

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Departamento de Ciências Sociais

TITULO: Caracterização da Autogestão no processo de regulamentação do setor suplementar de saúde

Anete Maria Gama

Dissertação apresentada ao Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Orientador:
Prof. Dr. Nilson do Rosário Costa

RIO DE JANEIRO
2003

DEDICATÓRIA

À memória de meu pai

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de lembrar e agradecer ao financiamento concedido pela CAPES que foi fundamental para realização desse trabalho.

À ENSP por ser determinante na minha formação como sanitarista.

Agradeço ao meu orientador, Nilson, pela paciência e disponibilidade.

Às minhas amigas Lígia e Isabela pelo incentivo importantíssimo para finalização dessa dissertação.

Aos meus colegas do Mestrado pelo tempo de convivência que possibilitou o amadurecimento dessa discussão.

Aos colegas da Agência Nacional de Saúde Suplementar pelo apoio, em especial ao Barroca e ao Zettel.

A todos que tiveram paciência para responder aos meus questionamentos durante a pesquisa de campo.

Aos meus colegas do FUNDAMP.

Ao meu filho pelo amor com que compreendeu as minhas ausências.

Ao Omar Ali Shah pela mão sempre estendida.

RESUMO

Este trabalho se constitui num esforço para compreensão da autogestão como programas de assistência médica e hospitalar disponibilizado nos moldes de plano de saúde. Envolve, também a participação da autogestão no processo de regulamentação do setor suplementar de saúde e sua atuação nesse mercado regulamentado. Supomos que a autogestão serviu como parâmetro para a regulamentação do setor suplementar atuando como colaboradora desses processo. As maiores autogestões, em tamanho de beneficiários, são de empresas públicas ou estatais mesmo considerando o processo de privatização pelo qual vêm passando.

Para realização desse estudo foi feita uma revisão da literatura disponível sobre o tema, pesquisa de campo com entrevistas e coleta de dados de empresas de autogestão. Ao final do trabalho é apresentado um estudo sobre a trajetória de constituição de um plano de autogestão para funcionários de uma fundação do governo federal, Fio-saúde abordando questões relativas a gestão do plano, a eletividade dos participantes, estrutura jurídica e institucional, financiamento e relacionamento com os prestadores de serviço.

Conclui-se que a origem da autogestão fundamenta-se, principalmente, na organização de programas de assistência médica e hospitalar para trabalhadores organizados pelas próprias empresas empregadoras, com ou sem a participação dos empregados, ou por organizações exclusivamente de trabalhadores.

ABSTRACT

This work contributes to the understanding of self-fund such as programs of medical and hospital assistance available by way of health plans. Involved also, is the participation of self-fund in the process of insurance regulation in the Brazilian private health care sector and how it's been functioning in this regulated market. We propose that self-fund serves as a parameter for the regulation of health plans and insurance acting as a collaborator in these processes. The major self-fund, in the form of beneficiaries, are public as well as state companies even considering the process of privatization.

For the realization of this study a revision of the available literature on the subject was conducted, as well as fieldwork with semi-structured interviews and the collection of data from self-fund companies. It also presents a study about the organization of an self-fund for employees of a federal government foundation - Fio-saúde. It discusses some key aspects such as health plan management, who can take part of it, the juridical and institutional structure, and in financing and relationship with the service providers.

The conclusion is that the origin of self-fund is based principally in the organization of programs of medical and hospital assistance for employees organized by their employees own companies and representatives, with or without the participation of the employees, or by organizations exclusively of employees.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	ii
AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO	iv
ABSTRACT	v
SUMÁRIO.....	vi
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	viii
LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS E QUADROS.....	x
APRESENTAÇÃO.....	xii
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I. DIMENSÕES DO SETOR SUPLEMENTAR.....	10
1.1 Número de clientes e de operadoras.....	11
1.2 Alguns aspectos operacionais da disponibilização da assistência à saúde aos beneficiários	16
1.2.1 Organização da rede de serviço das operadoras.....	16
1.2.2 Formas de acesso à rede de serviços utilizada pelas operadoras.....	17
1.2.3 Forma de remuneração de serviços médicos e hospitalares	19
CAPÍTULO II. AS AGÊNCIAS REGULADORAS E A REGULAMENTAÇÃO DO SETOR SUPLEMENTAR DE SAÚDE.....	22
2.1 A regulação do setor suplementar de assistência à saúde.....	24
2.1.1 Institucionalização do <i>locus</i> regulatório	26
2.1.2 Ampliação de cobertura.....	27
2.1.3 Mudanças no padrão de competição.....	28
2.1.4 Mudança nas relações entre público e privado - ressarcimento	28
2.2 Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.....	29
CAPÍTULO III. PLANOS COLETIVOS E PLANOS EMPRESARIAIS.....	30
3.1 Formação do mercado de planos coletivos e de planos empresariais.....	32
3.2 Plano de saúde como benefício social.....	41

3.3 Renúncia de arrecadação para área da saúde.....	43
CAPÍTULO IV. CARACTERIZANDO A AUTOGESTÃO.....	46
4.1 Da disponibilização dos planos de saúde para trabalhadores ao conceito de autogestão... 46	
4.1.1 Entidades jurídicas paralelas	47
4.1.2 Departamento de benefícios	48
4.1.3 Custo operacional.....	48
4.2 Conceito de autogestão.....	49
4.2.1 Quanto à eletividade.....	49
4.2.2 Quanto à gestão e ao relacionamento com a rede de prestadores.....	50
4.2.3 Organização jurídico-institucional	52
4.2.4 Entidades que representam as empresas de autogestão	53
4.2.5 Financiamento e preço.....	54
4.3 Autogestões públicas.....	57
CAPÍTULO V. O FIO-SAÚDE.....	60
5.1 Criação do Fio-saúde.....	61
5.2 Houve participação dos funcionários na criação do Fio-saúde?	62
5.3 Quem são os beneficiários do Fio-saúde por ocasião de sua criação?	63
5.4 Financiamento	64
5.5 Plano Básico para todos	66
5.6 O Fio-Saúde como plano de autogestão	67
5.7 Novas propostas para o equilíbrio financeiro do Fio-saúde	68
5.7.1 Propostas emergenciais	69
5.7.2 Propostas para curto e médio prazo.....	69
5.8 A rede de prestadores de serviço.....	70
5.9 Forma de remuneração de serviços médico-hospitalares	71
5.10 Fio-Saúde e a regulamentação.....	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
Anexo:	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo e Empresarial
- ABRASPE – Associação Brasileira de Autogestão em Saúde Patrocinada pelas Empresas
- AIH – Autorização de Internação Hospitalar
- AMB – Associação Médica Brasileira
- AMS – Assistência Multidisciplinar de Saúde
- ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
- ANVISA – Agência de Vigilância Sanitária
- ASASPE – Associação dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios das Empresas
- BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
- CABEG - Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Estado da Guanabara
- CABERJ - Caixa de Assistência dos Funcionários do Sistema Integrado do Banco do Estado do Rio de Janeiro
- CAC - Caixa de Assistência dos Servidores da CEDAE
- CADE - Conselho Administrativo de Defesa Econômica
- CAP - Caixa de Aposentadoria e Pensão
- CASSI - Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil
- CIEFAS - Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde
- CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas
- CNS - Conselho Nacional de Saúde
- CONAMGE - Conselho Nacional de Auto-regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo
- DESAS - Departamento de Saúde Suplementar
- DLP - Doenças e Lesões Preexistentes
- FAS - Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
- FIOPREV - Instituto Oswaldo Cruz de Seguridade Social
- FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
- FUNDAMP - Fundo de Assistência Médica Permanente dos Servidores Públicos Municipais de Barra Mansa
- GEAP - Fundação Grupo Executivo de Assistência Patronal
- IAP - Instituto de Aposentadorias e Pensões
- IAPB - Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários
- IAPI - Institutos de Aposentadorias e Pensões dos Industriários

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBOPE - Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística
INPC - Índice Nacional de Preços ao Consumidor
INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social
IRPF - Imposto de Renda de Pessoa Física
MF - Ministério da Fazenda
MS - Ministério da Saúde
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio
PPA - Plano de Pronta Ação
RJU - Regime Jurídico Único
SAS - Secretaria de Assistência à Saúde
SINAMGE - Sindicato Nacional de Medicina de Grupo e Empresarial
SUS - Sistema Único de Saúde
SUSEP - Superintendência de Seguros Privados

LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS E QUADROS

Figuras:

- Figura 1: Distribuição dos registros de beneficiários informados no cadastro da ANS por unidade federativa, Brasil, 200115
- Figura 2: Diagrama de eletividade dos planos de autogestão por consangüinidade50

Gráficos:

- Gráfico 1: Proporção de clientes de planos/ seguros de saúde por intensidade de utilização dos serviços do SUS11

Quadros:

- Quadro 1: Distribuição dos beneficiários de planos de saúde por modalidade de operadora, de acordo com a ANS em 200212
- Quadro 2: Distribuição das operadoras por faixa de beneficiários e por número de beneficiário, Brasil, 200114
- Quadro 3: Distribuição dos registros de beneficiários no cadastro da ANS por faixa etária e situação de contrato em relação a Lei 9656/98, Brasil, 200216
- Quadro 4: Valor de diárias de internação em alguns estabelecimentos hospitalares do Rio de Janeiro, 199920
- Quadro 5: Distribuição dos Benefícios concedidos por indústrias, por tipo de benefício, no Brasil em 199642
- Quadro 6: Custo do plano de assistência médica hospitalar antes da dedução da contribuição do empregado, como percentagem da folha salarial (sem encargos)43
- Quadro 7: Distribuição de planos de assistência médica, custeados em níveis superiores a 60% pelos empregados, por tipo de plano55

Quadro 8: Custo mensal médio, em US\$ (dólar americano), de julho de 1998, por vida e por padrão de plano de empresas empregadoras	56
Quadro 9: Eletividade dos participantes do Fio-saúde	64
Quadro 10: Representação da contraprestação pecuniária paga pelos participantes do Fio-saúde, por tipo de plano, dezembro de 1990	65
Quadro 11: Distribuição dos participantes do Fio-saúde por categoria de plano e eletividade, em julho de 1991	66
Quadro 12: Tipos de Plano do Fio-saúde de acordo com a rede assistencial, financiamento e reembolso	67
Quadro 13: Resumo da Evolução do Fio-saúde	72

APRESENTAÇÃO

Ao final da graduação em Psicologia tive contato mais próximo com as políticas de saúde ao voltar meus interesses para as questões da saúde mental. Logo em seguida, a especialização em Saúde Pública trouxe a certeza de que os questionamentos que envolviam planejamento e políticas de saúde exerciam fascínio sobre mim, razão pela qual não precisaria ficar restrita à saúde mental.

Nessa época, os jornais de grande circulação traziam, em suas manchetes, temas relacionados aos planos de saúde, reclamações de consumidores relativas à negação de atendimento, liminares obtidas na justiça em favor desses consumidores e questões sobre a saúde financeira dessas empresas no mercado. Tais assuntos estavam na mídia, mas eram pouco discutidos no âmbito das políticas de saúde. Pode-se dizer que, por muito tempo, essas questões foram tratadas com certo preconceito pelos profissionais de saúde pública e pelos estudiosos da área, pois seu exame era tido como menos importante.

Entretanto, não podemos ignorar que existe hoje um considerável mercado de compra e venda de serviços médicos e hospitalares por parte de empresas que operam planos e seguros de saúde, nas quais o acesso a serviços de saúde perpassa as relações de consumo – o mercado de saúde suplementar ou setor suplementar de saúde. Recentemente, o governo passou a regular as operadoras de planos e seguros de saúde em seus aspectos econômicos, financeiros e assistenciais. Dentre estes, os aspectos assistenciais de cobertura adquiriram maior visibilidade por intermédio dos meios de comunicação¹.

¹ A Lei 9656/98 estabelece cobertura mínima para os planos e seguros de saúde em seu art 10 - "É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-hospitalar, compreendendo partos e tratamento realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III - inseminação artificial;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou emagrecimento com finalidade estética);

Assim, a curiosidade – esbarrando na escassa literatura sobre o setor suplementar de saúde – e a dificuldade de obtenção de informações acerca do assunto acabaram por despertar meu interesse e orientaram a realização deste trabalho.

V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

VI - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados aos atos cirúrgicos;

VII - VETADO

IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

INTRODUÇÃO

Na perspectiva econômica, um bem privado é aquele que, ao ser consumido por uma pessoa, não o pode ser por outras. De modo geral, esse conceito tem sido adaptado para a assistência médica, que seria tida assim como bem privado, uma vez que existe a relação de compra e venda do serviço. No entanto, a concepção social de direito à saúde faz com que, historicamente, tenham sido disponibilizadas várias formas públicas e privadas de acesso à assistência médica, as quais se constituíram nos seguros sociais e privados de saúde.

Os seguros são atrativos quando há incertezas e é possível haver perda econômica significativa. No caso da demanda por serviço de saúde, não apenas as incertezas do evento como também a possibilidade de os tratamentos médicos se tornarem muito custosos fizeram com que a sociedade buscasse uma forma de minimizar os riscos e as incertezas no seguro social ou privado (Iunes, 1998).

Por um lado, o seguro reduziria o risco do alto gasto em saúde na ocorrência de um evento mórbido, pois o agrupamento de riscos similares permitiria a redistribuição das perdas inesperadas. Por outro, é uma peculiaridade do seguro de saúde cobrir também os pequenos riscos, em função de a organização dos serviços estar baseada no conceito de direito à saúde.

Entretanto observam-se dificuldades no mercado de seguro de saúde, as quais podem decorrer do comportamento das seguradoras e dos segurados. Considera-se que existe uma tendência da seguradora em incorporar ao sistema os indivíduos de maior risco, cuja perda esperada é maior, chamada de *seleção adversa* por parte do consumidor. Isso porque faz parte da escolha racional da compra de um seguro que os indivíduos com maior risco tendam a entrar e permanecer no sistema, enquanto aqueles de menor risco estão mais propensos a abandoná-lo. Em contrapartida, para se protegerem da seleção adversa, as seguradoras buscam *selecionar riscos*, criando barreiras à entrada dos segurados no sistema, em uma tentativa de excluir o alto risco representado, por exemplo, pelos idosos e portadores de deficiências ou doenças crônicas.

Outra dificuldade que o mercado enfrenta é o risco moral (*moral hazard*) por parte dos consumidores, que se traduz na mudança de comportamento destes em razão de não terem que suportar a despesa total da assistência médica. É a simples concepção do *'já que estou pagando, vou*

usar', gerando um gasto desnecessário, que não seria feito se o consumidor tivesse que suportar o gasto total do serviço. Nessa perspectiva também podem ser incluídos os médicos demandantes por serviços auxiliares e de diagnóstico, os quais pedem exames que não seriam solicitados se o seu cliente tivesse que pagar diretamente por eles (Iunes, *Op.cit*).

No contrato entre a seguradora e o segurado para o seguro de saúde, o cálculo do valor do sinistro não se traduz em valor único a ser pago ao segurado face à perda do objeto segurado, ou a vida, como nos demais seguros, mas é referenciado à média de probabilidade de gasto com serviços de saúde.

Assim, semelhantes fatos têm lugar em virtude da assimetria de informação, que é uma falha do mercado de saúde. Ocorre tanto em relação ao consumidor, quanto à seguradora e ao prestador de serviço, porque os atores envolvidos não recebem todos os esclarecimentos que concernem à relação de consumo de serviços de saúde.

No Brasil, a assistência médica e hospitalar privada é disponibilizada principalmente mediante planos e seguros de assistência à saúde. Convencionou-se separar essas empresas em quatro modalidades – embora também possam ser encontrados modelos híbridos, compostos pela combinação entre estas – que são: medicina de grupo; cooperativas médicas; seguros de saúde; e planos próprios das empresas ou autogestões. A diferenciação entre estas modalidades passa a ser explicitada abaixo.

Medicina de Grupo

A medicina de grupo é constituída por empresas que administram planos de saúde para empresas, famílias e indivíduos pelo sistema de pré-pagamento² ou pós-pagamento³. O atendimento ou é feito por serviços das próprias empresas ou é contratado a uma rede credenciada. A Portaria 3.232, de 27/06/86 do Ministério do Trabalho definiu a medicina de grupo como pessoa jurídica de

² Pré-pagamento em plano ou seguro de saúde é o pagamento antecipado de um valor preestabelecido a uma operadora de plano ou seguro de saúde, para que a operadora assumo o risco da cobertura de eventos de assistência médica e hospitalar que venham a ocorrer com o beneficiário.

³ Pós-pagamento, também considerado custo operacional, pressupõe o pagamento, por parte da empresa, a uma operadora de plano de saúde da totalidade gasta com a assistência médica e hospitalar prestada aos empregados da empresa contratante, acrescido de taxa para custear as despesas administrativas da operadora.

direito privado, com ou sem fins lucrativos, que presta assistência médico-hospitalar com recursos próprios ou de rede credenciada, mediante o pagamento de contraprestação pecuniária.

O acesso a serviços não credenciados é previsto em planos opcionais mais caros, em que o usuário é reembolsado de acordo com a tabela da Associação Médica Brasileira (AMB), o que não garante o reembolso total do gasto feito pelo consumidor. Em 1966 constituiu-se a Associação Brasileira de Medicina de Grupo e Empresarial (ABRAMGE) com o objetivo de defender os interesses dessa modalidade por intermédio da elaboração de política para o setor. Vinte anos depois foi criado o Sindicato Nacional de Medicina de Grupo e Empresarial (SINAMGE). Finalmente, em 1990 foi instituído o Conselho Nacional de Auto-regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo (CONAMGE), onde são discutidas as questões éticas pertinentes a essa modalidade, dada a ausência de regulamentação do setor suplementar de saúde. A AMB, a ABRAMGE, o SINAMGE e o CONAMGE constituem as principais entidades representativas dessa modalidade (Andreazzi, 1991).

Cooperativas médicas

O *cooperativismo* foi regulamentado no Brasil pelo Decreto 5.764, de 16 de dezembro de 1971, com a criação do Conselho Nacional de Cooperativismo, ligado ao Ministério da Agricultura. Fundamenta-se na prestação de um serviço por seus participantes, que são denominados cooperados, e não tem objetivo de lucro, repartindo-se o prejuízo ou o *superavit* de acordo com a cota de cada membro participante.

As cooperativas médicas surgiram em oposição às empresas de medicina de grupo e em defesa da preservação dos interesses da prática médica liberal. Apesar da fundamentação contrária – a mercantilização da medicina, que tinha sido procedida pelas empresas de medicina de grupo – as cooperativas irão disputar a mesma clientela, adotando o modelo do convênio-empresa (Cordeiro, 1984).

Desse modo, as cooperativas médicas também comercializam planos de saúde, porém os médicos prestadores de serviço são sócios e recebem pagamento de acordo com a produção individual, além de terem participação nos lucros das unidades. Em geral, o atendimento é feito nas instalações dos cooperados ou credenciados, porém, segundo Andreazzi (*Op. cit.*), a UNIMED é uma das cooperativas que têm utilizado o arrendamento, a aquisição ou a construção de hospitais. É

um sistema de planos de pré-pagamento, em que a maioria dos clientes provém do convênio-empresa.

Atualmente, com o acirramento da disputa pelo mercado, as UNIMEDs têm sido acusadas de prática de monopólio, em especial nas cidades do interior, onde os médicos cooperados não podem trabalhar para outras modalidades de assistência médica suplementar.

Recentemente foi quebrado o monopólio exercido pela Unimed na cidade de Araras, no interior do Estado de São Paulo, onde praticamente todos os médicos da região e prestadores de serviço eram ligados à UNIMED local e, por isso, não podiam prestar serviços a outras operadoras. Em decorrência de desacordo sobre reajuste de prêmio dos contratos coletivos, um empresário da região criou um plano de autogestão para as empresas locais, tendo que montar o próprio hospital e trazer médicos de fora da região, pois o mercado de Araras era fechado pela UNIMED. Essa informação foi obtida em entrevista pessoal realizada com o ex-gestor da Caixa de Assistência dos Funcionários do Sistema Integrado do Banco do Estado do Rio de Janeiro (CABERJ), Zettel em 1999.

Seguro saúde

O seguro saúde seria regido, em princípio, pela lógica do seguro, tal como pressupõe sua denominação, ou seja, uma operação que consiste no pagamento de remuneração ou prêmio pelo segurado, fazendo-se prometer para si próprio ou para outrem, no caso da ocorrência involuntária do dano à saúde, uma prestação financeira do segurador que assumiu a responsabilidade por um conjunto de riscos, compensando o segurado de acordo com as leis da probabilidade e os princípios do mutualismo (Ramos, 1997).

Dessa forma, o seguro saúde deveria ser um contrato de reembolso de despesas; entretanto, o que se observa na prática é o surgimento das redes de prestadores “referenciadas”, em que o usuário não paga diretamente pelo serviço, fazendo com que o seguro “puro” tenha se perdido, tornando-se cada vez mais parecido com a medicina de grupo e com as cooperativas. Dentre as modalidades aqui descritas, as seguradoras são as mais ligadas ao sistema financeiro.

Planos próprios das empresas – autogestão

Os planos próprios das empresas – autogestão – constituem a modalidade na qual as empresas administram os programas de assistência médica, razão pela qual seria tida como não

comercial. Diferentemente dos outros três, estes são exclusivos de empresas, fundações, sindicatos ou associações ligadas a trabalhadores. As principais entidades representativas do setor são a Associação Brasileira dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios das Empresas (ABRASPE) e o Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (CIEFAS). Detalharemos mais adiante as questões que envolvem a autogestão.

Embora essa distinção em quatro modalidades de planos venha sendo comumente utilizada, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) propôs nova classificação: administradora, cooperativa médica, cooperativa odontológica, autogestão, medicina de grupo, odontologia de grupo e filantropia, além das seguradoras (Brasil. ANS, 2000a).

O setor suplementar de saúde cresceu sem regras governamentais específicas para seu funcionamento. Recentemente, esse setor adquiriu maior visibilidade e importância na agenda governamental, ganhando legislação específica e passando a ser regulado pela ANS, criada para este fim dentro do processo de Reforma do Estado brasileiro, que é orientado para a revisão do papel do Estado e a reforma administrativa.

Para Diniz (*mimeo*), a crise brasileira dos anos 80 em diante tem múltiplas dimensões, que se manifestam nos aspectos econômicos, políticos e institucionais. A crise do Estado teria sua expressão, principalmente, nos dois últimos aspectos. No entendimento da autora, a perspectiva mais adequada para a abordagem dessa crise seria considerá-la tanto como resultado de pressões externas decorrentes da globalização quanto de causas internas.

Durante os anos 70, o país está sob o impacto de um surto desenvolvimentista em que coexistem antigas e novas formas institucionais. No Brasil, a industrialização por substituição de importações, associada à forma estatal que lhe deu sustentação, não consegue se preservar da crise interna e externa. Além disso, o país encontra-se em processo de redemocratização. A complexidade da situação envolveria o esgotamento do modelo de desenvolvimento econômico, de seus padrões ideológicos e do tipo de intervenção estatal. A nova agenda, a dos anos 90, trouxe como objetivos: a estabilização econômica, a reinserção internacional e a institucionalização da democracia. As formas de administração e solução da crise levaram ao reforço das decisões burocráticas, à centralização reguladora do Estado e ao divórcio entre Executivo e Legislativo, tornando-se parte constitutiva da crise do Estado.

Seguindo a agenda da reforma deu-se curso às privatizações das empresas públicas, ao estímulo à competitividade em setores com a quebra de monopólios e à reestruturação institucional do Estado, com o objetivo de ampliar sua capacidade gerencial, desenvolver estruturas reguladoras e aumentar o grau de responsabilização. Dentro desse contexto de redesenho das funções do Estado, concomitante a sua profissionalização, foram criadas agências reguladoras autônomas, visíveis e que fazem interface com o mercado (Costa *et alli*, 2000).

No Brasil, a interação dessa agenda abrangeu o Programa Nacional de Desestatização, de 1991, e o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, de 1995, que previam a implementação do processo de privatização das empresas estatais.

Tais reformas implicavam a desregulação da economia, que foi inspirada no modelo neoliberal e foi acompanhada de nova forma de regulação, na qual as empresas de setores desestatizados perderam ou deixaram de ter controle direto pelo Executivo e passaram a nova forma de regulação – aquela por delegação, em oposição à regulação por estatização –, que tem seu principal modelo institucional nas agências reguladoras (Costa, 2000).

Semelhante contexto embalou, na área da saúde, a criação de duas agências reguladoras: a Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a ANS.

Este trabalho se insere no cenário da regulamentação do setor suplementar de saúde com o objetivo de descrever a autogestão a partir de suas diferenças e semelhanças com as outras modalidades de planos de saúde, seu papel diante da regulamentação do setor suplementar de saúde e suas estratégias gerenciais diante desse novo cenário.

Para isso considera a autogestão como a modalidade de prestação de assistência à saúde sem fins lucrativos com gestão própria da assistência à saúde, o que implica assumir o risco da variação do custo da assistência médica pela empresa que patrocina o benefício integral ou parcial aos funcionários de determinada empresa ou categoria com massa delimitada, podendo ou não incluir seus dependentes e agregados até o terceiro grau de parentesco consangüíneo ou afim, mediante departamento de benefício de empresas ou entidades jurídicas paralelas. Isso significa a exclusão das modalidades de custo operacional⁴ cuja gestão da assistência à saúde é feita de forma

⁴ Custo operacional ou pós-pagamento é o pagamento da totalidade da despesa assistencial realizada com uma massa de beneficiários a uma administradora de plano de saúde.

terceirizada, assim como algumas sociedades civis que não possuem população delimitada possível de ser caracterizada por vínculo empregatício ou semelhante.

Supomos que a autogestão foi a modalidade de plano de saúde que forneceu parâmetros orientadores da regulamentação do setor suplementar de saúde, atuando até mesmo como colaboradora do governo no processo de regulamentação, uma vez que as maiores autogestões são oriundas de empresas públicas ou estatais; mesmo considerando o processo de privatização pelo qual vêm passando várias dessas empresas, as autogestões serviram como fonte de informação sobre o setor suplementar.

Para a realização deste trabalho foi feita uma revisão da literatura disponível concernente ao tema abordado – apesar de esta ser escassa – que pudesse subsidiar a construção deste estudo.

Na pesquisa de dados foram utilizados o Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (PNAD/IBGE), o Tower Perrin, além de dados do Fio-saúde, do Ministério da Saúde (MS) e da ANS. É importante frisar que há dificuldade na obtenção de informações e de dados sobre o setor.

Dessa forma foram realizadas entrevistas com gestores do setor de autogestão e do Fio-saúde, além de profissionais envolvidos com operadoras de autogestão e do MS/Departamento de Saúde Suplementar (DESAS).

Ao final da pesquisa optou-se por apresentar a trajetória de constituição de um plano de autogestão, o Fio-saúde, como forma de compreender a constituição do plano de saúde e suas estratégias frente ao cenário brasileiro de estabilização econômica, de privatização e de regulamentação do setor suplementar de saúde.

A escolha do Fio-saúde se deu pela facilidade de acesso a informações sobre o plano, o que foi imprescindível para a realização deste trabalho. Além disso, essa autogestão possui dados organizados em sistema de informação, permitindo a obtenção de informações assistenciais e de custo sobre o plano de assistência médica.

O Fio-saúde é uma organização que, dentro de um ambiente de incerteza, busca ajustar as suas escolhas, visando assegurar melhores condições para a própria organização e para o grupo de gerentes da organização. Essa característica faz com que os gestores do Fio-saúde assumam

condutas ou promovam escolhas, razão pela qual são considerados informantes privilegiados. Esses gestores apresentam alto grau de autonomia na interação com os processos de mudança, o que influencia o lugar da organização no contexto da atenção à saúde.

A apresentação do trabalho é feita em capítulos. O primeiro apresenta as dimensões do setor suplementar de saúde e sua representatividade dentro do sistema de saúde brasileiro, com base no número de clientes de operadoras, segundo diferentes fontes de informação disponíveis, e as dificuldades de obtenção de dados sobre o setor. Esse capítulo também incorpora, ao final, a descrição de aspectos operacionais da oferta de assistência médica e hospitalar das operadoras ou empresas empregadoras a seus clientes ou trabalhadores, como forma de clarear alguns aspectos operacionais dessas empresas.

O segundo capítulo trata das relações entre a Reforma do Estado brasileiro e o processo de regulamentação do setor suplementar de saúde, que culminou na promulgação da Lei N.º 9656/98, a qual regulamenta as operadoras do mercado de saúde suplementar e a instituição da ANS como responsável pela regulação dessas empresas.

O terceiro capítulo aborda a origem dos planos coletivos e empresariais⁵, ligada ao processo de industrialização e à proteção dos trabalhadores contra os riscos do trabalho assalariado no Brasil. Mostra que o setor de saúde suplementar se desenvolveu pelos planos de assistência médica e hospitalar coletivos e empresarias.

O quarto capítulo descreve as autogestões, aborda a eletividade de seus participantes, suas relações com os prestadores de serviço, as diferentes possibilidades de constituição jurídico-institucional e questões inerentes ao financiamento desses planos.

O quinto capítulo apresenta o estudo de caso do Fio-saúde, um plano de autogestão, para que se possa compreender, a partir do que foi apresentado nos capítulos anteriores, como se dá o surgimento de um plano de autogestão dentro de uma organização. Pelo lado da demanda, o capítulo aborda questões relativas à eletividade dos participantes. Pelo lado da oferta, aborda a estrutura jurídica institucional, o financiamento, a relação com os prestadores de serviço, algumas estratégias gerenciais enfrentadas para a manutenção do plano frente à diminuição do aporte de

⁵ De forma genérica, os planos coletivos e empresariais são denominações usadas para designar programas de assistência médica e hospitalar oferecidos a grupos fechados de pessoas. Esses conceitos serão definidos mais adiante.

recursos financeiros pela patrocinadora do plano – Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) – ao longo da trajetória do Fio-saúde. Inclui também aspectos relativos à gestão deste plano de autogestão e à regulamentação do setor.

Por fim, são expostas as conclusões alcançadas por meio deste trabalho.

CAPÍTULO I. DIMENSÕES DO SETOR SUPLEMENTAR

Existem dificuldades para a obtenção de informações do setor suplementar, que permitam dimensionar com exatidão sua magnitude. Apesar disso, este capítulo busca apresentar tais dimensões a partir das fontes de informação disponíveis. São considerados principalmente os números de clientes e de operadoras de cada modalidade que compõe o setor. Ao final do capítulo apresentaremos também alguns aspectos operacionais das empresas que operam no setor de saúde suplementar.

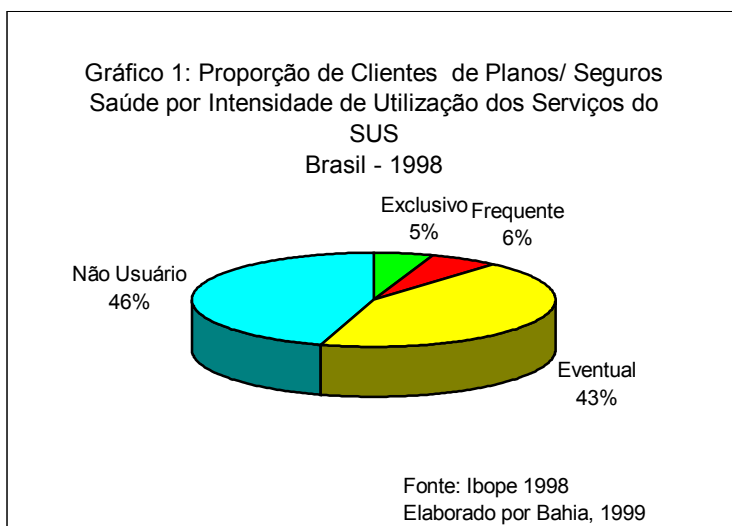
As diferenças de estimativa que aparecem ao longo do capítulo – em especial, no que diz respeito ao número de beneficiários e de operadoras – não ocorreram por falta de cuidado na realização do trabalho, pois correspondem às dificuldades na sistematização das informações e às diferenças existentes, dependendo da fonte de dados, do tempo e da forma de tratamento dos mesmos, o que se pretende mostrar ao leitor.

Essa dificuldade fica evidente quando observamos que não há separação total entre a clientela dos planos de saúde e a do Sistema Único de Saúde (SUS). Na verdade existe uma superposição⁶, considerando-se que a clientela do setor suplementar tem direito a utilizar o SUS e que a ele recorre para procedimentos não cobertos pelo plano, em virtude da dificuldade de acesso ou por necessidade em urgência e emergência.

Pode-se observar, no Gráfico 1, que 54% dos clientes de planos de saúde declararam utilizar o SUS, de acordo com a pesquisa feita pelo Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IBOPE)⁷, em 1998.

⁶ Espera-se que essa sobreposição de clientelas mude seu perfil em decorrência da regulamentação do setor suplementar. Os planos, sob a égide da Lei 9656/98, não podem ter exclusão de patologias, que é uma das causas de o consumidor de plano de saúde recorrer ao SUS. De acordo com a nova regulamentação, as patologias crônicas e as doenças infecto-contagiosas não podem mais ser excluídas dos contratos.

⁷ Pesquisa de caráter censitário realizada pelo IBOPE (1998), pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e pela Fundação Nacional de Saúde - "A Saúde na Opinião dos Brasileiros".



Olhando pelo lado da oferta nota-se a sobreposição na venda de serviços hospitalares, pois muitos hospitais são contratados do SUS e da iniciativa privada. Isso significa que o mesmo estabelecimento hospitalar pode ser conveniado ao SUS e a uma ou mais operadoras de planos e seguros de saúde, assim como lhe é facultado vender serviços diretamente a indivíduos e famílias, afora comercializar o próprio plano de saúde.

Essa articulação se dá pela busca dos prestadores de serviço em auferir o maior ganho possível a partir da capacidade instalada. Conseqüentemente, o mesmo estabelecimento pode oferecer diferentes formas de atendimento, que vão desde a hotelaria até a qualidade do serviço prestado.

1.1 Número de clientes e de operadoras

Segundo o CIEFAS (2000a), o setor suplementar abrange 46,7 milhões de consumidores; entretanto, a PNAD de 1998 (IBGE, 2000), aponta um mercado de 38,7 milhões de consumidores, aproximadamente. Já o cadastro de beneficiários da ANS registra um total de 35,5 milhões de beneficiários (Montone, 2002).

De acordo com a ANS, os beneficiários estão distribuídos entre as modalidades de operadora, como exposto na Quadro 1.

Quadro 1: Distribuição dos beneficiários de planos de saúde por modalidade de operadora, de acordo com o ANS - 2002

Modalidade	N.º de Beneficiários	% Beneficiários
Cooperativa Médica	8.497.962	23,94
Odontologia de Grupo	2.110.258	5,94
Medicina de Grupo	11.818.901	33,30
Filantropia	1.174.209	3,31
Cooperativa Odontológica	1.004.590	2,83
Seguradora	5.552.578	15,64
Autogestão	5.337.658	15,04
Total	35.496.156	100,00

Fonte: SCP - 16/12/2002. Palestra proferida por Januário Montone na CSS, em 19/12/2003 - Brasília.

Apesar de o período de tempo ser diferente, há uma diferença aproximada de 11,2 milhões entre o número total de beneficiários informados pelo CIEFAS e aquele comunicado pela ANS. Supõe-se que o cadastro da ANS esteja subnotificado. Isso porque a Lei 9656/98, em seu art. 20, determina que as operadoras de planos e seguros de saúde informem o número de beneficiários de suas empresas, o que gera a cobrança da Taxa de Saúde Suplementar a ser paga pelas operadoras, de acordo com o número de beneficiários informados. Assim, as informações de beneficiários das operadoras dão base, também, para a cobrança do ressarcimento ao SUS⁸.

Um dos objetivos do cadastro de beneficiários da ANS é proporcionar o funcionamento do ressarcimento ao SUS das internações e a cobrança da Taxa de Saúde Suplementar por consumidor. Por isso é possível supor que haja falta de interesse das operadoras em informar o número de consumidores, uma vez que os ressarcimentos ao SUS e à Taxa de Saúde Suplementar representam mais um custo para o setor.

Considerando-se os dados de 46,7 milhões de beneficiários registrados no CIEFAS contra 35,5 milhões que estão no cadastro da ANS em dezembro de 2002, destaca-se que este registraria

⁸ O ressarcimento ao SUS foi estabelecido pela Lei 9656/98, art. 32 e determina que as operadoras de planos e seguros de saúde devem ressarcir as despesas com internações hospitalares realizadas por seus beneficiários no âmbito do SUS.

aproximadamente 76% dos beneficiários do setor. Por sua vez, tomando-se em conta os dados da PNAD de 1998, que somam 38,7 milhões de beneficiários, tem-se que a ANS teria em seu cadastro, aproximadamente, 91,7% dos beneficiários do setor.

Dentre os consumidores de planos e seguros de saúde – segundo Arthur Andersen (1997) e Towers Perrin (1998) –, entre 70% e 80% seriam de planos empresariais. Já a pesquisa do IBOPE (1998) estimou que 66% dos beneficiários de planos e seguros de saúde estariam nesses planos, enquanto a ANS divulgou, em 2002, que 70% dos beneficiários seriam de planos coletivos, confirmando pesquisas anteriores (Montone, *Op. cit.*).

O número de beneficiários por plano varia nas entidades filiadas ao CIEFAS entre 219 beneficiários e 2,3 milhões de beneficiários, mostrando que a oferta de planos de autogestão está presente em todos os portes de empresa, embora não seja possível ver aqui a representatividade por porte empresarial (CIEFAS, 1999).

Segundo a ANS, 2.722 empresas⁹ de planos e seguros de saúde fizeram registro nessa entidade até 2000. Destas, 1604 (59%) são medicinas de grupo, 595 (22%) são cooperativas, 463 (17%) são autogestões e 60 (2%) são seguradoras (Brasil. ANS, 2000b).

Entretanto, o setor suplementar é altamente concentrado; em fevereiro de 2001, 50,01% dos beneficiários (13.794.390) informados à ANS estavam ligados a 45 operadoras, das quais apenas duas concentravam 12,19% dos beneficiários (3.416.657) (Brasil. ANS, 2001a).

⁹ Refere-se ao número de operadoras ativas e inativas cadastradas na ANS.

Quadro 2. Distribuição das operadoras por faixa de beneficiários e por número de beneficiários. Brasil - 2001

Faixa de Beneficiários	OPS	%	Beneficiários	%
acima de 500.000	5	0,28	6.051.183	20,05
100.001 a 500.000	47	2,63	9.386.695	31,10
50.001 a 100.000	65	3,63	4.427.575	14,67
20.001 a 50.000	176	9,84	2.487.477	8,24
10.001 a 20.000	146	8,16	4.646.353	15,40
2.001 a 10.000	552	30,85	2.638.233	8,74
até 2.000	798	44,61	542.399	1,80
Total	1.789	100,00	30.179.915	100,00

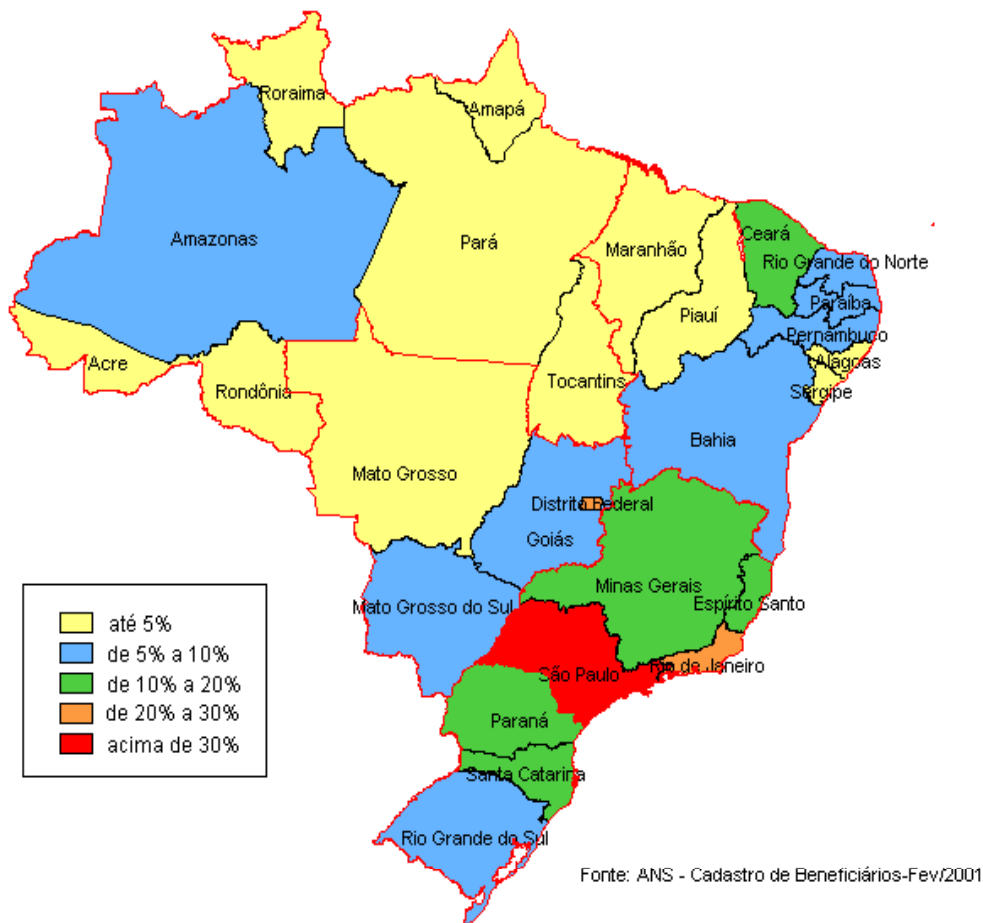
Fonte: Cadastro de Beneficiários/ANS e banco de dados das operadoras de planos de assistência à saúde, base julho de 2001.

Em julho de 2001, do total de 1.789¹⁰ empresas que operavam planos e seguros de saúde, 2,91% delas concentravam aproximadamente metade de todos os beneficiários – 51,15%. No outro extremo, 44,61% das operadoras possuíam somente 1,80% dos beneficiários, contando estas pequenas operadoras com até 2.000 beneficiários cada uma (Quadro 2).

A distribuição dos beneficiários de planos de saúde também não ocorre de forma homogênea no país. De acordo com os dados da ANS de 2001 (Figura 1), a maior proporção de beneficiários por unidade federativa estava nas regiões em que há maior oferta de serviços médicos e hospitalares e de emprego, em particular nos estados do sudeste e sul do país. São Paulo registrava a maior taxa de população coberta, 35,15%. A seguir, o Distrito Federal, com 25,65%, e o Rio de Janeiro, com 23,48%. Os demais estados apresentavam taxas inferiores a 20% (Brasil. ANS, 2001a, *Op. cit.*).

¹⁰ Os dados de 2.722 operadoras incluem as operadoras inativas que mantinham registro na ANS. Entretanto, somente 1.789 estão ativas no mercado.

Figura 1: Distribuição dos registros de beneficiários informados ao cadastro da ANS por unidade federativa, Brasil, 2001.



É também possível classificar os beneficiários de acordo com a situação do contrato, que pode ser anterior ou posterior à Lei 9656/98.

A Quadro 3 mostra que 30,96% dos beneficiários possuem contratos sob a vigência da Lei 9656/98, que regulamenta os planos de saúde.

Quadro 3. Distribuição dos registros de beneficiários no cadastro da ANS por faixa etária e situação do contrato em relação à Lei 9656/98. Brasil – 2002.

Faixa Etária	Plano anterior à Lei 9656/98		Plano posterior à Lei 9656/98		Total	
	N	%	N	%	N	%
0 a 17 anos	5.935.244	25,77	2.909.249	28,17	8.844.493	26,51
18 a 29 anos	4.776.378	20,74	2.519.377	24,40	7.295.755	21,87
30 a 39 anos	4.101.894	17,81	1.884.465	18,25	5.986.359	17,95
40 a 49 anos	3.409.404	14,80	1.447.614	14,02	4.857.018	14,56
50 a 59 anos	2.188.168	9,50	794.890	7,70	2.983.058	8,94
60 a 69 anos	1.372.349	5,96	408.635	3,96	1.780.984	5,34
70 e mais	1.247.584	5,42	362.812	3,51	1.610.396	4,83
Total	23.031.021	100	10.327.042	100	33.358.063	100

Fonte: BRASIL. ANS, 2002. Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas - palestra proferida pelo Diretor-Presidente da ANS, Januário Montone, no Seminário Internacional "Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas" em 13/8/2002, em São Paulo.

Como se pode notar, as informações a partir das diferentes fontes de dados sobre o setor suplementar de saúde, apesar de mostrarem divergências sobre a magnitude do setor, demonstram a necessidade de realização de maiores estudos, que possam aprofundar o conhecimento da participação desse setor dentro do sistema de saúde brasileiro.

1.2 Alguns aspectos operacionais da disponibilização da assistência à saúde aos beneficiários

Abordaremos aqui, de maneira genérica, a forma como as operadoras disponibilizam serviços de assistência médica e hospitalar do ponto de vista da constituição da rede de serviços assistenciais e do acesso dos beneficiários a esses serviços.

1.2.1 Organização da rede de serviço das operadoras

Para prestar assistência médico-hospitalar, a operadora necessita construir uma rede de serviços composta por médicos, hospitais, clínicas especializadas e laboratórios, cuja articulação

seja capaz de prestar a assistência à saúde necessária ao conjunto de beneficiários da operadora. Abaixo estão descritas, de modo simplificado, as três formas básicas de relacionamento entre a rede de serviços e a operadora:

- (a) **Serviços próprios** – Composta por hospitais, clínicas e laboratórios da própria operadora que comercializa o plano de assistência médica ou da empresa empregadora onde o beneficiário utiliza os serviços de assistência à saúde.
- (b) **Rede credenciada ou referenciada** – Composta por profissionais médicos e prestadores de serviço contratados pela operadora ou pela empresa empregadora para fins de assistência médica e hospitalar. São remunerados pela contratante por valores acordados previamente, os quais, na maioria das vezes, são indexados a coeficientes, parâmetros ou tabelas, como os da AMB. O beneficiário não precisa remunerar diretamente o prestador pelo atendimento recebido.
- (c) **Livre escolha** – A operadora ou a empresa empregadora não indica prestadores de assistência médico-hospitalar. Os beneficiários decidem livremente a clínica, médico, laboratório ou hospital onde deverá receber atendimento. Nesse caso, o beneficiário deverá pagar pelo atendimento recebido de acordo com o preço estabelecido pelo prestador de serviço. Posteriormente, a empresa ou operadora deverá proceder ao reembolso integral ou parcial do que foi gasto, dependendo do acordado no contrato. Normalmente utilizam-se tabelas indexadas para calcular o valor a ser reembolsado. Essa forma seria a mais próxima do conceito de seguro.

As três formas apresentadas acima também podem estar combinadas entre si. Por exemplo, o seguro Bradesco Saúde e outras grandes empresas possibilitam a seus consumidores a combinação entre **Livre escolha** e rede **referenciada**, tendo o consumidor a possibilidade de escolha entre ir a um dos prestadores referenciados e não ter desembolso direto para utilização dos serviços, ou utilizar um prestador fora da lista de referenciados e pagar diretamente ao prestador, solicitando posteriormente o reembolso à operadora.

1.2.2 Formas de acesso à rede de serviços utilizada pelas operadoras

A forma de acesso à rede de serviços médicos e hospitalares é tratada neste trabalho como a maneira pela qual o beneficiário do plano ou seguro de saúde ingressa na rede de prestadores de serviços ou recursos de assistência médica contratados, variando de acordo com o gerenciamento da

utilização dos serviços assistenciais pela operadora ou pela empresa empregadora. Algumas operadoras/empresas empregadoras utilizam mecanismos de controle de utilização de serviços médicos hospitalares; os mais comuns são: co-participação, franquia, autorização prévia e porta de entrada, a partir dos quais são definidas as formas de acesso abaixo relacionadas:

- (a) **Livre e sem co-participação** – o beneficiário pode acessar diretamente qualquer profissional médico e, igualmente, realizar os exames e tratamentos indicados pelo médico assistente.
- (b) **Livre com co-participação** – o beneficiário pode acessar diretamente qualquer profissional médico e realizar os exames e tratamentos por ele solicitados sem prévia autorização da operadora. Entretanto deverá pagar um valor a título de co-participação. Entende-se por co-participação o valor pago pelo beneficiário diretamente ao prestador de serviço ou à operadora por serviço utilizado. O objetivo da co-participação é evitar a utilização desnecessária dos serviços de assistência médico-hospitalar e não gerar receita financeira para o custeio do plano, não devendo ser confundido com contribuição financeira do beneficiário para o custeio do plano. Em geral é um percentual do custo do serviço utilizado e sua cobrança abrange somente os procedimentos ambulatoriais, chamados de pequeno risco.
- (c) **Direcionamento por porta de entrada** – o beneficiário que necessita de assistência médica e hospitalar deverá dirigir-se a um dos médicos generalistas¹¹ da rede da operadora que prestará assistência necessária dentro de seus limites. Caso seja necessária a atenção especializada, o médico generalista avaliará a necessidade de encaminhamento a um especialista ou a serviço especializado. O médico generalista funciona como porta de entrada para o sistema, sendo resolutivo em um primeiro nível assistência, ao mesmo tempo em que controla a utilização desnecessária de recursos de assistência médica.
- (d) **Direcionamento mediante autorização prévia** – O beneficiário deverá pedir autorização prévia para a utilização de serviço de assistência à saúde, concedido por guias ou senhas que devem ser solicitadas aos serviços de atendimento a beneficiários das operadoras. Usualmente, a necessidade de autorização prévia é prevista somente para procedimentos ambulatoriais mais complexos e para internações eletivas.

¹¹ Médico generalista pode ser pediatra, clínico geral ou ginecologista.

(e) **Por franquias** – É uma forma pouco observada no Brasil, e mais utilizada para internações. De acordo com a Resolução CONSU n.º 08/98, a franquia é a determinação de um valor pelo qual a operadora não se responsabiliza para cobrir o evento médico hospitalar e odontológico, pois a operadora paga a internação a partir de certo valor preestabelecido em contrato.

Algumas formas de acesso podem ser combinadas entre si em um mesmo contrato de assistência à saúde, assim como as formas de contratação da rede de prestadores de serviço de assistência à saúde também podem se combinar com as formas de acesso, resultando em vasta gama de arranjos contratuais que compõem o que virá a ser o plano de saúde.

1.2.3 Forma de remuneração de serviços médicos e hospitalares

Em geral, as operadoras ou empresas empregadoras remuneram os serviços médicos e hospitalares por tabelas que são estabelecidas por associações hospitalares e por tabela de procedimentos da Associação Médica Brasileira, ou ainda, por acordos realizados com outras associações que atuam nesse mercado. Essas tabelas se tornaram praticamente um parâmetro geral de regulação de preços, pelo próprio mercado, para contratos de prestação de serviços entre provedores e operadoras ou empresas.

Outro padrão de tabela que surgiu no mercado foi a Consolidação CIEFAS/AMB, negociada entre representantes da autogestão e provedores, com preços mais vantajosos para essa modalidade. Também, há os hospitais que têm suas próprias tabelas e, em geral, são mais caros. Por exemplo, no Rio de Janeiro, a Clínica São Vicente e o Hospital Samaritano e, em Salvador, o Hospital Aliança, que possuem tabelas próprias diferenciadas. O preço das diárias hospitalares varia de acordo com o porte e o grau de hotelaria do hospital. O Quadro 4, abaixo, ilustra as diferenças entre as diárias hospitalares cobradas no município do Rio de Janeiro/RJ.

Quadro 4. Valor de diárias de internação em alguns estabelecimentos hospitalares do Rio de Janeiro – 1999.

Estabelecimento Hospitalar/ Associação	Valor da Diária
Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro	101,49
Pró-cardíaco	152,54
São Vicente da Gávea	240,70
Samaritano	251,70
Casa de Saúde São José	161,29

Fonte: Fio-saúde - Valores relativos a apartamento com ar condicionado para o período de 1998/1999.

Podemos observar que a diária de internação no Samaritano é 148% mais cara do que a dos hospitais que utilizam a tabela da Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro. A ampla variação de preços cobrados pelos estabelecimentos hospitalares pode ou não ter efeito na qualidade da assistência prestada.

A utilização dessas tabelas como base para a formação de preço vem sendo questionada, principalmente depois da criação de legislação específica de defesa do consumidor e da transformação do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE) em autarquia, com poderes para reprimir práticas que contrariem as leis da concorrência (Gama *et alli*, 2002).

A remuneração dos honorários médicos também varia de acordo com a hierarquia do plano. Enquanto uma visita hospitalar feita pelo profissional médico a um paciente em acomodação de enfermaria é remunerada como 1 X Tabela AMB¹², a mesma visita pode chegar a custar, mais ou menos, seis vezes mais, dependendo da acomodação e do plano do paciente (Entrevista Pessoal realizada em 1999 com ex-gestor da CABERJ, Zettel).

O que foi apresentado neste capítulo é um panorama que caracteriza o setor suplementar de assistência à saúde. É um setor complexo em suas articulações entre empresas operadoras de planos de saúde que disponibilizam assistência médica e hospitalar a uma gama de beneficiários, que

¹² A tabela da AMB é elaborada pela Associação Médica Brasileira (AMB) e é utilizada pelo mercado privado de prestadores de serviços e de operadoras de planos e seguros de saúde para determinar o preço da assistência médica e hospitalar.

também utiliza serviços do SUS, mediante uma rede de prestadores de serviços que mantém relações contratuais de prestação de serviços com a iniciativa privada e com o setor público.

CAPÍTULO II. AS AGÊNCIAS REGULADORAS E A REGULAMENTAÇÃO DO SETOR SUPLEMENTAR DE SAÚDE

O modelo de regulação por agências foi implementado a partir de 1997. Hoje funcionam as agências relacionadas aos setores de telecomunicação, eletricidade, águas, petróleo, vigilância sanitária e saúde suplementar, cujas funções regulatórias se diferenciam tanto no foco quanto nas estruturas organizacionais, de acordo com o setor e a posição em que se inserem no aparelho do Estado.

Segundo Nunes (1999), as agências reguladoras são aquelas que *regulam para fora*, ou seja, as que regulam não somente para o Estado, mas para o público. Devem sugerir e criar normas, fiscalizar seu cumprimento e ter competência para impor penalidades aos infratores, regulando as relações de mercado que envolvem o consumidor e o produtor e/ou prestador de serviço.

As agências reguladoras exercem atividades legislativas, tais como a criação de normas, regras e procedimentos; executivas, como, por exemplo, a concessão e fiscalização de atividades e direitos econômicos; e, por fim, judiciárias, como a imposição de penalidades, a interpretação de contratos e obrigações. A congregação dessas atividades em uma única instituição caracteriza as agências como instituições híbridas, meio estado, meio sociedade, podendo ser chamadas de um quarto poder emergente, que passa a ocupar parte do espaço de cada um dos poderes tradicionais (*Idem*).

Tais agências reguladoras possuem características comuns que as norteiam:

(...) autonomia e independência decisória; 2) ampla publicidade de normas, procedimentos e ações; 3) celeridade processual e simplificação das relações entre consumidores e investidores; 4) participação de todas as partes interessadas no processo de elaboração de normas regulamentares, em audiências públicas; e 5) limitação da intervenção estatal na prestação de serviços públicos, aos níveis indispensáveis à sua execução (Ibidem: 18.).

A autonomia financeira é garantida pela constituição da entidade como autarquia especial. Por sua vez, a autonomia decisória é assegurada pelo mandato estável de seus dirigentes, uma vez

que, após a nomeação aprovada pelo Senado Federal, a perda do mandato só seria possível em caso de descumprimento do contrato de gestão¹³.

A delegação de poderes a uma instituição independente seria necessária para a legitimação das estratégias regulatórias, que não teriam credibilidade de outro modo, daí o

(...) poder de arbítrio e independência que são concedidos às reguladoras nas economias industriais avançadas. Suas atribuições foram para além do monitoramento e autorização para funcionamento, intervindo na estrutura de preços e qualidade de serviço, e nas condições de financiamento das atividades concedidas. O poder de arbitragem tem sido exercitado sem a necessidade de procedimentos legais mais gerais e com pouca evidência de captura pelos regulados. (Costa et alli, Op. cit.: 8)

Também deve ficar definida, na criação da agência reguladora, a forma de participação dos consumidores, usuários e investidores na criação de normas ou discussão dos pontos discordantes relativos à prestação de serviço. Essa participação tem sido observada principalmente com a prática de consultas públicas sobre normas propostas por essas instituições e câmaras consultivas.

Enfim, é função das agências reguladoras promover e garantir a competitividade do mercado, assegurar o direito dos consumidores dos serviços regulados, estimular o investimento privado, zelar pela qualidade e segurança dos serviços, garantir a remuneração adequada aos investidores e equacionar os conflitos entre consumidores e prestadores de serviços, assim como prevenir os abusos de poder econômico por parte dos agentes prestadores de serviços (Nunes, *Op. cit.*).

A forma como estão se constituindo as agências regulatórias trazem muitos desafios a serem vencidos. Na sua interface com a sociedade, o exercício da transparência permitirá uma constante reorientação dessas instituições. Além disso, a sua forma de atuação, ao exercer funções dos quatro poderes, implicará possivelmente em transformações no direito administrativo. Hoje, a decisão de uma agência reguladora por processo administrativo pode ser contestada judicialmente mediante processo em primeira instância, criando conflito entre os órgãos reguladores e o poder judiciário.

¹³ Instrumento para garantir o acompanhamento e supervisão do resultado das agências; nele são estabelecidas as metas e os objetivos estratégicos que a agência deve cumprir em determinado período, assim como os indicadores de desempenho a serem utilizados para sua avaliação (PEREIRA, 1998)

Outro ponto importante a ser observado é o custo de manutenção de um sistema regulatório e, por isso, a transparência na atuação dessas instituições é fundamental para a sociedade, pois precisam justificar a própria existência (Nunes, *Op. cit.*).

2.1 A regulação do setor suplementar de assistência à saúde

Os primeiros passos para a normatização do setor de saúde suplementar foram dados pelo Decreto-Lei n. 73, de novembro de 1996, que criou um grupo de trabalho na Superintendência de Seguros Privados do Ministério da Fazenda (SUSEP/MF), o qual deveria regulamentar a operação de sistemas de pré-pagamento dos serviços médicos hospitalares.

A regulamentação se dava nos aspectos econômico-financeiros, ficando as questões assistenciais à margem do processo¹⁴. Essa óptica voltada para o aumento abusivo de preço, a evasão fiscal e a clareza do instrumento contratual permaneceu até a década de 1990.

Desde o final dos anos 80, a regulamentação da assistência médico-hospitalar suplementar vem integrando a agenda governamental mesmo com a postergação da votação dos projetos referentes à atenção das empresas que operavam nesse setor (Almeida, 1997; Bahia *et alli*, 1999a).

Em 1989, a SUSEP defendia a necessidade da regulamentação do setor e reclamava para si essa função regulatória da oferta e comercialização da assistência suplementar à saúde, uma vez que se intensificava a disputa por clientes entre as operadoras do setor. Ademais, o ramo da saúde, pelo volume financeiro de suas transações, mostrava-se atraente para as grandes seguradoras do mercado internacional.

Apesar das dificuldades oriundas da falta de informação que possibilitasse mensurar a evolução do setor, foi feita uma estimativa do crescimento do setor de acordo com o estudo realizado, em que o número de beneficiários de planos e seguros de saúde teria aumentado em 73% entre 1987 e 1996, passando de 24,4 milhões para 42,3 milhões. Já o faturamento do setor para o mesmo período teria aumentado em 700%, saltando de US\$1,85 bilhões para US\$14,8 bilhões (Almeida, *Op. cit.*).

¹⁴ Para maiores detalhes ver Bahia (1991) e Bahia (1999).

Tal estimativa evidencia que o acelerado incremento do faturamento não é proporcional ao crescimento da população coberta pelo setor.

Não por acaso, um dos intuitos iniciais da regulamentação do mercado de saúde suplementar estava em tornar viável a entrada do capital internacional pela remoção de obstáculos, como, por exemplo, a comercialização de planos com coberturas restritas e preços excessivamente baixos por pequenas empresas, assim como a prática de monopólio das cooperativas médicas em cidades do interior. Apresentava-se, como solução, o estabelecimento de regras econômico-financeiras que controlassem a entrada das empresas de assistência à saúde no mercado e combatessem organizações que tendiam a criar monopólios, além das atuais regras contra a evasão fiscal, proveniente do *status* jurídico filantrópico de muitas empresas que operam no setor (Bahia *et alli*, *Op. cit.*).

Dessa forma, a agenda inicial de regulamentação nos anos 90 era composta por dois pontos: criação de regras de solvência para operadoras de planos e seguros de saúde e abertura do setor ao capital estrangeiro. Dentro dessa perspectiva era esperado que a institucionalização da regulamentação ficasse a cargo do MF, pela SUSEP, que já regulava os seguros de saúde do ponto de vista econômico-financeiro. Entretanto, essa agenda foi ampliada, abarcando também as questões assistenciais. O aumento do número de denúncias de negação de atendimento e de aumento abusivo de preços, bem como a falência da Golden Cross, ocuparam as páginas da grande imprensa (*Idem*).

A partir de 1992, o processo de regulamentação passou a incluir novos atores, que são as entidades médicas e as de defesa do consumidor. Essas entidades trouxeram para o debate as questões relativas à cobertura assistencial, tal como os representantes das operadoras de planos e seguros de saúde, do CNS, do MF, do MS – que inicialmente estava fora do processo – e o do Ministério da Justiça (*Ibidem*).

A conjugação dessas demandas orientou a formulação dos primeiros projetos de lei sobre a operação de planos e seguros no Congresso Nacional. Além disso, os governadores Mário Covas (SP) e Miguel Arraes (PE) aprovaram, em 1997, leis referentes a padrões de cobertura das operadoras de planos e seguros de saúde que, embora tenham sido considerados inconstitucionais pelo Supremo Tribunal Federal, ajudaram a dar visibilidade à questão setor (Bahia *et alli*, *Op. cit.*).

A absorção das questões assistenciais fez com que tenha passado a ser questionada a adequação da SUSEP para a implementação de regras de proteção e garantias assistenciais, avançando propostas em que a regulamentação fosse regida pelo MS (*Idem*).

Ainda do ponto de vista assistencial, conformaram-se alianças opostas em torno da extensão das coberturas assistenciais. Enquanto os órgãos de defesa do consumidor e as entidades médicas defendiam a ampliação da cobertura mediante a criação de uma Lei que se impusesse contra as cláusulas de negação de atendimento dos contratos dos planos e seguros de saúde, as operadoras que comercializam assistência suplementar propugnavam coberturas mais restritivas.

O projeto de Lei de autoria do Deputado Pinheiro Landim, apesar de refletir as contradições referidas acima, foi aprovado na Câmara Federal com 306 votos a favor, 100 contrários e 3 abstenções. Posteriormente, o projeto foi enviado à apreciação do Senado, que poderia vetar o texto integral ou parcialmente, mas o resultado do processo se deu por negociação entre o Executivo e o Legislativo.

A nomeação de José Serra para o MS foi de fundamental importância para o desenrolar do processo. O novo ministro assumiu a regulamentação dos planos e seguros de saúde como prioridade de sua agenda. Procedeu então um acordo com o Senado para a aprovação do texto votado pela Câmara de Deputados com vetos parciais, desde que fosse realizada a correção do texto por intermédio de Medida Provisória, logo após a promulgação da Lei. Assim foi promulgada a Lei 9656/98.

Podemos pensar a estrutura da regulamentação segundo quatro áreas temáticas a partir da promulgação da Lei 9656/98: 1) institucionalização do *locus* regulatório – MS; 2) ampliação de cobertura; 3) mudança nos padrões de competição; 4) mudança nas relações entre público e privado – ressarcimento.

2.1.1 Institucionalização do *locus* regulatório

A primeira Medida Provisória atribuiu ao MS as funções de regulamentação anteriormente destinadas à SUSEP, subordinando a lógica econômica à da saúde, engrandecendo a importância das questões assistenciais e de cobertura e institucionalizando o alargamento da agenda regulatória.

Segundo Bahia *et alli* (*Op. cit.*), as disputas interburocráticas entre o MS e o MF vinham a público e giravam em torno de dois pontos: 1) desencontro da quantidade de normas legais elaboradas pelo MS e a tentativa de preservação das antigas regras de regulação no mercado de planos e seguros de saúde; 2) perda da exclusividade do poder regulatório da SUSEP sobre os seguros de saúde.

Dentro do contexto da Reforma do Estado brasileiro, o MS mudou sua imagem tradicional de ministério carente de recursos, tornando-se capaz de agregar forças que atuam frente ao mercado farmacêutico e ao mercado de planos e seguros de saúde, as quais desembocaram na criação da ANVISA e da ANS.

Em 1998 foi criado o Departamento de Saúde Suplementar (DESAS) no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde do MS (SAS/MS) com o objetivo de implantar e avaliar as diretrizes da regulamentação do setor.

2.1.2 Ampliação de cobertura

Antes da Lei 9656/98 não havia cobertura mínima definida para os planos e seguros de saúde, sendo esta estabelecida unicamente pelos contratos firmados entre a operadora de plano de saúde e as empresas ou indivíduos e famílias. Consequentemente, o que se observava eram os mais variados tipos de exclusões.

A criação de legislação específica homogeneizou os contratos de planos e seguros de saúde, caminhando no sentido de ampliação da cobertura mínima oferecida. Dessa forma ficou regulamentado um rol mínimo de procedimentos a serem cobertos, em que é possível destacar a obrigatoriedade de cobertura para transplante de córnea e rim, a cobertura para doenças psiquiátricas, o fim do limite de utilização de procedimentos como o número de dias de internação e exames. As operadoras também não podem recusar ou excluir o consumidor em decorrência da idade ou de doença e lesões preexistentes (DLP)¹⁵.

¹⁵ Doença ou lesão preexistente (DLP) é a doença que o consumidor sabe ser portador no ato da contratação do plano ou seguro, cabendo à operadora o ônus da prova em caso de alegação desta. A definição DLP causou controvérsias entre a classe médica, já que a base da definição não se apoiou no conceito médico. O consumidor que declarar ser portador de doença ou lesão preexistente na contratação do plano ou seguro de saúde poderá escolher entre cumprir até 24 meses de cobertura parcial temporária (CPT) ou pagar o valor determinado pelo agravo e obter cobertura sem cumprir CPT.

2.1.3 Mudanças no padrão de competição

A regulamentação anunciou exigências mínimas de constituição de capital e de reservas técnicas para as operadoras de saúde, assim como uniformizou a cobertura dos planos de saúde, tendendo à ampliação dessa cobertura a partir dos limites socialmente aceitos de justiça social. Essas regras econômicas e financeiras objetivam garantir a saúde financeira das carteiras¹⁶ de beneficiários e da operadora, uma vez que as operadoras de planos de saúde não podem decretar falência.

Consequentemente, por um lado, se a regulamentação resguardou os direitos assistenciais dos beneficiários, por outro, favoreceu as grandes operadoras, que têm maior capacidade de suportar as novas exigências legais da regulamentação. As operadoras menores, que ofereciam pequenas coberturas e, portanto, planos mais baratos, tenderam a sair do mercado.

2.1.4 Mudança nas relações entre público e privado - ressarcimento

Ficou instituído o ressarcimento ao SUS para internações hospitalares dos clientes de planos e seguros de saúde, dentro dos limites de cobertura estabelecidos nos contratos, sempre que for gerada uma AIH (autorização de internação hospitalar) no serviço público. O ressarcimento é feito com base nos valores constantes na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimento (TUNEP)¹⁷, feita especificamente para servir de base para o ressarcimento. Em sua elaboração, os valores deveriam ser superiores aos praticados pelo SUS, mas sem exceder aqueles pagos pelas operadoras de planos e seguros de saúde.

A introdução do mecanismo de ressarcimento gerou muitas controvérsias. De um lado, questionava-se sua constitucionalidade, uma vez que é direito do cidadão receber assistência à saúde e dever do Estado a provisão dessa assistência. De outro, questionava-se o ônus do sistema público de saúde ao prestar assistência a clientes que tinham optado por estar dentro do setor

Entende-se por cobertura parcial temporária "aquela que admite por um prazo determinado a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados as exclusões estabelecidas em contrato (BRASIL. ANS, 1998c)" e relativas a quaisquer doenças específicas, doenças e lesões preexistentes, coberturas previstas nos artigos 10 e 12 da Lei 9656/98. Entende-se por agravamento "Qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano ou seguro de saúde" (*Idem*).

¹⁶ Entende-se por carteira de beneficiários o conjunto de clientes dos planos de uma operadora.

¹⁷ A Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimento (TUNEP) foi instituída pela RDC Nº17 de 04/04/2000.

suplementar. Esse último argumento foi mais forte na instituição do ressarcimento, que foi associada às notícias de fraude na mídia – a dupla cobrança dos hospitais conveniados, aqueles que prestam assistência ao setor suplementar de assistência à saúde e ao setor público, os quais, ao internarem pacientes, emitiam AIH, além do faturamento para as operadoras de plano ou seguro de saúde.

Esses foram os quatro principais temas que envolveram o processo de regulamentação do setor suplementar de saúde até a promulgação da Lei 9656/98 e a criação da ANS.

2.2 Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

O Executivo acelerou a criação da ANS, considerando a complexidade do setor suplementar de saúde e a necessidade de agilidade no processo de regulação, associado aos conflitos existentes entre o MF/ SUSEP e o MS – que expressavam as diferenças entre a área econômico-financeira e a área assistencial.

Em novembro de 1999, a Medida provisória 1.928 criou a ANS, que deve regular as operadoras de saúde, incluindo a relação destas com os prestadores de serviço e consumidores. Para isso, conta com recursos oriundos do Orçamento Geral da União e outros, arrecadados mediante taxas e multas.

No mês de janeiro de 2000 foi aprovada a Lei 9961 de criação da ANS, estabelecendo suas atribuições.

CAPÍTULO III. PLANOS COLETIVOS E PLANOS EMPRESARIAIS

Algumas vezes se ouve falar em planos empresariais; outras, em planos coletivos. Os termos *empresarial* e *coletivo* referidos aos planos e seguros de saúde têm sido utilizados indiscriminadamente, sem a preocupação de uma definição mais precisa. Entretanto, procuramos elaborar melhor esses dois conceitos antes de prosseguir este trabalho.

No dicionário, o verbete *coletivo* significa "que abrange ou compreende muitas coisas ou pessoas"; "pertencente a, ou utilizado por muitos"; ou, ainda, "que manifesta a natureza ou a tendência de um grupo como tal, ou pertencente a uma classe, a um povo, ou a qualquer grupo" (Holanda, 1995).

Quando relacionado aos planos e seguros de saúde podemos considerar que *coletivo* faz referência a um conjunto de pessoas reunidas por uma característica comum; o vínculo entre elas pode ser de natureza profissional, associativa, sindical, empregatícia ou outras.

Já a palavra *empresarial* é concernente à empresa e, quando aplicada aos planos e seguros de saúde, diz respeito, em geral, a uma coletividade na qual a natureza de sua formação está ligada ao vínculo empregatício com determinada empresa ou com um grupo de empresas.

Assim, para este trabalho, observa-se que, apesar de ambos os vocábulos fazerem referência a um conjunto de pessoas, o vocábulo *coletivo* transmite uma idéia mais abrangente, mais genérica, do que *empresarial*. Nesse caso, pode-se dizer que *empresarial* é a especificação de uma *coletividade*.

Porém, agregaremos aqui mais um diferencial, o financiamento. O plano ou seguro de saúde empresarial seria aquele que, além de ter sua elegibilidade relacionada ao vínculo de trabalho com uma empresa, possui participação financeira desta em seu custeio, ao passo que o plano ou seguro de saúde coletivo, embora na maioria das vezes seja baseado na vinculação com uma empresa, seria financiado exclusivamente por seus beneficiários.

Diferentemente, a regulamentação pela Resolução CONSU N.º 14/98 distinguiu os planos coletivos em empresarial e por adesão, privilegiando a forma de contratação. Os planos coletivos empresariais seriam aqueles com massa de beneficiários delimitada e com vínculo empregatício,

associativo ou sindical a uma pessoa jurídica, em que a adesão do beneficiário é automática à da vinculação à pessoa jurídica. Já no plano coletivo por adesão, apesar de este também pressupor a delimitação da massa de beneficiários, a adesão é optativa.

Essa divisão foi satisfatória para a regulamentação da utilização do agravo, da cobertura parcial temporária e dos períodos de carência nos planos coletivos, tendo sido elaborada segundo a lógica do risco de a operadora incorrer em despesa médica e hospitalar de acordo com o plano e o volume de beneficiários. A esse respeito, no art. 5º, incisos II, III, IV e V da Resolução CONSU N.º14/98 ficou estabelecido o seguinte:

II. No plano ou seguro de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva empresarial, com número de participantes maior ou igual que 50 (cinquenta), não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, nem será permitida a exigência de cumprimento de prazos de carência.

III - No plano ou seguro de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva empresarial, com número de participantes menor que 50 (cinquenta), poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, em casos de doenças ou lesões preexistentes, nos termos de Resolução específica, e será permitida a exigência de cumprimento de prazos de carência.

IV. No plano ou seguro de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva por adesão, com numero de participantes maior ou igual que 50 (cinquenta), não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, nos termos de Resolução específica e poderá ser considerada a exigência de cumprimento de prazos de carência.

V. No plano ou seguro de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva por adesão, com numero de participantes menor que 50 (cinquenta), poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária em casos de doenças ou lesões preexistentes, nos termos de Resolução específica, e a exigência de cumprimento de prazos de carência (Brasil. ANS,1998a).

Dentro dessa lógica, o plano coletivo por adesão seria considerado muito semelhante aos planos individuais e familiares, não fosse pela possibilidade de o plano coletivo por adesão ser ou não financiado pela empresa empregadora. Na época do reajuste de preço das mensalidades, a

Resolução RDC N.º 29/00 estabeleceu que os planos coletivos têm reajuste livremente negociado entre as partes contratuais, enquanto os planos individuais e familiares necessitam de autorização da ANS para tal.

A desconsideração pelas diferenças dentro do conjunto de planos coletivos agradou às operadoras de planos; entretanto foram feitas várias críticas a essa omissão, e os meios de comunicação chegaram a especular sobre o rumo da regulamentação, que estaria inviabilizando o mercado de planos individuais em favor do crescimento dos planos coletivos.

Dentre as regras de reajuste para o ano seguinte, estabelecidas pela Resolução RDC N.º66/01, permanece a exigência de autorização para os planos individuais e familiares; entretanto fica estabelecido que os planos contratados individualmente à empresa de autogestão não patrocinada, em que o beneficiário paga integralmente a mensalidade e diretamente à operadora, também necessitam de autorização da ANS (Brasil. ANS, 2001b).

A partir das normas editadas pela regulamentação pode-se perceber que, dentro deste processo, os conceitos como os de plano coletivo empresarial, coletivo por adesão, coletivo com patrocínio e coletivo sem patrocínio podem variar de acordo com sua aplicação, deixando transparecer a complexidade que envolve os planos coletivos em suas articulações entre beneficiários, empresa empregadora e operadora de saúde.

3.1 Formação do mercado de planos coletivos e de planos empresariais

A origem dos planos coletivos e empresariais está ligada ao início da industrialização e à estruturação de sistemas de proteção social contra os riscos do trabalho assalariado. Acidentes de trabalho, ausência do trabalho por doenças transitórias, desemprego, envelhecimento e morte constituem o escopo dos riscos cobertos pela Previdência Social de grande parte dos sistemas de proteção social.

Por iniciativa dos trabalhadores foram constituídas inúmeras ligas operárias e as caixas de mútuos socorros, com o objetivo de prover auxílio para os operários ou para as famílias daqueles que falecessem, se acidentassem ou adoecessem. No âmbito empresarial houve também uma iniciativa dos empregadores, marcada pelo paternalismo. Nos dois casos, o acesso à assistência médica e a outros benefícios era restrito aos trabalhadores e seus dependentes de determinadas empresas ou categorias profissionais.

Dessa forma pode-se dizer que, desde a década de 1920, a assistência à saúde dos trabalhadores estava ligada à Previdência Social, constituindo um acesso à saúde diferenciado do resto da população. Sua forma institucionalizada funcionou pelas Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) – que eram organizadas como sociedades civis – para trabalhadores de determinada empresa e administradas e financiadas pelo empregador e pelos empregados. Tinham objetivo previdenciário e de assistência à saúde. A primeira, foi a Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários, criada em 1923. Segundo Mendes (1993), em 1930, as CAPs já somavam 47 instituições.

Mais tarde, o Estado Novo incorporou o aparelho de Estado às instituições previdenciárias com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) – organizados na forma de autarquias – que conviveram inicialmente com as CAPs. Diferentemente destas, os IAPs agregavam os trabalhadores por categorias profissionais. O financiamento era tripartite, feito pelo empregador, pelo empregado e pelo Estado, enquanto a administração era partilhada entre empregados e empregadores, sendo o presidente nomeado mediante decreto presidencial. Este passou a ser um modelo contratual, com cálculo atuarial, em que a extensão dos benefícios estava ligada à capacidade de pagamento dos indivíduos.

Resistindo à uniformização dos benefícios dos IAPs, algumas empresas e seus trabalhadores instituíram caixas de assistência voltadas a organizar esquemas assistenciais complementares aos da Previdência Social. Um dos exemplos mais elucidativos dessa trajetória foi a criação da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) em 1944, visando complementar coberturas não previstas pela previdência oficial.

De acordo com Joilson R. Ferreira, presidente da CASSI, esta foi fundada por um grupo de funcionários com o objetivo de ressarcir despesas de saúde. Nessa época, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB) era responsável pela assistência à saúde dos bancários; entretanto, alguns funcionários mostravam-se insatisfeitos com o instituto. O Banco do Brasil, por ser o banco do governo federal, estava diretamente ligado aos projetos nacionais de desenvolvimento, fazendo com que várias agências fossem abertas no interior do país. Isso dificultava a assistência à saúde dos funcionários que estivessem longe dos grandes centros. Além disso, a categoria de bancários do Banco do Brasil era melhor remunerada e almejava um atendimento diferenciado daquele oferecido pelo IAPB (Entrevista pessoal, 1999).

Para o presidente da Associação de Ex-funcionários do Banco do Brasil, Sérgio Nóbrega de Oliveira (*Apud* Bahia, 1999a: 165-166), a criação da CASSI objetivava a cobertura de serviços não disponibilizados pelo IAPB.

*A fundação da CASSI em 1944 veio em função da carta de um funcionário Antônio Brandão da Costa (apelidado de ABC) (...) O filho de ABC tinha problemas decorrentes de seqüelas de paralisia infantil. Esse funcionário fez uma carta dizendo que estava com gastos excessivos e que a Previdência oficial não os reembolsava. Com base nesta carta, o Banco criou a CASSI. Isso foi antes dos institutos, mas sempre existiu a atividade pública, muito restrita, mas existia. E esse auxílio que o Banco dava era total. Na época havia um esforço para torná-lo um banco nacional. Os funcionários ganhavam bem para não trocarem de emprego. Além disso, o Banco tinha uma caixa de pecúlios que era um seguro por morte. Aí vem os IAP's. O que ocorre? Houve uma reação. Determinados colegas de direita, eles eram integralistas, que não queriam adesão ao IAPB – eles tinham influência – conseguiram um decreto que eles continuariam na caixa de pecúlio. Eles não faziam parte do IAPB. Mais tarde, o banco resolveu estender para outros funcionários o complemento da aposentadoria (*Apud* Bahia, 1999a).*

Ainda José Onildo Ferreira (*Apud* Bahia, 1999a:166), ex-diretor da CASSI, considera que a entidade surgiu para complementar as coberturas.

*Não que o IAPB não fosse pleno. O IAPB era uma beleza. Tinha ambulatório, onde trabalhavam os melhores médicos. O que tinha de melhor na cidade estava no IAPB. Em Seridó, no Rio Grande do Norte, tinha serviços do IAPB. É a interiorização dos médicos junto com as agências bancárias que o Gentile fala. A CASSI surge no momento em que a corporação atinge seu ponto máximo. O Banco do Brasil tinha uma elite pesada. Eu ganhava três vezes mais do que um geólogo da SUDENE. Isso no auge do Arraes. A CASSI na verdade é produto de um sentimento corporativista. A CASSI era dirigida pelo funcionário com o intuito de dar um enterro de luxo, tratamento dentário, pagamento de medicamentos (*Apud* Bahia, 1999a).*

Embora Joilson R. Ferreira, José Onildo Ferreira e Sérgio N. de Oliveira considerem que a CASSI tenha surgido para complementar as coberturas não disponibilizadas pelo IAPB, essa ‘falta’ na cesta de benefícios ofertados pelo IAPB também é associada a um ‘luxo’, em termos do que se tinha de benefícios na época. Mesmo a justificativa de Joilson R. Ferreira de que o processo de interiorização do banco não era acompanhado da correspondente cobertura assistencial do IAPB pode ser questionada, quando cotejada com as declarações de José Onildo Ferreira (*Apud* Bahia,

1999a:166. *Op. cit.*), ao dizer que a assistência do IAPB acompanhou o processo de interiorização, reforçando a idéia do alto grau de corporativismo dos bancários do Banco do Brasil. Ainda assim, podemos trabalhar com a idéia de que a CASSI surgiu com dois objetivos: a) suplementar a assistência dada pelo IAPB; b) e atender ao processo de interiorização do Banco do Brasil.

Pela via do empregador foram mantidos e ampliados os sistemas próprios de assistência à saúde a partir dos anos 50, em decorrência de, pelo menos, três fatores. O primeiro deles se relaciona com a opção de o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI) excluir a assistência médico-hospitalar do rol de bens e serviços a seus associados. O segundo fator decorre da concepção de que a provisão de assistência médico-hospitalar por empresas empregadoras é importante para o controle da força de trabalho, constituindo uma ferramenta essencial para a administração de recursos humanos. O terceiro, diz respeito às tentativas de empresas multinacionais – em especial, as montadoras – de ofertar um padrão de benefícios, inclusive assistência à saúde semelhante aos disponibilizados em suas matrizes. Esse padrão diferenciado de benefícios foi adotado também pelas empresas estatais.

A criação do Instituto Nacional de Previdência Social, em 1966, unificou os IAPs, pois o benefício da assistência social passou a ser estendido a todos os empregados formais do mercado de trabalho, vinculados mediante a Carteira de Trabalho e a Previdência Social. A centralização levou à incorporação progressiva de parcelas da população que, antes, estavam fora do sistema: trabalhadores rurais, em 1971; empregadas domésticas, em 1972; e autônomos, em 1973. Em contrapartida, os trabalhadores foram excluídos da administração do benefício da assistência social, que passou a ser feito pelo Estado (Mendes, *Op. cit.*; Oliveira & Teixeira, 1986).

A ampliação do direito ao sistema de saúde oficial chegará a seu máximo com a Constituição de 1988, na qual a criação do SUS incorporará o princípio de universalidade de acesso como direito de cidadania, ampliando a cobertura a todos os cidadãos.

Do ponto de vista da oferta de serviços, Mendes (*Op. cit.*) considera que, durante a década de 1970, houve grande incentivo do governo aos prestadores privados de assistência médica. A relação governo / prestador de serviço de saúde se apoiou em dois pilares. O primeiro, seria o incentivo financeiro concedido por intermédio do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), em que os prestadores obtinham financiamento para expansão e incremento dos serviços, além da formação de capital fixo, em condições extremamente vantajosas de pagamento dessa

dívida. O segundo pilar se deu pela contratação dos serviços desses prestadores pelo Estado por meio de contratos e convênios. Em 1974 foi implantado o Plano de Pronta Ação (PPA), modificando a relação de compra entre a Previdência Social e seus prestadores ao instituir o pagamento por serviços prestados ou convênio por subsídio fixo. O PPA correspondeu à universalização da cobertura à população não segurada, bem como ao financiamento do sistema privado com a utilização de recursos públicos. (Costa, 1996; Cordeiro, *Op.cit.*). Na prática, esse mercado passou a depender de seu principal comprador: o Estado.

A associação entre os recursos do FAS e o PPA garantiu a expansão do setor privado, em particular, na ampliação do complexo hospitalar. Esses programas ajudaram na consolidação do modelo assistencial, pelo qual o Estado, via Previdência Social, intermediava a compra de serviços, fortalecendo a prática médica curativa, individualizada, assistencialista e especializada (Luz, 1979; Oliveira, & Teixeira, *Op. cit.*).

Nas palavras de Mendes, esse período

*(...) é um momento importante para configurar um padrão de desenvolvimento de um setor privado de corte cartorial que apresenta características absolutamente especiais: capital fixo subsidiado, reserva de mercado e, por conseqüência, baixíssimo risco empresarial e nenhuma competitividade. (Mendes, *Op. cit.*: 24)*

Essa articulação terminou por incentivar também o surgimento das medicinas de grupo, a partir do convênio empresa, como se pode ver mais adiante neste trabalho.

Segundo Favaret & Oliveira (1990), o crescimento do setor supletivo se apóia em um processo de *universalização excludente*, no qual a constante ampliação do acesso aos serviços de saúde incorporou paulatinamente parcelas cada vez maiores da população, até chegar ao direito universal de acesso estabelecido na Constituição de 1988. Entretanto, esse processo não foi acompanhado da ampliação dos recursos para o setor, o que teria levado à queda na qualidade da assistência prestada. Conseqüentemente, uma parcela das classes mais privilegiadas teria deixado o sistema, migrando para o setor suplementar de assistência médica hospitalar e impulsionando seu crescimento.

Paralelamente, a transformação da conjuntura econômica e política ao fim da década de 70 – marcada pela crise fiscal do Estado, pela deterioração da situação cambial, pela aceleração

inflacionária e pela recessão, além do processo de redemocratização brasileiro – vai tornar mais atrativa a ligação desses prestadores ao setor suplementar de saúde do que ao setor público. Dessa forma, parte dos prestadores que conseguiu se modernizar, foi incorporada ao setor suplementar, tendendo a se desvincular do setor público (Mendes, *Op. cit.*).

Apesar de Favaret & Oliveira (*Op.cit.*) e Mendes (*Idem*) considerarem que existe relação entre o desfinanciamento do setor público de saúde, a queda da qualidade dos serviços prestados e o crescimento do setor supletivo brasileiro, e ainda que a tese de Favaret & Oliveira (*Idem*) da *universalização excludente* tenha sido aceita – e é até hoje – como explicativa para o crescimento da assistência médica supletiva, encontramos críticas a essa relação tão direta estabelecida por esses autores.

Bahia (1991) pensa que a relação direta entre a queda de qualidade do serviço público e o crescimento do setor supletivo precisa ser avaliada de forma mais criteriosa. A autora defende que a crise dos serviços públicos de saúde não seria genérica, apesar dos indícios na queda de sua qualidade, uma vez que, na década de 80, teria havido uma expansão da oferta e da produção de atividades ambulatoriais nos serviços públicos. Entretanto, a representação da qualidade pareceria estar mais ligada ao tempo em filas de espera e à possibilidade de ser atendido pelo profissional desejado dentro das especialidades do que à incerteza de ser atendido. Observa-se que o sistema público e o suplementar se sobrepõem em grau maior ou menor desde o surgimento do segundo. Olhando do lado do usuário/consumidor, os empregados do mercado formal de trabalho foram os primeiros a ter planos de saúde e já tinham acesso diferenciado ao setor público quando do surgimento das CAPs e dos IAPs.

Esses esquemas assistenciais particulares resistiram às sucessivas políticas universalizantes. Tanto o modelo baseado na criação de entidades jurídicas paralelas às empresas empregadoras como os modelos incrustados institucionalmente na empresa se transformaram ao longo do tempo, mas conservaram as características da responsabilidade mais sindical ou mais patronal pela gestão do risco de assistência médica (Bahia, 1999a, *Op. cit.*).

Em meados da década de 1960 e durante a de 1970, as empresas médicas¹⁸ – medicinas de grupo e cooperativas – cresceram impulsionadas pelas políticas de privatização, oriundas da

¹⁸ Empresas médicas são aquelas que comercializam assistência médica hospitalar na forma de planos de saúde, em oposição à prática médica liberal. As primeiras empresas médicas se organizaram nas modalidades de medicina de

Previdência Social em São Paulo, pela operacionalização de convênios-empresa¹⁹. Esses convênios eram financiados por pagamento *per capita* da massa de trabalhadores e dependentes para as empresas que preferissem ter seus trabalhadores assistidos pelas empresas médicas ou que estruturassem uma rede de provedores de serviços médico-hospitalares administrados pela própria empresa (Cordeiro, *Op. cit.*; Bahia, 1999a, *Op. cit.*). Ao final dos anos 70, os convênios-empresa passaram a ser feitos diretamente entre empresas empregadoras e empresas médicas.

Os convênios-empresa modificaram a dinâmica da assistência médico-hospitalar ofertada pelas empresas empregadoras. Por um lado, o surgimento das primeiras empresas médicas trouxe mudanças na organização da oferta de serviços médicos hospitalares pelos prestadores desses serviços e modificaram definitivamente a concepção e a operacionalização dessa assistência aos trabalhadores. A acelerada especialização, tecnificação e empresariamento da prática médica tornou complexa a organização e a prestação direta, pelas empresas empregadoras, da assistência médica aos seus trabalhadores. Por outro lado, havia uma tendência de concentração das empresas em torno de suas atividades fins. Esses dois movimentos fundamentavam a aceção de que o controle do absenteísmo ocasionado por enfermidades e a recuperação eficiente desses trabalhadores doentes seriam realizadas mais eficientemente por organizações de serviços de saúde que não estivessem dentro das empresas empregadoras (Cordeiro, *Op. cit.*; Bahia, 1999a, *Op. cit.*).

No entanto, não havia consenso entre os dirigentes dos grandes estabelecimentos empresariais sobre a ‘saída’ da assistência à saúde do interior das organizações. Alguns consideraram que a manutenção da administração de um plano de saúde personalizado era mais coerente com as políticas de recursos humanos das empresas e, portanto, seria mais adequada do que a contratação de planos de saúde às empresas médicas. Em razão disso, alguns grandes grupos econômicos que optaram por realizar convênios com a Previdência Social nos anos 60 e 70, voltaram posteriormente a constituir serviços próprios, em função das críticas às empresas médicas (Giffoni, 1981).

grupo e cooperativas médicas. Mais detalhes sobre empresas médicas em Cordeiro (1984) e sobre a transformação do trabalho médico – da profissão liberal ao trabalho assalariado – em Machado (1997).

¹⁹ “O convênio-empresa (o primeiro foi realizado entre o IAPI e a Volkswagen em maio de 1964) constituiu uma nova forma de relacionamento entre a Previdência Social e a empresa contratante que passa a responsabilizar-se, direta ou indiretamente, pela atenção médica a seus empregados, recebendo em troca um subsídio da Previdência. Esse modo de

Entretanto, optar por manter a administração do plano de assistência médica hospitalar dentro das empresas, não significou a manutenção dos mesmos padrões de financiamento, de cobertura e de disponibilização da assistência médica hospitalar, exclusivamente, por serviços próprios. Durante a década de 1970, as empresas que optaram por gerenciar diretamente a assistência médica hospitalar de seus empregados, ao invés de contratar empresas médicas, promoveram um extenso credenciamento de prestadores de serviço, objetivando substituir as coberturas que vinham sendo viabilizadas por serviços próprios, por uma pequena rede credenciada e/ou por mecanismos de reembolso de despesas. Algumas destas empresas modificaram os mecanismos de financiamento dos planos de saúde, no sentido de introduzir ou ampliar a parcela de contribuição do empregado, embora a maioria dos planos continuasse sendo totalmente financiada pelas empresas empregadoras.

A opção da administração própria dos esquemas de assistência médica e hospitalar, personalizados de acordo com as necessidades de cada empresa empregadora foi a origem do que hoje se convencionou chamar de autogestão ou planos auto administrados. Esses esquemas assistenciais próprios, autogestões, também se estruturaram em instituições criadas para esses fins²⁰, ou ligados a instituições previdenciárias, como a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco o Estado da Guanabara (CABEG), fundada em 1972.

Até meados dos anos de 1980, o mercado era quase que exclusivamente formado por planos coletivos e planos empresariais. Nessa época, já havia grandes empresas consolidadas, como, por exemplo, a Interclínicas, a Medial, a Golden Cross e a Unimed, além de planos próprios de grandes montadoras, como o da Volkswagen e os de empresas estatais, bem como os de associações de categorias, como a dos bancários (Bahia *et alli*, 1999b).

Durante a época dos convênios-empresa com a Previdência Social, empresas, como a Interclínicas, Intermédica, Samcil, Amico e Medial, cresceram com a incorporação dos grupos médicos e de outras formas de empresariamento da assistência médica hospitalar, tais como

relação destinava-se a uma clientela específica, isto é, à mão-de-obra das empresas maiores e, portanto, atingia um operariado mais qualificado e com melhor padrão organizativo” (Mendes, 1993: 24 e 25).

²⁰ Bahia (1999b) denominou entidades jurídicas paralelas os esquemas assistenciais próprios, criados por iniciativa dos empregadores ou dos empregados e organizados em instituições ‘fora’ da empresa empregadora, embora com o objetivo de disponibilizar assistência médica hospitalar para essa massa de trabalhadores.

aquisições, construções de serviços próprios e articulações com instituições de ensino (Bahia, 1999a, *Op. cit.*).

Supõe-se que o surgimento e o crescimento da Amil e da Golden estejam associados ao atendimento de demandas diferenciadas, nas quais as medicinas de grupo de São Paulo estavam mais ligadas aos trabalhadores das indústrias, ao passo que as do Rio de Janeiro, às empresas de serviços, aos segmentos médio da sociedade que consomem planos individuais ou às associações de empregados (*Idem*).

Praticamente todos os planos empresariais eram integralmente financiados pelas empresas empregadoras fossem eles contratados a empresas médicas ou planos próprios. Nas empresas estatais e nas categorias que mantinham entidades jurídicas paralelas, como as caixas e os fundos de previdenciários, os empregados contribuía para o financiamento de seus planos. A cobertura dos planos era variada e associada ao *status* da empresa, da categoria profissional e ao nível hierárquico. A assistência dos trabalhadores podia se restringir ao acesso a determinados estabelecimentos de saúde, a consultórios médicos, a fazer atendimento médico em serviços próprios da empresa empregadora ou permitir a livre escolha, utilizando o sistema de reembolso de despesas (Bahia, 1999a, *Op. cit.*).

Durante os anos de 1990, vários grupos de servidores públicos – principalmente, os federais – se organizaram em entidades jurídicas que administram assistência médica hospitalar para essas coletividades. De maneira geral observam-se três subgrupos em torno desse movimento. O primeiro, de funcionários de autarquia da administração federal. Um segundo grupo, composto por funcionários do Ministério do Transporte, do Ministério da Reforma Agrária e do Departamento Nacional de Estradas de Rodagem, que aderiu ao Fundação Grupo Executivo de Assistência Patronal (GEAP). O terceiro grupo, formado por magistrados, por funcionários do Ministério da Fazenda, por fiscais federais e estaduais, estruturou também planos próprios de saúde mediante associações e sindicatos profissionais. Esses movimentos ampliaram a massa de clientes dos planos de autogestão (Bahia, 2001).

Dessa maneira pode-se dizer que a permanência e a expansão dos planos de autogestão significou a consolidação de uma modalidade não comercial no setor suplementar de saúde, bem como a permanência de um modelo de oferta de assistência médico-hospitalar administrado pelas empresas empregadoras e/ou pelos empregados. Além disso fica patente que o surgimento dos

planos e seguros de saúde estava ligado a contratos coletivos e imbricado com a idéia de disponibilização da assistência médica hospitalar como um benefício social.

3.2 Plano de saúde como benefício social

Checchia (1996) discorreu sobre a oferta de benefícios por empresas empregadoras a seus empregados, enumerando as seguintes finalidades de sua concessão: a) constituir um fator motivador e, conseqüentemente, de aumento de produtividade; b) ser remuneração indireta auferida pelo trabalhador, o que, via de regra, é uma maneira barata de remunerar o funcionário, pois a empresa tem capacidade de comprar bens e serviços a preços mais baixos, negociando volumes maiores do que individualmente; c) diminuir a carga tributária mediante salário indireto; d) ser uma forma de captação de bons profissionais e de sua manutenção na empresa, reduzindo a rotatividade de mão de obra e o absenteísmo, além de inculcar um sentimento de lealdade à empresa pelo funcionário; e) estabelecer diferenciação na política de cargos e salários.

Costuma-se considerar que os planos empresariais seriam uma opção concedida pela vontade do empregador aos seus empregados. Por isso são tratados como benefícios obtidos por determinada classe ou por trabalhadores de uma empresa.

De acordo com o observado por Checchia (*Op. cit.*), a assistência médico-hospitalar como benefício não gerou conflitos de interesse entre empregados e empregador e não teria sido uma conquista dos trabalhadores, mas sim “oferecido espontaneamente pelas empresas” (*Idem*: 52). Portanto, os planos empresariais seriam uma opção concedida pela vontade do empregador a seus empregados.

Conforme a pesquisa realizada pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Social (BNDES) (1997), em 1996, sobre a estrutura de benefícios da indústria brasileira, os planos de saúde são o terceiro benefício mais freqüente concedido pelas empresas brasileiras; os dois primeiros são o vale-transporte e o auxílio refeição. Entretanto, considerando os benefícios diretamente associados aos riscos do trabalho assalariado – doença, morte e aposentadoria –, os planos de saúde aparecem como o benefício mais freqüente, uma vez que 39% das empresas pesquisadas oferecem seguros de vida e somente 9% possuem previdência privada para seus trabalhadores, enquanto 54% oferecem planos de saúde a seus trabalhadores, como se pode observar no quadro abaixo.

Quadro 5. Distribuição dos benefícios concedidos por indústrias, por tipo de benefício, no Brasil, em 1996.

Benefício	Proporção (%)
Não concede	5
Participação nos Lucros	14
Prêmio por Produtividade	30
Creche	19
Previdência Privada	9
Seguro de Vida	39
Plano de Saúde	54
Auxílio Refeição	61
Vale Transporte	85

Fonte: BNDES/CNI/SEBRAE, 1997.

Além das coberturas contratadas por planos e seguros de saúde, muitas empresas propiciam o acesso de seus empregados a outros benefícios relacionados à saúde, tais como medicamentos, óculos, próteses, órteses, planos odontológicos, seja pelo reembolso parcial ou integral das despesas, seja por outros mecanismos que facilitem sua aquisição. Isso é demonstrado pela Pesquisa CIEFAS²¹, de 1999, segundo a qual 74,3% dos planos pesquisados oferecem auxílio farmácia; 57,1%, auxílio para aquisição de aparelhos ortopédicos; e 51,4%, auxílio óptica.

De acordo com a pesquisa da Towers & Perrin realizada em 1998, o custo da assistência à saúde mediante planos de saúde variou, chegando até a 9% da folha nominal de salários; contudo, em 42% das empresas pesquisadas, o custo é menor do que 5% da folha nominal de salários, como se pode ver no quadro abaixo:

²¹ Pesquisa realizada com envio de questionários a 250 empresas de autogestão brasileiras. Oitenta e sete empresas devolveram os questionários devidamente preenchidos.

Quadro 6. Custo do plano de assistência médica e hospitalar antes da dedução da contribuição do empregado, como percentagem da folha salarial (sem encargos).

Custo total do plano em % da folha	% do total
Menos de 5%	42
5,1% a 6%	9
6,1% a 7%	14
7,1% a 8%	19
8,1% a 9%	13
Mais de 9%	3

Fonte: Tower Perrin: 1998.

Os dados da ABRASPE, em 1999, mostram que as empresas privadas teriam comprometido, em média, 5,12% de sua folha nominal com assistência saúde.

Segundo Cantor *et alli* (*apud* Bahia, 1999a, *Op. cit.*), as empresas de maior porte, pertencentes aos setores mais dinâmicos da economia e/ou a categorias de trabalhadores mais organizados, tendem a ter cesta de benefícios mais pródiga.

3.3 Renúncia de arrecadação para área da saúde

Devemos ainda levar em conta a renúncia de arrecadação fiscal do governo para a área de saúde, apesar de não estarem disponíveis informações detalhadas sobre o volume de recursos decorrente dessa renúncia.

Não há consenso na definição do conceito de renúncia de arrecadação, o que gera divergências no cálculo dos gastos tributários dos países, afora que as práticas nacionais de quantificação dessas despesas variam substantivamente. Porém, para fins deste trabalho, não nos aprofundaremos nesse tema, pois somente queremos lembrar sua relação com o crescimento do setor suplementar de saúde. Dessa forma, consideramos esse mecanismo utilizado pelos governos

para incentivar setores e atividades que integram as prioridades governamentais e societárias como renúncia de arrecadação ou despesa tributária (Dain *et alli*, 2002)²².

Até 1982, as empresas empregadoras podiam abater no máximo 7% do gasto com saúde feito com seus funcionários dos rendimentos da empresa para fins de Imposto de Renda de Pessoa Jurídica (Médici, 1992). A partir desse ano foi permitido que as empresas declarassem como despesa operacional o gasto com planos de saúde para seus trabalhadores no IRPJ, repassando-o para o preço dos produtos. Dessa forma, ao colocar as despesas com planos de saúde de seus empregados como custo operacional, o montante da despesa aumenta, diminuindo a quantidade de imposto a pagar.

Podemos tomar em conta, também, os incentivos à pessoa física e a algumas operadoras de planos. No caso do Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF) é permitido abater pagamentos efetuados com serviços de saúde, incluídos aqueles feitos com planos e seguros de saúde. Os gastos de saúde – ao contrário das despesas com educação, que possuem limite – podem ser abatidos integralmente²³.

Do lado dos prestadores de serviço, algumas entidades hospitalares classificadas de filantrópicas gozam de benefícios fiscais, como, por exemplo, as Santas Casas de Misericórdia, que vendem seus próprios planos de saúde.

Como se pode observar, a autonomia atribuída ao setor suplementar de saúde é discutível, já que um dos incentivos para seu crescimento foi a renúncia de arrecadação por parte do Estado, de modo a subsidiar um setor voltado para as classes mais privilegiadas da população, composta, em sua maioria, pela população de maior renda e/ou empregados com vínculo formal, o que revela a característica regressiva dessa renúncia na área da saúde (Médici, *Op. cit.*).

Outrossim, a falta de conhecimento do montante que representa esse gasto indireto do governo dificulta a regulação do setor e o estabelecimento de políticas públicas para o aprimoramento da saúde brasileira.

²² Bibliografia sobre o assunto pode ser encontrada em DAIN, S. (1996) e , assim como aplicada à saúde do trabalhador em SANTOS, I. (2000).

²³ Para gastos com saúde podem ser contabilizados os exames, as consultas médicas, as fisioterápicas, as fonoterápicas e a visita domiciliar feita pela enfermagem.

Embora o mercado de planos e seguros de saúde tenha surgido mediante planos coletivos e, atualmente, esses sejam maioria em detrimento dos planos individuais, a regulamentação foi elaborada com base na lógica dos planos individuais. A Lei 9656/98 parece ter incorporado a visão do consumo, na qual uma operadora do mercado vende o produto – plano de saúde – a um indivíduo. Ficaram de fora as articulações que envolvem a participação das empresas empregadoras na disponibilização de planos empresariais, a não ser por alguns detalhes, como a regulamentação da permanência ou saída do plano de saúde para o trabalhador que se aposenta ou é demitido.

CAPÍTULO IV. CARACTERIZANDO A AUTOGESTÃO

4.1 Da disponibilização dos planos de saúde para trabalhadores ao conceito de autogestão

A forma como se articulam as empresas empregadoras em relação à provisão de assistência médico-hospitalar aos seus trabalhadores é o resultado de uma combinação entre formas de gestão do risco de variação do custo, financiamento e operacionalização da provisão da assistência médico-hospitalar, os quais podem ser caracterizados de várias maneiras. Dentre estas, de um lado, está a autogestão e, de outro, a terceirização da assistência médica e hospitalar a uma operadora de plano de assistência à saúde²⁴ do mercado.

Tais modelos são constituídos em função do risco de variação do custo do evento médico-hospitalar. Isso significa dizer que a empresa empregadora pode reter o risco do custo da assistência médica, ou transferi-lo para uma operadora de plano de assistência à saúde que assuma o risco dessa operação. Quando uma empresa empregadora contrata uma operadora de planos e seguros para seus empregados, ela está transferindo a responsabilidade pela gestão e pela provisão de serviços à outra empresa. Ou seja, ela está transferindo a responsabilidade pela variação dos custos para essa empresa (Bahia, 1999a, *Op. cit.*).

Bahia (*Idem*) desenvolve seu trabalho a partir do conceito de gestão do risco, no qual aponta duas opções. A primeira, denominada mutualista, é a retenção do risco pela empresa empregadora; a segunda, implica a contratação de empresas especializadas para a gestão desse risco, que seria a matriz securitária. Abordaremos a matriz mutualista para chegar à conceituação da autogestão.

A organização jurídico-institucional dentro da matriz mutualista ou da securitária se articula com o grau de comprometimento da empresa empregadora com a disponibilização da assistência médica em relação às responsabilidades financeiras assumidas com os prestadores de serviços médicos e hospitalares e a forma de gestão do plano.

²⁴ Lei 9656/98, art. 1º, II – “Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I (plano privado de assistência à saúde) deste artigo”.

Dentro da matriz mutualista, no que diz respeito à natureza jurídico-institucional, existiriam três tipologias possíveis: a) a criação de entidades jurídicas paralelas – caixas de assistência, fundações, associações, sindicatos e entidades de previdência fechada; b) gestão da assistência médica hospitalar por meio do departamento de benefícios da própria empresa empregadora; c) e, por último, aquela que passa a gestão a uma administradora, pagando o custo operacional.

4.1.1 Entidades jurídicas paralelas

As entidades jurídicas paralelas – mais exemplarmente, as caixas e as entidades de previdência fechada – são uma forma de organização dos trabalhadores que objetiva a manutenção e a criação de proteção social diferenciada, o que inclui benefícios previdenciários e assistência médica, os quais são utilizados de forma complementar ao sistema público (Bahia, 1999a, *Op. cit.*). Em geral, o financiamento desses benefícios é feito mediante contribuição da empresa empregadora – que arca com a maior parte do financiamento – e dos funcionários.

Do ponto de vista da operacionalização do benefício, as entidades paralelas funcionam como uma operadora do mercado, atendendo os seus participantes mediante a compra de serviços médicos, hospitalares e laboratórios. Entretanto, algumas delas combinam a contratação desses serviços ao mercado com serviços próprios, principalmente ambulatoriais. A delimitação da massa de participantes e a ausência de lucro do capital são aspectos da diferenciação entre essas instituições e as outras operadoras de saúde que atuam no mercado.

A CASSI é um exemplo de entidade jurídica paralela que presta o serviço de assistência médico-hospitalar a seus participantes, combinando serviços próprios e serviços contratados. Os serviços próprios são constituídos por unidades de atenção integral à saúde, denominadas Clinicassi em várias cidades, onde são oferecidas consultas nas clínicas básicas para seus associados.

Em geral, essas entidades possuem um Estatuto que regulamenta sua relação com a empresa patrocinadora, definindo desde a forma de patrocínio do benefício, a eletividade dos participantes, até o modo de tomada de decisões.

Perante o mercado de prestadores de serviços médicos e hospitalares, a entidade jurídica paralela é a responsável pelo cumprimento dos compromissos por serviços prestados aos participantes do plano tanto na rede de médicos quanto nos hospitais, laboratórios e serviços especializados. Também é responsável pela gestão do benefício, que costuma ocorrer por

intermédio de entidade colegiada formada com a participação de funcionários e da empresa patrocinadora.

4.1.2 Departamento de benefícios

A segunda possibilidade citada acontece quando a empresa empregadora gere o benefício da assistência médica por órgão interno, tais como a diretoria de recursos humanos ou o departamento de benefícios, não chegando a constituir uma entidade jurídica distinta.

Muitas vezes, o benefício é negociado em acordo de trabalho com os empregados da empresa. Por exemplo, na Assistência Multidisciplinar de Saúde (AMS) da Petrobrás, o benefício da assistência médica e hospitalar é estabelecido no acordo coletivo de trabalho negociado entre a Federação Única dos Petroleiros, os sindicatos e a empresa empregadora, estabelecendo-se assim os parâmetros norteadores do benefício da assistência médica hospitalar para os trabalhadores. A própria Petrobrás define e gerencia o benefício, além de ser a responsável financeira direta perante os prestadores de serviço contratados: médicos, hospitais e laboratórios. Isso significa que qualquer desequilíbrio financeiro no plano de assistência médica hospitalar recai diretamente sobre a empresa empregadora.

4.1.3 Custo operacional

A terceira possibilidade citada corresponde à forma do custo operacional. Aqui, a empresa empregadora contrata uma administradora que compra os serviços médicos e hospitalares no mercado. A administradora não possui serviços próprios, mas faz essa intermediação. Na prática, ao final de cada mês, a administradora apresenta a despesa feita pelos participantes da carteira e acrescenta uma taxa de administração, que pode ser cobrada de forma variável, como um percentual da despesa, ou de forma fixa, por um valor *per capita* estabelecido previamente.

O risco da administradora está ligado à insolvência da empresa empregadora, que levaria esta última a não honrar seus compromissos com a primeira, e não à variação do custo da assistência médico-hospitalar. Desse modo, a administradora não assume nenhum risco pela variação do custo, uma vez que recebe o total da despesa realizada com a carteira da empresa empregadora e o repassa aos prestadores de serviço. Entretanto, o responsável financeiro perante o mercado de prestadores de serviço é a administradora e não a empresa empregadora. Do ponto de vista da gerência dos custos em saúde, o custo operacional inviabiliza a gestão da assistência à

saúde por parte da empresa empregadora, que passa a ser ela, simplesmente, financiadora do plano ou co-financiadora, quando da contribuição dos funcionários. O custo operacional dificulta o controle dos custos com a assistência médico-hospitalar.

Além disso, podemos considerar que existem outros modelos híbridos entre esses dois – retenção do risco e não retenção pela empresa empregadora –, os quais se compõem a partir de graus diferentes na transferência dos riscos com despesas médico-hospitalares (Bahia,1999a, *Op. cit.*), dos quais trataremos mais adiante neste trabalho.

A elaboração de um conceito do que vem a ser caracterizado como autogestão envolve os princípios de financiamento, da gestão, da organização jurídico-institucional e do risco pela variação dos custos da assistência médico-hospitalar. Segundo Bahia (*Idem*), o fato de a empresa assumir os riscos pela variação dos custos da assistência médico-hospitalar é suficiente para caracterizá-la como autogestão, o que implicaria assumir as formas de custo operacional como parte desta modalidade. No entanto, isso seria o mesmo que desconsiderar a importância da gestão do plano pela empresa empregadora como característica fundamental para a concretização da modalidade de autogestão.

4.2 Conceito de autogestão

Atualmente, a discussão em torno da definição do conceito de autogestão está vinculada ao processo de regulamentação do setor suplementar de saúde, uma vez que a atual legislação também o incluiu no conjunto de empresas que operam planos de assistência médico-hospitalar, apesar de isentá-las do cumprimento de algumas exigências legais. Como foi dito anteriormente, as diferenças entre as operadoras de mercado e as autogestões estariam principalmente no fato de estas não serem uma modalidade comercial, não terem o lucro como objetivo. Entretanto, em um mercado cada vez mais competitivo, a regulamentação do setor, ao isentar a autogestão de algumas obrigações que as outras operadoras do setor devem cumprir, faz com que a conceituação de autogestão seja necessidade e exigência do próprio mercado.

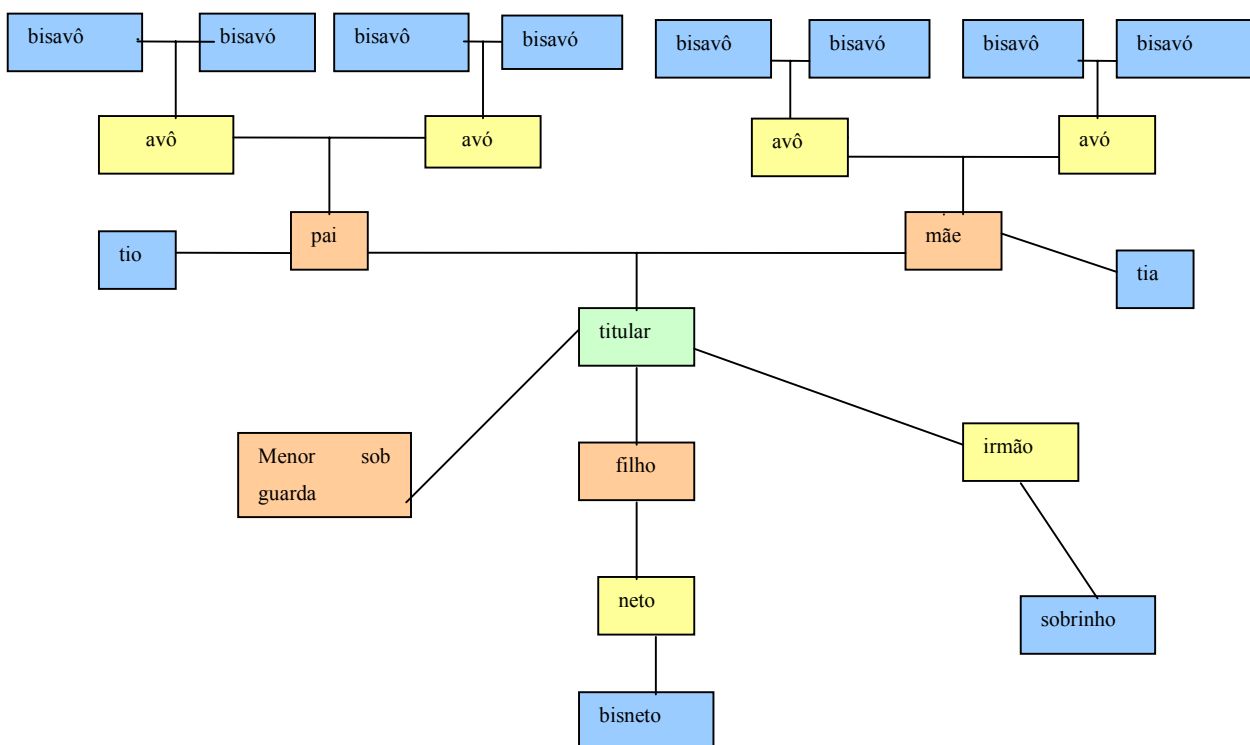
4.2.1 Quanto à eletividade

A Legislação definiu autogestão como modalidade de assistência à saúde destinada:

(...) exclusivamente a empregados ativos, aposentados, pensionistas e ex-empregados, bem como seus respectivos grupos familiares definidos, de uma ou mais empresas, ou ainda a participantes e dependentes de associações, sindicatos ou entidades de classes profissionais (Brasil. ANS, 1998b).

Os grupos familiares definidos aí são os parentes até o terceiro grau de consangüinidade do titular ou afins, como o ilustrado na Figura 2.

Figura 2. Diagrama da eletividade dos planos de autogestão por consangüinidade.²⁵



Fonte: Cassi, 1999. Material Informativo.

4.2.2 Quanto à gestão e ao relacionamento com a rede de prestadores

As autogestões "deverão possuir gestão própria através de órgãos internos das empresas, entidades sindicais, ou através de entidade jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa,

²⁵ Por afinidade são o cônjuge do titular e os seguintes familiares do cônjuge: bisavô(ó), avô(ó), sogro(a), tio(a), menor sob guarda, enteado(a), cunhado(a), neto(a), sobrinho(a) e bisneto(a).

estabelecida precipuamente para este fim ou ainda através de fundações, sindicatos, caixas ou fundos de previdência fechada” (Brasil. ANS, 1998b, *Op. cit.*).

A gestão do plano de assistência médico-hospitalar pode ser feita ou pela empresa empregadora e pelos funcionários, ou somente pela empresa empregadora, ou apenas por representantes dos funcionários. Nas caixas e fundações é costume haver uma instância delegada com representantes da empresa empregadora e dos empregados. Já os planos de departamento de benefício das empresas não incorporam os empregados em sua gestão. Por fim, os planos de entidades jurídicas paralelas, ligados a associações de classe e sindicatos, são geridos exclusivamente por representantes dos empregados.

A gestão da rede de prestadores de serviço é de vital importância para o bom equilíbrio do plano e para a qualidade da assistência prestada. Para a autogestão, a administração da rede de prestadores deverá ser feita de modo direto, só sendo permitida a terceirização mediante convênio com outras autogestões, ou em regiões com dificuldade de contratação direta.

A rede de prestadores de autogestão tanto pode ser própria como credenciada bem como de livre escolha, ou a combinação entre elas.

Os planos de autogestão foram os pioneiros na implementação de mecanismos reguladores de utilização de serviços médicos e hospitalares, com o objetivo de conter os custos da assistência de seus beneficiários. Isto é, dentro da lógica da empresa empregadora, a assistência médica não é o objetivo fim da empresa, a qual não auferir lucro nesta operação, por isso é necessário que haja a boa gerência dos custos assistenciais. Já nos planos terceirizados, às operadoras comerciais do mercado, ao aumento de despesa feita pela carteira de beneficiários, cabia o recurso do reajuste por aumento de sinistralidade. Assim, os mecanismos de regulação encontrados com mais frequência nas autogestões são a co-participação para o pequeno risco²⁶ e a autorização administrativa tanto para procedimentos de alto custo e como para internações eletivas.

O CIEFAS ressalta o aspecto não lucrativo da autogestão como uma de suas principais vantagens, ao passo que a ABRASPE apresenta, como vantagem, a eliminação do intermediário entre o usuário e o prestador de serviço de saúde, assim como a possibilidade de criação do plano personificado para a massa de usuários de cada empresa.

²⁶ Por pequeno risco entendem-se os eventos médicos ambulatoriais; por grande risco, os eventos hospitalares.

A elaboração de um conceito de autogestão é complexa. A definição apresentada pela norma governamental se aproxima daquela das próprias empresas de autogestão, podendo-se supor que essa concordância se deu pelo posicionamento do MS que, ao criar o DESAS, terá seu quadro preenchido por técnicos oriundos das empresas de autogestão. A autogestão aparece como a opção de disponibilizar o benefício da assistência médica mais próxima da empresa e/ou do funcionário do que a terceirização, no que diz respeito à participação destes na estruturação do plano.

4.2.3 Organização jurídico-institucional

No que diz respeito à organização jurídico institucional, as empresas de autogestão podem ser divididas de duas formas: a) constituírem uma entidade jurídica separada da empresa, organizadas em caixas, fundos previdenciários, associações, fundações ou outros; ou b) não constituírem pessoa jurídica separada da empresa empregadora; nesse caso estão diretamente ligadas ao departamento de benefício das empresas. São os dois tipos mutualistas descritos anteriormente.

De acordo com o CIEFAS (2000b), a maioria das autogestões é formada por entidades jurídicas paralelas – 62%, sendo que, destas, 21% são fundações, 21% são associações, 13% são caixas assistenciais, 5% são caixas previdenciárias, 2% são sindicatos. Os departamentos de benefícios das empresas constituem 24% das autogestões, enquanto 14% seriam outros tipos de autogestões.

Os planos de assistência médico-hospitalar ligados ao departamento de benefício das empresas teriam uma relação mais simbiótica com a empresa empregadora, principalmente do ponto de vista da gestão e da responsabilidade financeira.

Como foi colocado anteriormente, os planos constituídos por entidades jurídicas paralelas da empresa empregadora, em geral, definem a responsabilidade desta com o plano de assistência no estatuto que rege a instituição, em especial, as caixas, fundações e fundos previdenciários, em que a gestão costuma ser partilhada por representantes da empresa empregadora e dos empregados.

No caso da CASSI, as decisões sobre o benefício são tomadas pelo Conselho Deliberativo, que é composto por 5 (cinco) membros, dos quais 3 (três) são representantes dos funcionários e 2 (dois) são representantes do Banco. Sobre a responsabilidade financeira da CASSI o art. 20 do

Estatuto prevê que "Eventuais insuficiências financeiras do plano de associados da Cassi podem ser cobertas pelo Banco do Brasil S/A, sob a forma de adiantamento de contribuições" (CASSI, 1996).

Ainda sobre a CASSI (*Idem*), o Estatuto diz que, em situação de extinção, "o patrimônio remanescente é transferido para o Banco do Brasil S/A, que deve aplicá-lo na assistência a seus funcionários da ativa ou aposentados, bem como os beneficiários pensionistas que, na ocasião, estejam contribuindo conforme o previsto no art. 21".

Observa-se a existência de entidades jurídicas paralelas organizadas principalmente em formas de associações de classes e sindicatos, que são reconhecidas pelo mercado como autogestões, ainda que não possuam massa de beneficiários definida. Por exemplo, a Caixa de Assistência dos Advogados do Rio de Janeiro, em princípio constituída para disponibilizar assistência médica e hospitalar a advogados e seus dependentes, na prática ampliou seu espectro de eletividade, absorvendo pessoas indicadas por advogados.

Pode-se considerar essa labilidade com relação à eletividade da massa de participantes como uma adoção, por parte de algumas autogestões, de mecanismos mais afeitos ao mercado do que aos princípios do mutualismo. Até mesmo frente à nova regulamentação, essas organizações não poderiam ser consideradas autogestões, por não respeitarem o limite de eletividade exigido pela legislação.

4.2.4 Entidades que representam as empresas de autogestão

As duas grandes entidades nacionais que reúnem as empresas de autogestão no Brasil são o CIEFAS e a ABRASPE. A ABRASPE congrega 54 empresas de autogestão com predomínio em São Paulo. O CIEFAS congrega cerca de 140, predominantemente no Rio de Janeiro. Ambas visam desenvolver uma política de incentivo à prestação de assistência à saúde pelas empresas na forma da autogestão, mediante os seguintes objetivos: negociar preços com os prestadores de saúde; contribuir para o gerenciamento dos custos assistenciais de suas filiadas; reforçar e expandir os programas de saúde das empresas; fomentar estudos, simpósios e pesquisas que contribuam para o conhecimento e aprimoramento da modalidade; prestar assessoria técnica às empresas de autogestão; possibilitar o intercâmbio de experiências em assistência à saúde de suas filiadas; defender os interesses das empresas filiadas junto ao governo e entidades de classe (CIEFAS, 2000a, *Op. cit.*; ABRASPE, 2001).

O CIEFAS nasceu de reuniões informais entre as empresas que mantinham planos de assistência médico-hospitalar próprios, com o propósito de defender os interesses comuns. Foi realizado, em setembro de 1980, o primeiro Congresso de Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas, cujo principal resultado foi a criação da Associação dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas (ASASPE); logo surgiram outras associações em Minas Gerais, Ceará e outros estados, que posteriormente viriam a formar o CIEFAS. Inicialmente, o CIEFAS reunia autogestões ligadas exclusivamente às empresas públicas, estatais e órgãos governamentais, enquanto a ABRASPE reunia as autogestões ligadas ao setor privado. Entretanto, a política de privatizações, que se estabeleceu na década de 1990, levou o CIEFAS a modificar seu estatuto, passando a admitir empresas oriundas do setor privado, sob pena de sofrer esvaziamento de seus afiliados.

Atualmente, o CIEFAS e a ABRASPE são as entidades representativas das empresas de autogestão frente à regulamentação do setor suplementar de saúde. Recentemente foi assinado um convênio entre o governo e algumas empresas de autogestão, pelo qual as segundas estariam fornecendo parâmetros possíveis de serem utilizados no processo de regulamentação.

4.2.5 Financiamento e preço

No que diz respeito ao financiamento, este pode ser feito exclusivamente pelo empregador – plano não contributivo – ou pelo empregador e pelo empregado – parcialmente contributivo. Há ainda os planos que são financiados exclusivamente pelos beneficiários. De acordo com o CIEFAS, a maioria dos planos de autogestão, 80,7%, é custeada pelo beneficiário e pela empresa empregadora; 14,5% são custeados integralmente pelo beneficiário; e somente 4,8% são custeados exclusivamente pela empresa empregadora. A mesma pesquisa aponta que 34,5% das contribuições dos beneficiários são feitas na forma de pós-pagamento, 18,2% por pré-pagamento e 47,3% usam ambas as formas (CIEFAS, 2000b, *Op. cit.*).

Essas diferenças de financiamento são decorrentes da política de benefícios da empresa e da capacidade de negociação de seus trabalhadores. Algumas empresas optam por financiar integralmente um plano considerado básico para seus funcionários, mas concedem a possibilidade de os próprios funcionários complementarem financeiramente o plano, para ter acesso a diferenciações em relação à rede hospitalar, à acomodação e ao direito a reembolso de despesas.

Observam-se muitos níveis hierárquicos de planos coletivos. Para fins explicativos podem ser considerados três níveis hierárquicos: básico; especial e executivo. Em geral, o plano básico é aquele que dá direito à internação em enfermarias e ao atendimento exclusivo em rede credenciada. O plano especial permite a internação em apartamento, além do atendimento em rede credenciada. O plano executivo, afora a internação em apartamento, permite o reembolso de despesas de acordo com tabela prefixada.

Por sua vez, o Banco do Brasil financia algo em torno de dois terços do plano de seus funcionários. A contribuição é feita com base no valor da folha de pagamento, pela qual o funcionário paga 1,5% de seu salário para o plano e o Banco paga 3% da folha (Entrevista pessoal realizada com o diretor da Cassi em 1999, Joilson Rodrigues Ferreira).

De acordo com a pesquisa da Towers & Perrin 1998 (Quadro 7), os planos de autogestão tinham maior participação financeira da empresa do que os planos contratados a empresas médicas por pré-pagamento, para todos os tipos de plano. Também dentro da autogestão os planos superior e executivo têm maior participação financeira da empresa do que os planos básico e intermediário, que são mais simples.

Quadro 7. Distribuição de planos de assistência médica, custeados em níveis superiores a 60% pelos empregados, por tipo de plano.

Modalidade	Tipo de plano			
	Básico	Intermediário	Superior	Executivo
Autogestão	34	23	17	22
Medicina de grupo	75	48	59	54
Cooperativa médica	73	44	53	33
Seguradora	61	46	52	54

Fonte: Towers e Perrin – 1998/1999 – Plano de Benefícios do Brasil.

Os planos ligados à condição empregatícia são, na maioria das vezes, mais baratos do que os contratados individualmente. Alguns autores, como Bahia (1999b), demonstram que o preço médio das autogestões é mais caro do que o das medicinas de grupo e das cooperativas médicas, porém é mais barato do que os cobrados pelos seguros.

Destaca-se que os defensores da autogestão alegam que as medicinas de grupo e as cooperativas teriam preços mais baratos por serem inferiores a cobertura e a qualidade dos serviços prestados. Contudo, não existem parâmetros para avaliar a qualidade da cobertura nem há referência na literatura. (Entrevistas pessoais realizadas em 1999 com o ex-diretor da CAC, Nolasco, e com ex-presidente da Associação dos Funcionários da FIOCRUZ, Pedro Barbosa).

Os dados analisados por Bahia (1999b, *Op. cit.*) mostram que, nos anos de 1997/98, as medicinas de grupo tinham preço médio de R\$17,94; já o das Unimed's era de R\$27,33, o das seguradoras ficava em R\$67,81 e o das autogestões era de R\$47,81 para os planos de contratação coletiva. Esses dados não estão de acordo com aqueles apresentados pela Towers & Perrin (1998, *Op. cit.*), pelos quais as autogestões possuiriam os preços mais baixos do mercado para todos os tipos de plano, enquanto as seguradoras cobrariam os mais elevados como se pode observar no Quadro 8.

Quadro 8: Custo mensal médio, em US\$ (dólar americano), de julho de 1998, por vida e por padrão de plano de empresas empregadoras.

Modalidades	Tipo de Plano			
	Básico	Intermediário	Superior	Executivo
Autogestão	32	43	60	72
Medicina de grupo	37	52	96	153
Cooperativa médica	37	49	62	106
Seguradora	52	69	262	176

Fonte: XVIII Pesquisa 1998/99 – Planos de Benefícios no Brasil

Supõe-se que os elevados prêmios cobrados pelas seguradoras estejam relacionados à maior cobertura ofertada por essas empresas, ao custeio do reembolso e às exigências financeiras que essas empresas devem cumprir para operar no ramo de seguro.

A contribuição financeira dos empregados para os planos e seguros de assistência médica hospitalar tem se tornado cada vez mais freqüente, em oposição aos planos totalmente financiados pelas empresas. É possível que essa tendência seja decorrente do aumento dos custos no setor saúde e das formas de gestão desse benefício que, ao incorporar a participação financeira do funcionário, também procura conscientizá-lo do custo dessa assistência.

Por fim, depreende-se que não há regra única para o financiamento dos planos coletivos: tanto podem ser financiados exclusivamente pela empresa empregadora como pelo empregado, ou por ambos. Da mesma forma, não existe regra para a relação entre a forma de financiamento e a modalidade do plano, que pode ser terceirizado a uma operadora do mercado ou autogestão. Há planos totalmente financiados pelas empresas empregadoras, contratados a operadoras do mercado, assim como há planos de autogestão totalmente financiados pelos beneficiários.

4.3 Autogestões públicas

Dentro da mesma lógica da autogestão incluem-se os planos para funcionários de prefeituras e estados, que são, em sua maioria, ligados a institutos de aposentadorias e pensões de servidores. Esses planos apresentam alguns aspectos diferentes das autogestões privadas em relação a: a) organização jurídica; b) rede de serviços; c) risco da variação do custo da assistência médica hospitalar; d) gestão; e) gestão do custo assistencial; f) regulamentação.

No que diz respeito à organização jurídica, esses planos constituíram pessoas jurídicas de direito público, mantendo, com isso, a responsabilidade dos governos pelo plano assistencial e pela variação do custo da assistência médica hospitalar. Em razão de sua constituição jurídica, ficaram à margem da regulamentação do setor suplementar de saúde e da Lei 9656/98. A rede própria de prestadores de serviços assume uma importância maior do que a observada nas autogestões privadas, ocorrendo, em alguns casos, de a rede própria ser a única disponível. A escolha do gestor do plano, não é baseada necessariamente na capacidade técnica do profissional, mas envolve também acordos políticos feitos pelo partido ao qual pertence o prefeito ou o governador estadual. Tomamos como exemplos os planos de assistência médica e hospitalar de três cidades localizadas na região sul fluminense do estado do Rio de Janeiro.

O plano de assistência médico-hospitalar para os funcionários de Barra Mansa foi instituído no início dos anos de 1990, tendo sido constituído em autarquia municipal com objetivo previdenciário e de assistência médica hospitalar. O plano pressupunha a contribuição compulsória do funcionário proporcional ao vencimento e contribuição da prefeitura com objetivo previdenciário. Posteriormente, o fundo previdenciário foi separado do fundo de assistência médico-hospitalar. O plano cobria esse tipo de assistência em rede hospitalar credenciada e em rede ambulatorial credenciada e própria.

No entanto, ao final dos anos de 1990, o plano assistencial incorria em déficit que se tornava cada vez maior ao longo do tempo, atrasando os compromissos com a rede hospitalar prestadora de serviços. Esse problema foi ocasionado tanto pela gestão do plano como pelo repasse irregular das contribuições dos funcionários, que era realizado pela prefeitura, e pelo baixo nível salarial do funcionalismo, resultando em uma contribuição *per capita* em torno de R\$9,00, o que trazia sérios problemas de equilíbrio financeiro para o plano.

Em 1998, as exigências legais para que as prefeituras e estados constituíssem seus planos previdenciários deixou o plano assistencial em segundo plano na agenda governamental da prefeitura. Pensou-se até mesmo em extingui-lo, como forma de solucionar o déficit do plano assistencial. Entretanto, o gestor municipal considerou que o ônus político decorrente da extinção do plano seria maior que o financeiro e, assim, o plano assistencial permaneceu, apesar de enfrentar os mesmos dilemas (Entrevista Pessoal realizada em 1999, com a diretora executiva do Fundo de Assistência Médica Permanente dos Servidores Públicos Municipais de Barra Mansa- FUNDAMP, em 1999, Ema Tristão de Oliveira).

De forma semelhante foi estruturado o plano de assistência médica e hospitalar para os funcionários da prefeitura vizinha, Volta Redonda, com características semelhantes de gestão, de organização jurídica, de estruturação da rede de serviços e de cobertura assistencial. O plano também incorria em desequilíbrio financeiro ao final dos anos de 1990; entretanto, a prefeitura de Volta Redonda, devido a sua capacidade orçamentária, optou por arcar com a diferença entre a despesa e a receita do plano assistencial, honrando os compromissos financeiros do plano com a rede de prestadores credenciada (*Idem*).

Já o município de Piraí constituiu plano de assistência à saúde com cobertura somente ambulatorial e nas especialidades básicas de clínica geral, ginecologia e pediatria, além de cardiologia, incluindo exames ambulatoriais simples. Os serviços são prestados em ambulatório próprio. Ao final dos anos de 1990, o plano assistencial – ao contrário das cidades vizinhas, Barra Mansa e Volta Redonda –apresentava-se financeiramente equilibrado. Como se pode observar pelo que é oferecido, a cobertura do plano é bem menor que a daqueles de Barra Mansa e Volta Redonda e a gestora do plano considera que a incorporação de novas coberturas poderia acarretar o desequilíbrio financeiro do plano, ao passo que o ônus político de reduzir a cobertura assistencial para chegar ao equilíbrio financeiro é muito grande (Entrevista Pessoal realizada em 1999, com a

diretora executiva do Fundo de Assistência Médica Permanente dos Servidores Públicos Municipais de Barra Mansa- FUNDAMP, em 1999, Ema Tristão de Oliveira).

Os três planos acima podem ser considerados autogestões, pois têm gestão própria, assumem o risco pela variação dos custos assistenciais e contam com massa delimitada de beneficiários. A diferença básica entre as autogestões públicas e privadas está nas imbricações políticas que atravessam a gestão do plano assistencial no caso das primeiras. A segunda diferença, não menos importante, está relacionada à exclusão desses planos da égide da Lei 9656/98, que regulamenta o mercado de assistência suplementar, o que permitiu que esses planos continuem a existir com coberturas inferiores aos planos sobre a égide da referida lei.

A partir do que foi visto, podemos dizer que o grande desafio da autogestão é sobreviver dentro do mercado competitivo das operadoras de saúde. Para isso é possível considerar que estas atuam em três aspectos: 1) garantir condição privilegiada dentro da regulamentação do setor; 2) aprimorar os instrumentos de gestão dos planos de saúde; 3) apresentar-se como alternativa melhor do que a terceirização para a empresa empregadora.

CAPÍTULO V. O FIO-SAÚDE

Para a finalização deste trabalho optou-se pelo estudo de caso de um plano de autogestão, o Fio-saúde, de modo que, por intermédio deste, se tornasse possível compreender a trajetória da estruturação de um plano de assistência à saúde para funcionários de uma organização, assim como suas mudanças frente ao novo cenário, a reforma do estado brasileiro e a regulamentação do setor suplementar de saúde.

O Fio-saúde é oferecido aos funcionários da FIOCRUZ e àqueles do Instituto Oswaldo Cruz de Seguridade Social (FIOPREV). Sua escolha se deu pela facilidade de acesso a informações sobre o plano, o que foi imprescindível para a realização deste estudo. Além disso, a organização possui dados catalogados em sistema de informação, o que permite a obtenção de informações assistenciais e de custo a respeito do plano de assistência médica. As planilhas de receita e despesa do Fio-saúde do período de abril de 1997 até março de 1999 foram disponibilizadas pela direção do FIOPREV, assim como a evolução do número de participantes dos planos.

Criado em janeiro de 1991, o Fio-saúde é um plano de saúde para os funcionários da Fiocruz pelo FIOPREV que foi organizado por funcionários da própria instituição na qualidade de entidade fechada de previdência privada.

Destaca-se que os sistemas fechados e abertos de previdência privada foram regulamentados pela Lei 6.435, de 1977, possibilitando que trabalhadores de maior salário pudessem manter o mesmo nível de renda que no período laboral com a chegada da aposentadoria.

As entidades fechadas de previdência fechada constituem-se em sociedades civis ou fundações sem fins lucrativos, as quais são acessíveis, exclusivamente, aos trabalhadores de uma empresa ou um grupo de empresas que as patrocinam. A essas entidades é facultado disponibilizar programas de assistência à saúde, desde que apresentem sua contabilidade em separado.

Segundo Bahia (1999a, *Op. cit.*), essas entidades tornaram-se uma das opções institucionais para a organização de serviços de saúde exclusivos para trabalhadores a partir do final dos anos de 1980. No caso, o FIOPREV obteve autorização da Previdência Social para funcionar no início de 1985 e tinha o objetivo de suprir a perda de renda decorrente da aposentadoria, já que os funcionários da FIOCRUZ seguiam o regime de trabalho regido pela CLT.

Nesta pesquisa, a trajetória do Fio-saúde é distinguida em quatro momentos, todos importantes à compreensão da forma de viabilização da assistência médica diferenciada para os funcionários da FIOCRUZ. Tais momentos constituíram marcos que envolvem a gestão do plano, o financiamento, o orçamento disponibilizado pela patrocinadora e a cesta de benefícios acessível aos participantes. São eles:

- **1º. Momento: Janeiro de 1991** – Criação do Fio-saúde como plano terceirizado em carteira compartilhada com outras empresas. É então totalmente custeado pelos participantes.
- **2º. Momento: Dezembro de 1991** – A FIOCRUZ passa a custear integralmente o plano básico para todos os funcionários e seus dependentes.
- **3º. Momento: Novembro de 1993** – O Fio-saúde deixa de ser plano terceirizado e passa a ser autogestão.
- **4º. Momento: Novembro de 1997** – O Decreto Lei n. 2.383, de 12 de novembro de 1997, limita o gasto com assistência médica dos servidores a valor previamente orçado, reduzindo o aporte financeiro da patrocinadora, aproximadamente, à metade.

5.1 Criação do Fio-saúde

Alguns fatores são apontados pela direção do FIOPREV para a criação do Fio-saúde, os quais envolvem o cenário das políticas públicas de saúde no Brasil, a mudança do regime de trabalho dos funcionários da FIOCRUZ e as estratégias gerenciais assumidas pelos gestores do fundo previdenciário.

Do ponto de vista do cenário das políticas públicas observa-se que a criação de um plano diferenciado de assistência à saúde conflitava com a posição sustentada pela FIOCRUZ na Constituinte, em que pleiteava o acesso público universal à saúde e a saúde como dever do Estado. Institucionalmente, a FIOCRUZ propugnava a criação do SUS e, na época da gestão do Sérgio Arouca – ex-presidente da FIOCRUZ, defensor notório do sistema público de saúde ligado à formulação de políticas públicas de saúde no Brasil –, era bastante ativa nesse sentido.

Para Alzira Cristina de Almeida, diretora de seguridade do FIOPREV, durante toda fase da Constituinte “era praticamente um tabu falar em plano de assistência médica (...) então isso [plano

de saúde para os funcionários] ficou congelado porque seria bastante contraditório institucionalmente” (Entrevista Pessoal, 1999).

Não foi por acaso que o plano de saúde só obteve sua aprovação na gestão do Prof. Dr. Herman Shatzmayer, profissional oriundo da microbiologia, virologista respeitado na comunidade científica, porém menos comprometido politicamente com os princípios da Reforma Sanitária e a defesa do SUS.

5.2 Houve participação dos funcionários na criação do Fio-saúde?

Em 1989, uma pesquisa realizada pelo FIOPREV (1990) com os funcionários da FIOCRUZ mostrou que o quesito ‘saúde’ aparecia em primeiro lugar na escala de suas prioridades, pois 85% dos entrevistados a consideraram área prioritária para o bem-estar dos participantes, seguida pela habitação, com 66%, e pela alimentação, com 64%²⁷. Quando a pergunta foi ‘qual o benefício mais importante por ordem de preferência’, a assistência médica apareceu em primeiro lugar, seguida pela assistência odontológica e o seguro de vida em grupo.

No dizer da direção do FIOPREV, os funcionários reivindicavam o benefício da assistência médica, como afirma a diretora de seguridade: “(...) havia o interesse dos participantes, a gente sempre recebia pedidos nesse sentido (...)” (Entrevista pessoal, 1999).

Entretanto observa-se que a criação do plano de assistência à saúde coincidiu com a mudança de regime de trabalho dos funcionários da FIOCRUZ, que eram contratados de acordo com a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e adotaram o Regime Jurídico Único (RJU)²⁸. Então, os funcionários deixaram de se aposentar pelo INSS e passaram a ter aposentadoria integral por conta do Tesouro Nacional. Com isso, a finalidade previdenciária do FIOPREV ficou reduzida. A própria diretoria do FIOPREV afirma isso, embora prefira não reduzir a criação do benefício da assistência médica a uma jogada institucional para sobrevivência do fundo previdenciário. Nas palavras do Diretor Executivo, José Carlos Santiago:

²⁷ Pesquisa de Opinião realizada pelo FIOPREV com funcionários da FIOCRUZ em 1989.

²⁸ Lei n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações federais.

Com isso daí [passagem dos funcionários para o RJU] houve um impacto negativo no Fioprev, a principal finalidade dele ficou meio vazia. Quer dizer, se o funcionário passou a receber aposentadoria integral, o Fioprev não iria ser necessário, porque não haveria complementação na maior parte em aposentadoria.

Então ali a gente sentiu a necessidade de rever todo pensamento da empresa, e não fechar a empresa. (...) com a entrada do RJU, nós perdemos muita receita, porque perdemos compromissos futuros nossos que esvaziaram totalmente. Então, a gente diminuiu consideravelmente a receita, a nossa receita era na faixa de 10% da contribuição da patrocinadora e do participante, e caiu para 1%. Então, em 1991, a gente já sabendo dessa ameaça, em 1990 começou a estudar, resolvemos entrar na área assistencial onde a gente sabe que o forte pelo anseio da coletividade, não era mais aposentadoria, era assistência médica, tá (Entrevista Pessoal, 1999).

Segundo Pedro Barbosa, ex-presidente da Associação dos Funcionários da FIOCRUZ (ASFOC), o FIOPREV, ao criar o Fio-saúde, “(...) não fez nada mais nada menos que acompanhar uma política de várias empresas estatais, que adotavam isso na sua política de recursos humanos (...)” (Entrevista Pessoal, 1999).

A criação do Fio-saúde ocorreu dentro de uma articulação que envolvia a direção do fundo previdenciário, a qual procurava uma saída para a perda do objetivo principal da organização. Ao mesmo tempo, as políticas de benefícios para trabalhadores vigentes nos anos de 1980 não colocavam as empresas estatais como exceção ao disponibilizarem planos de assistência à saúde aos funcionários, fossem eles vinculados ou não a institutos de previdência, a caixas assistenciais ou ao terceirizados.

5.3 Quem são os beneficiários do Fio-saúde por ocasião de sua criação?

Em relação à elegibilidade na criação do programa de assistência médica, os participantes eram funcionários da FIOCRUZ – não sendo obrigatório fazer parte do FIOPREV – e foram divididos em três categorias: titulares, dependentes e agregados (Quadro 9).

Quadro 9. Eletividade dos participantes do Fio-saúde.

Titulares	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionários da FIOCRUZ e pensionistas
Dependentes	<ul style="list-style-type: none"> • Cônjuge ou companheiro (a) • Filhos menores de 18 anos ou inválidos • Filhas menores de 21 ou inválidas • Filhos e filhas até 24 anos, desde que solteiros e estudantes universitários
Agregados	<ul style="list-style-type: none"> • Cada titular pode inscrever até 2 agregados que não ultrapassem a idade de 70 anos • Filhos maiores de 18 anos • Filhas maiores de 21 anos • Irmão (ãs) solteiros (as) • Pai e mãe, sogro e sogra do titular

Fonte: FIOPREV,1990.

5.4 Financiamento

O plano de assistência à saúde era totalmente financiado por seus beneficiários sem a participação da FIOCRUZ. Para isso, os funcionários que não tivessem dependentes pagavam certo valor, enquanto aqueles que quisessem inscrever o grupo familiar pagavam outro valor – funcionário mais os dependentes –, não se tomando em conta o número de dependentes que tivessem (Quadro 10). Para o custeio dos agregados, o titular deveria pagar, por cada um, o mesmo valor pago por cada titular. O reajuste da mensalidade era calculado de acordo com o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC).

Podemos observar que, desde o início, o Fio-saúde é composto por três planos: básico; superior; e executivo. Em 1990, o plano executivo custava em torno de 3,47 vezes o preço do plano básico para titular sem dependentes (Quadro 10).

Quadro 10. Representação da contraprestação pecuniária paga pelos participantes do Fio-saúde, por tipo de plano, dezembro de 1990

Nível de cobertura	Titular	Grupo familiar (Titular e Dependentes)
Básico	X	Y= 1,55 X
Superior	1,82 X	1,88 Y
Executivo	3,47 X	3,65 Y

Fonte: FIOPREV, 1990.

O FIOPREV considerava que a melhor alternativa para prestar assistência médica aos seus participantes seria a criação de plano próprio. Entretanto, isso implicaria a formação de equipe específica bem como aumento significativo para as despesas do FIOPREV, o que não foi avaliado inicialmente como viável. Então foi feita uma pesquisa de mercado relativa a medicinas de grupo, a administradoras de plano e a seguradoras, optando-se por contratar uma administradora, a H.O.S.P.I.T.A.L. Sistemas de Administração S/C, com financiamento total pelos participantes.

Para que o plano começasse a funcionar imediatamente, o FIOPREV se filiou àquele mantido pelo Sindicato da Indústria Farmacêutica e da Indústria de Produtos Químicos para Fins Industriais do Estado do Rio de Janeiro. Dessa forma pôde operacionalizar o plano com menos de mil participantes. No início havia cerca de cem pessoas assim como uma carteira compartilhada com outras empresas para ter um número de vidas que tornasse viável um plano de saúde.

A estrutura administrativa do FIOPREV não sofreu praticamente nenhuma mudança, pois foi montada uma estrutura de captação de recurso para o plano por desconto em folha do funcionário.

Essa forma de contratação terceirizada não permitia ao FIOPREV a ingerência sobre os custos do plano, a utilização ou a gestão do plano. O FIOPREV transferia simplesmente os recursos que arrecadava dos participantes para a administradora, na forma de pós-pagamento dos serviços utilizados. Por isso, inicialmente, o Fio-saúde, não pode ser considerado como autogestão.

Do ponto de vista da gestão do plano, o FIOPREV assumiu o risco pela variação do custo da assistência médica de seus beneficiários, em detrimento da administradora, apesar de esta ser

responsável financeiramente perante o mercado de prestadores por tal despesa, uma vez que era a contratante da rede de prestadores.

Note-se que pagar a taxa de administração como percentual da despesa significa maior receita para a administradora quanto mais os participantes gastarem. Este é um ponto frágil na relação empresa empregadora/ administradora de planos, já que a segunda não tem interesse em diminuir os custos da assistência médica, ao passo que a primeira, sim.

Em julho de 1991, os participantes do plano tinham a seguinte composição:

Quadro 11. Distribuição dos participantes do Fio-saúde por categoria de plano e eletividade, em julho de 1991.

Tipo de Plano	Titulares	Dependentes	Agregados
Básico	248	534	78
Superior	358	727	82
Executivo	127	269	19
Total	733	1530	179

Fonte: Fio-saúde, 1991.

5.5 Plano Básico para todos

Em outubro de 1991, a administração do FIOPREV avaliava que o plano havia sido um sucesso, já que o número de participantes tinha aumentado bastante. Nesse mesmo ano, segundo o diretor executivo do Fio-saúde, houve uma negociação entre a direção do FIOPREV e a Presidência da FIOCRUZ, na qual os gestores do plano defendiam que havia muitos funcionários que não participavam do plano por não terem condições financeiras para isso, propondo que a FIOCRUZ patrocinasse o plano. Assim, em dezembro de 1991, a FIOCRUZ passou a patrocinar o plano básico de assistência à saúde para todos os funcionários da FIOCRUZ e seus dependentes, não estando cobertas as despesas com os agregados.

Desde sua criação, o programa de assistência médica foi estruturado em três planos: básico, superior e executivo. A cobertura assistencial é igual em todos os planos, mas a diferença fica por conta do direito ao reembolso nos planos especial e executivo e do nível de reembolso. Em relação à acomodação, o plano básico está restrito à internação em enfermaria, enquanto os planos especial

e executivo permitem a internação em quarto particular. Essa estrutura tem permanecido ao longo de toda a trajetória do plano, com exceção da forma de financiamento, e pode ser visualizada no Quadro 12.

Quadro 12. Tipos de planos do Fio-saúde de acordo com a rede assistencial, financiamento e reembolso.

PLANO	REDE	ACOMODAÇÃO	FINACIAMENTO*	REEMBOLSO
BÁSICO	Credenciada	enfermaria	Fiocruz	onde não tem rede credenciada; 1X AMB
SUPERIOR	Credenciada + livre escolha	Quarto particular	Fiocruz + participante	2X AMB; 2X Tabela da Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro
EXECUTIVO	Credenciada + livre escolha	Quarto particular	Fiocruz + participante	4X AMB; 3X Tabela da Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro

*Estrutura de financiamento em janeiro de 1991. Fonte: Fio-saúde 1991.

5.6 O Fio-Saúde como plano de autogestão

Em novembro de 1993, o FIOPREV assumiu a administração do plano de assistência médica. No Informativo de agosto de 1993, a direção do FIOPREV apontava as seguintes vantagens do plano auto-administrado: “Um atendimento personalizado, no qual o participante sugere e avalia permanentemente a rede credenciada, maior controle de gastos e redução dos custos” (FIOPREV, 1993).

O objetivo da mudança na forma de gestão do plano era que o FIOPREV tivesse maior ingerência sobre a gestão do benefício, o que não seria possível no plano terceirizado. O Fio-saúde passou então a ser caracterizado como autogestão.

Nessa mudança havia uma preocupação do FIOPREV quanto ao participante não sentir diferença em relação à utilização do benefício; por isso cadastrou toda a rede da H.O.S.P.I.T.A.L., mais o que os participantes sugeriram. A tentativa de conquistar os participantes trouxe um problema gerencial para o FIOPREV. A rede da H.O.S.P.I.T.A.L. foi projetada para uma carteira

em torno de 200 mil participantes e o Fio-saúde contava com menos de 10% dessas vidas. Tal fato tornava difícil a negociação com a rede de credenciados para os gestores, pois a utilização ficava diluída pelo grande número de prestadores de serviço, diminuindo o poder de negociação de preço.

Por esse motivo, os gestores do plano passaram a questionar a estratégia inicial de cadastramento de toda a rede da H.O.S.P.I.T.A.L. e traçaram algumas estratégias para sua redução. Isso não significou uma política ampla de descredenciamento, uma vez que os prestadores pediam espontaneamente para sair da rede ou eram descredenciados por desacordo na relação contratual, não sendo substituídos por outros. Dessa forma, paulatinamente, a rede foi sendo adequada ao número de participantes do plano.

Em janeiro de 1996 foi criado o Fio-saúde II para os funcionários que entraram no plano a partir dessa data. Estes receberam tratamento diferenciado, pagando por faixa etária, ou seja, a mensalidade era igual ao somatório dos prêmios individuais para cada componente do grupo familiar. Em junho do mesmo ano houve mudanças na eletividade dos agregados. Os novos titulares só poderiam incluir como agregados: pai, mãe e filhos maiores solteiros. Ficaram excluídos sogra e irmãos.

A criação do Fio-saúde II, que coexistirá com o Fio-saúde I, foi uma tentativa de equilibrar as receitas e as despesas do plano, o qual apresentava um déficit que fora coberto por empréstimo de R\$1 milhão ao fundo previdenciário. Entretanto, criou-se uma distorção nas regras do benefício assistencial, em que os funcionários passaram a ter tratamentos diferenciados em relação ao financiamento e à eletividade de dependentes e agregados de acordo com a época de adesão ao plano. Aqueles que aderiram a partir de janeiro de 1996 seguiram regras mais afeitas ao mercado.

5.7 Novas propostas para o equilíbrio financeiro do Fio-saúde

Em 1997, o decreto Lei 2.383, de novembro de 1997, limitou os gastos do governo com os servidores públicos. Isso fez com que a FIOCRUZ não pudesse gastar mais do que R\$24,00 *per capita* com saúde. No ano seguinte, o Fio-saúde apresentou um déficit de R\$376.036²⁹ para o mês de setembro (FIOPREV, 1999).

²⁹ Refere-se ao saldo do mês anterior, somadas as receitas totais/março e deduzidas as despesas totais/março.

Buscando o equilíbrio financeiro e a qualidade do plano assistencial, uma equipe técnica havia sido contratada, em março de 1998, e era formada por profissionais da FIOCRUZ e do mercado, visando à formulação de uma proposta. Essa equipe apresentou dois tipos de encaminhamento.

5.7.1 Propostas emergenciais

Todos os participantes deveriam passar a contribuir para o financiamento do plano. Para os agregados haveria aumento linear de 20%. As medidas emergenciais seriam puramente financeiras e não mexeriam na parte assistencial.

5.7.2 Propostas para curto e médio prazo

De acordo com a equipe técnica, tais medidas deveriam ser submetidas a plebiscito, após consideração do Conselho de Curadores. O plebiscito seria necessário no sentido de "elevação da consciência dos titulares, seus dependentes e agregados em relação aos problemas enfrentados pelo Plano" e acarretaria maior responsabilidade na utilização dos serviços (Barbosa, 1997). Essas medidas são sugestões a serem estudadas detalhadamente:

- monitoramento dos pacientes crônicos com elevada utilização de serviços de alto custo – exames e internação; poderia ser feito em regime de *home care*, com médicos responsáveis por um grupo de pacientes;
- elaboração de critérios para monitoramento da qualidade e dos custos da rede de prestadores, envolvendo a revisão dos critérios de credenciamento e descredenciamento, auditoria e trabalho junto ao CIEFAS;
- oferecimento do plano a participantes externos aos quadros da FIOCRUZ mediante Caixa de Assistência, que incorporaria profissionais que pertencessem aos quadros da patrocinadora, mas estando, de alguma forma, vinculados a ela;
- estabelecimento de maior controle das despesas com reembolso;
- consolidação da participação dos usuários no financiamento do plano, diferente da proposta emergencial, procurando elevar o grau de solidariedade do grupo, que poderia ser a contribuição vinculada aos ganhos salariais;
- implementação de práticas de prevenção e promoção da saúde;

- reavaliação da coexistência de dois planos, Fio-saúde I e II, o primeiro, com princípios mais solidários e o segundo, com lógica de mercado. A fusão dos dois planos seria mais indicada, dando o mesmo tratamento aos participantes;
- utilização de serviços próprios ociosos da FIOCRUZ e credenciamento de serviços públicos de excelência (Barbosa, *Op. cit.*).

A partir desse trabalho do Grupo Técnico e da participação dos gestores do Plano, o financiamento do plano foi modificado em 1998; em um primeiro momento, os participantes passaram a contribuir para o plano com R\$5,00, para titulares sem dependentes, e R\$10,00, para titulares com dependentes. Da mesma forma, os agregados foram reajustados.

Em 1999, o Fio-saúde I e II foram fundidos e todos passaram a contribuir com 1% do salário para ter direito ao plano básico. A possibilidade do plano superior e executivo implicava a contribuição adicional de um valor fixo, ficando restabelecida a solidariedade dentro dos grupos. Isso possibilitou que a receita *per capita* do plano passasse de R\$83,51, em março de 1998, para R\$100,33, em março de 1999. Enquanto isso, a despesa *per capita*, no mesmo período, passou de R\$71,67 para R\$81,42 (FIOPREV, 1999, *Op. cit.*).

As modificações implementadas pelo Fio-saúde em seu financiamento objetivaram reequilibrar financeiramente o plano em decorrência da diminuição do aporte financeiro feito pela patrocinadora, a FIOCRUZ, levando os gestores do plano a buscar maior participação dos beneficiários em seu financiamento.

5.8 A rede de prestadores de serviço

No Fio-saúde não há serviços próprios. A rede é credenciada e/ou de livre escolha do acordo com o plano contratado. O plano básico dá direito somente à rede credenciada; já os planos superior e executivo, além de oferecerem a rede credenciada, agregam a possibilidade da livre escolha. A diferença entre os dois, fica por conta do parâmetro estabelecido para o reembolso. O plano superior reembolsa 2X a Tabela da AMB e 2X a Tabela da Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro; o Plano Executivo reembolsa 4X a Tabela da AMB e 3 X a Tabela da Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro.

O Fio-saúde possui rede credenciada diretamente pelo plano no Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Recife e Manaus; já em Brasília, os participantes utilizam a rede da Regius, que é uma autogestão e possui convênio com o Fio-saúde, ao passo que, no interior, com a rede da Unimed.

5.9 Forma de remuneração de serviços médico-hospitalares

No Fio-saúde, o acesso é livre com co-participação para consultas e exames até 120 CHs. De acordo com o diretor executivo do FIOPREV, a co-participação é uma forma de responsabilizar o participante pela utilização do plano, de forma que a ele recorra quando realmente precise, além da contenção de fraudes, como, por exemplo, o empréstimo da carteira de identificação. Para as internações eletivas e os exames e procedimentos de alto custo é preciso solicitar autorização prévia à Central de Atendimento (Entrevista Pessoal com a diretora de seguridade do FIOPREV em 1999, Alzira Cristina de Almeida).

5.10 Fio-Saúde e a regulamentação

A regulamentação dos planos e seguros de saúde não gerou muitas mudanças para o Fio-saúde. No que diz respeito à cobertura assistencial, a regulamentação passou a exigir a cobertura para transtornos mentais, transplantes de rim e de córnea e a não limitação de procedimentos ou dias de internação que não estavam contemplados pelo Fio-saúde. De acordo com o diretor executivo, essas alterações não trouxeram acréscimo de custo que se possa considerar significativas. Mesmo o aumento na cobertura do plano não é obrigatório, pois os planos do Fio-saúde não foram adaptados à nova legislação.

Uma vez que os planos do Fio-saúde pesquisados são anteriores à Lei 9.656/98, não houve mudanças significativas para seus beneficiários originadas da regulamentação do setor. As modificações se dão mais no aumento de informações solicitadas pela ANS do que por novas exigências legais a seguir pelo Fio-saúde.

Pelo que foi visto anteriormente, pode-se inferir que as mudanças observadas no Fio-saúde são decorrentes principalmente das modificações na política do governo para o financiamento de programas de saúde de seus servidores, mais do que pela regulamentação do setor.

Quadro 13: Resumo da Evolução do Fio-saúde:

	Jan 1991	Dez 1991	Nov 1993	1996	1997	1998	1999
Financiamento 1	100%funcionário	Básico: 100% FIOCRUZ; Especial e Executivo, o func. paga a diferença		*Func. Antigo com dependente paga por grupo familiar independente da quantidade *Func. Novo com dependente paga grupo familiar por quantidade; *Agregado Novo passa a pagar por faixa etária		<u>Básico</u> deixa de ser de graça R\$5 para titular sem dep., R\$10 titular com dependente	* <u>Básico</u> : Func paga 1% do salário; <u>Especial</u> e <u>Executivo</u> : Funcionário paga 1% do salário + fixo FIOCRUZ contribui com R\$24,00 por funcionário
Financiamento 2	100% Funcionário				60% FIOCRUZ 40% Func.	50% FIOCRUZ 50% Func.	60% Fiocuz 40% Func.
Fator Regulador de Utilização	Não tem			20% do pequeno risco			
Elegibilidade	*Titular= Func. e pensionista *Dependente=cônjuge/comp + filho menor de 18 + filha menor de 21 + filhos (as) menores 24 solteiros e universitários *Agregados = (máximo 2) filhos não dependente, irmãos (as), solteiros (as), pai, mãe, sogro, sogra			*Passam a ser aceitos como agregados sobrinhos e netos *Número de agregados passa a ser ilimitado Não pode mais incluir sogra e irmão como agregado, mas os que já estavam podem permanecer			
Gestão	terceirizada		Autogestão				

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho constituiu um esforço para a compreensão do que vem a ser a autogestão enquanto modalidade capaz de tornar disponível a assistência médica e hospitalar por intermédio de um modelo de plano de saúde, assim como sua participação no processo de regulamentação do setor suplementar de saúde e sua atuação dentro desse mercado regulamentado.

Como se pôde observar, o setor suplementar apenas recentemente recebeu mais atenção dos estudiosos. Da mesma forma, os dados sobre o setor ainda carecem de precisão, de modo que o número de clientes estimado pela PNAD de 1998 é de, aproximadamente, 38,7 milhões, enquanto o cadastro da ANS de 2002 registra somente 35,5 milhões, deixando incertezas acerca da real dimensão deste mercado. Apesar das dificuldades no dimensionamento do mercado, ficou evidente sua concentração na mão de poucas operadoras de planos privados de assistência médica, pois, em 2001, 2,91% das operadoras concentravam 51,15% dos beneficiários, como exposto no primeiro capítulo deste trabalho. Tal concentração, associada à magnitude do mercado, dentre outros fatores, reforça a necessidade de regulamentação do setor.

Considerando que o setor suplementar cresceu a partir de mecanismos de incentivo estatais, foi examinado no Capítulo III deste trabalho que não houve paralelamente regulamentação governamental. Para exemplificar tem-se que as linhas de crédito para expansão e incremento de prestadores privados de saúde, na década de 1970, possibilitou juntamente à contratação desses prestadores pelo Estado a estruturação de uma rede privada de prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares, a qual, posteriormente, passou a fazer parte do setor suplementar de saúde. Somente no final da década de 1990, o setor suplementar passou a ser regulamentado, tendo como marco legal a Lei 9.656/98.

De acordo com o exposto ao longo da pesquisa, a proposta inicial do governo para a regulamentação estava restrita aos aspectos econômicos e financeiros que envolviam a operacionalização do mercado de planos e seguros de saúde. O propósito principal era aplainar o caminho para o investimento estrangeiro no setor, mas, posteriormente, foram incorporados ao processo os aspectos assistenciais, que envolviam tornar disponíveis planos e seguros de saúde; conseqüentemente, a proposta da regulamentação do setor suplementar de saúde passou a ter agenda mais ampla.

A lógica que sustenta a Lei 9.656/98 está baseada no plano individual, talvez por ser considerado mais vulnerável às imperfeições do mercado, que foram discutidas no início deste estudo. Contudo, essa opção deve ser questionada para o aprimoramento da regulamentação, uma vez que a grande maioria dos planos e seguros de saúde está organizada de forma coletiva e, principalmente, relacionada à inserção dos indivíduos no mercado de trabalho brasileiro.

A questão que se impõe como objeto de futuras discussões do modelo assistencial proposto para este país é: de que forma se deve estruturar a regulamentação de um setor que disponibiliza assistência médica e hospitalar principalmente para trabalhadores e seus grupos familiares, estando totalmente dissociada da lógica coletiva e, ainda, das políticas de saúde do trabalhador?

Outro ponto que deve ser aprimorado no debate sobre os rumos da regulamentação diz respeito à relação entre o setor suplementar e o SUS. Como possibilitar à população o ingresso ao sistema de saúde brasileiro, de modo que integre o setor suplementar de saúde e o SUS, preservando os princípios de equidade, universalidade e integralidade – calcados na concepção da saúde como direito social de uma população – que orientaram a estruturação do segundo?

Com relação ao acesso aos serviços de saúde que se dá pela rede de serviços, o SUS incorporou os princípios de prevenção e promoção da saúde e do acesso pela hierarquização da rede de serviços – primária, secundária e terciária – enquanto o *marketing* e as bases do acesso a rede de serviços no setor suplementar de saúde estão calcados na atenção secundária e terciária. Hoje é um desafio integrar o SUS e o setor suplementar em um sistema de saúde como o brasileiro.

A partir do que foi discutido neste trabalho, pode-se concluir que a autogestão está fundamentada principalmente na organização da disponibilização da assistência médica para trabalhadores, quer seja feita pelas próprias empresas empregadoras com ou sem participação dos empregados ou por organizações exclusivamente de trabalhadores. Ambos os casos pressupõem que a gestão e o risco da variação do custo dessa assistência é apropriada pela empresa empregadora ou pela organização institucional – seja ela ligada ao empregador ou ao empregado – responsável pela manutenção do programa de assistência médica e hospitalar. A conceituação da autogestão determina outra de suas características: a operacionalização da assistência médica e hospitalar não objetiva auferir lucro do capital.

Existem algumas contradições no que diz respeito à inclusão das autogestões na regulamentação do setor suplementar. Essas contradições parecem estar relacionadas ao questionamento da inserção desta modalidade como empresa de mercado, pois, uma vez que o objetivo não é o lucro, estas não seriam parte do mercado; conseqüentemente, não haveria falha de mercado que justificasse a regulação. Os defensores dessa idéia associam a autogestão à concessão de benefício, razão pela qual deveria estar fora do âmbito da regulação. Por sua vez, esses programas de assistência médica e hospitalar recebem subsídio de forma indireta do governo, já que os gastos com saúde podem ser abatidos do IRPF e os gastos com saúde do trabalhador feito por empresas podem ser contabilizados como gastos operacionais.

Entretanto, não se pode garantir a preservação dos princípios fundadores da autogestão em todas as empresas dessa modalidade. Hoje é possível encontrar empresas que se definem como autogestoras, mas que utilizam artifícios para vender planos no mercado em que a eletividade dos participantes não segue os princípios indispensáveis a sua caracterização como tal. A conseqüência disso é a pressão das outras modalidades de operadoras para inclusão das autogestões no âmbito regulatório.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRASPE (Associação Brasileira de Serviços Assistenciais de Saúde Próprios das Empresas), 2001. *Pesquisa anual de assistência médica e odontológica*. São Paulo: ABRASPE.
- ALMEIDA, C., 1997. *O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar*, Textos de Discussão n.º599. Brasília: IPEA.
- ANDREAZZI, M. de F., S., 1991. *O seguro saúde privado no Brasil*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: ENSP, FIOCRUZ.
- ARTUR ANDERSEN, 1997. *Análise Setorial do Mercado Segurador 1996/1997*. Material de Divulgação.
- BAHIA, L., 1991. *Reestratificação das clientela para os serviços de saúde na década de 80: um estudo exploratório do caso Amil*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: ENSP, FIOCRUZ.
- _____, 1999a. *Planos e Seguros Saúde: padrões e mudanças das relações entre o público e o privado no Brasil*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: ENSP, FIOCRUZ.
- _____, 1999b. *O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil*. Mineo.
- _____, 2001. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. In: *Brasil: radiografia da saúde* (Negri, B. & Di Giovanni, G., org.), pp. 325-361, Campinas: IE/UNICAMP.
- BAHIA, L.; SANTOS, I.S. & GAMA, A. M., 1999a. O processo de regulamentação governamental dos planos e seguros privados: uma avaliação dos conflitos entre a saúde e a área econômica. In: 2º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde, *Resumos*, São Paulo.
- BAHIA, L., SANTOS, I., VIANNA, M.L.W., SANTOS, M.P.G. dos & COSTA, R.C.R. da 1999b. *Os planos de saúde empresarias: tensões entre a concepção de benefício social e a regulação do mercado de assistência médica suplementar*. Nota Técnica 13. Brasília: Ministério da Saúde.

- BARBOSA, P. R., 1997. *Considerações sobre o plano de assistência à saúde do Fio-Prev-Fio Saúde: algumas reflexões e proposições visando ajustes gerenciais*. Rio de Janeiro: mimeo.
- BNDES, 1997. *Qualidade e Produtividade na Indústria Brasileira*. Rio de Janeiro. BNDES, CNI, SEBRAE.
- BRASIL; ANS, 1998a. Resolução CONSU N.º 14, publicada no *D.O.U.* n.º 211 de 4 de novembro de 1998. Dispõe sobre a definição das modalidades de planos ou seguros sob o regime de contratação individual ou coletiva, e regulamenta a pertinência das coberturas às doenças e lesões preexistentes e a exigibilidade dos prazos de carência nessas modalidades.
- _____, 1998b. Resolução CONSU N.º 5, publicada no *D.O.U.* n.º 211 de 4 de novembro de 1998. Dispõe sobre a caracterização de Autogestão mediante a Lei n.º 9656/98 e dentro do segmento supletivo de assistência à saúde no Brasil.
- _____, 1998c. Resolução CONSU N.º 2, publicado no *D.O.U.* n.º 211 de 4 de novembro de 1998. Dispõe sobre a definição de cobertura às doenças e lesões preexistentes no inciso XII do artigo 35A e no artigo 11 da Lei n.º 9656/98.
- _____, 2000a. Resolução RDC N.º 39, de 27 de outubro de 2000. Dispõe sobre a definição, segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.
- _____, 2000b. *O impacto da regulamentação no setor de saúde suplementar*. Série ANS - 1. Rio de Janeiro: ANS, Ministério da Saúde.
- _____, 2001a. *Integração do Setor de Saúde Suplementar ao Sistema de Saúde Brasileiro: 3 anos da lei 9656*. Série ANS - 2. Rio de Janeiro: ANS, Ministério da Saúde.
- _____, 2001b. Resolução RDC N.º 66, de 3 de maio de 2001. Estabelece normas para reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos de assistência suplementar à saúde.
- _____, 2002. *Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas*. Série ANS – 3. Rio de Janeiro: ANS. Ministério da Saúde.
- CASSI, 1996. Estatuto da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – incluindo a oitava reforma estatutária realizada em abril/maio de 1996. Disponível em <http://www.cassi.com.br>, capturado em 25 de abril de 2003.

- CHECCHIA, C. M. de A., 1996. *Assistência Médica como um benefício nas empresas: um estudo em organizações de grande porte da cidade de São Paulo*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: FGV, EASP.
- CIEFAS, 1999. *Pesquisa nacional sobre saúde nas empresas*. São Paulo.
- _____, 2000a. *A História da Autogestão em saúde no Brasil*. São Paulo.
- _____, 2000b. *Pesquisa Nacional 2000*. Disponível em <http://www.unidas.org.br>, capturado em 25 de abril de 2003.
- CORDEIRO, H., 1984. *As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- COSTA, N. do R., 1996. *Inovação Política Distributivismo e Crise: A Política de Saúde nos Anos 80 e 90*. *Dados* 39(3): 479-511.
- COSTA, R.C.R. da., 2000. *Dilemas da Reforma da Saúde: Implementando a Descentralização do Sistema Público e a Regulação do Sistema Privado de Saúde*. Dissertação de Mestrado, Niterói: UFF.
- COSTA, N. do R.; RIBEIRO, J. M.; SILVA, P. L., B. & MELO, M. A. B. C. de, 2000. *Análise Comparada do Regime Regulatório na Infra-estrutura e no setor Saúde*. Nota Técnica 4. Brasília: Ministério da Saúde, ANS.
- DAIN, S. *et alli* , 2002 *Renúncia Fiscal e Assistência Médica Suplementar*. In: *Regulação e Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar* (Brasil, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar), pp. 223-244, Rio de Janeiro: ANS.
- DINIZ, E. (*mimeo*). *Governabilidade, governance e eficiência do Estado: os desafios da construção de uma nova ordem no Brasil dos anos 90*. Rio de Janeiro: IUPERJ.
- FAVARET FILHO, P & OLIVEIRA, P.J., 1990. *A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde*. *Planejamento e Políticas Públicas* 3. Brasília: IPEA.
- FIOPREV, 1990. *Informativo do FIOPREV*. Encarte especial de janeiro de 1990. Rio de Janeiro. FIOPREV.
- _____, 1993. *Informativo do FIOPREV*. N.º64, agosto de 1993. Rio de Janeiro. FIOPREV.
- _____, 1999. *Evolução Mensal do Fio-saúde*. Rio de Janeiro. FIOPREV.

- GAMA, A. M.; REIS, C.O.O.; SANTOS, I.S.; BAHIA, L., 2002. O Espaço da regulamentação dos planos e seguros de saúde no Brasil: nota sobre a ação de instituições governamentais e da sociedade civil. *Saúde em Debate* 60 (26): 71-81.
- GIFFONI, R.M., 1981. *Assistência médica e as relações de trabalho na empresa: o modelo de convênio com a Previdência Social*. Dissertação de Mestrado. São Paulo. USP.
- HOLANDA, A. B. de, 1995. *Dicionário de Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro. RJ. Editora Nova Fronteira.
- IBGE, 2000. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 1998*.
- IBOPE (1998) *A Saúde e Opinião dos Brasileiros*.
- IUNES,R.F.,1998. Demanda e Demanda em Saúde. In: *Economia da saúde: conceito e contribuição para gestão da saúde*, (Piola, S.F. & Vianna, S.M., org.), pp. 99-122, Brasília: IPEA.
- LUZ, T. M., 1979. *As instituições médicas no Brasil: instituições e estratégias de hegemonia*. Rio de Janeiro: Editora Graal.
- MACHADO, M. H. (org.). 1997. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: R.J. Editora FIOCRUZ.
- MEDICI, A.C., 1992. Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil. *RAP* 26(2), abr/jun: 79-115. Rio de Janeiro.
- MENDES, E.V., 1993. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS* (MENDES, E.V. org), pp. 19-91, São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ Abrasco.
- MONTONE, J. 2002. *ANS 2002: Balanço das Atividades*. Palestra proferida na Câmara de Saúde Suplementar em 19 de dezembro de 2002. Brasília.
- NUNES, E., 1999. *Reforma administrativa, reforma regulatória: a nova face da relação Estado economia no Brasil*. Rio de Janeiro: Universidade Cândido Mendes (mimeo).
- OLIVEIRA, J. A. & TEIXEIRA, S.M.F., 1986 . *A (Im)previdência Social Brasileira*. Rio de Janeiro: ABRASCO/VOZES.
- PEREIRA, L.C.B.,1998. *Reforma do Estado para a Cidadania: a Reforma Gerencial Brasileira na Perspectiva Internacional*. São Paulo: Escola Nacional de Administração Pública/Editora 34.

RAMOS, S. G., 1997. A base atuarial dos planos de saúde. In: *Revista do IRB*. 279 (58): 31-38. Rio de Janeiro.

SANTOS, I.S, 2000. *Planos Privados de Assistência à Saúde no Mundo do Trabalho*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.

TOWERS P, 1998. Pesquisa de Planos de Benefício no Brasil.

Anexo:

Entrevistas realizadas

1. Presidente da CASSI e Vice-presidente do CIEFAS - Joilson Rodrigues Ferreira em 24 maio 1999;
2. Ex- Gestor da CABERJ - Valdir Zettel em 11 de junho de 1999;
3. Luís Barroca de Andrea em 25 de maio de 1999;
4. Gestor da CAC - Nolasco em 10 de junho de 1999;
5. Diretora de Seguridade do FIOPREV - Alzira Cristina de Almeida em 13 de janeiro de 1999;
6. Ex-presidente da Associação dos Funcionários da FIOCRUZ, tecnologista da ENSP e consultor do Fio-saúde, Pedro Barbosa em 17/5/1999;
7. Diretor Superintendente do FIOPREV - José Carlos Santiago em 21 janeiro de 1999;
8. Diretora Executiva do FUNDAMP - Ema Tristão de Oliveira em 8 de novembro de 1999.