde*. 2005. p. 1-19.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS . *Entenda o setor*. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>>. Acesso em: 17 Ago. e 25 nov. 2006.
- BAHIA, Lígia. *Mercado de planos e seguros de saúde no Brasil*. Disponível em: <<http://www.pecs.ufba.br>>. Acesso em: 12 nov. 2005.
- BRUE, Stanley L. *História do pensamento econômico*. 6. ed. São Paulo: Thomson, 2005.
- BURSZTYN, M. Da pobreza à miséria, da miséria à exclusão. In: BURSZTYN, M. (Org.). *No meio da rua: nômades excluídos e viradores*. Rio de Janeiro: Garamond, 2000. p. 27-54.
- CHESNEIS, François. *A mundialização do capital*. São Paulo: Xamã VM , 1996.
- CALVO, Maria Cristina Marino. *Análise da eficiência produtiva de hospitais públicos e privados no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: IPEA. 2005.
- CORRÊA, Gustavo Alexander Caetano. *A necessidade de regulação do setor privado de saúde no Brasil: razões e perspectivas*. Mar. 2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/>>. Acesso em: 15 out. 2005.

COSTA, João Gutemberg Quintas. *Os contratos e o seguro saúde*. [S.l.]: [S.n.], [199-?].

CUNHA, Elenice Machado da. *Regra e realidade na constituição do SUS municipal: implementação da NOB 96 em Duque de Caxias*. 2001. 144f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

FERNANDEZ, Dolores Fernandez. *Análise da seleção adversa na utilização dos serviços de saúde em medicina suplementar: estudo de caso*. 2005. 61 f. Monografia (Especialização em Gestão dos Sistemas de Saúde) - ISC / UFBA, Salvador, BA, 2005.

FILGUEIRAS, Luis. *História do Plano Real*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2003.

FILGUEIRAS, Luis. *Projeto político e modelo econômico neoliberal no Brasil: implantação, evolução, estrutura e dinâmica*. Disponível em: <<http://www.desempregozero.org.br/ensaios/>>. Acesso em: 28 jul. 2005.

GUJARATI, D. N. *Econometria Básica*. São Paulo: Pearson Makron Books, 2000.

IBGE. *Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003: primeiros resultados*. Coordenação de Índices de Preços. Rio de Janeiro, 2004. 276 p.

IBGE. *Sistema IBGE de recuperação automática - sidra*. Disponível em: <www.sidra.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 out. 2005.

Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor – Idec. *Reajustes anuais – a ANS está cumprindo o seu papel?* Disponível em: <http://www.idec.org.br/> Acesso em: 27set. 2006.

LIMA, Gilson de Souza. *O ressarcimento ao SUS*. Disponível em: <<http://www.somerj.com.br/revista>>. Acesso em: 05 dez. 2005

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. *O setor privado de saúde no Brasil: os limites da autonomia*. 1995. 114 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - IMS / UERJ, Rio de Janeiro, RJ, 1996.

OCKÉ-REIS, C. O.; ANDREAZZI, M. F. S.; SILVEIRA, F. G. *O mercado de planos de saúde: uma criação do Estado?* Rio de Janeiro: IPEA, maio 2005.

OLIVEIRA, Francisco de. *Crítica à razão dualista – o ornitorrinco*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS . Disponível em: <<http://www.who.int/es/>>. Acesso em: 10 jul. 2005.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. *Universalidade e equidade*. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/observatorio/>>. Acesso em: 09 dez. 2005.

OSWALDO, Guerra; TEIXEIRA, Francisco. 50 anos da industrialização baiana: do enigma a uma dinâmica exógena e espasmódica. *Bahia Análise & Dados*, Salvador, v.10,n.1 p.87-98, jul. 2000.

PEREIRA, Carlos. *O marco regulatório no setor de saúde suplementar: contextualização e perspectivas*. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/>> . Acesso em: 31 out. 2005.

PORTO, S. M. *et al. Metodologia de alocação equitativa de recursos*. Brasília: MS/REFORSUS, 2002.

PRADO, Luis Carlos Delorme. *A globalização e seus malefícios: a promessa não-cumprida de benefícios globais*. São Paulo: Futura, 2002. 327 p.

BRASIL. Constituição (1988). 26. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

RODRIGUES, Rita de Cássia Meirelles. *A odontologia suplementar no Distrito Federal*. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/>. Acesso em: 17 set. 2005.

SALOMON, Délcio Vieira. *Como se faz uma monografia: elementos de metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

SANDRONI, Paulo. *Novíssimo dicionário de economia*. São Paulo: Círculo do Livro, 1999.

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde. *O que é a atenção básica na ses/se?*. Aracajú, 19??.

VASCONCELLOS, Gilberto Felisberto. *A jangada do Sul*. São Paulo: Casa Amarela, 2005.

VIANNA, João. *A especificidade do seguro saúde frente ao modelo tradicional de seguro após a nova concepção trazida pelo marco regulatório*. Disponível

em:

<http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografia2005ocumentostecnicos>. Acesso em: 17 set. 2005.

VIEIRA, Marcelo Milano Falcão; VILARINHO, Paluo Ferreira. *O campo da saúde suplementar no Brasil*. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca>>. Acesso em: 28 nov. 2005

VALE, José do. *Dados saúde suplementar Brasil*. Disponível em: <www.pecs.ufba.br>. Acesso em: 24 jul. 2006

VENEZUELA, República Bolivariana. *Líneas generales del plan de desarrollo económico y social de la nación 2001 – 2007*. Disponível em: <<http://www.mpd.gov.ve>>. Acesso em: 08 nov. 2005.

WAGSTAFF A. Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. *Pan American Journal of Public Health*, v. 11, n.5-6, p.316-326, 2002.

WILLIAMS, A. The cheerful face of the dismal science. In: Williams, A. *Health and Economics*. London: Macmillan, 1987.